

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.69541/NRIPH.2024.04.010

Ресурсы и результаты организации работы передвижных подразделений медицинских организаций

Владимир Иванович Перхов¹✉, Дмитрий Андреевич Каприн²

¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;

²ГБУЗ «Городская клиническая больница имени М. П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Российская Федерация

¹finramn@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4134-3371>

²kaprind@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-1490-0427>

Аннотация. В статье изложены аналитически материалы, свидетельствующие о неупорядоченном применении в субъектах Российской Федерации передвижных подразделений медицинских организаций, что требует совершенствования нормативно-правового регулирования их деятельности. Выполненный анализ подтверждает также важность использования новых стратегий при организации оказания медицинской помощи, основанных не только на росте финансирования здравоохранения и объемов медицинских услуг, но и на оценках достигнутых результатов в сохранении и улучшении здоровья людей на индивидуальном, групповом и (или) популяционном уровне.

Ключевые слова: передвижные медицинские комплексы, затраты на здравоохранение, организация медицинской помощи в условиях финансовых ограничений

Для цитирования: Перхов В. И., Каприн Д. А. Ресурсы и результаты организации работы передвижных подразделений медицинских организаций // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2024. № 4. С. 63—70. doi:10.69541/NRIPH.2024.04.010.

Original article

Resources and results of the organization of work of mobile divisions of the medical organizations

Vladimir I. Perkhov¹*, Dmitrii A. Kaprin²

¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;

²Konchalovsky City Clinical Hospital of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation

¹finramn@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0002-4134-3371>

²kaprind@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-1490-0427>

Annotation. In article the materials demonstrating to the disordered application in territorial subjects of the Russian Federation of mobile divisions of the medical organizations that demands improvement of legal regulation of their activity are stated analytically. The made analysis confirms also importance of use of the new strategy at the organization of delivery of health care based not only on growth of financing of health care and volumes of medical services, but also on estimates of the achieved results in preservation and improvement of human health at individual, group and (or) population level.

Key words: mobile medical complexes, costs of health care, the organization of medical care in the conditions of financial restrictions

For citation: Perkhov V. I., Kaprin D. A. Resources and results of the organization of work of mobile divisions of the medical organizations. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2024;(4):63–70. (In Russ.). doi:10.69541/NRIPH.2024.04.010.

Введение

7 мая 2024 года Президент Российской Федерации В. Путин подписал Указ № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2023 года и на перспективу до 2036 года», первой из которых является национальная цель по «сохранению населения, укреплению здоровья и повышение благополучия людей, поддержка семьи». Связанной с этой целью являются задача по увеличению ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году.

Хотя увеличение ожидаемой продолжительности жизни не является прямой функцией здравоохранения и сильно зависит от социально-экономических условий жизни людей [1, 2], такие факторы, как большая территория и низкая плотность населения во многих регионах, диспропорции в уровнях финансирования региональных систем здравоохранения из государственных источников [3, 4], обуславливают необходимость обеспечения доступности медицинской помощи в случае необходимости вне зависимости от места проживания людей, в том

числе путем использования выездных (передвижных) форм оказания медицинских услуг.

Цель исследования: экспертная оценка мощностей и результатов работы передвижных подразделений медицинских организаций в субъектах Российской Федерации.

Материалы и методы

Для формирования массива числовых данных использованы сведения из форм федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» по субъектам Российской Федерации (таблицы 1003,2105), предоставленных ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. При расчетах интенсивных показателей использованы данные Росстата о среднегодовой численности и плотности населения в субъектах Российской Федерации. Значения парной корреляции рассчитаны в программе SPSS v. 22.0. Уровень значимости корреляции определялся с помощью двустороннего теста значимости (t-теста). В качестве геоинформационной графической платформы использовался сервис «Datawrapper» — бесплатный инструмент для визуализации данных (<https://www.datawrapper.de/>), который позволяет графически изображать статистические данные, сведенные по географическому принципу. В соответствии с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н, в мобильные медицинские бригады могут быть оснащены оборудованием для проведения флюорографии и маммографии. В этом случае используется термин «комплекс передвижной медицинской, включающий маммограф (флюорограф)». В нашем исследовании эти типы подразделений поименованы как в форме № 30 — «маммографические установки».

Результаты

В России число передвижных медицинских подразделений растет, объемы их медицинской деятельности увеличиваются. Так, например, если в 2015 году в целом по России имелось 1064 мобильных медицинских бригад, а объем их работы составляли 2,1 млн. принятых пациентов, или 0,27% от об-

Таблица 1

Суммарное число передвижных медицинских подразделений в гражданских государственных медицинских организациях Российской Федерации в 2020—2022 гг. (ед.)

