

<https://doi.org/10.25208/vdv414-2020-96-4-05-11>

# Дерматовенерологическая служба Республики Северная Осетия — Алания: правовые, медицинские, социальные проблемы и пути их решения

© Базаев В.Т., Кобаидзе Л.М.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия Минздрава РФ  
362048, Россия, г. Владикавказ, проспект Доватора, д. 22

Анализ нормативно-правовой базы дерматовенерологической службы показал, что она нуждается в некоторой корректировке. В республиканском КВД койки использовались нерационально; в 2017 г. отмечен рост заболеваемости заразными дерматозами.

**Ключевые слова:** дерматовенерологическая служба, правовые аспекты, социальные факторы, тенденции, пути решения.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

**Для цитирования:** Базаев В.Т., Кобаидзе Л.М. Дерматовенерологическая служба Республики Северная Осетия — Алания: правовые, медицинские, социальные проблемы и пути их решения. Вестник дерматологии и венерологии. 2020;96(4):05–11. doi: <https://doi.org/10.25208/vdv414-2020-96-4-05-11>

# Dermatovenerological service of the Republic of North Ossetia — Alania: legal, medical, social problems and their solutions

© Vitalii T. Bazaev, Lamara M. Kobaidze

---

North Ossetian State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russia  
Prospekt Dovatora, 22, Vladikavkaz, 362048, Russia

Analysis of the legal framework of the dermatovenerological service showed that it needs some adjustment. In the republican KVD, beds were not used rationally; in 2017, an increase in the incidence of infectious dermatoses was noted.

**Keywords:** dermatovenerological service, legal aspects, social factors, tendencies, solutions.

**Conflict of interest:** the authors state that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

**For citation:** Bazaev VT, Kobaidze LM. Dermatovenerological service of the Republic of North Ossetia — Alania: legal, medical, social problems and their solutions. Vestnik dermatologii i venerologii. 2020;96(4):05–11.  
doi: <https://doi.org/10.25208/vdv414-2020-96-4-05-11>

■ Дерматовенерологическая служба, так же как и здравоохранение страны в целом, это динамически развивающаяся система, отражающая происходящие в стране правовые, экономические и социальные изменения. Цели и задачи, которые поставлены перед ней, следующие: оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больным с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, а также с инфекциями, передающимися половым путем. Они включают в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию [1, 2].

### Цель исследования

Целью настоящего исследования являлось изучение организационно-правовых, экономических, медицинских и социальных аспектов оказания дерматовенерологической медицинской помощи населению, разработка рекомендаций по улучшению ее доступности и эффективности в настоящий период.

### Материалы и методы

Объектом исследования явилось законодательство Российской Федерации в сфере здравоохранения и дерматовенерологии, в частности особенности реализации Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология». Были проанализированы эффективность организационной структуры дерматовенерологической службы РСО-А, основные тенденции развития и показатели работы Северо-Осетинского республиканского кожно-венерологического диспансера.

### Результаты и обсуждение

В настоящее время основными нормативными документами, регулирующими деятельность дерматовенерологической службы страны, являются: Конституция Российской Федерации, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ, приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "дерматовенерология"», а также принимаемые в соответствии с ними другие федеральные законы и нормативные правовые акты Российской Федерации и ее субъектов [2–4].

Принятые нормативно-правовые акты в целом адекватно отражают сложившиеся социально-экономические реалии. Четко определены уровни и «дорожная карта» оказания специализированной дерматовенерологической помощи, необходимость привлечения в определенных случаях врачей других специальностей и т. д. Однако в приказе МЗ РФ № 924н, как нам представляется, недостаточно определены показания для госпитализации дерматологических пациентов: тяжелые заболевания кожи и ее придатков; дерматозы, требующие сложного диагностического поиска. Они должны содержать не только медицинские показания: тяжесть заболевания, непереносимость медикаментов, диагностические и лечебные манипуляции, требующие круглосуточного проведения и наблю-

дения, формы заболевания, требующие изоляции от окружающих людей, и т. д., но и социальные: удаленное место жительства, одинокие пожилые люди, не способные выполнять врачебные назначения в домашних условиях, социально неадаптированные лица и т. д.

