

ОБОСНОВАНИЕ ДИСЛОКАЦИИ МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

© В.М. Розинов ¹✉, Д.А. Морозов ^{2, 3}, С.А. Румянцев ¹, Н.Н. Ваганов ⁴,
В.И. Петлах ^{1, 5}, М.В. Афаунов ¹

- ¹ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва;
- ² Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва;
- ³ Комитет по охране здоровья Государственной Думы Российской Федерации, Москва;
- ⁴ Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва;
- ⁵ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Федерального медико-биологического агентства, Москва

■ Для цитирования: Розинов В.М., Морозов Д.А., Румянцев С.А., Ваганов Н.Н., Петлах В.И., Афаунов М.В. Обоснование дислокации межрегиональных центров специализированной хирургической помощи детям в Российской Федерации // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. — 2020. — Т. 10. — № 3. — С. 263–274. <https://doi.org/10.17816/psaic694>

Поступила: 12.06.2020

Одобрена: 22.07.2020

Опубликована: 10.09.2020

Введение. Обоснована необходимость реорганизации системы оказания специализированной хирургической помощи детям России, прежде всего в экстренной и неотложной формах, в том числе в отдаленных, малонаселенных и труднодоступных районах, с позиций сохраняющихся существенных диспропорций показателя смертности в различных регионах страны.

Цель исследования. Многофакторное обоснование целесообразности, профиля и дислокации межрегиональных центров (МРЦ) специализированной (хирургической), в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям, соответственно приоритетным профилям деятельности, применительно к медицинским организациям федеральных округов (ФО) России.

Материалы и методы. Дизайн исследования включал двухуровневую (региональный и федеральный) систему профессиональной экспертизы и обоснования в части профиля, дислокации, зоны ответственности МРЦ в ФО страны. На региональном уровне реализовали технологию Дельфи с математико-статистическим анализом 103 экспертных заключений из 85 субъектов России, в результате которого были обоснованы приоритетные профили деятельности («хирургия новорожденных», «нейрохирургия», «торакальная хирургия», «онкология», «комбустиология») и предпочтения в части маршрутизации пациентов. На втором этапе работы, с привлечением экспертов федерального уровня, реализовали технологию SWOT-анализа как универсального метода стратегического планирования, с обоснованием дислокации и количества МРЦ в отдельных ФО страны, применительно к конкретным медицинским организациям их базирования. С целью объективной (количественной) оценки обеспеченности ФО России МРЦ специализированной медицинской помощи детям по установленным профилям деятельности нами предложен расчетный показатель — «коэффициент региональной сопряженности» (КРС), представляющий отношение двух однородно исчисленных величин — количество МРЦ и регионов в конкретном ФО, либо стране в целом.

Результаты. Консолидированная позиция федеральных экспертов в части дислокации МРЦ была сформулирована по установленным профилям деятельности применительно к ФО и конкретным медицинским организациям в субъектах РФ. КРС по профилю деятельности «хирургия новорож-

денных» составил 0,14, а применительно к «нейрохирургии», «торакальной хирургии», «онкологии» соответственно 0,12, 0,11, 0,11 для России в целом. Наиболее низкий (0,09) КРС в стране характеризовал ситуацию с профилем «комбустиология». В подавляющем большинстве (76,0 %) дислокация МРЦ привязана к административным центрам ФО, либо городам федерального значения. Среди 50 МРЦ всех приоритетных профилей 43 (86 %) потенциально были обозначены экспертами на базе многопрофильных медицинских организаций педиатрического профиля.

Обсуждение. Эффективность функционирования МРЦ обусловлена организацией лечебно-эвакуационного обеспечения детей с заболеваниями и травмами. Перспективу представляет развитие в структуре базовых больниц консультативно-реанимационных центров, функционал которых, наряду с дистанционным консультированием и лечебно-эвакуационной деятельностью, включает мониторинг состояния больных и пораженных детей по месту первичной госпитализации. Альтернативой является наличие на клинической базе МРЦ структурного подразделения, либо филиала регионального центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф.

Заключение. Преодоление неравенства доступности и качества медицинской помощи детям в отдельных федеральных округах и регионах России сопряжено с реорганизацией действующей системы этапной медицинской помощи. Оптимальная логистика лечебно-эвакуационного обеспечения профильных больных и пораженных включает МРЦ в качестве коллектора для детей, нуждающихся в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, с реализацией преимущественного принципа «эвакуация на себя».

Ключевые слова: специализированная медицинская помощь; детская хирургия; организация здравоохранения; межрегиональные центры; дети.

THE RATIONALE FOR DISLOCATION OF INTERREGIONAL SPECIALIZED SURGICAL CARE CENTERS FOR CHILDREN IN THE RUSSIAN FEDERATION

© V.M. Rozinov¹ ✉, D.A. Morozov^{2, 3}, S.A. Rumyantsev¹, N.N. Vaganov⁴,
V.I. Petlakh^{1, 5}, M.V. Afaunov¹

¹ Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia;

² Sechenov First Moscow State University, Moscow, Russia;

³ Health Protection Committee of the State Duma of the Russian Federation, Moscow, Russia;

⁴ Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russia;

⁵ All-Russian Center for Disaster Medicine “Zashchita” FMBA of Russia, Moscow, Russia

■ For citation: Rozinov VM, Morozov DA, Rumyantsev SA, Vaganov NN, Petlakh VI, Afaunov MV. Rationale for dislocation of interregional specialized surgical care centers for children in the Russian Federation. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2020;10(3):263-274. <https://doi.org/10.17816/psaic694>

Received: 12.06.2020

Accepted: 22.07.2020

Published: 10.09.2020

Introduction. In Russia, there is a need to reorganize the system of providing specialized surgical care to children, primarily in emergency and urgent care and in remote, sparsely populated, and hard-to-reach areas. This need is evidenced by the significant persisting disparities in the mortality rate in the country's various regions.