Наименование подразделений, год	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Подразделения и выезды	4959	5259	5265
Амбулатории	46	42	42
Врачебные бригады	789	900	848
Клинико-диагностические лаборатории	15	16	19
Маммографические установки	268	313	324
Мобильные медицинские бригады	1534	1468	1449
Мобильные медицинские комплексы	484	553	605
Стоматологические кабинеты	101	129	114
ФАПы	658	779	844
Флюорографические установки	1064	1059	1020

Таблица 2

Суммарные объемы деятельности передвижных медицинских подразделений в гражданских государственных медицинских организациях Российской Федерации в 2020—2022 годах, тыс. выездов в год

Наименование подразделений, год	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Амбулатории	2,5	3,9	5,4
Врачебные бригады	81,9	92,7	67,1
Клинико-диагностические лаборатории	0,5	0,8	1,2
Маммографические установки	8,6	18,2	22,4
Мобильные медицинские бригады	88,9	210,8	188,8
Мобильные медицинские комплексы	18,1	39,8	45,5
Стоматологические кабинеты	2,3	5,1	6,7
ФАПы	45,1	95,7	107,8
Флюорографические установки	52,7	78,6	74,9

щего числа посещений поликлиник по поводу заболеваний [5], то в 2022 году в целом по стране было зарегистрировано уже 1449 мобильных медицинских бригад, объем работы которых составил 3,9 млн принятых пациентов (без объемов деятельности отделений выездной патронажной паллиативной медицинской помощи), или 1,6% от общего числа посещений поликлиник по поводу заболевания (таблицы №№ 1—3).

Как видно из таблиц, за исследуемый период времени в наибольшей степени (в 1,3 раза) увеличилось число передвижных фельдшерско-акушерских пунктов, маммографических установок, клинико-диагностических лабораторий, мобильных медицинских комплексов. Объемы деятельности всех типов передвижных медицинских подразделений по числу выездов также увеличились в среднем в 2,2 раза, за исключением врачебных бригад. При этом наиболее высокий темп роста объема деятельности по числу принятых пациентов за три года продемонстрировали передвижные клинико-диагностические лаборатории — рост в 6,4 раза.

По данным 2022 года, наиболее хорошо представлены на территории Российской Федерации передвижные флюорографические установки, практически все (84 из 85) регионы оснащены ими. В большинстве субъектов Российской Федерации функционируют мобильные медицинские бригады и комплексы, а также маммографические установки. Наиболее редко в региональных системах здравоохранения используются передвижные клинико-диагностические лаборатории и амбулатории.

Таблица 3

Суммарные объемы деятельности передвижных медицинских подразделений в гражданских государственных медицинских организациях Российской Федерации в 2020—2022 годах, тыс. принятых пациентов в год

Наименование подразделений, год	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Амбулатории	70,2	151,5	129,2
Врачебные бригады	1053,4	1532,2	1707,4
Клинико-диагностические лаборатории	24,0	126,0	153,2
Маммографические установки	233,8	546,6	638,0
Мобильные медицинские бригады	2296,7	6452,4	3872,7
Мобильные медицинские комплексы	714,8	1837,9	1946,2
Стоматологические кабинеты	62,2	108,4	148,2
ФАПы	543,3	1856,4	1868,6
Флюорографические установки	3904,1	4993,2	5376,4

Таблица 4

Динамика количества субъектов Российской Федерации, в которых функционируют передвижные медицинские подразделения, 2020—2022 гг.

Названия типов мобильных медицинских подразделений/год	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Амбулатории	10	11	11
Врачебные бригады	61	61	62
Клинико-диагностические лаборатории	11	9	12
Маммографические установки	61	72	75
Мобильные медицинские бригады	76	75	74
Мобильные медицинские комплексы	70	75	74
Стоматологические кабинеты	33	35	38
ФАПы	48	53	54
Флюорографические установки	84	84	84

В частности, передвижные клинико-диагностические лаборатории в 2022 году функционировали всего в 12 регионах: Республика Дагестан, Новгородская область, Томская область, Амурская область, Челябинская область, Еврейская автономная область, Севастополь, Ленинградская область, Тульская область, Московская область, Ханты-Мансийский автономный округ — Югра. Причем число субъектов Российской Федерации, на территории которых размещены этих лаборатории, за период пандемии COVID-19 уменьшилось с 13 в 2019 году до 9 в 2021 году, затем увеличилось до 12 в 2022 году.

В таблице 4 представлена динамика за период с 2020 по 2022 гг. количества субъектов Российской Федерации, в которых функционируют передвижные медицинские подразделения.

В таблице отсутствуют данные об отделениях выездной патронажной паллиативной медицинской помощи, которые появились после того, как в 2019 году был издан приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья». К 2022 году в России насчитывалось уже 765 отделений выездной патронажной паллиативной медицинской помощи почти во всех субъектах Российской Федерации (n=81), которыми в этом году при осуществлении 666,1 тыс. выездов принято 823,7 тыс. пациентов.