Остаются вопросы к механизму принудительного лечения пациентов с ИППП, поведение которых представляет опасность для окружающих. Есть мнение, что это возможно осуществить на основании ч. 9 ст. 20 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где отмечено, что «медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается: ...

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления)».

Согласно Постановлению Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, относятся к обеим группам болезней [5, 6].

В то же время нередко среди пациентов с ИППП имеются лица с психическими расстройствами (при поражении глубинных структур мозга, некоторых случаях шизофрении и др.), приводящими к некоторым поведенческим особенностям, в том числе к промискуитету. Представляется необходимым проводить лечение пациентов с ИППП в условиях специализированной психиатрической клиники.

К общественно опасным деяниям (преступлениям) относятся также различные формы деликвентного и девиантного поведения (занятие проституцией, групповое потребление наркотиков, групповой секс и т. д.). Поэтому, безусловно, в принудительном порядке должно проводиться лечение лиц, осужденных за умышленное заражение ИППП других лиц, и в первую очередь несовершеннолетних, а также представителей контингентов риска на предмет заражения ИППП [7]. Лечение таких пациентов должно осуществляться в условиях учреждений пенитенциарной системы.

При этом право на отказ от медицинской помощи взаимосвязано с реализацией неотъемлемых гражданских прав на личную свободу, неприкосновенность, достоинство и др. Поэтому возможность оказания медицинской помощи без согласия пациента требует установления четкого механизма принятия подобных решений. Действующее в настоящее время законодательство, к сожалению, содержит значительные пробелы в этой части.

Практикуемый подход относительно принудительного лечения и изоляции пациентов с заболеваниями, опасными для окружающих, установленный в Основах, оправдан не во всех случаях. К примеру, опасность заразиться, находясь рядом с больным туберкулезом открытой формы, естественно, выше, чем при бытовом контакте с больными некоторыми формами ИППП. Поэтому решение о принудительной госпитализации и изоляции граждан следует принимать, исходя из оценки опасности конкретного пациента для окружающих.

В настоящее время механизм принудительной госпитализации определен только в отношении больных туберкулезом. Установлены и иные формы медицинской помощи, не требующие согласия пациента, в частности диспансерное наблюдение [8, 9].

При этом права лиц, страдающих отдельными опасными для окружающих заболеваниями (прежде всего ВИЧ-инфекцией и заболеваниями, преимущественно передающимися половым путем), могут быть ограничены в некоторых сферах жизнедеятельности человека. С учетом особенностей эпидемиологии ИППП, профессиональных, а также бытовых условий конкретного лица могут иметь место ограничения в выборе профессии (учреждения общественного питания, детские дошкольные и образовательные учреждения и т.д.). Не урегулированы юридические аспекты права лиц, больных ВИЧ-инфекцией или венерическим заболеванием, на личную тайну. Ведь в соответствии со ст. 6.1 КоАП РФ сокрытие такими больными источника заражения, а также лиц, имевших с ними контакты, которые могут представлять определенную опасность заражения этими заболеваниями для окружающих, является административным правонарушением, что может расцениваться с определенных позиций как нарушение их конституционных прав [10].

Какие же тенденции наблюдаются в дерматовенерологической заболеваемости и самой службе в России за последние годы? Это, прежде всего, характерное для всех развитых государств снижение заболеваемости традиционными ИППП при одновременном усилении роли их вирусных и латентных форм. При этом следует отметить, что еще не достигнуты показатели относительно благополучных 70-х гг. прошлого столетия [11, 12].

Последнее касается и заболеваемости заразными грибковыми и паразитарными дерматозами. Поэтому сложившуюся государственную систему контроля за этими болезнями в виде кожно-венерологических диспансеров необходимо сохранить, адаптируя ее работу к происходящим в России изменениям социально-экономического, правового и иного порядка.

Существенное влияние на службу оказало выделение в отдельную специальность «косметологии», что значительно расширило спектр выполняемых задач.

Не вызывает сомнений принцип расширения стационар-замещающих, амбулаторно-поликлинических форм деятельности, а также помощи в условиях стационаров дневного пребывания.