Purpose of the study. This study aims to provide multifactorial substantiation of the expediency, profile, and location of specialized (surgical) interregional centers (MRC), including high-tech, medical care for children, by the priority profiles of activity, about medical organizations of the federal districts (FD) of Russia.

Materials and methods. The study design included a two-level (regional and federal) system of professional expertise and justification in terms of the profile, location, and area of responsibility of the MRC in the federal district of the country. At the regional level, Delphi technology was implemented with a mathematical and statistical analysis of 103 expert opinions from 85 constituent entities of Russia, the result of which activities priority profiles were substantiated (“newborn surgery,” “neurosurgery,” “thoracic surgery,” “oncology,” “combustiology”) and patient routing preferences. At the second stage of the work, with the involvement of federal experts, the SWOT analysis technology was implemented as a universal method of strategic

planning, with the justification of the location and number of MRCs in individual FD of the country, about specific medical organizations where they are based. For an objective (quantitative) assessment of the provision of the Federal District of Russia with the MRC of specialized medical care for children according to the established profiles of activity, we have proposed a calculated indicator — the “regional contingency coefficient” (CRC), representing the ratio of two uniformly calculated values — the number of MRCs and regions in a particular Federal District, or the country as a whole.

Results. The consolidated position of federal experts regarding the location of the MRC was formulated according to the established profiles of activity about FD and specific medical organizations in the Russian Federation constituent entities. The cattle in the profile of the activity of “neonatal surgery” was 0.14, and about “neurosurgery,” “thoracic surgery,” and “oncology,” respectively, 0.12, 0.11, and 0.11 for Russia as a whole. The lowest (0.09) cattle in the country characterized the situation with the “combustiology” profile. In the overwhelming majority (76.0%), the location of the MRC is tied to the administrative centers of the Federal District or cities of federal significance. Among the 50 MRCs of all priority profiles, 43 (86%) were potentially designated by experts based on multidisciplinary pediatric medical organizations.

Discussion. The effectiveness of the MRC functioning is due to the organization of medical and evacuation support for children with diseases and injuries. The development of consultative and resuscitation centers in the primary hospital structure is promising. Its functionality, along with remote counseling, treatment, and evacuation activities, includes monitoring the condition of sick and affected children at the place of primary hospitalization. An alternative is a presence on the clinical base of the MRC of a structural unit or a branch of the regional center for emergency medical care and disaster medicine.

Conclusion. Overcoming the inequality in the availability and quality of medical care for children in certain FD and regions of Russia is necessary to reorganize the current system of staged medical care. Optimal logistics of medical and evacuation support for specialized patients and injured people include the MRC as a collector for children in need of specialized care, including high-tech medical care, with the implementation of the predominant principle of “evacuation of oneself.”

Keywords: specialized medical care; pediatric surgery; healthcare organization; interregional centers; children.

ВВЕДЕНИЕ

Гарантией юридического содержания права ребенка на доступную и качественную медицинскую помощь (совокупность правомочий) является актуальная редакция Конституции Российской Федерации¹. Необходимо учитывать отсутствие в отечественном законодательстве понятия «доступная медицинская помощь» и настоятельную необходимость согласования дефиниции «качество медицинской помощи» с современными международными требованиями [1, 2].

Организация оказания специализированной хирургической помощи детям нашей страны, прежде всего в экстренной и неотложной формах, в том числе в отдаленных, малонаселенных и труднодоступных районах, регламентируется критериями доступности и качества медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий ока-

зания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи².

При этом реальное право ребенка на доступную и качественную медицинскую помощь независимо от места жительства, социального статуса родителей и финансового благополучия семьи не подтверждается в нашей стране даже в аспекте географической локации. В соответствии с данными Росстата за 2019 год, выявляются существенные различия показателя детской смертности (0–17 лет) в различных административно-территориальных образованиях России³. При виртуальном продвижении от западной границы страны на восток по территории, ограниченной контурами от 50-й до 60-й географической параллели, констатируется прогрессивный рост показателя детской смертности в федеральных округах (ФО) Российской Федерации — Северо-Западный ФО (42,9), Центральный

¹ Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/.

² Постановление Правительства РФ от 7 декабря 2019 г. № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» (с изменениями и дополнениями).

³ Федеральная служба государственной статистики <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>.

ФО (45,3), Уральский ФО (47,5), Сибирский ФО (57,2), Дальневосточный ФО (60,3)⁴.

