



— прибор «GT 2000 NP» успешно использован как при мониторинге за передвижением личного состава в режиме реального времени, так и поддержании связи и приема на пульт мониторинга сигналов об обнаружении раненых, посылаемых с помощью данного прибора.

Специалисты, участвовавшие в апробации демонстрационных прототипов, пришли к следующим заключениям:

— приборы, представленные фирмой «Си-Норд», могут использоваться в неблагоприятных условиях внешней среды;

— простота конструкции позволяет обучить персонал пользованию приборами в короткие сроки;

— мобильные блоки «МБ-04», «МБ-06

Спутник», «МБ-06 Надежда», «МБ-06 Маяк» после соответствующей доработки могут быть рекомендованы в качестве базовой модели для создания индивидуального монитора военнослужащего в рамках создания системы определения местоположения военнослужащего на поле боя.

Таким образом, в настоящее время отечественной промышленностью созданы элементная база и предпосылки для разработки новых алгоритмов обработки и передачи данных, а также новых принципов организации управления и работы медицинской службы на основе внедрения в практику информационных технологий.

## Литература

1. Акимкин В.Г., Музыченко Ф.В., Малиновский А.А. и др. Информационное взаимодействие комплекса программно-технических средств автоматизации управления государственным санитарно-эпидемиологическим надзором // Воен.-мед. журн. — 2008. — Т. 329, № 9. — С. 4–6.

2. Белевитин А.Б., Шелепов А.М., Жидик В.В. Оценка эффективности функционирования системы управления медицинской службой. — СПб: ВМедА им. С.М.Кирова, 2008. — 40 с.

3. Васильченко А.Д., Русев И.Т. Система госпитального лечения раненых и больных, принятая в США на военное время // Воен.-

мед. журн. — 2008. — Т. 329, № 1. — С. 62–65.

4. Мигунов А.А. Тенденция китайской стратегии ведения информационной войны // Воен. мысль. — 2008. — № 11. — С. 62–67.

5. Сунь-цзы. Искусство стратегии. — М.: Эксмо, 2008. — 528 с.

6. Шанно В.В. Медицинское обеспечение Вооруженных Сил России: итоги и перспективы // Воен.-мед. журн. — 2008. — Т. 329, № 1. — С. 4–12.

7. Шелепов А.М., Исламгазин Ш.Р., Солдатов Е.А. Использование спутниковых систем при управлении медицинской службой // Воен.-мед. журн. — 2004. — Т. 325, № 1. — С. 4–11.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009  
УДК 615:355

## Организация обеспечения лекарственными средствами частей, соединений и объединений в современных условиях

МИРОШНИЧЕНКО Ю.В., заслуженный работник здравоохранения РФ,  
профессор, полковник медицинской службы  
ГОРЯЧЕВ А.Б., заслуженный работник здравоохранения РФ,  
кандидат фармацевтических наук, полковник медицинской службы  
ПОЛУНИН С.В., полковник медицинской службы

В настоящее время в ряд приоритетов Военного здравоохранения входит задача по повышению эффективности обеспечения лекарственными средствами

(ЛС) прикрепленных контингентов при оказании стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи [2, 11]. Совершенствование организационных, право-



вых и социально-экономических механизмов *лекарственной помощи* (ЛП) в *Вооруженных Силах Российской Федерации* (ВС) осуществляется на базе единых научно-методических подходов (определение потребности с использованием научно обоснованных норм, стандартизация потребления ЛС, формулярная система<sup>1</sup> и т. д.) в рамках сформированной трехуровневой системы [5].

В частях, соединениях и объединениях ЛП организуется и проводится в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации, нормативных правовых актов Российской Федерации, нормативных документов федеральных органов исполнительной власти, осуществляющих государственное регулирование в сфере здравоохранения, а также нормативной правовой базы медицинской службы ВС [3, 7].

К основным факторам, влияющим на полноту и своевременность ЛП, относятся: определение потребности и истребование ЛС, определение объемов финансирования, рациональное использование ЛС и др.