В то же время некоторые нозологии (неосложненные формы бактериальных, паразитарных, грибковых инфекций и т.д.) после консультации дерматолога можно лечить в условиях первичного медико-санитарного звена участковыми терапевтами и педиатрами, врачами общей практики. Специализированная дерматовенерологическая помощь в настоящее время оказывается в медицинских учреждениях районного звена, а также в дерматовенерологических учреждениях межрайонного уровня и субъектов Российской Федерации. Высокотехнологичную помощь, как известно, предоставляют ведущие медицинские центры России и некоторых субъектов. Таким образом, сформирована трехуровневая система дерматовенерологической помощи.

Насколько она соответствует сложившимся реалиям? Ведь, как известно, нормативы обеспеченности дерматовенерологическими кадрами и койками выра-

батываются в соответствии с численностью населения, заболеваемостью на определенных территориях. Изменяются и критерии по определению врачебной нагрузки в поликлинике и стационаре. Повысились требования к оснащенности врачебных кабинетов и медицинской организации в целом. Было бы целесообразно дать возможность лечебным организациям, в определенных пределах, оперативно изменять характер коек и штатное расписание в зависимости от эпидемиологических, производственных и экономических показателей. В данном случае речь идет не об изменении порядка оказания дерматовенерологической помощи, а о перепрофилировании коек и медицинского персонала без изменения их общего количества.

Стратегия развития и экономика здравоохранения во многом имеют как общие черты, так и национальные особенности. Основным отличительным признаком является доминирующий способ финансирования. Даже большинство индустриально развитых стран, тратя на здравоохранение в среднем 7–14% ВВП, не гарантируют бесплатную медицинскую помощь по всем видам медицинских услуг. Население каждой страны в той или иной мере участвует в оплате каких-либо видов медицинских услуг. Учитывая, что финансирование здравоохранения в России значительно уступает большинству развитых стран Европы и Северной Америки, все способы обеспечения населения современной качественной медицинской помощью заслуживают внимания. Российские эксперты признают, что не только недофинансирование становится острой проблемой российского здравоохранения, но и низкая эффективность расходования выделенных средств (по данным ВОЗ, неэффективные финансовые вложения в российское здравоохранение составляют от 40 до 60%) [13].

В Российской Федерации применяется преимущественно одноканальное финансирование (ОМС) дерматовенерологической службы, однако оплата из бюджета расходов, связанных с пациентами с ИППП, в определенной мере является гарантией со стороны государства стабильного обеспечения и развития этого вида деятельности.

При этом тарифы и коэффициенты, установленные территориальным фондом ОМС, не позволяют в полной мере исполнять существующий «Порядок оказания...», внедрять новые современные методы диагностики и лечения. В стационаре РКВД доля заработной платы в статье расходов на одного пролеченного больного составляет в среднем 60–65%. Поэтому большое значение имеет установление обоснованных тарифов на оказание медицинских услуг. Вследствие того, что весомая часть тарифов не покрывает всех расходов на пациентов, в особенности в стационарах, большое количество лечебных организаций имеют задолженность перед различными структурами, не соразмерные их бюджетам.

Большим резервом является внедрение широкого спектра платных медицинских услуг, не включенных в госгарантии (проведение медицинских осмотров перед устройством на работу и периодических профосмотров определенных категорий граждан; освидетельствование иностранных граждан на заболевания, представляющие опасность для окружающих, для получения вида на жительство и разрешения на работу; косметологические процедуры и манипуляции и т.д.).

Эффективность проводимых изменений оценивается путем сравнительного анализа основных показателей деятельности как медицинского учреждения в целом, так и его структурных подразделений.

В РСО-А имеется профицит врачей-дерматовенерологов (1,52 врача на 10 тыс. населения, при нормативе — 0,5). Коечный фонд круглосуточного и дневного пребывания в 2010–2017 гг. уменьшился с 118 до 65.

Анализ работы круглосуточного стационара РКВД (рис. 1) свидетельствует о том, что койки были использованы нерационально, всего 265,9 дня в году.