Соответственно, детская смертность в ДФО более чем на 70 % превышает данный показатель в СЗФО. При этом показатели детской смертности в отдельных регионах указанных ФО различаются многократно — Ленинградская область (28,9), Липецкая область (30,4), Республика Алтай (100,9), Еврейская АО (105,8). Представленная зависимость коррелирует с показателями обеспеченности детского населения соответствующих ФО РФ профильными (хирургическими) койками и специалистами [3]. Несомненно, столь существенные различия детской смертности, как интегрального результирующего показателя здоровья детского населения, в различных субъектах Российской Федерации свидетельствуют об отсутствии единой трактовки региональными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения критериев доступности и качества медицинской помощи, либо объективной невозможности исполнения Программы государственных гарантий в части бесплатной медицинской помощи.

Перспектива минимизации рисков ограничения доступности и снижения качества медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями и травмами обусловлена в российских реалиях организацией профильных межрегиональных центров (МРЦ) специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи [4, 5].

Концентрация больных, в соответствии с профилем медицинской организации, соответствует интересам пациентов и профессионального сообщества, позволяет эффективно реализовать ресурсы здравоохранения, что подтверждается опытом межрегионального взаимодействия в экономически развитых странах [5–7]. Результаты многоцентровых международных исследований позволяют утверждать, что первостепенное значение для сохранения жизни и здоровья пациентов при хирургических заболеваниях и травмах имеет госпитализация в специализированную клинику, а не длительность медицинской эвакуации [8, 9].

Реализация концепции МРЦ содержит также перспективу сокращения частоты оказания медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями и травмами в стационарах,

⁴ Количество смертей на 100 000 населения соответствующего возраста.

предназначенных для взрослых пациентов, что, очевидно, приводит к негативным клиническим и правовыми последствиями [10]. В нашей стране расширенное толкование понятия «специализированная медицинская помощь» применительно к хирургической деятельности установлено Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁵.

Недопустимо утверждать, что специализированная хирургическая помощь ребенку оказывается в медицинской организации, как правило, в центральной районной больнице, врачами, не имеющими сертификата детского хирурга. Подобное смешение понятий объяснимо лишь с позиции непреодолимого стремления чиновников от здравоохранения представить реальность в соответствии с декларативными заявлениями о доступности и качестве медицинской помощи детям. Примером содержательного разграничения видов медицинской помощи, оказываемой в профильных и иных медицинских организациях, является система установленная в структурах Минобороны России, с выделением квалифицированной и специализированной медицинской помощи⁶.

Цель исследования — многофакторное обоснование дислокации МРЦ специализированной хирургической помощи детям, соответственно установленным приоритетным профилям деятельности, применительно к медицинским организациям федеральных округов Российской Федерации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка концепции МРЦ специализированной хирургической помощи детям осуществлялась в соответствии с дизайном исследования, согласованным рабочей группой общественного совета федерального партийного проекта «Здоровое будущее»⁷ по координации детской хирургической службы страны.

⁵ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025>.

⁶ Приказ Министра обороны РФ от 16.01.2006 № 20 (ред. от 10.07.2008) «Об организации оказания медицинской помощи в военно-медицинских подразделениях, частях и учреждениях Министерства обороны Российской Федерации». <https://legalacts.ru/doc/prikaz-ministra-oborony-rf-ot-16012006-n/>.

⁷ Федеральный проект «Здоровое будущее». <https://proekty.er.ru/node/6584>.

Последний предполагал двухуровневую (региональную и федеральную) систему профессиональной экспертизы и обоснования в части профиля, дислокации, зоны ответственности МРЦ в федеральных округах Российской Федерации.

На первом этапе работы метод экспертных оценок был реализован на основе технологии Дельфи⁸, что предполагало обобщение и количественный анализ индивидуальных независимых суждений когорты экспертов. Основные этапы исследования включали:

- формирование экспертных групп;
- обоснование форм экспертного опроса;
- ранжирование результатов экспертных оценок;
- математико-статистический анализ;
- оценку согласованности мнений экспертов;
- интерпретацию результатов.

В соответствии с результатами предшествующего этапа исследования когортой региональных экспертов был определен перечень приоритетных профилей хирургической деятельности МРЦ на основе количественного математико-статистического анализа индивидуальных независимых суждений с высоким уровнем согласованности мнений экспертов — коэффициент конкордации Кенделла составил 0,72 [11].

Второй уровень экспертизы основывался на привлечении авторитетных представителей профессионального сообщества федерального уровня, включая главных внештатных специалистов Минздрава России, руководителей профильных НМИЦ, с целью обоснования дислокации МРЦ установленного профиля деятельности в конкретных медицинских организациях ФО России.

При рецензировании материалов, поступивших из регионов России, эксперты федерального уровня, с целью унификации заключений, реализовали технологию SWOT-анализа [12] как универсального метода стратегического планирования, заключающегося в выявлении факторов внутренней и внешней среды конкретной медицинской организации, рассматриваемой в качестве базы МРЦ, с разделением их на четыре категории:

S — Strengths — (преимущества, сильные стороны);

W — Weaknesses — (недостатки, слабые стороны);

O — Opportunities — (возможности, перспективы);

T — Threats — (риски, угрозы).

При этом:

S и W — характеризуют внутреннюю среду медицинской организации;

O и T — характеризуют внешнюю среду медицинской организации.

В соответствии с согласованной технологией эксперты федерального уровня, обосновывая дислокацию и количество межрегиональных центров, ориентировались на число детей в зоне ответственности МРЦ, плотность детского населения территорий, транспортную доступность, критически оценивали потенциал медицинских организаций, которые в сравнительном аспекте рассматривались в качестве потенциальных баз МРЦ [3, 4].