Для оценки обеспеченности населения субъектов Российской Федерации объемами деятельности передвижных медицинских

подразделений (по числу принятых пациентов в расчете на 10000 населения), мы выбрали четыре типа подразделений, которые имеются практически во всех регионах — мобильные медицинские бригады, маммографические и флюорографические установки, а также отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи.

Мобильные медицинские бригады (ММБ). В соответствии с Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н, мобильная медицинская бригада организуется в структуре медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, для проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации и оказания первичной медико-санитарной помощи населению, в том числе жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность.

На рисунке 1 представлена картограмма обеспеченности субъектов Российской Федерации объемами деятельности ММБ в 2022 году.

В 2022 году в среднем по субъектам Российской Федерации уровень обеспеченности населения объемами деятельности ММБ составил $276,2 \pm 320,2$ принятых пациентов на 10000 населения.

Наиболее обеспеченными объемами деятельности ПФУ в 2022 году являются регионы: Амурская область (1386,0), Курганская область (1301,5), Ненецкий автономный округ (1260,0), Ямало-Ненецкий автономный округ (868,1), Республика Алтай

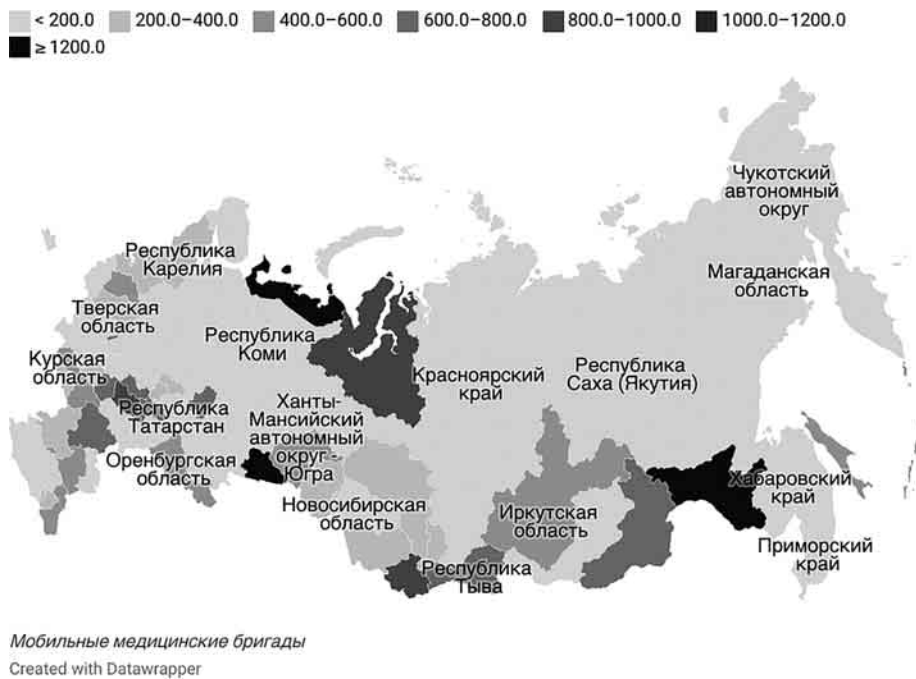


Рис. 1. Картограмма обеспеченности субъектов Российской Федерации объемами деятельности мобильных медицинских бригад в 2022 году (число принятых пациентов на 10000 населения)



Рис. 2. Картограмма обеспеченности субъектов Российской Федерации объемами деятельности передвижных маммографов в 2022 году (число принятых пациенток на 10000 населения женского пола)

(842,2), Пензенская область (836,7), Волгоградская область (777,2), Республика Тыва (767,8), Удмуртская Республика (762,0), Москва (752,3). Наиболее низкие показатели обеспеченности в регионах: Республика Адыгея (6,6), Республика Башкортостан (9,6), Ярославская область (11,6), Карачаево-Черкесская Республика (11,8), Приморский край (12,7), Санкт-Петербург (15,8), Свердловская область (16,0), Калужская область (18,6), Краснодарский край (23,0), Ханты-Мансийский автономный округ — Югра (24,5).

В 11 субъектах Российской Федерации по состоянию на конец 2022 года мобильные медицинские бригады отсутствовали: Пермский край, Костромская область, Чукотский автономный округ, Еврейская автономная область, Республика Бурятия, Кировская область, Республика Коми, Камчатский край, Республика Саха (Якутия), Ставропольский край, Севастополь.