При планировании мероприятий повседневной деятельности определяются *штатно-табельная* (*табельная*) *потребность* (ТП), т. е. номенклатура и количество ЛС, установленных нормирующими документами, и *фактическая потребность* (ФП), зависящая от количества и контингента больных, величины и структуры входящего потока больных, условий деятельности медицинской службы, климатогеографических факторов и других особенностей [1].

ТП определяется на основании Норм снабжения медицинской техникой и имуществом соединений и воинских частей Вооруженных Сил Российской Федерации на мирное время<sup>2</sup>, организационно-штатной структуры частей (соединений)

и их медицинской службы. Также учитывается численность личного состава (контингента), прикрепленного на медицинское обеспечение, и климатогеографические условия дислокации части (соединения) [6].

ФП зависит от величины и структуры заболеваемости, планируемых лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и других медицинских мероприятий, установленных стандартов (схем) лечения, интервалов времени между сроками представления отчета-заявки наличия и потребности в технике и имуществе медицинской службы по ф. 14/мед (далее – отчет-заявка) и получения ЛС по ней, размеров переходящих запасов, особенностей деятельности медицинской службы (климатогеографические условия, удаленность от центров обеспечения, состояние путей подвоза, санитарно-эпидемиологическое состояние района дислокации и др.).

Определение ФП в ЛС осуществляется по апробированной временем методике, разработанной коллективом кафедры военно-медицинского снабжения и фармации ВМедА им. С.М.Кирова под руководством профессора Б.А.Чакчира [4]:

$$\text{ФП} = \text{ОР} + \text{РР} + \text{ПЗ},$$

где: ОР – количество ЛС, которое предполагается израсходовать в планируемом году (ожидаемый расход); РР – количество ЛС, которое предполагается израсходовать от момента составления отчета-заявки до предполагаемого срока его получения (ожидаемый расход в интервале времени между сроком составления отчета-заявки и поступлением имущества); ПЗ – количество ЛС, которое необходимо содержать в переходящем запасе.

Для определения ОР в планируемом году используется соотношение:

$$\text{ОР} = \text{ФР} + \text{ФН},$$

где: ФР – количество ЛС, израсходованного в отчетном году (по данным предметно-количественного учета); ФН – количество ЛС, которое недополучено

<sup>1</sup> В мировой практике под этим понимают регулярно переиздаваемый формулярный справочник в сочетании с правилами внесения в него добавлений и с бюллетенем, позволяющим медицинским работникам пополнять и обновлять свои знания о ЛС в перерывах между переизданиями справочника [12].

<sup>2</sup> Приказ министра обороны Российской Федерации от 22 января 2002 г. № 30.



в отчетном году для удовлетворения фактической потребности.

Основным показателем, влияющим на величину ФП в ЛС, является их ОР в течение планируемого периода. ОР может быть определен различными способами (анализ динамического ряда, корреляционно-регрессионный анализ и др.). Однако в обрабатываемой информации зачастую используются данные, не отражающие внутреннего содержания процесса потребления ЛС и включающие издержки, не связанные с оказанием ЛП (списание ЛС и их естественная убыль, возможный расход при освежении/замене ЛС с ограниченными сроками годности и др.). Поэтому для соответствующих расчетов необходимо применять данные о фактической заболеваемости и фармакоэкономические стандарты лекарственной терапии. Только такой подход позволяет объективизировать процесс определения как текущей, так и перспективной потребности в ЛС по различным горизонтам планирования [8].

РР определяется по соотношению:

$$РР = ОР \times К,$$

где: ОР — ожидаемый расход; К — коэффициент: 0,08 — при интервале в сроках представления отчета-заявки и получения по ней имущества в один месяц; 0,17 — в два; 0,25 — в три; 0,33 — в четыре; 0,42 — в пять; 0,5 — в шесть и более месяцев. Коэффициент определяется как отношение числа месяцев интервала к 12.

В целях обеспечения непрерывности оказания ЛП в непредвиденных случаях предусмотрено содержание запасов ЛС в частях и соединениях сверх установленных норм в размере трехмесячной, а дислоцированных в гарнизонах Крайнего Севера и труднодоступных районах — шестимесячной потребности. Их номенклатура должна соответствовать Перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств<sup>3</sup>.