В качестве сильных сторон планируемой дислокации МРЦ федеральные эксперты рассматривали:

1) локализацию в составе многопрофильной детской больницы субъекта России (областные, республиканские, краевые, окружные медицинские организации);

2) наличие в структуре планируемой базовой больницы функциональных подразделений, в соответствии с проектом Положения о профильном МРЦ;

3) наличие в структуре планируемой базовой больницы состава оборудования, предусмотренного проектом Положения о профильном МРЦ;

4) наличие в структуре базовой больницы подразделения, необходимого для телемедицинского консультирования;

5) наличие в структуре планируемой базовой больницы консультативно-реанимационного центра, иных подразделений дистанционного консультирования и медицинской эвакуации (санитарной авиации, медицины катастроф);

6) наличие в структуре, либо в непосредственной близости от планируемой базовой больницы, перинатального центра, иных учреждений родовспоможения;

7) существенные аспекты транспортной доступности планируемой базовой больницы — наличие аэродрома, железнодорожного вокзала, федеральной автомобильной дороги, вертолетной площадки, судоходных водных путей и т.д.

В качестве слабых позиций планируемой дислокации МРЦ федеральные эксперты рассматривали:

1) локализацию в медицинской организации, предназначенной для лечения взрослых пациентов;

⁸ Дельфийский метод. Большой энциклопедический словарь. 2000. <https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc3p/115806>.

2) отсутствие в структуре планируемой базовой больницы подразделений, в соответствии с проектом Положения о профильном МРЦ;

3) отсутствие в таблице оснащения планируемой базовой больницы состава оборудования, предусмотренного проектом Положения о профильном МРЦ;

4) ограниченный коечный фонд профильного подразделения планируемой базовой больницы;

5) кадровый состав, ограниченной численности и/или нуждающийся в повышении профессиональной квалификации;

6) здания и строения планируемой базовой больницы, не соответствующие актуальным СНиП (строительные нормы и правила);

7) физически и морально устаревшее оборудование планируемой базовой больницы.

Очевидные перспективы планируемой дислокации МРЦ федеральные эксперты связывали:

- с включением соответствующей медицинской организации в Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»⁹;
- с реализацией в регионе Национального проекта «Безопасные и качественные автомобильные дороги»¹⁰.

Риски планируемой дислокации МРЦ по мнению экспертов обусловлены:

- географическими и климатическими, в том числе регулярными сезонными, ограничениями транспортной доступности;
- предполагаемыми ремонтами профильных подразделений планируемой базовой медицинской организации;
- возможной реорганизацией (оптимизацией) планируемой базовой медицинской организации.

При этом факторы (opportunities и threats) рассматривались в категориях ситуационных и перманентных.

С целью объективной (количественной) оценки обеспеченности федеральных округов Российской Федерации межрегиональными центрами специализированной медицинской помощи детям по установленным профи-

лям деятельности нами предложен расчетный показатель — «коэффициент региональной сопряженности» (КРС), представляющий отношение двух однородно исчисленных величин — количество МРЦ и регионов в конкретном ФО либо стране в целом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Консолидированная позиция федеральных экспертов в части дислокации МРЦ специализированной хирургической помощи детям по профилю деятельности «хирургия новорожденных» представлена в табл. 1.

В соответствии с представленными результатами, всего в 8 федеральных округах России определена дислокация 12 профильных МРЦ. Таким образом, коэффициент обеспеченности МРЦ по профилю деятельности «хирургия новорожденных» составил 0,14 для 85 субъектов Российской Федерации в целом. Существенные различия характеризовали КРС в отдельных федеральных округах, в диапазоне от 0,33 в Уральском до 0,09 применительно к Дальневосточному ФО.

Распределение дислокации МРЦ по профилю деятельности «нейрохирургия» в отдельных федеральных округах представлено в табл. 2.

Всего в составе федеральных округов России определена дислокация 11 МРЦ данного профиля деятельности. При этом в УФО и ПФО обосновано создание 2 МРЦ, а в ДФО дислокация Центра не определена, прежде всего, в связи с незавершенной реорганизацией инфраструктуры педиатрического звена здравоохранения г. Владивостока. Коэффициент обеспеченности МРЦ по профилю деятельности «нейрохирургия» составил для страны в целом 0,12, варьируя от 0,33 (УФО) до 0,05 (ЦФО).

Планируемая дислокация 9 МРЦ по профилю деятельности «торакальная хирургия» представлена в табл. 3.

Всего в стране по профилю деятельности «торакальная хирургия» обоснована дислокация 9 МРЦ, учитывая, что в Сибирском ФО планируется их дислокация в Иркутске и Красноярске. Таким образом, обеспеченность МРЦ данного профиля для России в целом составила 0,11, варьируя от 0,05 (ЦФО) до 0,2 (СФО).

Наиболее равномерное планируемое распределение МРЦ констатировано по профилю деятельности «онкология» (табл. 4).

⁹ Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям». <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/detstvo>.

¹⁰ Национальный проект «Безопасные и качественные автомобильные дороги». <https://rosavtodor.gov.ru/about/upravlenie-fda/nacionalnyj-proekt-bezopasnye-i-kachestvennye-avtomobilnye-dorogi>.