Анализ работы стационара дневного пребывания (рис. 2) указывает на то, что существенная часть пациентов получала лечение фактически в амбулаторном порядке (без физического занятия койки) и не было необходимости в их госпитализации. При этом лечение в стационаре дневного пребывания можно проводить в 2 смены. Это же является объяснением того, как койка могла быть занята более 500 дней в году.

Анализ работы венерологического стационара РКВД (рис. 3) также позволяет утверждать, что часть пациентов, пролеченных в отделении, не нуждалась в госпитализации и получала лечение амбулаторно.

Результаты работы поликлинического отделения соответствуют плановым показателям, с перевыполнением по приему пациентов за счет бюджетного финансирования и небольшим отставанием от плана приема пациентов, финансировавшихся за счет ОМС.

Представляют интерес показатели заболеваемости ИППП и заразными дерматозами в РСО-А в 2016–2017 гг. Так, в 2017 г. было зарегистрировано 138 слу-



чаев заболевания сифилисом (19,6 на 100 тыс. населения), в 2016 г. соответственно 142 (20,2). Больных гонореей в 2017 г. выявлено 258 (36,7 на 100 тыс. населения) человек, в 2016 г. соответственно 288 (40,9).

Заболеемость трихомониазом в 2017 г. составила 138,2 на 100 тыс. населения (в 2016 г. — 141,4). В отличие от ИППП в прошедшем году отмечен рост заболееваемости заразными дерматозами, что говорит об ухудшении профилактической работы. Так, чесоткой болели в 2017 г. 79 человек (11,2 на 100 тыс. населения), что на 31,7% больше, чем в предыдущем, — 60 (8,5). Рост заболееваемости микроспорией в 2017 г. составил 8,8% — 604 заболевших (85,8 на 100 тыс. населения), при 555 (78,8) зарегистрированных в 2016 г. Заболеемость трихофитией за рассматриваемый период изменилась незначительно — 116 случаев (16,5 на 100 тыс. населения) в 2017 г. при 112 (15,9) — в 2016 г.

Таким образом, нормативно-правовая база, регулирующая деятельность дерматовенерологической службы, нуждается в некоторой корректировке: в части расширения показаний для госпитализации с учетом социальных факторов; уточнения алгоритма принятия решений о принудительном лечении больных с ИППП и указания медицинских организаций, где это лечение должно проводиться.

Несмотря на определенные положительные результаты в работе дерматовенерологической службы РСО-А,

ряд показателей нуждается в улучшении. В первую очередь необходимо оптимизировать работу стационара, делая акцент на увеличении доли амбулаторной медицинской помощи. Четко придрерживаться критериев госпитализации. Есть целесообразность в предоставлении КВД возможности оперативного перепрофилирования коек с круглосуточного пребывания на дневное и наоборот, по согласованию с территориальным фондом ОМС и Министерством здравоохранения РСО-А.

Следует также совершенствовать профилактическую работу по предупреждению заболееваемости различными дерматозами и ИППП, что невозможно без сохранения единой государственной специализированной дерматовенерологической службы.

Так как национальный проект «Здравоохранение» 2019–2024 гг. [14] в большей части касается других отраслей медицины, необходимо разрабатывать и внедрять стратегические и краткосрочные программы по совершенствованию специализированной медицинской помощи, в том числе по отдельным направлениям дерматовенерологии, с учетом эпидемиологической ситуации, а также по подготовке врачей и среднего медицинского персонала. ■