Передвижные маммографические установки (ПМУ). В 2022 году в среднем по субъектам Российской Федерации уровень обеспеченности населения объемами деятельности передвижных маммографов составил $97,8 \pm 125,0$ принятых пациенток на 10000 населения женского пола. На рисунке 2 представлена картограмма обеспеченности субъектов Российской Федерации объемами деятельности ПМУ в 2022 году.

Наиболее высокие показатели обеспеченности населения объемами деятельности передвижных маммографов 2022 году в регионах: Республика Мордовия (660,1), Республика Калмыкия (483,0), Республика Коми (423,3), Кемеровская область (402,3), Кировская область (374,2), Пензенская область (346,6), Новгородская область (317,9), Республика Тыва (266,3). Наиболее низкие показатели обеспеченности в регионах: Сахалинская область

(2,6), Челябинская область (3,5), Калужская область (3,9), Республика Ингушетия (5,4), Московская область (7,0), Тверская область (7,5), Иркутская область (8,1), Республика Саха (Якутия) — 8,6 принятых пациенток на 10000 населения.

По состоянию на конец 2022 года в субъектах Российской Федерации года мобильные медицинские подразделения для проведения маммографии отсутствовали в регионах: Псковская область, Москва, Магаданская область, Белгородская область, Вологодская область, Ярославская область, Курганская область, Ненецкий автономный округ, Липецкая область, Республика Карелия, Еврейская автономная область, Республика Марий Эл, Севастополь, Курская область.

Передвижные флюорографические установки (ПФУ). В 2022 году в среднем по субъектам Российской Федерации уровень обеспеченности населения объемами деятельности ПФУ составил $363,6 \pm 294,5$ принятых пациентов на 10000 населения.

На рисунке 3 представлена картограмма обеспеченности субъектов Российской Федерации объемами ПФУ в 2022 году.

Наиболее обеспеченными объемами деятельности ПФУ в 2022 году являются регионы: Республика Алтай (1151,4 принятых пациентов на 10000 населения), Ненецкий автономный округ (1099,1), Республика Дагестан (1063,1), Ставропольский край (975,9), Республика Тыва (965,2), Кемеровская область (909,8), Липецкая область (866,7), Пензенская область (853,1), Оренбургская область (825,9), Республика Ингушетия (818,5). Наиболее низкие показатели обеспеченности в регионах: Удмуртская Республика (7,2), Костромская область (28,5), Московская область (28,5), Камчатский край (55,0), Мурманская область (58,2), Кабардино-Балкарская Республика (70,6), Томская область (71,6), Республика Саха (Якутия) -83,0, Вологодская область (89,0), Калининградская область (91,9).

В трех регионах передвижные флюорографические установки по состоянию на конец 2022 года отсутствовали: Еврейская автономная область, Магаданская область, Чукотский автономный округ.

Отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи (ОПМП). 2022 году в среднем по субъектам Российской Федерации уровень обеспеченности населения объемами деятельности ОПМП составил $47,5 \pm 42,0$ принятых пациентов на 10000 населения.

На рисунке 4 представлена картограмма обеспеченности субъектов Российской Федерации объемами ОПМП в 2022 году.

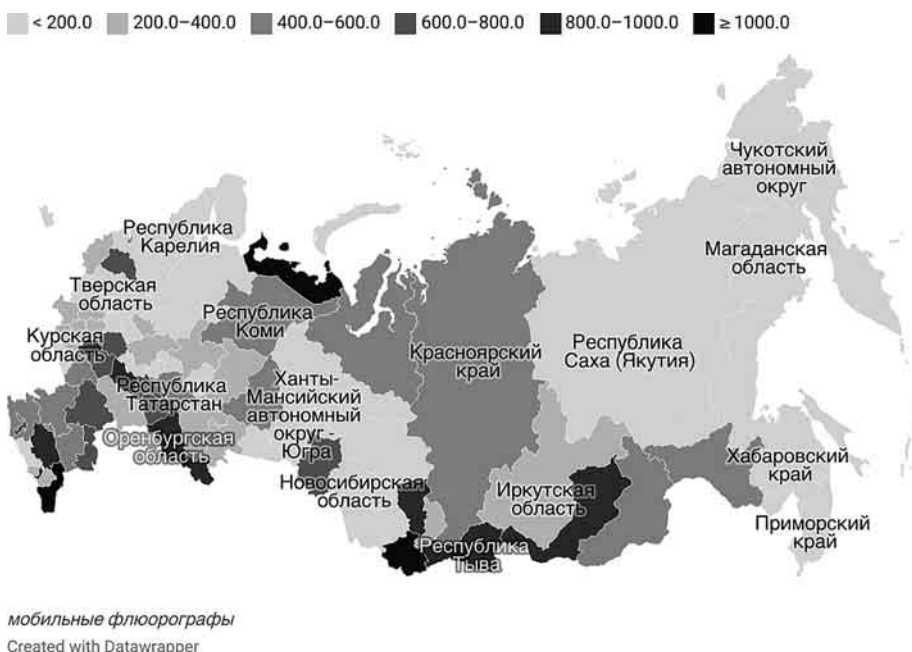


Рис. 3. Картограмма обеспеченности субъектов Российской Федерации объемами деятельности передвижных флюорографических установок в 2022 году (число принятых пациентов на 10000 населения)