Таблица 1 / Table 1

Итоговое экспертное заключение по дислокации межрегиональных центров (профиль «хирургия новорожденных»)**Final expert opinion on the location of interregional centers (Neonatal surgery)**

Федеральный округ	Число детей (тыс.)	Город	Медицинская организация
Центральный (ЦФО)	6,365	Москва Воронеж	Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филагова Воронежская областная детская клиническая больница № 1
Северо-Западный (СЗФО)	2,339	Санкт-Петербург Сыктывкар	Детский городской многопрофильный клинический центр высших медицинских технологий Республиканская детская клиническая больница
Южный (ЮФО)	2,612	Краснодар	Детская краевая клиническая больница
Северо-Кавказский (СКФО)	2,575	Ставрополь	Краевая детская клиническая больница
Приволжский (ПФО)	5,663	Казань	Детская республиканская клиническая больница
Уральский (УФО)	2,514	Екатеринбург Тюмень	Областная детская клиническая больница № 1 Областная клиническая больница № 2
Сибирский (СФО)	3,534	Красноярск Иркутск	Красноярский краевой центр охраны материнства и детства Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница
Дальневосточный (ДФО)	1,772	Владивосток	Краевая детская клиническая больница № 1

Таблица 2 / Table 2

Итоговое экспертное заключение по дислокации межрегиональных центров (профиль «нейрохирургия»)**Final expert opinion on the location of interregional centers (Neurosurgery)**

Федеральный округ	Число детей (тыс.)	Город	Медицинская организация
Центральный (ЦФО)	6,365	Москва	Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой
Северо-Западный (СЗФО)	2,339	Санкт-Петербург	Детский городской многопрофильный клинический центр высших медицинских технологий им. К.А. Раухфуса
Южный (ЮФО)	2,612	Краснодар	Краевая детская клиническая больница
Северо-Кавказский (СКФО)	2,575	Ставрополь	Краевая детская клиническая больница
Приволжский (ПФО)	5,663	Казань Уфа	Детская республиканская клиническая больница Детская республиканская клиническая больница
Уральский (УФО)	2,514	Екатеринбург Челябинск	Областная детская клиническая больница № 1 Челябинская областная детская клиническая больница
Сибирский (СФО)	3,534	Кемерово Красноярск	Кемеровская областная детская клиническая больница Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона
Дальневосточный (ДФО)	1,772	Владивосток	Краевая детская клиническая больница №1

Таблица 3 / Table 3

Итоговое экспертное заключение по дислокации межрегиональных центров (профиль «торакальная хирургия»)**Final expert opinion on the location of interregional centers (Thoracic surgery)**

Федеральный округ	Число детей (тыс.)	Город	Медицинская организация
Центральный (ЦФО)	6,365	Москва	Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филагова
Северо-Западный (СЗФО)	2,339	Санкт-Петербург	Детский городской многопрофильный клинический центр высших медицинских технологий им. К.А. Раухфуса
Южный (ЮФО)	2,612	Ростов-на-Дону	Областная детская клиническая больница
Северо-Кавказский (СКФО)	2,575	Ставрополь	Краевая детская клиническая больница
Приволжский (ПФО)	5,663	Чебоксары	Республиканская детская клиническая больница
Уральский (УФО)	2,514	Екатеринбург	Детская городская клиническая больница № 9
Сибирский (СФО)	3,534	Иркутск Красноярск	Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства
Дальневосточный (ДФО)	1,772	Владивосток	Краевая детская клиническая больница №1

Таблица 4 / Table 4

Итоговое экспертное заключение по дислокации межрегиональных центров (профиль «онкология»)
Final expert opinion on the location of interregional centers (Oncology)

Федеральный округ	Число детей (тыс.)	Город	Медицинская организация
Центральный (ЦФО)	6,365	Москва Воронеж	Морозовская детская городская клиническая больница Воронежская областная детская клиническая больница
Северо-Западный (СЗФО)	2,339	Санкт-Петербург	Детский городской многопрофильный клинический центр высоких медицинских технологий им. К.А. Раухфуса
Южный (ЮФО)	2,612	Краснодар	Краевая детская клиническая больница
Северо-Кавказский (СКФО)	2,575	Ставрополь	Краевая детская клиническая больница
Приволжский (ПФО)	5,663	Казань	Республиканская детская клиническая больница
Уральский (УФО)	2,514	Екатеринбург	Областная детская клиническая больница
Сибирский (СФО)	3,534	Красноярск Иркутск	Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства Областная детская клиническая больница
Дальневосточный (ДФО)	1,772	Владивосток	Краевая детская клиническая больница № 1

Таблица 5 / Table 5

Итоговое экспертное заключение по дислокации межрегиональных центров (профиль «комбустиология»)
Final expert opinion on the location of interregional centers (Combustiology)

Федеральный округ	Число детей (тыс.)	Город	Медицинская организация
Центральный (ЦФО)	6,365	Москва	ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского
Северо-Западный (СЗФО)	2,339	Санкт-Петербург	Детский городской многопрофильный клинический центр высоких медицинских технологий (б. ДГБ №1)
Южный (ЮФО)	2,612	Краснодар Ростов-на-Дону	Научно-исследовательский институт — Краевая клиническая больница им. С.В. Очаповского Городская больница № 20
Северо-Кавказский (СКФО)	2,575	–	–
Приволжский (ПФО)	5,663	Уфа	Городская больница № 18
Уральский (УФО)	2,514	Екатеринбург	Детская городская клиническая больница № 9
Сибирский (СФО)	3,534	Иркутск Омск	Иркутская городская клиническая больница № 3 Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1
Дальневосточный (ДФО)	1,772	–	–

Всего в стране обоснована дислокация 10 МРЦ по профилю деятельности «онкология», соответственно КРС для России в целом составил 0,11. При этом в структуре отдельных ФО минимальное значение КРС (0,07) соответствовало ПФО, а максимальное (0,2) относилось к СФО.