## Литература/References

1. Кубанова А. А., Мартынов А. А., Власова А. В. Вековой опыт отечественной дерматовенерологии. Этапы развития кожно-венерологической помощи населению (часть I). Вестник дерматологии и венерологии. 2018;6:12–21. [Kubanova AA, Martynov AA, Vlasova AV. A Hundred Years, Experience in National Dermatovenereology. Stages of Development of Dermatovenereological Care for the Population (Part I). Messenger dermatology and venereology. 2018;6:12–21. (In Russ).]
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. №924н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “дерматовенерология”». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of November 15, 2012 No. 924n “On approval of the Procedure for rendering medical assistance to the population in the “dermatovenereology” profile”. (In Russ).]
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [Federal Law of 21 November 2011 No. 323-FZ “On the basis of the protection of public health in the Russian Federation”. (In Russ).]
4. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». [Federal Law “On Compulsory Medical Insurance in the Russian Federation” of 29.11.2010, No 326-FZ. (In Russ).]
5. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих». [Resolution of the Government of the Russian Federation of December 1, 2004 No 715 “On approval of the list of socially significant diseases and the list of diseases that are dangerous to others”. (In Russ).]
6. Чеботарев В. В., Змиевская Е. В. Медико-социальные аспекты инфекций, передаваемых половым путем. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2013;8(2):54–56. [Chebotarev VV, Zmievskaia EV. Medical and social aspects of STI by the centre «Confidence» data. Meditsinskii vestnik Severnogo Kavkaza. Medical News of North Caucasus. 2013;8(2):54–56. (In Russ).]
7. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ. [Criminal Code of the Russian Federation dated 13.06.1996 No 63-FZ. (In Russ).]
8. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (с изменениями и дополнениями). [Federal law of March 30, 1999 No 52-FZ “On the sanitary-epidemiological well-being of the population” (with amendments and additions). (In Russ).]
9. Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ (ред. от 03.08.2018) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». [Federal law of 18.06.2001 г. No 77-FZ (as amended on 08.03.2018) “On the prevention of the spread of tuberculosis in the Russian Federation”. (In Russ).]
10. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях (Принят Государственной Думой 20 декабря 2001 года. Одобрен Советом Федерации 26 декабря 2001 года). [Code of the Russian Federation on Administrative Offenses (Adopted by the State Duma on December 20, 2001. Approved by the Federation Council on December 26, 2001). (In Russ).]
11. Базаев В. Т. ИППП в Республике Северная Осетия — Алания. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2002;5:65–67. [Bazaev VT. Analysis and prospects for optimizing the activities of the dermatological department of the North Ossetian Republican Skin and Venereal Disease Dispensary. Rossijskij zhurnal kozhnyh i venericheskikh boleznej. 2002;5:65–67. (In Russ).]
12. Базаев В. Т., Цебоева М. Б., Царуева М. С. Анализ и перспективы оптимизации деятельности дерматологического отделения Северо-Осетинского республиканского кожно-венерологического диспансера. Владикавказский медико-биологический вестник. 2015;2:34–38. [Bazaev VT, Tseboeva MB, Tsarueva MS. Analysis and prospects for optimizing the activities of the dermatological department of the North Ossetian Republican Skin and Venereal Disease Dispensary. Vladikavkazskij mediko-biologicheskij vestnik. 2015;2:34–38. (In Russ).]

13. Зудин А.Б. Некоторые аспекты развития «платной» и «бесплатной» медицины: зарубежный опыт. Клиническая дерматология и венерология. 2017;16(2):4–7. [Zudin AB. Some aspects of the development of “paid” and “free” medicine: foreign experience. *Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya*. 2017;16(2):4–7. (In Russ.)]

14. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

---

---

### Информация об авторах

---

**Базаев Виталий Тадиозович** — доктор мед. наук, доцент, заведующий кафедрой дерматовенерологии Северо-Осетинской государственной медицинской академии Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail v.bazaev@list.ru; тел. +7-918-827-55-85

**Кобаидзе Ламара Михайловна** — кандидат мед. наук, ассистент кафедры дерматовенерологии Северо-Осетинской государственной медицинской академии Министерства здравоохранения Российской Федерации; тел. +7-919-423-05-86

---

### Information about the authors

---

**Vitalii T. Bazaev** — D. Sci (Medicine), Head of the Department of Dermatovenereology of the North Ossetian State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation; e-mail v.bazaev@list.ru; tel.: +7-918-827-55-85

**Lamara M. Kobaidze** — Cand. Sci (Medicine), Assistant of the Department of Dermatology and Venereology of the North Ossetian State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russian Federation; tel.: +7-919-423-05-86

---

Статья поступила в редакцию: 22.11.2018

Принята к публикации: 16.09.2020

Дата публикации: 12.11.2020

Submitted: 22.11.2018

Accepted: 16.09.2020

Published: 12.11.2020