Для определения количества ЛС, подлежащих содержанию в ПЗ, используется соотношение:

<sup>3</sup> Утвержден Распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 марта 2007 г. № 376-р.

$$ПЗ = ТП \times К_z,$$

где: ТП — табельная потребность в ЛС;  $K_z$  — коэффициент переходящего запаса, который равен 0,25 при трехмесячной, 0,5 — при шестимесячной потребности.

Анализ опыта медицинского обеспечения войск (сил), выполнявших боевые задачи в Чеченской Республике (1999–2000 гг.), Южной Осетии и Абхазии (август 2008 г.), показывает, что при планировании и выполнении мероприятий организации медицинского снабжения имеются особенности, существенно влияющие на оказание ЛП в боевой обстановке.

При ведении боевых действий части и соединения обеспечиваются, как правило, ЛС специального назначения. Потребность в них ( $П_{об}$ ) рассчитывается с учетом величины и структуры *санитарных потерь* ( $П_{сп}$ ), вероятной загрузки этапов медицинской эвакуации, установленных видов и объемов медицинской помощи, *потребности на создание запасов к концу боевых действий* ( $П_{сз}$ ) и на *восполнение боевых потерь* ( $П_{бп}$ ) [7]:

$$П_{об} = П_{сп} + П_{сз} + П_{бп}$$

В части (соединении) запас ЛС к концу боевых действий должен соответствовать *установленной норме* (Н). Допускается иметь запас ЛС не ниже 85% от величины Н:

$$П_{сз} = Н \times 0,85$$

Боевые потери ЛС могут достигать 15–20% от установленной нормы (величина  $П_{бп}$  при планировании медицинского снабжения в частях и соединениях, как правило, не рассчитывается).

В ходе боевых действий потребность в ЛС специального назначения определяется по фактическому расходу.

В плановом порядке истребование ЛС частями и соединениями осуществляется один раз в год по отчету-заявке. Внеочередное истребование ЛС допускается в исключительных случаях: для обеспечения новых формирований; при изменении штатов с увеличением численности личного состава, коек



и подразделений (кабинетов, отделений, лабораторий); для осуществления медицинских мероприятий при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций; для обеспечения особых (внеплановых) заданий командования; при поступлении новых или не предусмотренных нормирующими документами ЛС. К внеочередной заявке прилагается объяснительная записка с обоснованием причин дополнительного истребования.

В ходе боевых действий части и соединения осуществляют истребование ЛС каждые три дня. При возникновении боевых потерь ЛС, приводящих к снижению возможностей по оказанию медицинской помощи, немедленно в произвольной форме представляется внеочередное донесение.

ЛП в ВС оказывается военнослужащим и другим категориям граждан, имеющим на это законодательное право, при стационарном и амбулаторно-поликлиническом лечении в военных *лечебно-профилактических учреждениях* (ЛПУ). При стационарном лечении правом на бесплатное обеспечение ЛС пользуются все категории граждан, находящихся на медицинском обеспечении по линии Минобороны России (порядка 7 млн человек). При оказании амбулаторно-поликлинической помощи бесплатно обеспечиваются ЛС военнослужащие, военные пенсионеры Минобороны России и некоторые другие категории граждан (около 2 млн человек) только по рецептам, выписанным врачами военных ЛПУ через военные аптеки.

Следует отметить, что законодательством Российской Федерации не предусмотрена возможность компенсации затрат на приобретение ЛС в других аптечных учреждениях, независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности. Решение о компенсации таких затрат принимается по каждому частному случаю в судебном порядке [10].

В целях повышения эффективности обеспечения ЛС пациентов при амбулаторно-поликлиническом и стационарном лечении в военных ЛПУ, а также для оптимизации расходования бюджетных ассигнований Главным военно-медицин-

ским управлением Минобороны России в 2009 г. разработаны и направлены в военные округа (на флоты) следующие методические рекомендации.

1. Закупки ЛС, необходимых для оказания медицинской помощи пациентам с типичным течением заболеваний, следует проводить на основании стандартов медицинской помощи и по номенклатуре, включенной в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи<sup>4</sup>.

2. Закупки ЛС, не входящих в указанные выше перечни, могут производиться только для оказания медицинской помощи пациентам с нетипичным течением заболеваний на основании комиссионного заключения медицинских специалистов (консилиума). Назначение таких ЛС должно быть зафиксировано в медицинских документах больного (медицинская книжка, история болезни и т. д.) и заверено подписью соответствующих должностных лиц.

Организация ЛП требует осуществления взаимодействия медицинской службы частей, соединений и объединений с территориальными (муниципальными) органами власти. В последнее время проведена корректировка организационных механизмов обеспечения ЛС военных пенсионеров, проживающих вдали от военно-медицинских учреждений. Указаниями начальника Главного военно-медицинского управления Минобороны России (от 19 июня 2008 г. № 161/3/2/3844) предписано: «Бесплатное обеспечение лекарственными средствами пенсионеров Минобороны России, проживающих вдали от военно-медицинских учреждений, должно быть организовано через: гражданские аптечные или медицинские учреждения; медицинские учреждения других силовых ведомств. При этом между

<sup>4</sup> Утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18 сентября 2006 г. № 665 (в редакции от 23 декабря 2008 г.).



гражданскими аптечными или медицинскими учреждениями, медицинскими учреждениями других силовых ведомств, с одной стороны, и медицинской службой военного округа (флота) или базовым во-

енным госпиталем в территориальной зоне ответственности заключается договор на оказание услуг в порядке, установленном законодательством Российской Федерации».



Рис. 1. Алгоритм рационализации лекарственной терапии

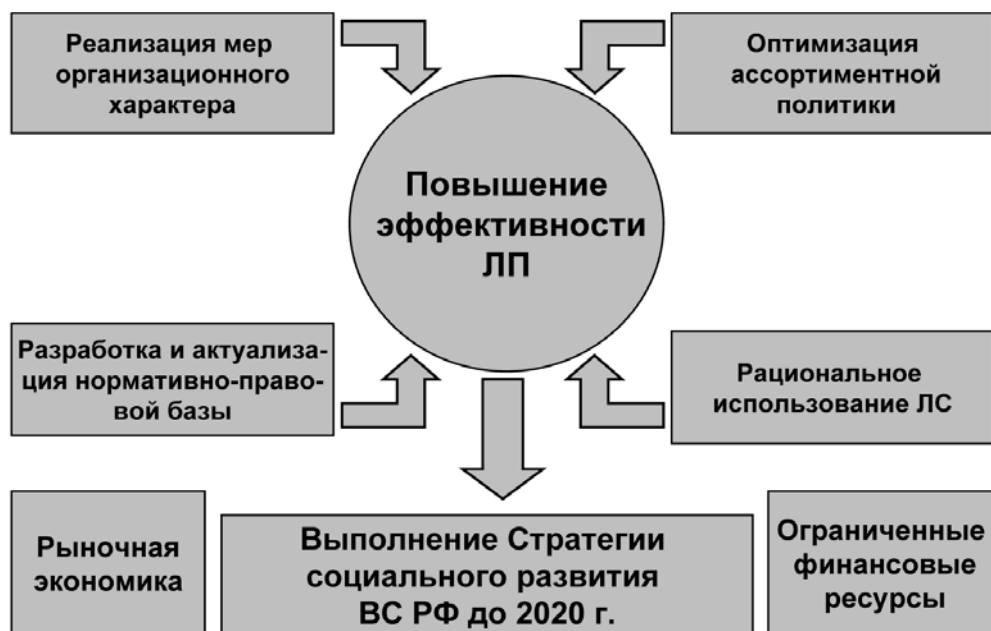


Рис. 2. Обеспечение эффективности ЛП в частях, соединениях и объединениях



Особое внимание медицинскими специалистами должно уделяться рациональному использованию (назначению) ЛС [9]. Для этого возможно использовать алгоритм рациональной лекарственной терапии, представленный на рис. 1.