Наиболее проблемное планирование дислокации характеризовало МРЦ по профилю деятельности «комбустиология» (табл. 5).

КРС по данному профилю деятельности для России в целом составил 0,09, при том что привлеченное экспертное сообщество не достигло согласия по дислокации МРЦ в двух ФО — СКФО и ДФО. Необходимо учитывать, что в данных ФО констатируются максимальные для нашей страны значения показателей детской смертности, соответственно 57,4 (СКФО) и 60,3 (ДФО).

Максимальный КРС по профилю констатирован в ЮФО — 0,25.

Перспективы функционирования МРЦ по профилю деятельности «комбустиология» омрачаются также тем, что 5 из 8 МРЦ вынужденно планируются на базе медицинских организаций, предназначенных прежде всего для лечения взрослых пациентов.

Применительно к эффективности системы стратегического планирования SWOT необходимо указать, что среди 50 МРЦ всех приоритетных профилей 43 (86 %) потенциально были обозначены экспертами на базе многопрофильных медицинских организаций педиатрического профиля.

ОБСУЖДЕНИЕ

В подавляющем большинстве (76,0 %) дислокация МРЦ привязана к административным центрам ФО либо городам федерального значения. Исключение составляет СФО, где в Новосибирске экспертами не установлена дислокация МРЦ по обоснованным приоритетным профилям деятельности.

Наиболее проблемная ситуация характеризует профиль деятельности «комбустиология», где эксперты затруднились с дислокацией МРЦ в двух федеральных округах — СКФО и ДФО. В СКФО необходимо учитывать исходно низкий уровень обеспеченности детского населения специализированной хирургической помощью и сложный территориально-национальный состав округа [3]. Применительно к ДФО несомненно сказываются существенные административно-территориальные преобразования последних лет, неизбежно повлекшие структурные и функциональные трансформации системы организации и оказания медицинской помощи детям — в состав данного ФО включены Республика Бурятия и Забайкальский край, ранее входившие в СФО, а административный центр был перенесен из Хабаровска во Владивосток¹¹.

Один из наиболее сложных аспектов функционирования МРЦ — организация лечебно-эвакуационного обеспечения детей с заболеваниями и травмами. В условиях масштабной реорганизации служб скорой меди-

цинской помощи (СМП) и медицины катастроф (МК), проводимой в соответствии с распоряжением Минздрава России¹², предусматривающей формирование региональных центров СМП и МК, обоснование единой модели представляется дискуссионным решением. Однако очевидные перспективы представляет организационно-правовая форма, в соответствии с которой на базе многопрофильного педиатрического стационара (дислокации МРЦ) функционирует структурное подразделение либо филиал регионального центра СМП и МК. Альтернативой представляется сохранение и развитие в структуре детских больниц субъектов РФ консультативно-реанимационных центров (КРЦ), функционал которых, наряду с дистанционным консультированием и лечебно-эвакуационной деятельностью, включает мониторинг состояния больных и пораженных детей по месту первичной госпитализации. При этом необходимо учитывать, что КРЦ функционируют менее чем в половине областных, республиканских, краевых и окружных детских больниц, а их деятельность характеризуется дефицитом нормативно-правовой базы [13].

В соответствии с результатами координационного совещания, состоявшегося 06.10.2020 под председательством Первого заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации И.Н. Каграманяна, первый этап реализации концепции межрегиональных Центров специализированной хирургической помощи детям России целесообразно планировать в формате «пилотного» проекта. Данный формат позволит минимизировать риски ошибочных проектных решений, обеспечить на этапе инициализации отработку механизмов межрегионального взаимодействия структур исполнительной власти и представителей профессионального сообщества.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Перспективы преодоления существующего в нашей стране неравенства доступности и качества медицинской помощи детям в отдельных федеральных округах и регио-

¹¹ Указ Президента Российской Федерации от 03.11.2018 № 632 «О внесении изменений в перечень федеральных округов, утвержденный Указом Президента Российской Федерации от 13 мая 2000 г. № 849». <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43719>.

¹² Письмо Министерства здравоохранения РФ от 20 марта 2019 г. № 14-3/и/2-2339 «Об обеспечении доступности и качества оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и специализированной медицинской помощи». <https://base.garant.ru/72217258/>

нах России, о чем свидетельствуют соответствующие показатели детской смертности, сопряжены с неотложной реорганизацией действующей системы этапной медицинской помощи. Указанные индикаторы характеризуют уровни медицинского и социально-экономического благополучия общества в различных регионах страны, что позволяет рассматривать их как инструмент сравнительного анализа и эффективности проводимых реформ.