Наиболее обеспеченными объемами деятельности ПФУ в 2022 году являются регионы: Республика Карелия (220,4), Республика Саха (Якутия) — 181,4, Москва (169,1), Камчатский край (139,5), Республика Бурятия (118,1), Новгородская область (104,5), Ямало-Ненецкий автономный округ (101,2), Санкт-Петербург (100,2), Ивановская область (98,9), Республика Татарстан (97,0). Наиболее низкие показатели обеспеченности в регионах: Еврейская автономная область (0,5), Калужская область (1,6), Воронежская область (2,6), Тверская область (2,7), Республика Северная Осетия — Алания (4,0), Ростовская область (4,5), Забайкальский край (5,0), Республика Крым (7,1), Вологодская область (7,3), Ярославская область (8,1).

В 4 субъектах Российской Федерации по состоянию на конец 2022 года отделения выездной патронажной паллиативной медицинской помощи отсутствовали: Магаданская область, Республика Дагестан, Чукотский автономный округ, Ненецкий автономный округ.

Таким образом, население разных субъектов Российской Федерации чрезвычайно неравномерно обеспечено объемами медицинской помощи, оказываемой передвижными подразделениями медицинских организаций. Как показал наш анализ, различия между регионами по данному показателю достигает *стократных различий* и даже более.

Возможно, что одной из причин выявленной чрезвычайно сильной дифференциации субъектов Российской Федерации по показателям объемов работы передвижных медицинских подразделений и небольшого их числа в некоторых субъектах Российской Федерации — это различия между регионами в плотности населения, доле сельского населения и в мощностях стационарной медицинской инфраструктуры, которую можно измерить, например, с помощью таких показателей, как обеспеченность населения объемами медицинской помощи в круглосуточных стационарах по числу случаев госпитализации и в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ) по числу посещений по поводу заболеваний.

То есть, с точки зрения организации работы региональной системы здравоохранения, чем меньше плотность населения, слабее и меньше задействована недвижимая медицинская инфраструктура для удовлетворения потребности людей в медицинских услугах, тем активнее должны использоваться передвижные медицинские подразделения. Если из этого правила исключить деятельность отделений выездной патронажной паллиативной медицинской помощи, объем работы которых с организационной точки зрения не должен быть связан с указанными факторами, то, подчиняясь логике

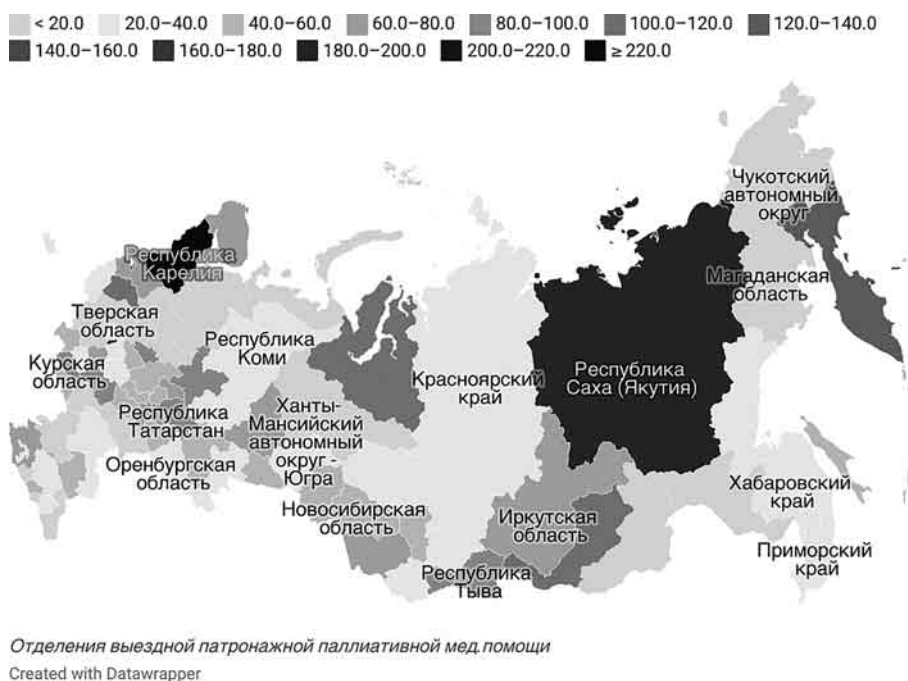


Рис. 4. Картограмма обеспеченности субъектов Российской Федерации объемами деятельности отделений выездной патронажной паллиативной медицинской помощи (число принятых пациентов на 10000 населения в 2022 году)

Таблица 5

Корреляционная матрица зависимостей между показателями объема работы стационарных и передвижных подразделений медицинских организаций субъектов Российской Федерации в 2022 году

	Признак № 1	Признак № 2	Признак № 3	Признак № 4	Признак № 5	Признак № 6
Число принятых в ПМУ пациентов на 10000 населения — признак № 1	1,00	0,17	−0,05	−0,04	−0,14	0,18
P-value	—	0,12	0,68	0,71	0,21	0,10
Число принятых в ПФУ пациентов на 10000 населения — признак № 2	0,17	1,00	−0,08	0,06	−0,11	0,19
P-value	0,12	—	0,46	0,62	0,30	0,08
Число посещений АПУ на 100 населения — признак № 3	−0,05	−0,08	1,00	0,16	0,19	−0,13
P-value	0,68	0,46	—	0,15	0,08	0,23
Число госпитализаций на 100 населения — признак № 4	−0,04	0,06	0,16	1,00	0,09	−0,13
P-value	0,71	0,62	0,15	—	0,42	0,25
Плотность населения, чел. на 1 кв. км. — признак № 5	−0,14	−0,11	0,19	0,09	1,00	−0,25
P-value	0,21	0,30	0,08	0,42	—	0,02
Доля сельского населения — признак № 6	0,18	0,19	−0,13	−0,13	−0,25	1,00
	0,10	0,08	0,23	0,25	0,02	—

сформулированного выше правила, должны существовать отрицательные статистические связи между плотностью населения, показателями объема работы стационарных и передвижных подразделений медицинских организаций. При этом чем больше доля сельских жителей, тем больше должен быть объем работы передвижных подразделений медицинских организаций.

В действительности, как показал корреляционный анализ, такие связи хотя присутствуют, но они очень слабой силы при низком уровне статистической значимости (таблица 5)

При этом наиболее существенная отрицательная, статистически значимая ($P\text{-value} = 0,02$) корреляционная связь ($r = -0,25$) обнаружена между показателями плотности и доли сельского населения в субъектах Российской Федерации — чем выше плотность, тем меньше доля сельского населения, что является естественным явлением и доказывает правильность выбора количественных переменных.

Обсуждение

В России первые мобильные подразделения медицинского предназначения появились в военно-медицинской службе в середине прошлого века в виде автоперевозочных на базе автомобиля ГАЗ-63 [6]. В течении последних лет в качестве баз для передвижных подразделений медицинских организаций используются тяжелые автомобили, железнодорожные вагоны, а также самолеты и вертолеты [7,8].

В настоящее время мобильные медицинские подразделения используются для проведения профилактических медицинских осмотров, раннего выявления заболеваний, оказания экстренной медицинской помощи во время природных и техногенных катастроф, аварий и военных конфликтов, а также во время спортивных соревнований [9]. Гражданские мобильные медицинские комплексы могут также усилить деятельность военных медицинских служб в современной войне и при возникновении других чрезвычайных ситуаций, характеризующейся одномоментным возникновением массовых санитарных потерь [10,11]. И наоборот, передвижные рентгенодиагностические комплексы военно-медицинского применения могут также использоваться

для профилактических обследований населения, проживающих в районах, удаленных от медицинских учреждений [12].

Стоимость передвижных медицинских подразделений довольно высока. Так, например, стоимость диагностического мобильного комплекса «Маммография», включающего маммографическую систему Planmed Clarity 2D (Финляндия) в базовой комплектации по состоянию на май 2024 года составляет 19,3 млн. рублей¹⁴, что почти в 7 раз (3,0 млн. рублей) дороже стационарного цифрового маммографа GE Senographe Essential (США)¹⁵.

Как показал наш анализ, субъекты Российской Федерации крайне неравномерно обеспечены объемами деятельности передвижных медицинских подразделений. Различия между регионами по данному показателю достигает стократных различий и даже более. При этом, объёмы деятельности передвижных медицинских подразделений не согласовываются ни с плотностью населения, ни с уровнем урбанизации регионов. Также отсутствуют значимые связи между объемами медицинских услуг, оказываемых в стационарных медицинских организациях и в их передвижных медицинских подразделениях, что противоречит аксиоме — чем недоступнее и (или) меньше задействована недвижимая медицинская инфраструктура для удовлетворения потребности людей в медицинских услугах, тем активнее должны использоваться передвижные медицинские подразделения.

По нашему мнению, одной из причин нерационального размещения и использования передвижные подразделений медицинских организаций являются недостатки нормативно-правового регулирования их деятельности.

Так, например, до сих пор оказание медицинской помощи вне медицинской организации допускается только при оказании скорой медицинской помощи (пункт 2 статьи 35 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ). Классификатор работ

¹⁴ По данным сайта АО «Швабе-Медицинская Компания». Производство и продажа мобильных медицинских комплексов. <https://shvabe-mc.ru/> (дата обращения: 23 мая 2024 г.)
¹⁵ По данным сайта компании «Anytrans». <https://anytrans.ru/catalog/mammography/ge-essential/> (дата обращения: 23 мая 2024 г.)

(услуг), составляющих медицинскую деятельность, утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 августа 2021 г. № 866н для целей лицензирования, не предусматривает деятельность передвижных подразделений медицинских организаций. В результате этот вид медицинской деятельности осуществляется медицинскими организациями без лицензии.

Также действующим законодательством не предусмотрено оказание медицинской помощи врачами, состоящими в штате одной медицинской организации, пациенту, который находится в другой медицинской организации, за исключением медицинской помощи, оказываемой выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи (пункт 2 статьи 35 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ). То есть, к примеру, врач мобильной медицинской бригады, действующий в рамках одной медицинской организации, не обладает правом оказывать ни один из видов медицинской помощи пациенту, находящемуся на лечении в другой медицинской организации.

Одновременно с этим, согласно Правилам организации деятельности мобильной медицинской бригады (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н), в состав мобильной медицинской бригады по согласованию могут включаться медицинские работники других медицинских организаций, что является юридической коллизией. Мобильные медицинские бригады являются структурными подразделениями медицинских организаций и не предназначены для оказания скорой медицинской помощи в экстренной форме. Де-юре медицинский работник мобильной медицинской бригады не может оказывать плановую первичную медико-санитарную помощь пациентам, обращающимся к нему бригаде по месту прибытия мобильной бригады.

С 2019 года в постановлениях Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» на соответствующий период, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации предоставлено право устанавливать нормативные объемы деятельности для передвижных форм оказания медицинской помощи. При этом единые («федеральные») нормативы объемов медицинских услуг, оказываемых с использованием передвижных медицинских подразделений, отсутствуют.

Другая важная причина нерационального размещения и использования передвижных подразделений медицинских организаций отражает общую фундаментальную проблему, связанную с недостаточной организацией и предоставлении населению не только высокочрезвычайной, но и эффективной медицинской помощи, способной приносить ощутимые клинические результаты при разумных финансовых вложениях. Подобному положению дел способствует отсутствие в Российской Федерации системы счетов здравоохранения, позволяющих кон-

тролировать финансовые потоки и оценивать экономическую эффективность затрат.

Проблема становится особо актуальной в условиях растущего спроса на качественные медицинские услуги, когда ресурсы ограничены, а потребности населения требуют мгновенного реагирования. Устойчивое развитие системы здравоохранения невозможно без создания мотивационной среды, которая побудит руководителей не только к эффективному использованию имеющихся ресурсов, но и к поиску новых путей улучшения обслуживания. В противном случае, передвижные медицинские подразделения останутся лишь формальной частью системы, не являясь реальным ответом на вызовы времени.

Заключение

Результаты выполненного анализа мощностей и результатов деятельности передвижных подразделений медицинских организаций подтверждают необходимость использования новых стратегий при организации и финансировании медицинской помощи, которая в настоящее время характеризуется растущей стоимостью не только из-за старения населения и широкого использования дорогостоящих методов лечения, но и отсутствием заинтересованности органов и организаций здравоохранения в обеспечении общественной результативности затрат. В условиях неизбежных ограничений бюджетных расходов на социальную сферу из-за сложной геополитической обстановки, для обеспечения эффективности затрат на здравоохранение, необходимо дополнить оценки объемных и ресурсных показателей медицинской помощи оценкам достигнутых результатов в сохранении и восстановлении здоровья людей на групповом и (или) популяционном уровне.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Перхов В. И. Мнение эксперта о статье «Ассоциация между смертностью от болезней системы кровообращения и депривацией у взрослого населения России». *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2024;23(3):3979. DOI: 10.15829/1728-8800-2024-3979
2. Singh GK, Lee H. Marked Disparities in Life Expectancy by Education, Poverty Level, Occupation, and Housing Tenure in the United States, 1997–2014. *Int J MCH AIDS*. 2021;10(1):7–18. DOI: 10.21106/ijma.402
3. Перхов В. И., Самородская И. В., Ступаков И. Н. К вопросу о критериях дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи. *Менеджер здравоохранения*. 2007;(5):34–42.
4. Улумбекова Г. Э. и др. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.). Факты и предложения. *ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2019;18(4):50–63.
5. Корхмазов В. Т., Перхов В. И. К вопросу о необходимости расширения использования технологий мобильной медицины в период инфекционных пандемий. *Российский медицинский журнал*. 2022;28(1):5–10. DOI: 10.17816/medjrf92834
6. Бухтияров И. В. и др. Мобильные медицинские комплексы: вчера, сегодня, завтра. *Медицина катастроф*. 2010;(2):29–32.
7. Половиткина А. В. Мобильные медицинские комплексы: отечественная и зарубежная практика использования. *Альманах сестринского дела*. 2014;7(2):34–41.
8. Калининская А. А., Баянова Н. А., Сулькина Ф. А. Передвижные медицинские комплексы в условиях села. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2019;(1):144–154.

9. Абдуллабеков Р. Н., Федорчук В. Е., Минникова Т. В. Передвижные медицинские комплексы в России. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2021;43(3):45—52.
10. Половиткина А. В. Оценка перспектив реализации проекта по организации медицинских мобильных комплексов на территории Иркутской области. *Байкальский медицинский журнал*. 2014;131(8):75—78.
11. Гончаров С. Ф. и др. Мобильные медицинские формирования Службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации. *Медицина катастроф*. 2019;(3):5—11.
12. Железняк И. С. и др. Использование некоторых современных рентгенодиагностических аппаратов и комплексов в полевых условиях. *Военно-медицинский журнал*. 2017;338(1):50—56.

REFERENCE

1. Perkhov V. I. Opinion of the expert on article «Association between Mortality from Diseases of the Blood Circulatory System and a Deprivation at Adult Population of Russia». *Cardiovascular therapy and prevention. [Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika]*. 2024;23(3):3979 (in Russian). DOI: 10.15829/1728-8800-2024-3979
2. Singh GK, Lee H. Marked Disparities in Life Expectancy by Education, Poverty Level, Occupation, and Housing Tenure in the United States, 1997—2014. *Int J MCH AIDS*. 2021;10(1):7—18. DOI: 10.21106/ijma.402
3. Perkhov V. I., Samorodskaya I. V., Stupakov I. N. To a question of criteria of expensive and hi-tech medical care. *The Manager of health care. [Menedzher zdavookhraneniya]*. 2007;(5):34—42 (in Russian).
4. Ulumbekova G. E., etc. Financing of health care in Russia (2021—2024). Facts and offers. *ORGZDRAV: News. Opinions. Training.*

VShOUZ bulletin. [ORGZDRAV: Novosti. Mneniya. Obuchenie. Vestnik VShOUZ]. 2019;18(4):50—63 (in Russian).

5. Korkhmazov V. T., Perkhov V. I. To a question of need of expansion of use of technologies of mobile medicine in the period of infectious pandemics. *Russian medical magazine. [Rossiyskoy meditsinskiy zhurnal]*. 2022;28(1):5—10 (in Russian). DOI: 10.17816/medjrf92834
6. Bukhtiyarov I. V., etc. Mobile medical complexes: yesterday, today, tomorrow. *Medicine of accidents. [Meditsina katastrof]*. 2010;(2):29—32 (in Russian).
7. Polovitskina A. V. Mobile medical complexes: domestic and foreign practice of use. *Almanac of nurse business. [Al'manakh sestriynskogo dela]*. 2014;7(2):34—41 (in Russian).
8. Kalinin A. A., Bayanova N. A., Sulkina F. A. Mobile medical complexes in the conditions of the village. *Modern problems of health care and medical statistics. [Sovremennye problemy zdavookhraneniya i meditsinskoy statistiki]*. 2019;(1):144—154 (in Russian).
9. Abdullabekov R. N., Fedorchuk V. E., Minnikova T. V. Mobile medical complexes in Russia. *Medical technologies. Assessment and choice. [Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor]*. 2021;43(3):45—52 (in Russian).
10. Polovitskina A. V. Assessment of prospects of implementation of the project for the organization of medical mobile complexes in the territory of the Irkutsk region. *The Baikal medical magazine. [Baykal'skiy meditsinskiy zhurnal]*. 2014;131(8):75—78 (in Russian).
11. Goncharov S. F., etc. Mobile medical formations of Service of medicine of accidents of the Ministry of Health of the Russian Federation. *Medicine of accidents. [Meditsina katastrof]*. 2019;(3):5—11 (in Russian).
12. Zheleznyak I. S., etc. Use of some modern X-ray diagnostic devices and complexes in field conditions. *The Military-medical magazine. [Voенно-meditsinskiy zhurnal]*. 2017;338(1):50—56 (in Russian).

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.

The authors declare no conflicts of interests.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Статья поступила в редакцию 31.05.2024; одобрена после рецензирования 24.07.2024; принята к публикации 18.11.2024.

The article was submitted 31.05.2024; approved after reviewing 24.07.2024; accepted for publication 18.11.2024.