Основной подход к рациональному использованию (назначению) ЛС заключается в том, что их следует назначать пациентам только тогда, когда они показаны. Во всех случаях необходимо соотносить пользу ЛС и риски, связанные с их применением. Нерациональное назначение ЛС ведет к неэффективному и небезопасному лечению, обострению заболевания или его затягиванию, причиняя тем самым страдания и вред пациенту и увеличивая затраты.

Комплекс мероприятий, направленных на совершенствование организации обеспечения ЛС частей, соединений и объединений в современных условиях

представлен на рис. 2.

Таким образом, повышения эффективности обеспечения ЛС частей, соединений и объединений невозможно достичь без поэтапного внедрения в практику военного здравоохранения современных методов планирования, осуществления мониторинга ЛП, актуализации нормативно-правовой базы, оптимизации ассортиментной политики и конструктивного решения проблем рационального использования ЛС. Это позволит сориентировать систему ЛП в ВС на достижение генеральной цели Стратегии социального развития Вооруженных Сил Российской Федерации до 2020 г. — удовлетворения социальных потребностей военнослужащих и военных пенсионеров, что будет способствовать укреплению обороноспособности страны и развитию человеческого капитала.

## Литература

1. Горячев А.Б. Прогнозирование потребности в медицинском имуществе для войскового звена медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации на мирное время: Дис. ... канд. фармац. наук. — СПб, 2004. — 209 с.
2. Гуценко В.А., Мирошниченко Ю.В., Горячев А.Б. Состояние нормативно-правовой базы системы медицинского снабжения и проблемы ее актуализации // Воен.-мед. журн. — 2007. — Т. 328, № 8. — С. 61—65.
3. Гуценко В.А., Мирошниченко Ю.В., Горячев А.Б. и др. Методологические аспекты совершенствования системы медицинского снабжения Вооруженных Сил // Воен.-мед. журн. — 2006. — Т. 327, № 3. — С. 4—6.
4. Койдан В.В., Наркевич И.А., Ступников А.В., Бунин С.А. Медицинское снабжение воинской части (учреждения): Учебное пособие. — СПб, 2003. — 120 с.
5. Мирошниченко Ю.В., Горячев А.Б., Бунин С.А., Умаров С.З. Методологические основы оптимизации лекарственной помощи в Вооруженных Силах // Вестн. Российской Воен.-мед. академии. — 2008. — № 3 (23). — С. 147—153.
6. Мирошниченко Ю.В., Умаров С.З., Бабенко О.В., Бунин С.А. Основы обеспечения частей и соединений медицинской техникой и имуществом в наземных войсках: Учебное пособие / Под ред. Ю.В.Мирошниченко, С.З.Умарова. — СПб: Изд-во Политехн. ун-та, 2007. — 159 с.
7. Мирошниченко Ю.В., Умаров С.З., Горячев А.Б., Ступников А.В. Актуальные проблемы доступности и качества лекарственной помощи в Вооруженных Силах // Воен.-мед. журн. — 2008. — Т. 329, № 4. — С. 47—53.
8. Наркевич И.А. Научные основы нормирования медицинского имущества в Вооруженных Силах Российской Федерации: Дис. ... д-ра фармац. наук. — СПб, 2001. — 347 с.
9. Организация работы главного медицинского специалиста Минобороны России, военного округа, флота, гарнизона: Методические указания / Под ред. В.В.Шаппо. — М.: ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, 2008. — 196 с.
10. Правовая консультация // Право в Вооруженных Силах. — 2008. — № 1. — С. 87.
11. Шаппо В.В., Приезжева Е.Г., Фисун А.Я. и др. Основные направления реализации Стратегии социального развития Вооруженных Сил Российской Федерации до 2020 года // Воен.-мед. журн. — 2008. — Т. 329, № 6. — С. 4—10.
12. MSH/WHO/DAP. Managing Drug Supply, 2nd ed. Hartford, CT (USA): Cumarian Press; 1997.