Декларируемая трехуровневая иерархическая система структуризации отечественного здравоохранения не проецируется на актуальную организацию медицинской помощи детям. Внедрение межрегиональных центров специализированной хирургической помощи обеспечивает гармонизацию административно-территориального деления Российской Федерации и отечественной практики этапной хирургической помощи детям. Фактически МРЦ являются недостающим звеном в цепи «региональная медицинская организация — федеральный центр», при условии формирования вертикально интегрированной иерархической системы.

Оптимальная логистика лечебно-эвакуационного обеспечения больных и пораженных хирургического профиля включает МРЦ в качестве коллектора для детей, нуждающихся в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. При этом каналы госпитализации должны предусматривать поступление пациентов, как из региона дислокации МРЦ, так и сопредельных, с реализацией преимущественного принципа «эвакуация на себя» [14].

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Информация о финансировании и конфликте интересов. Работа выполнена в рамках государственного задания Минздрава России по теме: «Разработка концепции межрегиональных центров специализированной медицинской помощи детям на базе медицинских организаций субъектов Российской Федерации». № госрегистрации: АААА-А18-118122890040-8.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Information on funding and conflict of interest. The work was carried out within the

framework of the state assignment of the Ministry of Health of Russia on the topic: “Development of the concept of interregional centers for specialized medical care for children on the basis of regional medical organizations of the Russian Federation”. State registration number: АААА-А18-118122890040-8.

The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article. Source of funding is not specified.

Благодарность. Авторы статьи выражают искреннюю благодарность коллегам, принимавшим активное участие в исследовании в качестве федеральных экспертов. Глубокое понимание проблемы, истинно государственное отношение к вызовам времени в части обеспечения доступности и качества медицинской помощи детям в различных регионах России позволили федеральным экспертам объективно и непредвзято обосновать дислокацию МРЦ.

В состав экспертов федерального уровня, определявших дислокацию МРЦ по приоритетным профилям деятельности, входили: А.Б. Алхасов — заведующий отделением НМИЦ «Здоровье детей» Минздрава России, д-р мед. наук, профессор; Л.И. Будкевич — заведующая ожоговым Центром «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ», главный научный сотрудник РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, д-р мед. наук, профессор; С.К. Горелышев — заведующий кафедрой РМАНПО Минздрава России, заведующий отделением НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко Минздрава России, д-р мед. наук, профессор, главный (внештатный) специалист Минздрава России; А.В. Подкаменев — доцент кафедры хирургических болезней детского возраста им. Г.А. Баирова СПбГПМУ Минздрава России, д-р мед. наук, главный (внештатный) специалист Минздрава России; А.Г. Румянцев — Президент Национального общества детских гематологов и онкологов, академик РАН, профессор, главный (внештатный) специалист Минздрава России; С.П. Язык — руководитель Института детской хирургии НМИЦ «Здоровье детей» Минздрава России, чл.-корр. РАН, д-р мед. наук, профессор.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимофеев И.В. Доступность и качество медицинской помощи: конституционно-правовое измерение. — СПб.: Изд-во ДНК, 2019. — 356 с. [Timofeev IV. Dostupnost' i kachestvo meditsinskoi pomoshchi: konstitutsionno-pravovoe izmerenie. Saint Petersburg: Izd-vo DNK; 2019. 356 p. (In Russ.)]
2. Шишкин С.В., Понкратова О.Ф., Потапчик Е.Г., Сажина С.В.; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». Рейтинг доступности и качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации. — М.: Издательский дом Высшей школы экономики, 2019. (Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление»). — 96 с. [Shishkin SV, Ponkratova OF, Potapchik EG, Sazhina SV; Nac. issled. un-t «Vysshaya shkola ekonomiki». Reiting dostupnosti i kachestva meditsinskoi pomoshchi v sub'ektakh Rossiiskoi Federatsii. Moscow: Izd. dom Vysshey shkoly ekonomiki; 2019. 96 p. (In Russ.)]
3. Розинов В.М., Ваганов Н.Н., Горбачев О.С. Детская хирургия в России — предварительные итоги оптимизации // Российский Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. — 2016. — Т. 6. — № 3. — С. 8–18. [Rozinov VM, Vaganov NN, Gorbachev OS. Pediatric surgery in Russia — preliminary results of optimization. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2016;6(3):8–18. (In Russ.)] DOI: 10.30946/psaic264
4. Розинов В.М., Морозов Д.А., Румянцев С.А., и др. Межрегиональные центры высокотехнологичной детской хирургии — залог доступности и качества медицинской помощи детям России // Российский Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. — 2018. — Т. 8. — № 3. — С. 6–17. [Rozinov VM, Morozov DA, Rumyantsev SA, et al. Interregional centers of high-tech children's surgery — mortgage of accessibility and quality of medical care for russian children. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2018;8(3):6–17. (In Russ.)] DOI: 10.30946/2219-4061-2018-8-3-6-17
5. Розинов В.М., Морозов Д.А., Румянцев С.А., и др. Межрегиональные центры специализированной хирургической помощи детям России — профиль и дислокация // Российский Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. — 2019. — Т. 9. — № 1. — С. 8–16. [Rozinov VM, Morozov DA, Rumyantsev SA, et al. Interregional centers for specialized pediatric surgical aid in Russia — profile and dislocation. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2019;9(1):8–16. (In Russ.)] DOI: 10.30946/2219-4061-2019-9-1-8-16
6. Somme S, Bronsert M. Frequency and Variety of Inpatient Pediatric Surgical Procedures in the United States. *Pediatr*. 2013;132(6):1466–1472. DOI: 10.1542/peds.2013–1243
7. Oldham KT. Optimal resources for children's surgical care. *J Pediatr Surg Elsevier Inc*. 2014;49(5):667–667. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2014.02.046
8. Moulton S.L., Recicar J.F. Jr, Bensard D.D. Система организации травматологической помощи детям в регионе Скалистых Гор на западе США // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. — 2018. — Т. 8. — № 4. — С. 6–13. [Moulton SL, Recicar JF. Jr, Bensard DD. System for organizing trauma care for children in the Rocky Mountain region of the western United States. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2018;8(4):6–13. (In Russ.)] DOI: 10.30946/2219-4061-2018-8-4-6-13
9. Politesa SF, Zielinskib MD, Fahya AS, et al. Mortality following helicopter versus ground transport of injured children. *Injury*. 2017;48(5):1000–1005. DOI: 10.1016/j.injury.2016.12.010
10. Григович И.Н. Неотложная хирургическая помощь детям в стационарах для взрослых // Российский Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. — 2017. — Т. 7. — № 1. — С. 8–16. [Grigovich IN. Essential surgical care provided to children in hospitals for adults. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2017;7(1):8–16. (In Russ.)]
11. Бююль А., Цёфель П. SPSS: Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей. Искусство обработки информации / Пер. с нем. — СПб.: ДиаСофтЮП, 2005. — 608 с. [Byul A, Tzofel P. SPSS: Analysis of statistical data and restoration of hidden patterns. The art of information processing. Translation from German. Saint Petersburg: DiaSoftYuP; 2005. 608 p. (In Russ.)]
12. Сухарев П.Н., Григоренко А.С. Метод SWOT-анализа: его преимущества и недостатки. *Rusnauka.com*. Режим доступа: http://www.rusnauka.com/29_NNM_2008/Economics/36103.doc.html. [Sukharev PN, Grigorenko AS. Method of SWOT analysis: its advantages and disadvantages. *Rusnauka.com*. (In Russ.)] Available from: http://www.rusnauka.com/29_NNM_2008/Economics/36103.doc.html
13. Мустафина-Бредихина Д.М. Правовые основы работы реанимационно-консультативных центров в Российской Федерации // Неонатология: новости, мнения, обучение. — 2018. — Т. 6. — № 1. — С. 105–107. [Mustafina-Bredikhina DM. The legal basis of the operation of resuscitation-consultative centers in the Russian Federation. *Neonatology: News, Views, Education*. 2018;6(1):105–107. (In Russ.)] DOI: 10.24411/2308-2402-2018-00014
14. Гончаров С.Ф., Быстров М.В. Совершенствование организационной модели оказания экстренной медицинской помощи на региональном уровне // Медицина катастроф. — 2019. — № 2 (106). — С. 5–10. [Goncharov SF, Bystrov MV. Perfection of organizational model of delivery of emergency medical care at regional level. *Disaster Medicine*. 2019;(2):5-10. (In Rus.)] DOI: 10.33266/2070-1004-2019-2-5-10

Информация об авторах

Владимир Михайлович Розин — д-р мед. наук, профессор, руководитель отдела хирургии детского возраста НИИ клинической хирургии. ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва. E-mail: rozinov@inbox.ru.

Дмитрий Анатольевич Морозов — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии и урологии-андрологии. Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) Минздрава России, Москва; председатель, Комитет по охране здоровья Государственной Думы РФ. E-mail: damorozov@list.ru.

Сергей Александрович Румянцев — д-р мед. наук, профессор, чл.-корр. РАН, проректор по стратегическому развитию. ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва. E-mail: s_roumiantsev@mail.ru.

Николай Николаевич Ваганов — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой. ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва. E-mail: vaganov@rdkb.ru.

Владимир Ильич Петлах — д-р мед. наук, главный научный сотрудник отдела хирургии детского возраста НИИ клинической хирургии, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва; врач-хирург полевого многопрофильного госпиталя, ВЦМК «Защита» ФМБА России, Москва. E-mail: vladimirip1@gmail.com.

Мурат Владимирович Афаунов — канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела хирургии детского возраста НИИ клинической хирургии. ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва.

Information about the authors

Vladimir M. Rozinov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Department of pediatric surgery. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia. E-mail: rozinov@inbox.ru.

Dmitriy A. Morozov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of pediatric surgery and urologyandrology, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia; Chair man, State Duma Health Protection Committee of the Russian Federation, Moscow, Russia. E-mail: damorozov@list.ru.

Sergey A. Rumyantsev — Dr. Sci. (Med.), Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Strategic Development Provost. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia. E-mail: s_roumiantsev@mail.ru.

Nikolay N. Vaganov — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head. Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russia. E-mail: vaganov@rdkb.ru.

Vladimir I. Petlakh — Dr. Sci. (Med.), Chief Researcher of the Department of Pediatric Surgery, Research Institute of Clinical Surgery, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia. E-mail: vladimirip1@gmail.com.

Murat V. Afaunov — **Cand. Sci.** (Med.), Senior Researcher of the Department of Pediatric Surgery, Research Institute of Clinical Surgery. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia.