

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№1.2018



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003



КОНФЕРЕНЦИИ ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ТЕЛЕМЕДИЦИНЕ:

Всероссийская научно-практическая конференция «ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ 2018: НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ, ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ»

Организаторами конференции выступают ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России совместно с Кафедрой информационных и интернет-технологий Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и Консалтинговым центром «ЗдравРеформ».

В качестве докладчиков выступают представители Минздрава России, эксперты ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Национального Института Медицинского Права и др.

Место и время проведения: г. Москва, 26–27 марта 2018 г.

Контакты координатора конференции: Кузнецова Анна Валентиновна, тел. 8 (983) 301-95-05, 9659991312@mail.ru.

Подробности на сайтах www.mednet.ru и www.zdravreform.com.

КОНФЕРЕНЦИЯ ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:

Всероссийская научно-практическая конференция «ЭФФЕКТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ-2018: УПРАВЛЕНИЕ. ЭКОНОМИКА. КОНТРОЛЬ»

Организаторами конференции выступают ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России и Консалтинговый центр «ЗдравРеформ».

Конференция состоится при участии представителей Минздрава России, Федерального ФОМС, ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России и ведущих экспертов отрасли здравоохранения.

Место и время проведения: г. Москва, 28–30 марта 2018 г.

Контакты координатора конференции: Кузнецова Анна Валентиновна, тел. 8 (983) 301-95-05, 9659991312@mail.ru.

Подробности на сайтах www.mednet.ru и www.zdravreform.com.



Менеджер
здравоохранения

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий ВАК по группе специальностей 14.02.00 – профилактическая медицина, включающей следующие специальности:

14.02.01 – Гигиена

14.02.02 – Эпидемиология

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

14.02.04 – Медицина труда

14.02.05 – Социология медицины

14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация

Менеджер здравоохранения

Главный редактор:

СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава
России, представитель России в Исполнительном Комитете ВОЗ

Шеф-редактор:

КУРАКОВА Наталия Глебовна,
д.б.н., завотделением научно-технологического прогнозирования ФГБУ
«ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Заместитель главного редактора:

КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Редакционная коллегия:

КАКОРИНА Екатерина Петровна,
д.м.н., профессор, директор Департамента мониторинга,
анализа и стратегического развития здравоохранения
Министерства здравоохранения РФ

№1
2018

В номере:

НОМИНАЦИИ

**Определены победители в номинации
«Наиболее оригинальная публикация или цикл публикаций 2017 года»
Издательского дома «Менеджер здравоохранения»**

6-8

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

**Формирование новой модели здравоохранения:
концептуальный подход и пилотная реализация**

*О.И. Аполихин, М.И. Катибов, О.В. Золотухин,
С.В. Шишкин, И.М. Шейман, Н.В. Говорин,
И.Э. Есауленко, А.В. Щукин, А.Д. Каприн*

9-19

**О требованиях приказа МЗ РФ от 10.05.2017 г. № 203н
к установлению и оформлению предварительного и клинического диагнозов:
на что необходимо обратить внимание в медицинской организации**

Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов

20-26

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Отделение медико-социальной помощи взрослому населению
и отделение по уходу: концепция и принципы организации**

*Г.П. Сквирская, И.М. Сон, А.Ш. Сененко, С.И. Шляфер,
А.В. Гажева, С.А. Леонов, Н.К. Горшунова*

27-34

**К вопросу об укреплении и сохранении здоровья работающих
на предприятиях (на примере Центрального федерального округа)**

В.И. Стародубов, Н.П. Соболева, Е.Д. Савченко

35-41

Читатели могут принять участие в обсуждении статей, опубликованных в журнале «Менеджер здравоохранения», и направить актуальные вопросы на горячую линию редакции.

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Товарный знак и название «Менеджер здравоохранения» являются исключительной собственностью ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения». Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации.

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Перепечатка текстов без разрешения журнала «Менеджер здравоохранения» запрещена. При цитировании материалов ссылка на журнал обязательна.

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Учредитель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»
Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес издателя и редакции:

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11
idmz@mednet.ru
(495) 618-07-92

Главный редактор:

академик РАН,
профессор В.И. Стародубов
idmz@mednet.ru

Зам. главного редактора:

д.э.н. Ф.Н. Кадыров
kadyrov@mednet.ru

Шеф-редактор:
д.б.н. Н.Г. Куракова
kurakov.s@relcom.ru

Директор отдела распространения и развития:

к.б.н. Л.А. Цветкова
(495) 618-07-92
idmz@mednet.ru, idmz@yandex.ru

Автор дизайн-макета:

А.Д. Пугаченко

Компьютерная верстка и дизайн:

ООО «Допечатные технологии»

Литературный редактор:

С.В. Борисенко

Подписные индексы:

Каталог агентства «Роспечать»
Годовая — **20102**
Полугодовая — **82614**

Отпечатано в ООО
«Красногорская типография»:
143405, Московская обл.,
Красногорский р-н, г. Красногорск,
Коммунальный кв-л, д. 2
Тел. (495) 562-04-33

Дата выхода в свет 1 февраля 2018 г.
Общий тираж 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович,
д.м.н., профессор, эксперт по вопросам нормативно-правового регулирования деятельности здравоохранения

ШЕЙМАН Игорь Михайлович,
профессор Высшей школы экономики, руководитель экспертной группы по реформированию здравоохранения Центра стратегических разработок

ФЛЕК Виталий Олегович,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой управления и экономики здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования Института развития дополнительного профессионального образования Министерства образования Российской Федерации

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

Доступность медицинской диагностической помощи на примере медицинских организаций Республики Башкортостан

*Ф.С. Билалов, Г.П. Сквирская,
Н.Х. Шарафутдинова*

42-51

Опыт использования медико-экономических стандартов лечения заболеваний с применением рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения

*Р.С. Голощапов-Аксенов,
В.Ю. Семенов, К.Ю. Лакунин, Д.И. Кича,
А.И. Баженова*

52-60

КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Обеспеченность и укомплектованность врачами-фтизиатрами в Удмуртской республике: 2011–2015 гг.

Е.А. Тюлькина

61-66

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Перспективы финансирования здравоохранения в 2018 году

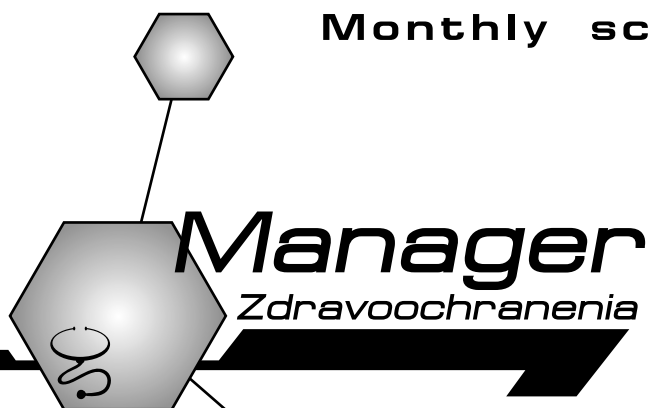
Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова, А.С. Брутова

67-77

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров

78-80



Все публикации журнала индексируются в информационно-аналитической системе Российского индекса научного цитирования

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

№1
2018

Contents:

NOMINEES

There are defined winners in nominees of Publishing House «Manager of Health Care»

6-8

FOCUS PROBLEMS

Development of a new model of health care: a conceptual approach and pilot implementation

O.I. Apolikhin., M.I. Katibov, O.V. Zolotukhin, S.V. Shishkin, I.M. Sheiman, N.V. Govorin, I.E. Esaulenko, A.V. Shchukin, A.D. Kaprin

9-19

About the requirements of the identification and design of preliminary and clinical diagnoses: what you need to pay attention in a medical organization

D.V. Piven, I.S. Kitsul, I.V. Ivanov

20-26

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

The Department of Medical and Social Assistance to the Adult Population and the Department of Nursing: the concept and principles of organization

G.P. Skvirskaya, I.M. Son, A.Sh. Senenko, S.I. Shlyifer, A.V. Gazheva, S.A. Leonov, N.K. Gorshunova

27-34

**Ваши статьи достойны
цитирования в российском
профессиональном
сообществе...**

**To the question about the strengthening and preservation of health
of employees in the enterprises (on the example of the Central Federal district)**

V.I. Starodubov, N.P. Soboleva, E.D. Savchenko

35-41

**Availability of the medical diagnostic care and continuity in its organization
at various stages of exercise of medical and diagnostic process**

F.S. Bilalov, G.P. Skvirskaya, N.H. Sharafutdinova

42-51

**Experience of use of medico-economic standards
for the endovascular treatment of diseases**

*R.S. Goloshchapov-Aksenov, V.Yu. Semenov,
K.Yu. Lakunin, D.I. Kicha, A.I. Bagenova*

52-60

PERSONNEL MANAGEMENT

Availability and staffing by phthisiatrics in the Udmurt republic, 2011–2015

E.A. Tyulkina

61-66

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

Prospects of health financing in 2018

F.N. Kadyrov, O.V. Obukhova, A.S. Brutova

67-77

QUESTIONS AND ANSWERS

Questions answered by PhD of Economic F.N. Kadyrov

78-80

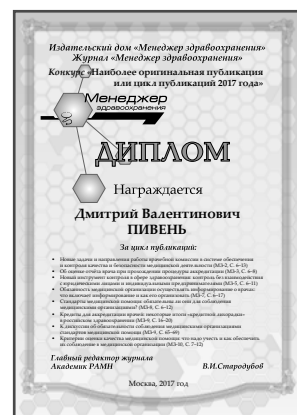


ОПРЕДЕЛЕННЫ ПОВЕДИТЕЛИ В НОМИНАЦИИ «НАИБОЛЕЕ ОРИГИНАЛЬНАЯ ПУБЛИКАЦИЯ ИЛИ ЦИКЛ ПУБЛИКАЦИЙ 2017 ГОДА» ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

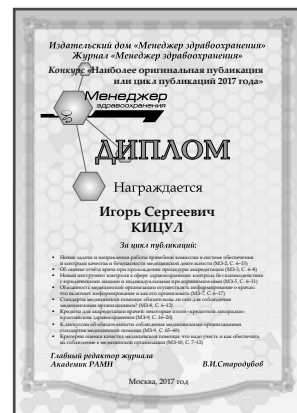
На основании подведения итогов голосования членов редколлегии и читателей журнала победителем в номинации «Наиболее оригинальная публикация или цикл публикаций 2017 года» признаны:



**ПИВЕНЬ
Дмитрий Валентинович,**
д.м.н., эксперт по вопросам
нормативно-правового регулирования
деятельности здравоохранения



**КИЦУЛ
Игорь Сергеевич,**
д.м.н., профессор, заведующий
кафедрой общественного здоровья
и здравоохранения Иркутской
государственной медицинской
академии последипломного
образования



за цикл публикаций:

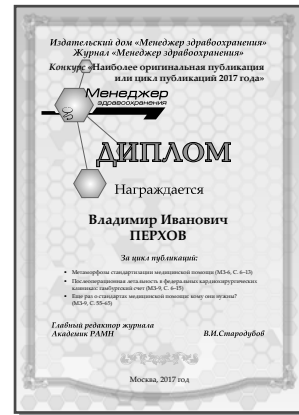
- Новые задачи и направления работы врачебной комиссии в системе обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности (*МЗ-2, С. 6–13*).
- Об оценке отчёта врача при прохождении процедуры аккредитации (*МЗ-3, С. 6–8*).
- Новый инструмент контроля в сфере здравоохранения: контроль без взаимодействия с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями (*МЗ-5, С. 6–11*).
- Обязанность медицинской организации осуществлять информирование о врачах: что включает информирование и как его организовать (*МЗ-7, С. 6–17*).



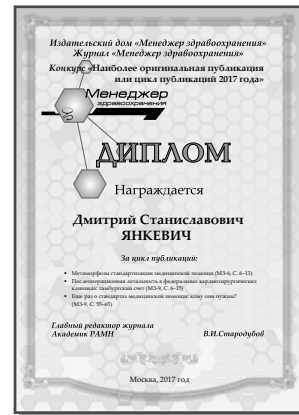
- Стандарты медицинской помощи: обязательны ли они для соблюдения медицинскими организациями? (МЗ-8, С. 6–12).
- Кредиты для аккредитации врачей: некоторые итоги «кредитной лихорадки» в российском здравоохранении (МЗ-9, С. 16–20).
- К дискуссии об обязательности соблюдения медицинскими организациями стандартов медицинской помощи (МЗ-9, С. 65–69).
- Критерии оценки качества медицинской помощи: что надо учесть и как обеспечить их соблюдение в медицинской организации (МЗ-10, С. 7–12).



ПЕРХОВ
Владимир Иванович,
д.м.н., ведущий научный сотрудник
ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России

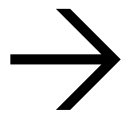


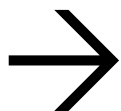
ЯНКЕВИЧ
Дмитрий Станиславович,
к.м.н., руководитель Института
превентивной реабилитации,
ФГБНУ «Федеральный научно-
клинический центр реаниматологии
и реабилитологии»



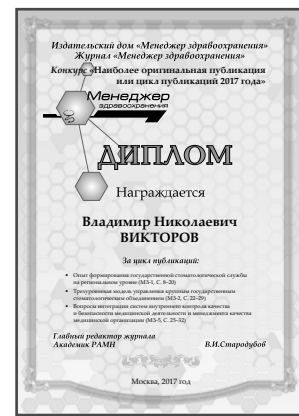
за цикл публикаций:

- Метаморфозы стандартизации медицинской помощи (МЗ-6, С. 6–13).
- Послеоперационная летальность в федеральных кардиохирургических клиниках: гамбургский счет (МЗ-9, С. 6–15).
- Еще раз о стандартах медицинской помощи: кому они нужны? (МЗ-9, С. 55–65).





ВИКТОРОВ
Владимир Николаевич,
к.м.н., главный врач
АУ «Городская стоматологическая
поликлиника» Минздрава Чувашии»



за цикл публикаций:

- Опыт формирования государственной стоматологической службы на региональном уровне (*МЗ-1, С. 8–20*).
- Трехуровневая модель управления крупным государственным стоматологическим объединением (*МЗ-2, С. 22–29*).
- Вопросы интеграции систем внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и менеджмента качества медицинской организации (*МЗ-5, С. 25–32*).



СТАРЧЕНКО
Алексей Анатольевич,
д.м.н., профессор,
член Общественного совета
при Минздраве России,
сопредседатель комитета
по независимой медицинской
экспертизе НП «Национальная
медицинская палата», профессор
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского



за цикл публикаций:

- Потеря управляемости здравоохранения и пропасть между пациентом и врачом (*МЗ-2, С. 57–63*).
- «Пациентоориентированность»: ятрогения в России теперь – «попутные издержки» или «благо» для пациента (*МЗ-7, С. 61–69*).

Редколлегия журнала поздравляет победителей номинации, благодарит за содержательные публикации и направляет в их адрес дипломы, подписанные главным редактором журнала, академиком В.И. Стародубовым, а также дарит годовую подписку на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2018 год.

**О.И. Аполихин,**

д.м.н., профессор, директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, член-корр. РАН

М.И. Катибов,

д.м.н., главный научный сотрудник НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

О.В. Золотухин,

к.м.н., главный уролог Воронежской области, заместитель главного врача Воронежской областной клинической больницы № 1

С.В. Шишкин,

д.э.н., директор Центра политики в сфере здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

И.М. Шейман,

к.э.н., профессор кафедры управления и экономики здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Н.В. Говорин,

д.м.н., профессор, депутат Государственной Думы Российской Федерации

И.Э. Есауленко,

д.м.н., профессор, ректор ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

А.В. Щукин,

к.м.н., руководитель Департамента здравоохранения Воронежской области

А.Д. Каприн,

д.м.н., профессор, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, академик РАН

ФОРМИРОВАНИЕ НОВОЙ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: КОНЦЕПТУАЛЬНЫЙ ПОДХОД И ПИЛОТНАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ

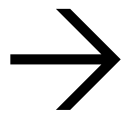
УДК 614.2

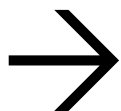
Аполихин О.И., Катибов М.И., Золотухин О.В., Шишкин С.В., Шейман И.М., Говорин Н.В., Есауленко И.Э., Щукин А.В., Каприн А.Д. **Формирование новой модели здравоохранения: концептуальный подход и пилотная реализация** (НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, Россия; Воронежская областная клиническая больница № 1, Воронеж, Россия; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия; ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия; Департамент здравоохранения Воронежской области, Воронеж, Россия; ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, Москва, Россия)

Аннотация. В статье представлено расширенное понимание профилактической модели здравоохранения как совокупности мер по устранению факторов риска (первичная профилактика), раннему обнаружению и лечению заболеваний (вторичная профилактика) и предотвращению их осложнений (третичная профилактика). Формулируются четыре принципа организации здравоохранения, обеспечивающие переход от преимущественно куративной к преимущественно профилактической модели: усиление ответственности граждан за отношение к профилактике заболеваний; повышение роли участковой службы; преодоление заинтересованности врачей в росте обращаемости пациентов; контроль качества медицинской помощи на основе индикаторов осложнений и запущенных случаев. Представлен опыт пилотной реализации этих принципов на примере реорганизации системы оказания медицинской помощи при урологических заболеваниях в Воронежской области. Проведенные мероприятия по раннему выявлению заболеваний, усилению роли первичного звена и межтерриториальных урологических центров существенно снизили долю запущенных заболеваний, изменили структуру медицинской помощи в сторону менее затратных ее видов и, в конечном итоге, обеспечили серьезный медико-экономический эффект.

Ключевые слова: модель здравоохранения, профилактика заболеваний, Медицина 4П, организация медицинской помощи, урология.

© О.И. Аполихин, М.И. Катибов, О.В. Золотухин, С.В. Шишкин, И.М. Шейман, Н.В. Говорин, И.Э. Есауленко, А.В. Щукин, А.Д. Каприн, 2018 г.





ВВЕДЕНИЕ

Главным вызовом новейшего времени для российского здравоохранения выступает необходимость снижения уровня смертности и увеличения продолжительности здоровой жизни. Между тем в обозримой перспективе экономический рост в нашей стране и в других странах с уровнем развития экономики выше среднемирового не будет отличаться высокими темпами и не позволит существенно наращивать размеры государственного финансирования здравоохранения. Поэтому императивом является повышение эффективности системы здравоохранения.

В качестве ответа на этот вызов в странах с развитой экономикой предлагается кардинально изменить приоритеты в развитии здравоохранения. Актуальной необходимостью становится развитие нового направления в здравоохранении – «Медицины 4П», в которой сегодняшняя фокусировка на выявлении и лечении заболеваний замещается акцентом на: выявление предрасположенности к развитию заболеваний (П1-предикция); предотвращение появления заболеваний (П2 – превентивность); индивидуальный подход к каждому пациенту (П3 – персонализация); мотивированное участие пациента в профилактике заболеваний (П4 – партисипативность)¹.

Это стратегическое направление развития медицины крайне актуально и для нашей страны. Необходимо формирование новой модели организации оказания медицинской помощи на основе развития Медицины 4П, широкого применения медико-информационных технологий и эффективного взаимодействия различных медицинских служб.

Задачами настоящей работы являются, во-первых, определение принципов формирования модели организации медицинской помощи, соответствующих принципам Медицины 4П и адекватных специфике функционирования российского здравоохранения; во-вторых, представление опыта пилотной

¹ В оригинале – predictive, preventive, personalized, participatory medicine [1, 2].

реализации этих принципов на примере реорганизации системы оказания медицинской помощи при урологических заболеваниях.

Принципы формирования новой модели здравоохранения

Отличие требуемой новой модели здравоохранения от действующей становится наиболее выпуклым при использовании теоретико-методологического подхода к рассмотрению медицинской помощи, предложенного Fletcher et al. [3]. Согласно данному подходу, все профилактические и лечебно-диагностические мероприятия рассматриваются как «профилактика», которая подразделяется на три вида: первичную, вторичную и третичную профилактику (рис. 1).

К первичной профилактике относятся мероприятия, направленные на борьбу с факторами риска, приводящими к развитию болезни.

Под вторичной профилактикой понимается комплекс мер, направленных на максимально раннее выявление признаков болезни (как правило, на субклинической стадии) и на ее максимально раннее лечение. Именно при раннем выявлении болезни и раннем проведении лечения, как правило, достигается его максимальный клинический эффект – излечение болезни.

Третичная профилактика представляет собой действия по «борьбе с осложнениями». При осложненном течении или запущенных формах заболеваний лечение не носит радикальный характер, а позволяет лишь уменьшить степень клинических проявлений или обеспечить временную ремиссию. Это понятие относится прежде всего к хроническим заболеваниям, распространенность которых в последние десятилетия быстро растет во всем мире. Содержание понятия «профилактика» при таком подходе выходит за узкие рамки традиционного ее понимания как соблюдения санитарно-гигиенических мероприятий по предотвращению определенных заболеваний и охватывает широкий комплекс предупредительных, лечебно-диагностических

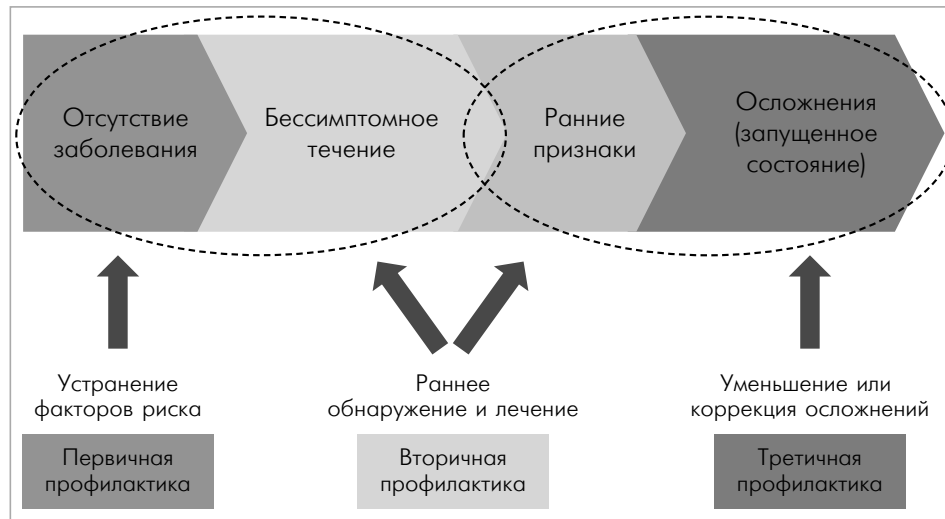


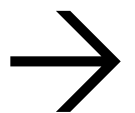
Рис. 1. Виды и содержание профилактики на различных стадиях развития заболевания по R.H. Fletcher et al. [3]

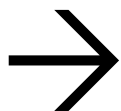
и организационных мероприятий, направленных не только на предотвращение заболеваний, но и на снижение частоты обострения уже имеющихся заболеваний. Именно это широкое понимание профилактики и будет использоваться нами в дальнейшем изложении.

В настоящее время основные усилия практической деятельности и финансовые затраты в системе здравоохранения нашей страны сосредоточены на выделенной кругом конечной части представленной выше схемы (рис. 1) – на курации болезни, хотя в последнее время в деятельности Минздрава России отмечается тенденция к усилению вектора профилактической направленности. В частности, возобновлена и последние несколько лет проводится диспансеризация населения нашей страны. Так, в 2016 году первый этап диспансеризации прошли 22 млн. чел., в результате которого диспансерное наблюдение установлено за 1,7 млн. чел. с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском в кабинетах (отделениях) медицинской профилактики, за 177,8 тыс. чел. – в центрах здоровья. Однако несмотря на это в Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (2013–2020 гг.) средства на выявление и лечение заболеваний составляют

79,8% расходов, в то время как затраты на профилактику заболеваний (в широком ее понимании, включая санаторно-курортное лечение и реабилитацию) – 15,1% (оставшиеся 5,1% приходятся на кадровое обеспечение и управление). О приоритетах в развитии здравоохранения свидетельствует и тот факт, что за период с 2005 г. по 2016 г. размеры государственного финансирования здравоохранения в реальном выражении выросли, по нашей оценке, в 1,7 раза, а объемы оказания высокотехнологичной помощи, по данным Минздрава России, увеличились в 15 раз [4, 5].

Поэтому действующую модель можно назвать «куративной»: в ней приоритет отдается выявлению и лечению заболеваний. В отличие от «куративной» новая модель должна быть ориентирована на начальную часть вышеуказанной схемы по Fletcher et al. – на борьбу с факторами риска с акцентом на предотвращение болезни и сохранение здоровья. Эту модель можно назвать **«превентивной» (профилактической)**: приоритет в ней должен отдаваться профилактике возникновения заболеваний, их обострений и осложнений. Главной деятельностью в новой модели становится активное выявление групп риска развития болезни и их динамическое





диспансерное наблюдение с реализацией программ коррекции факторов риска. Профилактическая модель обеспечивает более высокую клинико-экономическую эффективность здравоохранения. Она позволяет минимизировать долю тяжелых форм заболеваний, требующих затратного лечения, и увеличить долю здоровых граждан в обществе.

О высокой эффективности такого подхода свидетельствует опыт Сингапура, система здравоохранения которого считается одной из лучших в мире (2-е место в мире по рейтингу Bloomberg [6]) при относительно низких расходах на здравоохранение (4,6% ВВП). В этой стране охрана здоровья понимается, прежде всего, как расширение объема и повышение качества мероприятий по предотвращению заболеваний и их обострений. Правительство Сингапура реализует комплексный подход по обеспечению здоровья населения за счет улучшения всех сторон жизнедеятельности, которые потенциально влияют на здоровье: жилье, водоснабжение, питание, воздух, утилизация отходов, инфраструктура и транспорт, рекреационные зоны, развлечения и многое другое. Таким образом различные меры первичной профилактики проводятся в отношении 100% населения. Другим слагаемым успеха сингапурского здравоохранения является акцент на личную ответственность гражданина за свою здоровье: широко используются меры, стимулирующие здоровый образ жизни, а также рациональное поведение при хронических заболеваниях, включая индивидуальные контракты с пациентами при реализации программ управления хроническими заболеваниями [7, 8].

Другим примером успешности профилактической модели является кубинская система здравоохранения. В этой стране в ситуации острой нехватки финансовых средств акцент делается на профилактику заболеваний в широком смысле и на приоритетное развитие первичного звена здравоохранения. Куба по индексу младенческой смертности (4,3 на 1000 новорожденных) занимает на американском

континенте первое место, опережая Канаду (5,0) и США (6,0). Заболеваемость СПИДом на Кубе в 5 раз ниже, чем в среднем по региону, а заболеваемость туберкулезом составляет 9 чел. на 100 тыс. населения при среднем мировом уровне 122 чел. (в России – 91) [9–11]. Поэтому вполне закономерным стало то, что по рейтингу Bloomberg Куба опережает США и занимает 37-е место, несмотря на колоссальную разницу между этими странами по расходам на здравоохранение – 817 и 9403 долларов на душу населения соответственно [6].

Разумеется, выбор профилактической модели не исключает развития современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения заболеваний. В том же Сингапуре успешно сочетаются куративные и превентивные элементы организации медицинской помощи, однако последние доминируют, поэтому модель здравоохранения можно считать преимущественно превентивной.

Все вышеизложенное весьма актуально для России. Необходимо изменить парадигму дальнейшего развития отечественной системы здравоохранения в пользу выбора профилактической модели. Для нашей страны можно предложить следующие принципы организации здравоохранения, которые соответствуют принципам «медицины 4П» и реализуют профилактическую модель здравоохранения.

Во-первых, *расширение вовлеченности населения в здоровый образ жизни и усиление ответственности граждан за отношение к профилактике заболеваний.* Актуальной задачей является создание условий для увеличения доли лиц, регулярно занимающихся физкультурой и спортом, снижение доли курящих. По данным опроса населения, проведенного НИУ ВШЭ и Левада-Центром весной 2017 г., 32% взрослого населения регулярно (не реже раза в неделю) занимается спортом и физкультурой в оздоровительных целях. Вполне реально увеличить этот показатель до 45% в 2024 г. По данным того же опроса, курящие в нашей стране составляют 29%



взрослого населения. Последовательная реализация мер антитабачной политики должна обеспечить сокращение их доли до величины менее 25% в 2024 г.

Необходимо также установление юридически закреплённой «страховой» ответственности гражданина за сохранение своего здоровья. Для этого часть взносов на обязательное медицинское страхование должна вноситься из личных доходов граждан. Если человек курит (что может быть идентифицировано путем исследования крови на содержание табака), не проходит своевременно профилактические обследования, злоупотребляет алкоголем, то это может служить основанием для более высокого обязательного страхового взноса, уплачиваемого либо работодателем, либо самим работником. Необходимо также повысить акцизы на товары, наносящие ущерб здоровью человека. Как показывает опыт США, в штатах, где использовалась не только антитабачная пропаганда, но были также повышены акцизы на табак и введен запрет на курение в общественных местах, доля курильщиков снизилась в 7 раз больше, чем в штатах, которые ограничились антитабачной пропагандой [12].

Предлагаемый механизм соответствует ключевому принципу «медицины 4П» – *партиципативности*, то есть мотивированному участию пациента в профилактике заболеваний

Во-вторых, *необходимо повышение роли участковой службы и преобразование ее в службу врачей общей практики*. Она должна стать основной движущей силой в предлагаемой профилактической модели здравоохранения. Если в «куративной» модели организации медицинской помощи доминирующее положение занимают узкие специалисты, то в профилактической модели существенно повысится роль врача общей практики. Их доля в составе врачебного корпуса в ближайшие 7–8 лет должна вырасти с сегодняшнего уровня 11% до 60%. Чтобы привлечь выпускников медицинских вузов в общую врачебную практику, зарплата этих врачей должна

быть устойчиво более высокой, чем средняя зарплата врачей.

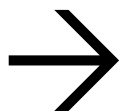
В России задачами врачей общей практики должны стать идентификация групп риска развития различных заболеваний, динамическое наблюдение лиц с высоким риском и раннее направление к узкому специалисту при подозрении на возникновение заболевания по принципу непрерывного взаимодействия между врачами общей практики и узкими специалистами (принцип «share care»). Такое функционирование службы врачей семейной практики соответствует *принципу предикции* в «Медицине 4П» – выявлению предрасположенности к развитию заболеваний.

Врачи общей практики должны стать «фильтром», а не «трамплином» для направления пациентов на следующий этап к узкому специалисту. Такое предназначение этих врачей потребует принципиального изменения подготовки врачей для участковой службы в медицинских вузах.

В-третьих, это принципиальное изменение роли врачей-специалистов, т.е. уход от заинтересованности в росте обращаемости пациентов. Основной задачей узких специалистов должно стать консультирование врачей семейной практики, а не пациентов. То есть в деятельности узких специалистов ключевым остается упомянутый выше принцип «share care» – непрерывное взаимодействие между ними и врачами общей практики. Задачей взаимодействия узких специалистов и врачей общей практики является ориентирование последних на раннее выявление заболеваний и своевременное направление пациентов на специализированное лечение. С помощью такого подхода становится реальным осуществление индивидуального лечебно-диагностического подхода к каждому пациенту. Это соответствует *принципу персонализации* «Медицины 4П».

В-четвертых, это введение системы контроля качества диагностики и лечения на основе индикаторов осложнений и запущенных случаев. Главной задачей такой системы





контроля качества является выявление причин, приводящих к возникновению осложнений, для дальнейшего принятия мер по устранению данных причин и снижению вероятности аналогичных ситуаций. То есть система контроля качества должна быть направлена прежде всего на профилактику осложнений. Поэтому можно утверждать, что внедрение данной системы соответствует *принципу превентивности* «Медицины 4П».

Опыт пилотной реализации принципов профилактической модели здравоохранения

Примером реализации всех указанных принципов профилактической модели в организации медицинской помощи может выступить опыт реорганизации системы оказания медицинской помощи в Воронежской области, где на примере доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и рака предстательной железы (РПЖ) была построена полная вертикаль оказания медицинской помощи от первичного звена до федерального головного центра по профилактической модели.

Коллективом НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России на основе принципов «Медицины 4П» и доказательной медицины была разработана и внедрена с 2010 года в качестве пилотного проекта в отдельных муниципальных районах, а с 2011 года на всей территории Воронежской области программа «Урология» (далее – Программа) [13]. Экономическая эффективность программы была подтверждена в докладе Высшей школы экономики [14].

В рамках данной Программы обеспечена реализация сформулированных выше принципов перехода к профилактической модели здравоохранения:

- Для реализации *первого принципа* («расширение вовлеченности населения в здоровый образ жизни и усиление ответственности граждан за отношение к профилактике

заболеваний») была использована система санитарно-просветительской работы и привлечен административный ресурс глав муниципальных районных и сельских образований для диспансеризации прикрепленного населения. Фактически использован элемент кубинской системы здравоохранения. Что касается введения «страховой» ответственности гражданина за сохранение своего здоровья», то оно было невозможным, поскольку такое решение находится в компетенции федеральной власти.

- *Второй принцип* (преобразование участковой службы в службу врачей общей практики) был реализован путем первоначальной специальной подготовки таких врачей в рамках учебного модуля, разработанного НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина – филиалом ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. Данный образовательный модуль состоял из 72 часов и проводился в рамках непрерывного медицинского образования. Данная форма обучения включала необходимые знания и умения для обеспечения взаимодействия врачей общей практики со специалистами-урологами по выявлению групп риска. После указанной подготовки врачи общей практики проводили стратификацию групп риска во всей популяции мужского населения старше 50 лет с использованием простого, дешевого и эффективного способа – анкетирования с помощью специальных, валидных опросников. С этой целью при ДГПЖ применяли Международную шкалу оценки симптомов нижних мочевых путей (IPSS), а при РПЖ – номограмму Фонда исследований по раку предстательной железы (SWOP). Это позволяло проводить градацию всего прикрепленного населения в зависимости от группы риска и планировать дальнейшие индивидуальные профилактические и лечебно-диагностические мероприятия: коррекцию факторов риска, динамическое наблюдение либо направление для специального урологического обследования и лечения. Таким образом, это



давало возможность реализации факторного риск-менеджмента.

- *Третий принцип* (изменение роли врачей-специалистов) был реализован посредством реорганизации работы узких специалистов. Был применен кустовой принцип концентрации специализированной помощи, что представляло собой создание специализированных центров по обеспечению круглосуточной урологической помощью нескольких смежных муниципальных образований. Так, в рамках программы было создано 7 таких межрайонных урологических центров из расчета 1 центр на 300 тыс. населения. В них амбулаторную и стационарную медицинскую помощь оказывали одни и те же специалисты. При этом работа специалистов была организована не по «обращаемости», а по «выявляемости» с ключевой ролью врачей первичного звена. Решались задачи: а) ослабления «куративной» ориентации всей системы оказания медицинской помощи; б) повышения доступности медицинской помощи; в) обеспечения раннего начала специализированного лечения и снижения на этой основе числа пациентов с запущенными заболеваниями.

В ходе реализации программы каждый прикрепленный гражданин оказывался в поле зрения медицинских работников. И в зависимости от наличия факторов риска или признаков заболевания каждый человек подлежал включению в программу конкретных профилактических или лечебно-диагностических мероприятий.

- *Четвертый принцип* (введение системы контроля качества медицинской помощи на основе индикаторов осложнений и запущенных случаев) является важнейшей составной частью всей модели. Были разработаны специальные индикаторы качества для каждого этапа оказания медицинской помощи. Например, для ДГПЖ таким индикатором служила частота случаев острой задержки мочи (не более 10% среди всех случаев ДГПЖ), доля начальных стадий ДГПЖ (не менее 65%), частота осложнений оперативного лечения (стеноз шейки мочевого пузыря – не более 3%, стриктура уретры – не более 1,5%) и т.д.

На основе таких индикаторов стала возможной объективная оценка качества медицинской помощи с соответствующей корректировкой различных аспектов оказания

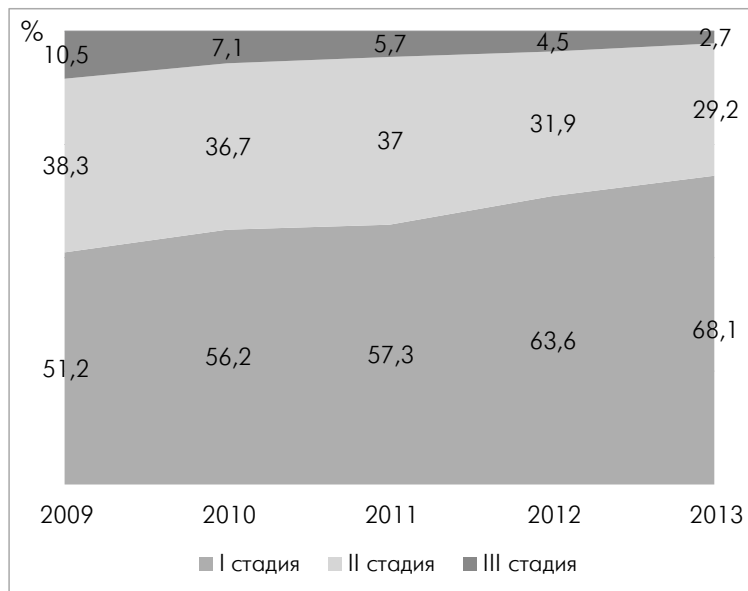


Рис. 2. Структура стадий ДГПЖ в Воронежской области до и после внедрения программы «Урология»



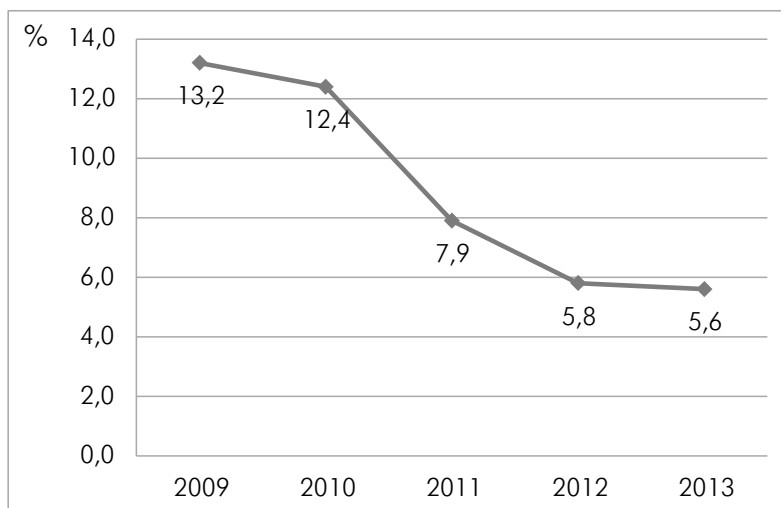
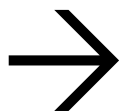


Рис. 3. Динамика доли пациентов с острой задержкой мочи от общего числа пациентов с ДГПЖ в Воронежской области

медицинской помощи. Учет таких недостатков в организации медицинской помощи позволил существенно снизить вероятность повторения аналогичных ошибок и улучшить результаты диагностики и лечения.

Эффективность разработанной программы подтверждена улучшением ряда ключевых

показателей. В результате внедрения данного подхода существенно увеличилось выявление ДГПЖ на ранней стадии и, следовательно, снизилась доля поздних стадий (рис. 2).

Улучшение выявляемости ДГПЖ на начальных стадиях привело к снижению доли лиц, госпитализированных по неотложной

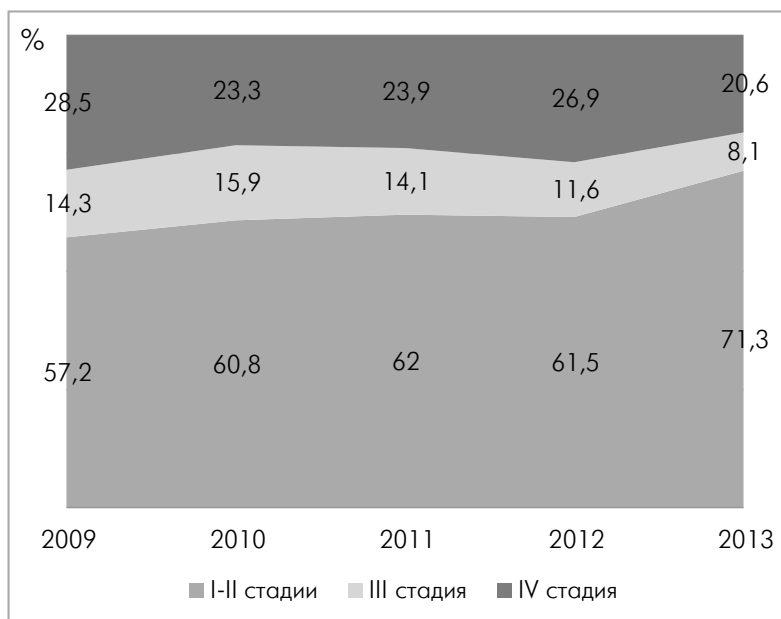


Рис. 4. Структура стадий РПЖ в Воронежской области до и после внедрения программы «Урология»



Рис. 5. Динамика показателей смертности от РПЖ в Воронежской области

помощи в связи с острой задержкой мочи, которую рассматривали в качестве индикатора осложненного течения данного заболевания (рис. 3).

Положительная динамика по улучшению ранней выявляемости РПЖ после внедрения указанной Программы показана на рис. 4.

Такая тенденция в сторону уменьшения доли лиц с запущенными стадиями РПЖ закономерно отразилась на снижении частоты случаев смерти от данной злокачественной опухоли по двум основным показателям, характеризующим этот критерий:

летальности в течение года с момента выявления РПЖ и летальности среди всех пациентов, состоящих на учете по поводу РПЖ (рис. 5).

В результате реализации данной Программы на территории Воронежской области достигнуто снижение прямых затрат в расчете на один случай оказания медицинской помощи пациентам с ДГПЖ и РПЖ (рис. 6). Это объясняется тем, что существенно уменьшилась доля осложненных или запущенных форм заболеваний, требующих применения дорогостоящих методов диагностики и лечения.

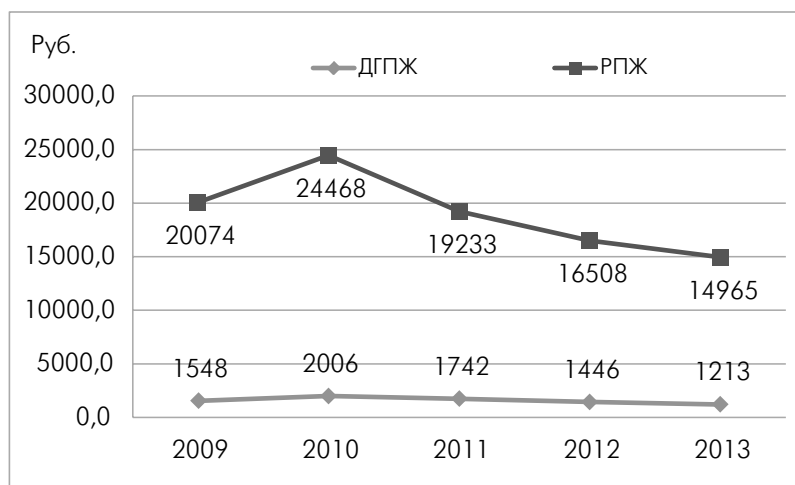
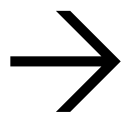
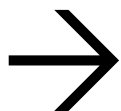


Рис. 6. Прямые затраты на один случай ДГПЖ и РПЖ в Воронежской области





Таким образом, предлагаемый вариант модели организации медицинской помощи направлен на предотвращение болезни и максимально раннее выявление в случае ее возникновения. Это позволяет существенно увеличить долю здоровых граждан в обществе и уменьшить экономическое бремя болезни. Именно приоритет охраны здоровья, а не курации болезни должен стоять во главе угла в системе организации медицинской помощи. Соответственно и эффективность системы здравоохранения должна оцениваться, прежде всего, по индикаторам здоровья (доля здоровых людей в популяции, число предупрежденных болезней и т.д.).

Заключение

Представленная в данной работе профилактическая модель здравоохранения означает организацию медицинской помощи таким образом, что максимальные усилия переносятся на предотвращение болезни. В результате такого подхода можно ожидать роста доли здоровых граждан с соответствующим пропорциональным снижением

доли больных людей. Кроме того, внедрение такой модели влечет за собой значимую экономическую выгоду, так как уменьшается потребность в применении дорогостоящих высокотехнологичных лечебно-диагностических методик. Таким образом, использование профилактических подходов к организации медицинской помощи позволяет решить главные стратегические задачи системы здравоохранения – снижение предотвратимых потерь здоровья населения и сокращение неэффективных расходов на оказание медицинской помощи.

Внедренная на территории Воронежской области Программа «Урология» продемонстрировала возможность и результативность реализации на практике предложенных принципов профилактической модели здравоохранения. Преимущества использования нового подхода показаны на примере профилактики урологических заболеваний. Однако указанные принципы носят универсальный характер и не являются специфическими для какого-либо отдельного медицинского профиля. С учетом этого они могут быть вполне успешно применены в любой области практической медицины.



Литература

1. *Auffray C., Charron D., Hood L.* Predictive, preventive, personalized and participatory medicine: back to the future // *Genome. Med.* – 2010. – Vol. 2, №8. – P. 57.
2. *Hood L., Flores M.* A personal view on systems medicine and the emergence of proactive P4 medicine: predictive, preventive, personalized and participatory // *N. Biotechnol.* – 2012. – Vol. 29. – №6. – P. 613–624.
3. *Fletcher R.H., Fletcher S.W., Fletcher G.S.* Clinical epidemiology: the essentials. Fifth edition. Baltimore – Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins. – 2012. – 272 p.
4. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Об тогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2016 году и задачах на 2017 год. – М., 2017.
5. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы: Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения. / рук. авт. колл. С.В. Шишкин. М.: Издательский дом НИУ ВШЭ, 2017.



6. Bloomberg rankings. Health-Care Efficiency Index. 2016. URL: <https://assets.bwbx.io/images/users/iqjWHBFdfxIU/iNK1THx4aD20/v3/-1x-1.png>.
7. *Массальский Р.И.* Медицинское страхование в Сингапуре // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1–1. – С. 811.
8. *Чинь Т.Т.Х.* Особенности системы медицинского страхования в Республике Сингапур // Актуальные вопросы инновационной экономики. – 2015. – № 12. – С. 177–182.
9. *Гайнуллина Ю.И., Александров А.В.* Политический феномен кубинской медицины // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2014. – № 4 (17). URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20144/2014410.aspx>.
10. *Fitz D.* Why Is Cuba's Health Care System the Best Model for Poor Countries? URL: <https://mronline.org/2012/12/07/fitz071212-html/>.
11. Healthcare in Cuba. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Cuba.
12. *Хетагурова В.Ш.* Табакокурение в современном мире: как избавиться от вредной привычки // СанЭпидемКонтроль. – 2009. – № 5. – С. 42–46.
13. *Аполихин О.И., Сивков А.В., Катибов М.И., Щукин А.В., Золотухин О.В., Шадеркин И.А., Мадыкин Ю.Ю., Кочеров А.А., Кочерова Е.В., Шадеркина В.А., Просяников М.В., Войтко Д.А.* Программа «Урология» – комплексный подход к модернизации здравоохранения на примере Воронежской области // Экспериментальная и клиническая урология. – 2013. – № 2. – С. 4–9.
14. Экспертный доклад НИУ ВШЭ об Основных направлениях бюджетной политики на 2013–2015 гг. М.: Издательский дом НИУ ВШЭ, 2012.



UDC 614.2

Apolikhin O.I.¹, Katibov M.I.¹, Zolotukhin O.V.², Shishkin S.V.³, Sheiman I.M.³, Govorin N.V.⁴, Esaulenko I.E.⁵, Shchukin A.V.⁶, Kaprin A.D.⁷ Development of a new model of health care: a conceptual approach and pilot implementation (1)N.A. Lopatkin Research Institute of Urology and Interventional Radiology, the Branch of the Federal State Budgetary Institution National Medical Research Radiological Center of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow; (2)Voronezh Regional Clinical Hospital № 1; (3)National Research Institute «Higher School of Economics», Moscow; (4)The State Duma of the Russian Federation; (5)Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko; (6)Health Department of the Voronezh Region; (7)Federal State Budgetary Institution National Medical Research Radiological Center of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow)

Abstract. This paper presents an extended understanding of preventive healthcare model as a set of measures addressing risk factors (primary prevention), early detection of diseases (secondary prevention) and prevention of their complications (tertiary prevention). Four principles of service delivery are formulated to ensure the transition from a primarily curative to a predominantly preventive model, including strengthening the responsibility of citizens for the prevention of diseases, enhancing the role of primary care, overcoming physicians' interest in the volumes of care, as well as quality control based on the indicators of complications and neglected cases. The paper presents these principles pilot implementation in the reorganization of urological care in Voronezh oblast (Russia). Activities for early detection of diseases, strengthening the role of primary care providers, building interregional urological centers have significantly reduced the proportion of complicated cases, changed the structure of medical care towards the low-cost activities and eventually provided substantial clinical and economic benefits.

Keywords: health care model, disease prevention, 4P Medicine, health service delivery, urology.



Д.В. Пивень,

д.м.н., профессор, эксперт по вопросам нормативно-правового регулирования деятельности здравоохранения, г. Санкт-Петербург, Россия, piven_dv@mail.ru

И.С. Кицул,

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования – филиала ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Иркутск, Россия, zdravirk@mail.ru

И.В. Иванов,

к.м.н., Генеральный директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора, г. Москва, Россия, expert@cmkee.ru

О ТРЕБОВАНИЯХ ПРИКАЗА МЗ РФ ОТ 10.05.2017 Г. № 203Н К УСТАНОВЛЕНИЮ И ОФОРМЛЕНИЮ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО И КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ: НА ЧТО НЕОБХОДИМО ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

УДК 614.2

Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. О требованиях приказа МЗ РФ от 10.05.2017 г. № 203н к установлению и оформлению предварительного и клинического диагнозов: на что необходимо обратить внимание в медицинской организации (г. Санкт-Петербург, г. Иркутск, г. Москва, Россия)

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы, связанные с организацией работы по установлению и оформлению клинического и предварительного диагнозов в соответствии с требованиями приказа от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Даны практические рекомендации по заполнению утверждённых МЗ РФ форм медицинской документации (медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и медицинской карты стационарного больного) с учётом новых требований, предъявляемых к установлению и оформлению предварительного и клинического диагнозов. Обращено внимание руководителей медицинских организаций на то, что теперь критерием качества медицинской помощи является и выполнение требований к обязательному проведению консилиума врачей в случае затруднения установления клинического диагноза в регламентированные сроки.

Ключевые слова: предварительный диагноз, клинический диагноз, критерии оценки качества, контроль качества медицинской помощи, качество и безопасность медицинской деятельности, консилиум врачей.

Известно, что установление диагноза – важнейшая часть диагностического процесса. Следовательно, и вся работа, связанная с его установлением и оформлением, является важнейшим компонентом обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности, неразрывно интегрированным и сопряжённым со многим иными вопросами качества и безопасности медицинской деятельности, к которым мы уже неоднократно

© Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов, 2018 г.



обращались в наших публикациях [2–7, 10–14]. В Российской Федерации опубликовано достаточно много работ, посвящённых оформлению и формулировке диагноза [1, 8, 9, 15]. Существует и немало определений диагноза. Со своей стороны напомним только одно такое определение, достаточно ёмкое и подробное: «Диагноз – краткое врачебное заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или о причине смерти, оформленное в соответствии с действующими стандартами и выраженное в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней; содержанием диагноза могут быть также особые физиологические состояния организма (беременность, климакс, состояние после разрешения патологического процесса и др.), заключение об эпидемическом очаге» [9]. Очевидно, что установление диагноза всегда являлось одним из важнейших критериев качества медицинской помощи, поэтому отнюдь не случайно, что в настоящее время, в том числе и вопросы установления предварительного и клинического диагнозов получили своё развитие в системе оценки качества медицинской помощи.

Необходимо отметить, что в критериях оценки качества медицинской помощи, которые были утверждены приказом МЗ РФ от 10.05.2017 г. № 203н (далее Приказ № 203н), впервые за последние годы достаточно подробно, а точнее детализировано, прописаны требования к установлению предварительного и клинического диагнозов. Принимая во внимание значимость данного документа и для медицинских организаций в целом, и для конкретных врачей, и для контрольно-надзорных органов, считаем необходимым обратить внимание на следующее.

Во-первых, Приказ № 203н определяет установление предварительного и клинического диагнозов в амбулаторных условиях, а также в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в качестве критериев оценки качества медицинской помощи.

Следовательно, внутри медицинской организации эти критерии надо не только соблюдать, но и контролировать их соблюдение.

Во-вторых, Приказ № 203н в качестве критериев качества медицинской помощи определяет не только установление предварительного и клинического диагнозов, но и ряд весьма важных требований к их установлению и оформлению, как в амбулаторных условиях, так и в условиях стационара, а также дневного стационара.

Необходимо подчеркнуть, что и сами диагнозы, и работа предшествующая их установлению, безусловно, должны быть отражены в медицинской документации. В этой связи отметим, что красной нитью в Приказе № 203н в качестве критериев качества медицинской помощи проходит ведение медицинской документации в соответствии с установленными требованиями:

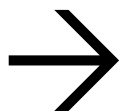
- в амбулаторных условиях ведение медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, истории развития ребенка, индивидуальной карты беременной и родильницы;

- в стационарных условиях и в условиях дневного стационара ведение медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного.

Следовательно, и перед медицинской организацией, и перед каждым врачом стоит важнейшая задача соблюдения указанных выше критериев. На первый взгляд всё, казалось бы, очевидно. Ну что нового может быть в традиционной организации работы по установлению диагноза? Однако сегодня сложность и значимость данной задачи определяются двумя причинами.

Причина первая. Закреплённый в Приказе № 203н порядок установления предварительного и клинического диагнозов, а так же отражение этой работы в строгом соответствии с установленными требованиями в медицинской документации, должно быть одним из обязательных компонентов внутреннего контроля качества и безопасности





медицинской деятельности в каждой медицинской организации.

Причина вторая. Необходимо подчеркнуть, что установление предварительного и клинического диагнозов, а так же отражение этой работы в медицинской документации, в качестве критериев оценки качества медицинской помощи используются при проведении экспертизы качества медицинской помощи при государственном и ведомственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, т.е., проще говоря, эти критерии используются при проверках медицинских организаций, в том числе при лицензионном контроле. Соответствующие требования закреплены в Порядке осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, утверждённом Приказом Минздрава России от 16.05.2017 № 226н.

На основании изложенного выше можно заключить, что работа по установлению и оформлению предварительного и клинического диагнозов, а также её отражение в медицинской документации, требует от главных врачей и их заместителей максимально серьёзного рассмотрения и анализа. Именно на этих вопросах мы и остановимся ниже.

Итак, в Приказе № 203н в подпунктах б), г) пункта 2.1. в качестве критериев качества медицинской помощи в амбулаторных условиях дословно указано следующее:

«б) Первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи: оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте;

в) установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза...».

Казалось бы, из представленной цитаты всё понятно. Врач должен оформить записью в амбулаторной карте результаты первичного осмотра, включая установление предварительного диагноза. Однако, требующие пояснения важные детали, на которые должны обратить внимание руководители медицинских организаций, появляются уже именно на этом этапе – этапе оформления медицинской документации. Здесь необходимо отметить ряд особенностей формы № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (далее Форма № 025/у) утверждённой приказом МЗ РФ от 15 декабря 2014 года № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (далее Приказ № 834н).

Особенность Формы № 025/у первая

Форма № 025/у не содержит каких-либо строк с наименованиями «Предварительный диагноз» и «Клинический диагноз». В форме № 025/у имеются строки с надписями «Диагноз основного заболевания», «Осложнения», «Сопутствующие заболевания». Также в указанной форме есть ещё пункт 20 с надписью «Лист записи заключительных (уточнённых) диагнозов».

Особенность Формы № 025/у вторая

Форма № 025/у не содержит специально выделенной страницы, предназначенной для записи первичного осмотра участкового врача. В данной форме имеется пункт 24, расположенный на странице 3, и предназначенный исключительно для записей врачей-специалистов. Именно на этой странице, предназначенной для записей врачей-специалистов, и расположены указанные выше строки с надписями «Диагноз основного заболевания»,



«Осложнения», «Сопутствующие заболевания». О том, что пункт 24 Формы № 025/у предназначен исключительно для записей врачей-специалистов, свидетельствует не только наименование данного пункта 24 «Записи врачей-специалистов», но и Порядок заполнения учетной формы № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утверждённый Приказом № 834н, пункт 11.14. которого чётко указывает, что «в пункте 24 (Формы № 025/у – прим. авт.) производятся записи врачей-специалистов путём заполнения соответствующих строк».

Обозначенные выше особенности заполнения Формы № 025/у имеют принципиально важное значение для организации работы в амбулаторных условиях по соблюдению критериев качества медицинской помощи. С одной стороны, медицинская организация обязана обеспечить выполнение требований к установлению предварительного и клинического диагнозов, содержащихся в Приказе № 203н. В то же время, с другой стороны, медицинская организация обязана соблюдать и такой критерий качества медицинской помощи в амбулаторных условиях как ведение медицинской карты пациента, включающий, в том числе заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой, форма и требования к заполнению которой установлены Приказом № 834н. Вот здесь и возникает ключевой вопрос: «Как правильно совместить и обеспечить выполнение указанных требований с учётом названных выше особенностей Формы № 025/у?».

Чтобы разобраться с вопросом, почему содержащийся в Форме № 025/у пункт 24 предназначен только для записей врачей-специалистов, но не предназначен для записи первичного осмотра участкового врача, напомним, что в пункте 5 ст. 33 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Основы) чётко указано, что «первичная специализированная

медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь». В свою очередь пункт 4 ст. 33 Основ гласит, что «первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами)». То есть Основы чётко разделяют врачей-специалистов и участковых врачей, включая и их полномочия.

С учётом изложенного выше, исходя из представленного анализа отдельных позиций Формы № 025/у, в целях выполнения требований Приказа № 203н предлагаем достаточно простые, но важные практические рекомендации для участкового врача и для врача-специалиста по оформлению предварительного и клинического диагнозов в амбулаторных условиях.

Практические рекомендации для участкового врача по оформлению предварительного и клинического диагнозов в амбулаторных условиях

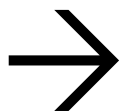
- Запись первичного осмотра пациента участковым врачом, учитывая, что Форма № 025/у не содержит к оформлению таковой каких-либо требований, должна содержать указание на то, что осмотр проведён именно участковым врачом.

- Установление участковым врачом предварительного диагноза в ходе первичного приема пациента должно сопровождаться внесением в информацию о результатах первичного осмотра пациента соответствующей записи «Предварительный диагноз: ... ». При необходимости следует выделить осложнения основного заболевания и сопутствующие заболевания.

- Запись в амбулаторной карте об установлении участковым врачом клинического диагноза должна содержать:

- обоснование клинического диагноза;





- сформулированный клинический диагноз в виде записи «Клинический диагноз:», при необходимости следует выделить осложнения основного заболевания и сопутствующие заболевания.

Практические рекомендации для врачей-специалистов по оформлению предварительного и клинического диагнозов в амбулаторных условиях

- Врач-специалист, делая запись своего первичного осмотра в соответствии с пунктом 24 стр. 3 Формы № 025/у, устанавливает предварительный диагноз и вносит информацию о нём, указывая в строке «Диагноз основного заболевания» после слова «заболевания» слово «предварительный» и далее отражает формулировку самого диагноза. При необходимости указывает в соответствующих строках осложнения основного заболевания и сопутствующие заболевания.

- Врач-специалист, делая запись об установлении клинического диагноза, в соответствии с пунктом 24 стр. 3 Формы № 025/у, устанавливает клинический диагноз и вносит информацию об этом, указывая в строке «Диагноз основного заболевания» после слова «заболевания» слово «клинический» и далее отражает формулировку самого диагноза. При необходимости указывает в соответствующих строках осложнения основного заболевания и сопутствующие заболевания.

Также необходимо отметить, что в соответствии с Приказом № 203н клинический диагноз в амбулаторных условиях, независимо от того устанавливает ли его участковый врач или врач-специалист, должен быть установлен в течение 10 дней с момента обращения пациента, что должно быть соответствующим образом зафиксировано и оформлено в амбулаторной карте. В свою очередь при затруднении установления клинического диагноза в обозначенные выше сроки, как указывает Приказ № 203н, в обязательном порядке должен быть проведён консилиум врачей с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего

амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации.

Следует подчеркнуть, что формулировка заключительного (уточненного) диагноза, который в обязательном порядке по завершении оказания медицинской помощи должен быть указан в пункте 20 Формы № 025/у, может отличаться от формулировки клинического диагноза. Очевидно, что в этом случае в амбулаторной карте должны быть отражены сведения, обосновывающие формулировку заключительного (уточнённого) диагноза.

Теперь о том, на что следует обратить внимание при установлении и оформлении предварительного и клинического диагноза в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара.

В соответствии с подпунктом а) пункта 2.2. Приказа № 203н к критериям качества медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара относится ведение медицинской документации – медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного, в том числе заполнение всех разделов, предусмотренных указанными документами. В контексте требований к оформлению диагноза Приказа № 203н рассмотрим наиболее распространённый документ, используемый в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а именно медицинскую карту стационарного больного всем известной формы № 003/у (далее Форма № 003/у).

Отметим, что подпункт в) пункта 2.2. Приказа № 203н в качестве одного из критериев качества медицинской помощи чётко указывает «установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара), или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию». Особенность оформления предварительного диагноза в стационарных условиях и в условиях дневного стационара



заключается в том, что Форма № 003/у, как и рассмотренная выше Форма № 025/у, не содержит строк с надписью «Предварительный диагноз». В то же время нельзя не заметить, что Форма № 003/у содержит целый ряд строк (пунктов), позволяющих чётко структурировать диагноз в зависимости от этапов его установления, а именно:

- «8. Диагноз направившего учреждения__».
- «9. Диагноз при поступлении_____».
- «10. Диагноз клинический_____».
- «11. Диагноз заключительный клинический:
 - a) основной: _____;
 - b) осложнение основного: _____;
 - c) сопутствующий: _____».

Очевидно, что такое структурирование диагноза в Форме № 003/у свидетельствует о том, что предварительный диагноз, об установлении которого идёт речь в Приказе № 203н, должен быть оформлен в строке «9. Диагноз при поступлении». В свою очередь оформление клинического диагноза в Форме № 003/у не вызывает каких-либо вопросов в связи с наличием в данной форме соответствующей строки «10. Диагноз клинический», где он и должен быть размещён.

В то же время к важнейшим критериям качества медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, отмеченным в Приказе № 203н, относятся и требования ко времени установления клинического диагноза, а именно:

- установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

- установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение.

Кроме того, впервые в новейшей истории отечественного здравоохранения Приказом № 203н для оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара чётко сформулирован такой критерий качества медицинской помощи как обязательное проведение консилиума врачей в случаях имеющих затруднений с установлением клинического диагноза в указанные выше сроки. Полагаем, что данное требование никак не сковывает профессиональной инициативы врача по инициированию и проведению консилиумов врачей в любых иных ситуациях. Более того, считаем, что требования Приказа № 203н об обязательном проведении консилиума врачей в случае затруднения установления клинического диагноза в чётко регламентированные сроки как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, а также в условиях дневного стационара повышают безопасность и врача, и пациента, и медицинской организации в целом.

Таким образом, в каждой медицинской организации важнейшим фрагментом работы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности должна быть работа по установлению и оформлению предварительного и клинического диагноза в соответствии с требованиями Приказа № 203н.



Литература

1. Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Оформление диагноза. Учебное пособие. – М.: Медицина, 2004, – 304 с.
2. Кицун И.С., Пивень Д.В. О контроле качества и безопасности медицинской деятельности в современных условиях // Заместитель главного врача. – 2013. – № 2. – С. 48–52.
3. Кицун И.С., Пивень Д.В. Работа врачебной комиссии и контроль качества и безопасности медицинской деятельности // Здравоохранение. – 2015. – № 7. – С. 74–79.





4. Кицул И.С., Пивень Д.В. Методические подходы к созданию системы оценки качества деятельности медицинских организаций, ее структурных подразделений и медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг // Заместитель главного врача. – 2014. – № 1. – С. 40–46.
5. Кицул И.С., Пивень Д.В. Экспертиза или контроль качества? // Заместитель главного врача. – 2014. – № 3. – С. 52–55.
6. Кицул И.С., Пивень Д.В. Работа врачебной комиссии и контроль качества и безопасности медицинской деятельности // Здравоохранение. – 2015. – № 7. – С. 74–79.
7. Кицул И.С., Пивень Д.В. Приказ Минздрава России от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»: анализ документа и практические аспекты использования // Заместитель главного врача. – 2015. – № 11. – С. 58–63.
8. Коваленко В.Л. Диагноз в клинической медицине (теоретические и практические основы формулирования). – Челябинск, 1995. – 182 с.
9. Пальцев М.А., Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В., Никонов Е.Л. Правила формулировки диагноза. – М.: Росздравнадзор, ММА им. И.М. Сеченова, МГМСУ, НИИ морфологии человека РАМН, 2006. – с. 79.
10. Пивень Д.В., Кицул И.С. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности: монография. – М.: Издательский дом «Менеджер здравоохранения», 2014. – 172 с.
11. Пивень Д.В., Кицул И.С. О формировании нового содержания работы руководителя медицинской организации по обеспечению и контролю качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 10. – С. 18–25.
12. Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Нормативно-правовое регулирование внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. – № 5. – 2016. – С. 38–46.
13. Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Новые задачи и направления работы врачебной комиссии в системе обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. – № 2. – 2017. – С. 6–13.
14. Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Стандарты медицинской помощи: обязательны ли они для соблюдения медицинскими организациями // Менеджер здравоохранения. – № 8. – 2017. – С. 6–12.
15. Правила формулировки диагноза. – М.: ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, 2017, – 20 с.

UDC 614.2

Piven D.V., Kitsul I.S., Ivanov I.V. About the requirements of the identification and design of preliminary and clinical diagnoses: what you need to pay attention in a medical organization (Saint-Petersburg, Irkutsk, Moscow, Russia)

Abstract. The article discusses issues related to the organization of the identification and registration of clinical and preliminary diagnoses in accordance with the requirements of order of Ministry of Public Health from 10.05.2017 № 203н. Practical recommendations for filling approved by the Ministry of the Russian Federation of forms of medical documents (medical card of a patient receiving medical care in outpatient facilities, and medical card of the inpatient), taking into account new requirements for the establishment and design of the preliminary and clinical diagnoses. Brought to the attention of healthcare leaders that we now have a criterion of quality of medical care is the fulfillment of the requirements for the compulsory consultation of doctors in case of difficulty of establishing a clinical diagnosis within the specified time.

Keywords: *preliminary diagnosis, clinical diagnosis, criteria for evaluating quality, monitoring of quality of care, quality and safety of medical activity, doctors.*



Г.П. Сквирская,

д.м.н., профессор, заведующая лабораторией эффективности управления в здравоохранении НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением, ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия, gskvirskaya@mail.ru

И.М. Сон,

д.м.н., профессор, заместитель директора по науке, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, son@mednet.ru

А.Ш. Сененко,

к.м.н., заведующая отделением анализа кадрового обеспечения в здравоохранении ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, senenko@mednet.ru

С.И. Шляфер,

д.м.н., заведующая отделением организации планирования и управления научными исследованиями, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, sonia@mednet.ru

А.В. Гажева,

к.м.н., ученый секретарь, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, gazheva@mednet.ru

С.А. Леонов,

д.м.н., профессор, заведующий отделением медицинской статистики и документалистики, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, leonov@mednet.ru

Н.К. Горшунова,

д.м.н. профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии с курсом ОВП Курского государственного медицинского университета, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск, Россия, gorsh@kursknet.ru

ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ И ОТДЕЛЕНИЕ ПО УХОДУ: КОНЦЕПЦИЯ И ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ

УДК 614.2

Сквирская Г.П.¹, Сон И.М.², Сененко А.Ш.^{2,1}, Шляфер С.И.², Гажева А.В.², Леонов С.А.², Горшунова Н.К.³ *Отделение медико-социальной помощи взрослому населению и отделение по уходу: концепция и принципы организации* (1 ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет. И.М. Сеченов» Министерства здравоохранения России, Москва, 2 ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации в области здравоохранения» Министерства здравоохранения России, Москва, 3 ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Россия, Курск)

Аннотация. Предложена концепция организации медико-социальной помощи наиболее социально уязвимым контингентам населения (лицам пожилого и старческого возраста, инвалидам и гражданам с временным ограничением способности к передвижению и самообслуживанию после перенесенных заболеваний и травм), которая включает в себя создание отделений медико-социальной помощи в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях взрослому населению.

Ключевые слова: медико-социальная помощь; первичная медико-санитарная помощь; медицинские организации, оказывающие помощь в амбулаторных условиях; отделение медико-социальной помощи; лица пожилого и старческого возраста; инвалиды.

© Г.П. Сквирская, И.М. Сон, А.Ш. Сененко, С.И. Шляфер, А.В. Гажева, С.А. Леонов, Н.К. Горшунова, 2018 г.





Одной из важнейших проблем здравоохранения в настоящее время является оказание доступной и качественной медицинской помощи наиболее социально уязвимым контингентам населения: лицам пожилого и старческого возраста, одиноким, инвалидам, а также гражданам с обратимым ограничением способности к передвижению и самообслуживанию после перенесенных заболеваний и травм. Как правило, они нуждаются не столько в медицинской, сколько в медико-социальной помощи. В настоящее время предпринимаются меры для развития паллиативной помощи пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями и медицинского патронажа граждан с ограниченными возможностями здоровья. Однако целостного подхода к оказанию помощи перечисленным контингентам населения с учетом всего комплекса их потребностей в настоящее время не существует.

Согласно международным критериям, население считается старым, если доля людей в возрасте 65 лет и старше во всем населении превышает 7,0%. Прогрессивное постарение населения – увеличение доли лиц старше трудоспособного возраста в общей численности населения – наблюдается во всех без исключения развитых странах [1]. По данным федеральной службы государственной статистики (Росстат) на 1 января 2016 г. в Российской Федерации проживало 20,35 млн. человек в возрасте 65 лет и старше, что составило 13,9% населения (в 2005 г. – 13,8%); а число лиц старше трудоспособного возраста (мужчины в возрасте 60 лет и старше, женщины – 55 лет и старше) составило 35,99 млн. человек или 24,55% от всего населения (в 2005 г. – 29,35 млн. человек (20,3%)) [2]. В ближайшей перспективе, по прогнозам Росстата, процесс демографического старения населения будет только усиливаться. В период до 2035 г. (низкий вариант прогноза) в возрастной структуре населения нашей страны будут отмечены существенные изменения, которые связаны в основном

с процессом демографического старения населения. Долговременная тенденция снижения рождаемости и роста ожидаемой продолжительности жизни приведет к увеличению доли лиц старших возрастов в структуре населения (2017 г. – 25,1%, 2018 г. – 25,5%, 2019 г. – 26,0%, 2020 г. – 26,3%, 2025 г. – 27,7%, 2030 г. – 28,8%, 2035 г. – 30,2%) [3].

Увеличение абсолютного числа лиц старших возрастных групп объективно ведет к повышению численности граждан, испытывающих трудности с решением медицинских, социальных и психологических проблем [4]. Потребность в амбулаторно-поликлинической помощи у пожилых в 2–4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста, в то время, как реальные показатели обращаемости за медицинской помощью на догоспитальном этапе граждан старших возрастных групп лишь в 1,5 раза превышают аналогичные данные для трудоспособного населения [5]. Услуги медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, в большей степени остаются недостаточно доступными для данной категории потребителей по ряду причин: затруднения, связанные с ограниченными возможностями передвижения, перегруженность врачей-терапевтов участковых (врачей общей практики (семейных врачей)) и врачей-специалистов приемом пациентов с острыми заболеваниями, трудоспособного населения и т.д. В то же время ряд видов диагностики и лечения может быть проведен с участием среднего медицинского персонала [6]. Учитывая весь комплекс задач, стоящих перед медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, и фактическую нагрузку на медицинский персонал можно даже теоретически определить, что возможности для оказания адекватной медико-социальной помощи данной категории граждан сегодня недостаточны. Это порождает большое число проблем, обусловленных, с одной стороны, неудовлетворенностью указанных категорий пациентов результатами медицинской



помощи, а с другой – неудовлетворенностью медицинских работников, связанной с перегруженностью большими объемами медицинских услуг, требуемых указанными контингентами населения. При этом очевидно, что «запущенная» на догоспитальном этапе заболеваемость влечет за собой фактический рост потребляемых стационарных медико-социальных услуг [7]. Структура поликлиник в настоящее время не позволяет качественно изменить объемы и эффективность медицинского обеспечения перечисленных выше контингентов населения и требует существенных изменений в подходах к ее обеспечению, проведению структурных преобразований, подготовке и работе медицинского персонала в этом направлении, внедрении современных медико-социальных технологий [4].

В принятом второй Всемирной ассамблеей по проблемам старения Мадридском международном плане действий по проблемам старения (2002 г.) указано, что «пожилые люди имеют полное право на доступ к профилактическому и иному лечению, включая реабилитационный уход. Рост потребностей в уходе и лечении со стороны стареющего населения требует соответствующей стратегии. Стратегии, которые поощряют укрепление здоровья на протяжении всей жизни, включая лечение и профилактику заболеваний, уход, реабилитацию, при соответствующих показаниях, услуги по охране психического здоровья, поощрение ведения активного образа жизни и создание благоприятных для этого условий, могут понизить уровень инвалидности среди пожилых людей, а это, в свою очередь, приведет к эффективному расходованию бюджетных средств» [8].

Обращение лиц старше 60 лет за медико-социальной помощью, по данным отдельных поликлиник, составляет около 30% от общего числа обращений, а в г. Москве, например, до 80%. Среди лиц, получающих помощь на дому, пожилые составляют более половины пациентов. На одно сестринское посещение на дому пациента в возрасте до 60 лет

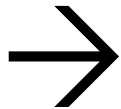
приходится 5–6 сестринских посещений пациентов пожилых возрастов. Население старших возрастов страдает множественными тяжелыми хроническими заболеваниями, протекающими на фоне сниженных компенсаторных возможностей. Уровень заболеваемости у пожилых (60–74 года) почти в 2 раза выше, а у лиц старческого возраста (75 лет и старше) – в 6 раз выше, чем у лиц молодого возраста [5].

По данным формы федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», в 2015 г. в Российской Федерации показатель общей заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста составил 202382,19 на 100 тысяч населения соответствующего возраста и был выше, чем у взрослого трудоспособного населения (120190,23 на 100 тысяч взрослого трудоспособного населения).

В структуре общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста на первом месте находятся болезни системы кровообращения (30,2% (61097,08 на 100 тысяч населения соответствующего возраста)), на втором месте – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (10,8% (21835,78)), на третьем – болезни органов дыхания (9,9% (20056,64)), на четвертом – болезни глаза и его придаточного аппарата (9,3% (18732,17)), на пятом – болезни органов пищеварения (7,2% (14662,51)), на шестом – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (7,1% (14435,52)), на седьмом – болезни мочеполовой системы (6,6% (13397,88)) и др. На эти семь классов болезней приходится 81% зарегистрированных пациентов старше трудоспособного возраста.

Важнейшим условием поддержания здоровья в пожилом возрасте являются не только меры по укреплению здоровья и наличие равного доступа пожилых людей к здравоохранению и медицинским услугам, которые





включают профилактику заболеваний на протяжении всей жизни. Необходима планомерная, методически подкрепленная деятельность по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, направленная на сохранение самостоятельности в плане ухода за собой, профилактику и замедление течения болезни и инвалидности, обеспечение лечения, а также на повышение активности и качества жизни пожилых людей, которые уже являются инвалидами [8].

Одним из вариантов решения указанных проблем, предлагаемым к рассмотрению в рамках данной работы, является организация отделений медико-социальной помощи – структурных подразделений медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, контингентам населения, испытывающим трудности в посещении медицинской организации: лицам пожилого и старческого возраста; одиноким; пациентам, перенесшим тяжелые острые и обострения хронических заболеваний, травмы; пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями; инвалидам. Очевидно, что задачи этой службы и объем её деятельности будут отличаться от отделений паллиативной помощи.

Сотрудники отделения медико-социальной помощи должны решать следующие задачи:

- совместно с врачами-терапевтами участковыми (врачами общей практики (семейными)), врачами-специалистами выявлять пациентов, нуждающихся в медико-социальной помощи, и формировать списки таких пациентов для планирования работы с ними с конкретизацией потребности в различных видах услуг отделения медико-социальной помощи;
- планировать работу с пациентами отделений медико-социальной помощи;
- организовывать и оказывать медицинскую помощь, которая включает мероприятия по профилактике, лечению и реабилитации пациентам, проживающим в домашних условиях и имеющих существенные ограничения посещения медицинских организаций, в том

числе в условиях стационара на дому по назначению лечащих врачей;

- осуществлять взаимодействие с органами социальной защиты, общественными и иными организациями для решения медико-социальных, психологических, правовых и иных проблем в интересах пациента;

- проводить медицинский патронаж пациентов, состоящих под наблюдением специалистов отделения;

- оказывать содействие в лекарственном обеспечении;

- взаимодействовать с отделениями паллиативной помощи при оказании помощи пациентам в терминальной стадии заболеваний;

- осуществлять взаимодействие со специалистами других подразделений медицинской организации по вопросам медицинского обеспечения пациентов отделения, включая своевременное консультирование и направление на госпитализацию, медико-социальную экспертную комиссию или в учреждение социальной защиты по показаниям;

- организовывать мероприятия по информационному обеспечению, гигиеническому обучению пациентов и их родственников;

- вести учетную отчетную документацию, предоставлять отчеты о деятельности отделения в установленном порядке.

Перечисленные функции определяют требования к образованию специалистов. Очевидно, что для осуществления основных функций отделения потребуются преимущественно работники со средним профессиональным образованием, имеющие подготовку по специальности «медико-социальная помощь» и осуществляющих самостоятельную деятельность в пределах своей компетенции. Таким образом, организация отделений медико-социальной помощи, укомплектованных преимущественно специалистами со средним медицинским образованием, будет решать ещё одну важнейшую задачу: исключение из деятельности врачебного персонала функций, не требующих участия специалистов с высшим медицинским образованием, за



счет расширения сферы деятельности среднего медицинского персонала с выделением зон самостоятельной ответственности медицинских сестер и фельдшеров. В конечном итоге это должно способствовать повышению доступности и качества помощи целевым контингентам населения. Для пациентов отделения это будет означать переход от формального ведения к планомерному наблюдению, лечению и адаптации к новым условиям жизни и здоровья, основанным на постоянной и последовательной медицинской помощи и контроле состояния их здоровья.

Руководство отделением осуществляет заведующий, назначаемый и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, в составе которой создано отделение.

Для осуществления перечисленных выше функций отделение должно быть обеспечено медицинским транспортом.

Практический опыт перехода к новым моделям организации медицинской помощи, особенно первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, требует активной информационной работы с населением. Прежде всего – разъяснительной, которая должна формировать у целевых категорий населения и их окружения правильное понимание целей и задач работы вновь образованных отделений, появления у пациентов новых возможностей в получении необходимой помощи.

Информационное обеспечение требуется и непосредственно в работе отделения с пациентами: информирование граждан в доступной форме об имеющихся у них заболеваниях, механизмах их развития и рекомендуемых мероприятиях по вторичной и третичной профилактике, рекомендации по рациональному образу жизни и т.д. Обязательным является информирование об объемах услуг и возможностях получения помощи в рамках отделения, так как именно эти знания позволят сформировать атмосферу сотрудничества и будут способствовать

повышению удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью в целом.

Важным разделом работ должны стать школы пациентов, ниже приведены основные направления их деятельности:

- информирование о механизмах развития имеющихся заболеваний и возможностях их коррекции; обучение рациональному образу жизни, выполнению рекомендованного лечения и реабилитационных мероприятий в целях сохранения и возможного восстановления ограниченных функций организма, предупреждения прогрессирования заболеваний и развития осложнений; обучение само- и взаимопомощи;

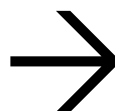
- занятия по медицинской, психологической и социальной адаптации к сложившейся жизненной ситуации; формирование адекватных состоянию здоровья поведенческих реакций, установок и др.;

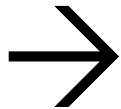
- школа для родственников пациентов по вопросам вторичной и третичной профилактики заболеваний, организации ухода за пациентами и инвалидами;

- школа активного долголетия, направленная на изменение отношения граждан старшего возраста к своему здоровью, привлечение их к активному досугу и регулярным занятиям физической культурой, вовлечение пожилых людей в работу волонтерских организаций для оказания помощи и психологической поддержки людям с ограниченными возможностями;

- школа для сотрудников учреждений социального обслуживания населения и здравоохранения, а также других лиц, осуществляющих профессиональный уход за гражданами, не способными к самообслуживанию, обучающая принципам общего ухода [9].

Организация медицинского ухода за тяжелобольными и ограниченно подвижными пациентами, проживающими в домашних условиях, является отдельной задачей. В зависимости от потребностей конкретной медицинской организации это может быть выделенная бригада в отделении медико-социальной помощи,





а при большом числе пациентов, нуждающихся в данном виде услуг, может быть сформировано самостоятельное отделение по уходу за тяжелобольными и маломобильными гражданами, организуемое наряду с отделением медико-социальной помощи.

В медицинском уходе могут нуждаться маломобильные граждане, к которым относятся:

1. инвалиды, имеющие нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приведшими к ограничению жизнедеятельности и вызывающими необходимость оказания им медицинского ухода с целью обеспечения необходимого качества жизни;

2. лица с ограниченными способностями или возможностями самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, вынужденные в силу устойчивого дефекта для своего передвижения применять специальные технические средства, приспособления и собак-проводников либо прибегать к посторонней помощи;

3. граждане с кратковременным и обратимым ограничением способности к передвижению (например, пациенты с гипсовой иммобилизацией конечностей после оперативного вмешательства на органе зрения);

4. лица в терминальной стадии заболеваний, нуждающиеся по своему состоянию в помощи по уходу.

Результаты научно-практических и экспертных исследований свидетельствуют о наличии существенных проблем как у самих пациентов, так и у их родственников при необходимости обеспечения медицинского ухода на дому [1]. Если в крупных городах можно найти хотя бы на платных условиях медицинского работника по уходу или сиделку для пациента в соответствующих агентствах, то в малых городах и сельской местности проблема является весьма трудноразрешимой. При этом качество и безопасность ухода не всегда обеспечиваются.

В отделении по уходу за такими пациентами должны работать младшие медицинские

сестры, вероятнее всего, на условиях платных медицинских услуг в соответствии с федеральным законом № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и постановлением Правительства Российской Федерации № 1006 от 4 октября 2012 года «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» [10; 11]. Открытым остается пока вопрос об источниках финансирования таких услуг для лиц, не имеющих средств, достаточных для оплаты такой помощи. Однако очевидно, что организация в поликлиниках отделений по уходу, возглавляемых медицинской сестрой с высшим сестринским образованием, укомплектованных младшими медицинскими сестрами по уходу и работающих в тесном контакте с отделением медико-социальной помощи, может оказать значительное позитивное влияние на качество жизни пациентов и членов их семей, повышение доступности помощи по уходу, профилактику осложнений у пациентов данной категории. С выходом приказа Минтруда России от 12.01.2016 г. № 2н «Об утверждении профессионального стандарта «Младший медицинский персонал» [12] стали четко определены трудовые функции – профессиональный уход за пациентом, а перечисленные в нем трудовые действия, необходимые умения и знания в полной мере отвечают описанной выше концепции отделения по уходу.

Выводы. Представленные принципы организации деятельности отделений медико-социальной помощи и отделений по уходу в поликлинике отвечают одной из самых актуальных задач здравоохранения сегодня – задаче совершенствования помощи наиболее тяжелым пациентам: лицам, нуждающимся в социальной помощи и постороннем уходе, в том числе – пожилого и старческого возраста. Обширный круг проблем, возникающий при оказании помощи социально уязвимым группам населения, требует решения вопросов не только организации деятельности



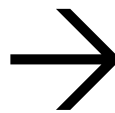
самых отделений, но и разработки технологичных взаимодействия и преемственности между ними, а также с участковой службой, с отделением паллиативной помощи, другими отделениями медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Отдельным вопросом будет организация межведомственного взаимодействия со службой социальной защиты населения и другими структурами, оказывающими помощь указанным категориям населения. Тем не менее ожидаемый эффект от внедрения таких организационных технологий может существенно повысить не только качество

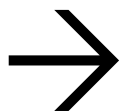
медицинской и медико-социальной помощи, но и повысить удовлетворенность целевых категорий населения оказанной помощью. За счет перераспределения функций, введения отделений с преимущественным представительством среднего и младшего медицинского персонала предложенные меры должны снизить нагрузку на врачей, в том числе – исключить деятельность, не требующую высшего медицинского образования. Это в конечном итоге должно привести к повышению в целом результативности деятельности медицинской организации при оказании помощи всем категориям прикрепленного населения.



Литература

1. *Карюхин Э.В.* Геронтологические НКО от моделей ухода к становлению сектора: Пособие по социальной геронтологии для персонала геронтологических НКО/ М.: Эслан, 2002.
2. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2016 г. Статистический бюллетень/ М.: Федеральная служба государственной статистики (Росстат), 2016.
3. Демографический ежегодник. 2015. Статистический сборник. М., Федеральная служба государственной статистики (Росстат), 2015. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/demo15.pdf (Дата обращения: 28.12.2016).
4. Распоряжение Правительства Российской Федерации № 164-р от 5 февраля 2016 г. «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rocmintud.ru/docs/government/173> (Дата обращения: 01.11.2016).
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 297 от 28 июля 1999 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» // Главная медицинская сестра. – 2000. – № 5. – С. 137–145.
6. *Пузин С.К., Гришина Л.П., Хромов К.С.* Инвалидность как геронтологическая проблема // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. – № 4. – С. 3–6.
7. *Яцемирская Р.С., Беленькая К.Г.* Социальная геронтология: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений/ М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1999.
8. Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 года. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/pdf/ageing_progr.pdf (Дата обращения: 19.11.2016).
9. Медико-социальная помощь. Департамент здравоохранения Администрации города Тюмени Муниципальное медицинское автономное учреждение «Городская поликлиника № 5». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://poliklinika5.ru/medikosotsialnaya_pomoshc/ (Дата обращения: 30.09.2016 г.).





10. Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902373051> (Дата обращения: 27.02.2017).
11. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902312609> (Дата обращения: 05.12.2016).
12. Приказ Министерства труда Российской Федерации от 12 января 2016 г. № 2н «Об утверждении профессионального стандарта «Младший медицинский персонал» (зарегистрировано в Минюсте России 08.02.2016 г. № 40993).

UDC 614.2

Skvirskaya G.P.¹, Son I.M.², Senenko A.Sh.^{2,1}, Shlyafar S.I.², Gazheva A.V.², Leonov S.A.², Gorshunova N.K.³ **The Department of Medical and Social Assistance to the Adult Population and the Department of Nursing: the concept and principles of organization** (¹FGBOU VO «First Moscow State Medical University, IM Sechenov», Ministry of Health of Russia, Moscow, ²FGBU «Central Research Institute of Organization and Information in the Field of Health», Ministry of Health of Russia, Moscow, ³FGBOU VO «Kursk State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Kursk)

Abstract. The concept of the organization of medical and social assistance to the most socially vulnerable population contingents (people in the residential and senile age, the disabled and citizens with a temporary restriction of the ability to move and self-care after the transferred diseases and injuries) is proposed. This includes the creation departments of medical and social assistance in medical organizations that provide assistance to the adult population on an outpatient basis.

Keywords: medical and social assistance; primary health care; medical organizations that provide assistance on an outpatient basis; Department of medical and social assistance; persons of elderly and senile age; disabled people.

Здравоохранение-2018



НОВЫЙ ПОРЯДОК ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БУДЕТ БОЛЬШЕ РАБОТАТЬ КАК СКРИНИНГ

Новый порядок диспансеризации на первом этапе будет больше работать как скрининг. Об этом заявил главный внештатный специалист Минздрава РФ по профилактической медицине, генеральный директор НМИЦ кардиологии Сергей Бойцов. «Прежний порядок был переходным от советского формата диспансеризации к скринингу. Сейчас очень сложный период, и я не уверен, что мы быстро эту задачу решим, потому что социальные сети показывают, что врачи бурлят: «что за непрофессионалы, зачем убрали анализ мочи, зачем убрали анализ крови?». Со стороны населения пока нет реакции, но, думаю, к концу февраля она тоже появится», – заявил он.

Новый порядок диспансеризации взрослого населения в возрасте от 18 лет и старше вступил в силу с 1 января 2018 года. В нем уточнена периодичность проведения диспансеризации в отношении отдельных процедур и групп граждан, а также ее этапы. Из прежнего варианта были исключены некоторые исследования, такие как общий и клинический анализы крови, общий анализ мочи и УЗИ брюшной полости. Вместо них в список исследований добавлены анализ кала на скрытую кровь иммунохимическим методом один раз в два года для всех граждан в группе от 50 до 70 лет, а для женщин – маммография. При этом существенно увеличено плановое значение охвата диспансеризацией населения – с текущего значения «не менее 21%» до «минимум 63%». По данным главного специалиста, сегодня диспансеризацию проходят порядка 23 млн. человек в год. Сергей Бойцов подтвердил, что среди причин пересмотра перечня диспансеризации экономические факторы учитывались. «Я знаю пример, когда сделали анализ крови и выявили рак. И таких случаев немало. Но если говорить в популяционных масштабах, о миллиардах рублей, то это несопоставимые экономические и организационные затраты», – резюмировал он.

Источник: <https://medvestnik.ru>



В.И. Стародубов,

д.м.н., академик РАМН, профессор, директор ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

Н.П. Соболева,

к.м.н., заведующая отделением инновационных технологий профилактики заболеваний ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

Е.Д. Савченко,

к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения инновационных технологий профилактики заболеваний ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России

К ВОПРОСУ ОБ УКРЕПЛЕНИИ И СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ (НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА)

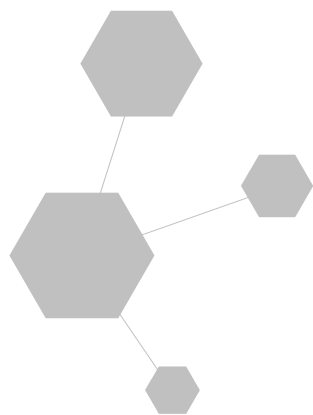


УДК 614.2

Стародубов В.И., Соболева Н.П., Савченко Е.Д. К вопросу об укреплении и сохранении здоровья работающих на предприятиях (на примере Центрального федерального округа) (ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России)

Аннотация. В статье рассмотрены вопросы укрепления и сохранения здоровья лиц, работающих на предприятиях. Изучена роль руководителя и профсоюзной организации в проведении профилактических мероприятий, направленных на факторы риска, влияющие на развитие хронических неинфекционных заболеваний, профилактику конкретных заболеваний, связанных со спецификой деятельности предприятия, предоставление санаторно-курортного лечения. Изучены мероприятия по укреплению и сохранению здоровья населения, проводимые на территории расположения предприятия. Предложена схема взаимодействия структур региона в направлении укрепления здоровья работающих лиц.

Ключевые слова: профилактика на предприятиях, снижение факторов риска у работающих, укрепление и сохранение здоровья работающих.

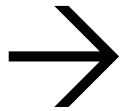


Проблема укрепления здоровья трудоспособного населения России стоит сегодня крайне остро. Как отмечается в Государственной программе РФ 2012 г. «Развитие здравоохранения», ключевую роль в низкой ожидаемой продолжительности жизни играет высокая смертность людей трудоспособного возраста, особенно мужчин. Во многом это результат нездорового образа жизни [1, 5]. По данным диспансеризации (2015 г.) среди российских мужчин 23% курильщиков (женщин – 6%), более 16% взрослого населения страдает избыточным весом, у 18% отмечена низкая физическая активность.

Особенность современной российской политики в сфере здорового образа жизни состоит в ее направленности преимущественно на население (индивидов, домохозяйства), тем самым



© В.И. Стародубов, Н.П. Соболева, Е.Д. Савченко, 2018 г.



недооценивается потенциал работодателей в формировании здорового образа жизни работающих. В настоящее время в России государство использует довольно узкий набор мер, призванных стимулировать предприятия и организации к реализации программ укрепления и сохранения здоровья работающих [2, 3]. Для усиления этого направления в 2016 г. в Правительстве Российской Федерации создана Межведомственная рабочая группа по разработке системы социально-экономической мотивации граждан и работодателей к сохранению и укреплению здоровья населения Российской Федерации.

До настоящего времени изучению состояния профилактического направления на российских предприятиях уделялось недостаточно внимания [4]. В данной работе рассмотрен перечень мер, используемых на предприятиях, в целях укрепления и сохранения здоровья работающих.

Материал и методы

Проанализированы сведения, полученные в результате анкетирования.

Работа выполнялась в двух направлениях:

1. Изучение роли руководителя предприятия в укреплении и сохранении здоровья работающих через влияние на поведенческие факторы риска.

2. Изучение роли профсоюза в укреплении и сохранении здоровья работающих.

Изучались следующие вопросы:

• Мероприятия по укреплению здоровья, проводимые на предприятии:

1. политика в области укрепления здоровья работников;
2. корпоративная программа укрепления здоровья работников;
3. финансирование мероприятий по укреплению и сохранению здоровья;

• Направления профилактической работы в области укрепления здоровья лиц, работающих на предприятии:

1. организация здорового питания;
2. повышение двигательной активности;

3. борьба с курением и употреблением алкоголя;
4. профилактика профессиональных заболеваний, связанных со спецификой деятельности предприятия;
5. предоставление санаторно-курортного лечения.
 - Мероприятия по укреплению и сохранению здоровья населения, проводимые на территории расположения предприятия (город, поселок городского типа и т.п.).

Результаты и обсуждение

Были получены данные от 112 предприятий Центрального федерального округа, из них по виду деятельности 85 (76%) – промышленных, 8 (7%) – занимаются сельскохозяйственной деятельностью и животноводством, 10 (9%) организаций медицинской и образовательной сферы, 5 (4%) – научно-исследовательских институтов и научно-производственных объединений, 5 (4%) предприятий жилищно-коммунальной сферы, транспорта, энерго- и водоснабжения и т.п. По числу работающих лиц предприятия были разделены на 4 группы: до 100 сотрудников – 18 (16%) организаций, от 100 до 500 человек – 28 (25%) предприятий, от 500 до 1000 – 28 (25%) и более 1000 работников – 37 (33%) (таблица 1).

Практическая реализация политики охраны и укрепления здоровья, работающих на предприятии, невозможна без дополнительного нормативно-правового регулирования внутри производственных взаимоотношений (руководителя, профсоюзной организации, работающих, медицинской службы).

Как было выявлено, число работников определяет наличие и объем мероприятий по укреплению и сохранению здоровья, проводимых на предприятии. Так, на предприятиях до 100 человек политика в области укрепления здоровья обычно не разрабатывается, отсутствует и корпоративная программа. Все профилактические мероприятия в таких организациях осуществляются силами инициативных групп. На крупных предприятиях



Таблица 1

Характеристика предприятий, участвовавших в опросе

Субъект РФ	число поступивших анкет	Вид деятельности предприятия					Число работников			
		промышленность	с/х, животноводство	медицина и образование	НИИ, НПО	управление, сфера ЖКХ, транспорт, энерго- и водо-снабжение, информационные технологии, связь и др.	до 100	100-500	500-1000	более 1000
Центральный ФО	112	85	8	10	5	5	18	28	28	37
Белгородская область	7	3	3	1			1	2	2	1
Брянская область	5	5						1	1	3
Владимирская область	5	5						2		3
Воронежская область	17	13			3	1	3	7	3	4
Ивановская область	9	9					1	5	1	2
Калужская область	2	2			1			1		1
Костромская область	4	4								4
Курская область	2	2							1	1
Липецкая область	1	1								1
Московская область	3	1	1		1					3
Орловская область	18	3	3	8		4	12	4	2	
Рязанская область	5	5							4	1
Смоленская область	16	16					1	4	7	4
Тамбовская область	9	8	1						3	6
Тверская область	4	3		1				2	1	1
Тульская область	5	5							3	2
Ярославская область	-									
г. Москва	-									

Такие субъекты как Ярославская область и г. Москва информацию не предоставили.

разработка и реализация корпоративной программы укрепления и сохранения здоровья работающих проводится совместно руководством предприятия и профсоюзной организацией (при ее наличии).

По результатам анализа полученных сведений, основная задача разработанной на предприятии политики направлена на создание и улучшение условий для формирования среди работающих здорового образа жизни.

Что касается финансирования профилактических мероприятий, направленных на укрепление и сохранение здоровья работающих, то оно осуществляется из двух источников: из прибыли предприятия и взносов

профсоюзной организации (при ее наличии).

Неотъемлемой частью выполнения профилактической программы на предприятии является медицинская служба (медицинский кабинет, медсанчасть, поликлиническое отделение, медцентр).

Анализ предоставленного материала показал, что наличие и вид медицинской службы зависит от размера предприятия. Так, на крупных предприятиях (число работников более 1000 человек) обычно имеется поликлиническое отделение, медсанчасть или медицинский центр: в 12 (11%) организациях для обслуживания сотрудников имеется поликлиническое отделение или медсанчасть,

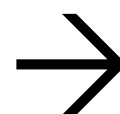




Таблица 2

Характеристика медицинской службы, представленной на предприятиях

Субъект РФ	Число поступивших анкет	Вид медицинской службы		
		Медицинский кабинет, здравпункт	Поликлиническое отделение, медсанчасть	Медицинский центр
Центральный ФО	112	64	12	2
Белгородская область	7	5		
Брянская область	5	3		1
Владимирская область	5	2		
Воронежская область	17	7	2	
Ивановская область	9	6	1	
Калужская область	2	1		
Костромская область	4	4		
Курская область	2	1	1	
Липецкая область	1	1		
Московская область	3	1	2	
Орловская область	18	3	2	1
Рязанская область	5	5		
Смоленская область	16	11	2	
Тамбовская область	9	8		
Тверская область	4	2	1	
Тульская область	5	4	1	
Ярославская область	-			
г. Москва	-			

2 (2%) предприятия имеют свой медицинский центр. В большинстве случаев (57% предприятий) медслужба представлена кабинетом или здравпунктом. Отсутствует медицинская служба на 34 (30%) предприятиях, в основном это касается мелких предприятий (до 100 человек) (таблица 2).

Следует отметить, что все мероприятия, проводимые в области укрепления и сохранения здоровья работающих, направлены на снижение факторов риска: здоровый рацион питания, отказ от курения и употребления алкоголя и максимальный охват физической активностью.

Несмотря на различные подходы руководителями предприятий для решения этой задачи используются четыре основных формы:

1. Организация рационального питания:

- открытие столовых и буфетов на территории предприятия;

- предоставление льгот на питание (талоны, снижение цены, дотации и др.).

2. Мероприятия, направленные на повышение физической активности, и организация спортивного досуга:

- занятия в тренажерных залах;
- посещение бассейна;
- проведение командных спортивных мероприятий;
- участие в муниципальных спортивных программах.

3. Мероприятия, направленные на снижение поведенческих факторов риска (отказ от курения, употребления алкоголя):

- запрет курения на рабочих местах;
- оборудование специальных мест для курения в соответствии с Ф3 № 15-ФЗ от 23.02.2013 г.;
- оформление стендов комплектами наглядных материалов о вреде курения;



Таблица 3

Профилактические направления, реализуемые на предприятиях

	<i>Реализация на предприятии</i>	<i>Реализация на муниципальном (территории расположения предприятия) и региональном уровнях</i>
Рациональное питание	<ul style="list-style-type: none"> - Открытие столовых, буфетов и др. пунктов питания на территории. - Организация комнат для приема пищи в удаленных от основной территории предприятия производственных подразделениях. - Применение стимулирующих мер (снижение цены, дотация на питание, предоставление льгот). 	
Физическая активность	<ul style="list-style-type: none"> - Занятия в тренажерном зале, теннис, настольный теннис, плавание. - Проведение турниров по различным видам спорта. - Организация туристических мероприятий (походы, слеты). 	<ul style="list-style-type: none"> - Участие в муниципальных мероприятиях по сдаче норм ГТО. - Командообразующие игры на стадионах, открытые турниры по различным видам спорта. - Проведение спортивных праздников и спартакиад с участием трудовых коллективов. - Участие в ежегодных открытых всероссийских спортивных мероприятиях («Лыжня России», забег «Кросс нации» и др.). - Проведение межрайонных турниров по разным видам спорта. - Заключение договоров со спортивными организациями для проведения активного досуга работников и их семей на бесплатной основе. - Оказание спонсорской помощи на проведение поселковых и школьных спортивных мероприятий (Рязанская область). - Проведение физкультурно-оздоровительных мероприятий для воспитанников детских специализированных учреждений на базе спортивного комплекса предприятия (Курская область). - Работа по подготовке и содержанию комплекса спортивных площадок для организации занятий и проведения спортивных турниров на территории муниципального образования (Курская область, Тульская область).
Пропаганда ЗОЖ	<p>Проведение лекций и бесед, агитация в корпоративных СМИ, радиолектории, оформление тематических стендов.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Участие в массовых акциях. - Издание и распространение среди населения информационной печатной продукции. - Организация летнего оздоровительного отдыха для членов семей работников предприятий.
Профилактика ХНИЗ	<ul style="list-style-type: none"> - Информационно-разъяснительная работа в рамках внутриколлективных семинаров. - Проведение акций, направленных на выявление и борьбу с факторами риска ХНИЗ (например, «Факторам риска – бой» Рязанская область). - Создание информационно-пропагандистской системы, направленной на повышение уровня знаний всех категорий работников о влиянии негативных факторов (в т.ч. производственных) на здоровье. - Проведение периодических медосмотров. - Проведение лечебно-оздоровительных мероприятий в санаториях. - Пропаганда профилактических мероприятий в корпоративных СМИ, издание буклетов и тематических листовок. - Проведение тренингов профилактики эмоционального и профессионального выгорания. - Внедрение технологий, улучшающих условия труда. 	<ul style="list-style-type: none"> - Участие в массовых акциях, посвященных Дням здоровья. - Выездные семинары по повышению уровня культуры безопасности жизнедеятельности, проведение информационных встреч, семинаров и тренингов по безопасности жизнедеятельности на площадках общеобразовательных учреждений (Орловская область).





- запрет употребления спиртосодержащих напитков на территории предприятия;
- ежедневные рейды по выявлению лиц, склонных к употреблению алкоголя с помощью алкотестера (ОАО «Теплоконтроль» Смоленская область);
- проведение радиолекториев и бесед;
- ознакомление сотрудников при приеме на работу о правилах внутреннего трудового распорядка и запрете употребления алкоголя на предприятии.

4. Пропаганда ЗОЖ:

- уроки здоровья и т.п., проведение тематических массовых акций – через СМИ (социальная реклама, статьи в печатных изданиях, передачи на территориальных ТВ-каналах, размещение баннеров и стендов).

В таблице 3 представлена реализация профилактических мероприятий как на самом предприятии, так и на муниципальном уровне (территории расположения предприятия) – участие в программе развития физической культуры и спорта, повышения эффективности молодежной политики и формирования здорового образа жизни.

Для стимулирования и формирования приверженности работников к здоровому образу жизни работодателями используются следующие формы поощрения:

- предоставление абонементов в бассейн и/или тренажерный зал лицам, отработавшим календарный год без «больничного листа», победителям соревнований, турниров и спартакиад, участникам программы ПТО;
- выплата единовременной премии персоналу предприятия, не имеющему потерь рабочего времени в течение календарного года по причинам, связанным с временной нетрудоспособностью (АО «СААЗ», Рязанская область);
- предоставление бесплатного питания (АО «Племзавод им. А.С. Георгиевского», Орловская область);
- материальное поощрение сотрудников, ведущих активный образ жизни (ПАО «Дорогобуж», Смоленская область);
- предоставление путевок в дома отдыха и турбазы (с полной или частичной оплатой);
- ежемесячная социальная выплата за отказ от курения (АО «ВМЗ», Смоленская область);

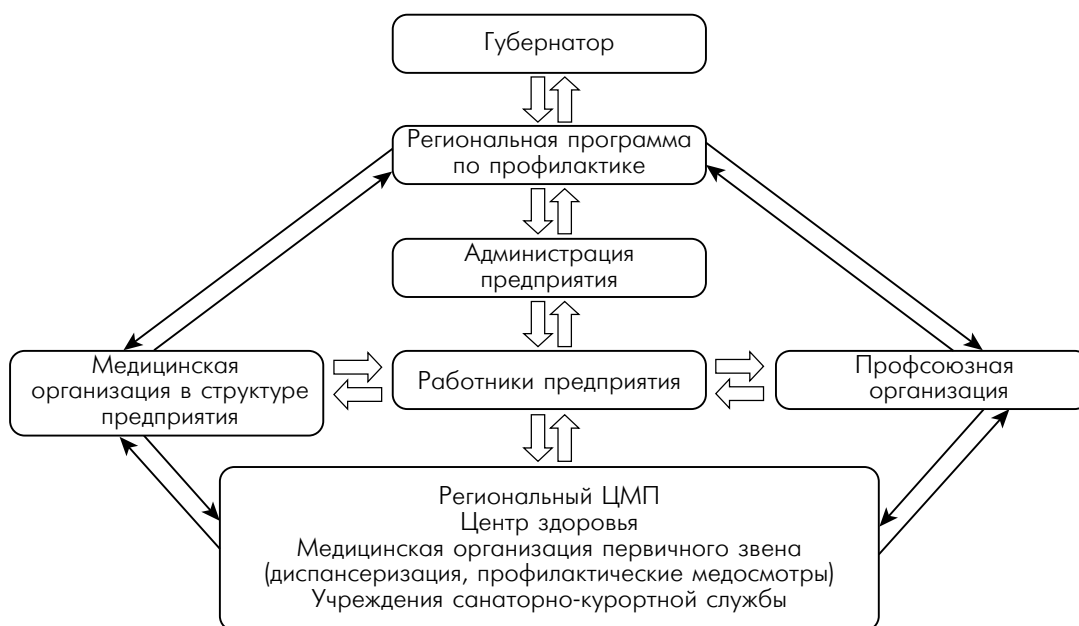


Рис. 1. Взаимодействие структур региона в направлении укрепления здоровья населения



- безвозмездное посещение бассейна и спортивных секций для детей сотрудников.

Учитывая то, что в каждом регионе утверждена губернатором и реализуется Программа по развитию здравоохранения, в структуре которой существует подпрограмма по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, содержащая разделы по снижению основных факторов риска, авторами предложена схема взаимодействия профилактических структур региона и предприятия (рис. 1). Результатом такого взаимодействия должно стать укрепление здоровья населения региона в целом.

В то же время следует отметить, что большинство работодателей и профсоюзных деятелей не имеют достаточных знаний и информации о принципах и подходах к реализации программ укрепления здоровья лиц, работающих на предприятиях. В связи с этим необходима организация школ общественного здоровья для руководителей. Функция обучения в этом случае может быть возложена на центр медицинской профилактики.

Выводы

1. Программа укрепления и сохранения здоровья работающих является важным элементом политики формирования здорового образа жизни.

2. Реализация мер по укреплению и сохранению здоровья лиц, работающих на предприятии, возможна лишь при ответственном отношении руководителя и профсоюзной организации к данной проблеме.

3. Практическая реализация политики охраны и укрепления здоровья, работающих на предприятии, невозможна без дополнительного нормативно-правового регулирования внутри производственных взаимоотношений.

4. Эффективность профилактических мер на предприятии можно повысить через управление и контроль, осуществляемый профсоюзной организацией и медицинской службой (при наличии).

5. В целях повышения знаний работодателей в области современных профилактических технологий необходимо организовать обучение.



Литература

1. ВОЗ/ВЭФ. Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности: Доклад ВОЗ/Всемирного экономического форума о совместном мероприятии, 2008.
2. Здоровье на рабочем месте: сборник корпоративных практик. М.: РСПП, 2011.
3. Колосницина М., Ленеvский К. Политика здоровья на российских предприятиях: опыт эмпирического анализа // Мотивация и оплата труда. – 2012. – № 4. – С. 282–291.
4. Хоркина Н. Политика российских предприятий по формированию здорового образа жизни // Мотивация и оплата труда. – 2013. – № 4. – С. 258–269.
5. Шохин А., Прокопов Ф., Феоктистова Е. Корпоративные практики социальной направленности. Сборник социальных программ. М.: РСПП, 2009.

UDC 614.2

Starodubov V.I., Soboleva N.P., Savchenko E.D. *To the question about the strengthening and preservation of health of employees in the enterprises (on the example of the Central Federal district) (Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia)*

Abstract. Considered the issues of strengthening and preservation of health of people working in enterprises. Studied the role of the leader and trade Union organization in the preventive measures aimed at risk factors that influence the development of chronic noncommunicable diseases. Studied prevention of specific diseases associated with the specific activities of the enterprise, the provision of sanatorium-resort treatment. Examined measures to strengthen and preserve the health of the population, conducted in the territory of the project location. The scheme of interaction of all structures of the region in strengthening health work force.

Keywords: prevention in enterprises, reduction of risk factors at work, strengthening and maintaining the health of workers.



Ф.С. Билалов,

к.м.н., Доцент кафедры лабораторной диагностики ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа, Россия, bilalov@bk.ru

Г.П. Сквирская,

д.м.н., профессор общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко, ФГАОУ ВО Первый Московский медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия, gskvirskaya@mail.ru

Н.Х. Шарафутдинова,

д.м.н., профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа, Россия, nazira-h@rambler.ru

ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

УДК 614.21:616-070-074

Билалов Ф.С.¹, Сквирская Г.П.², Шарафутдинова Н.Х.¹ *Доступность медицинской диагностической помощи на примере медицинских организаций Республики Башкортостан* (1 ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа, Россия; 2 ФГАОУ ВО Первый Московский медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), г. Москва, Россия)

Аннотация. Одной из важных социальных задач системы здравоохранения является обеспечение доступности и качества медицинской помощи. С целью комплексной оценки доступности диагностических исследований были проанализированы отчёты федеральных форм статистического наблюдения и проведена экспертная оценка медицинской документации медицинских организаций в Республике Башкортостан. В результате интегрального анализа данных были выявлены ключевые критерии и индикаторы доступности диагностических исследований, которые указывают на необходимость разграничения медицинских организаций по уровням диагностической помощи для сбалансирования предлагаемой номенклатуры и обеспечения адекватной доступности диагностических исследований на различных этапах оказания медицинской помощи. Централизация клинико-диагностических лабораторий является подтверждающим результатом многократного повышения доступности диагностических услуг (в 5–10 раз), что обосновывает подобные организационно-структурные преобразования диагностических подразделений выстраиванием трехуровневой системы диагностики по рекомендациям ВОЗ, что повышает методический уровень и качество лечебно-диагностического процесса, особенно на догоспитальном этапе и значительно улучшает удовлетворенность пациентов.

Ключевые слова: доступность диагностических исследований, медицинская диагностическая помощь, медицинские кадры, удовлетворенность пациентов.

Надежная, безопасная, своевременная и адекватная система медицинской диагностики является залогом эффективного оказания комплексной и контролируемой лечебно-профилактической помощи, снижения трудопотерь и иных экономических затрат, связанных с заболеваемостью, инвалидизацией и преждевременной смертностью населения [6, 7].

В современной нормативно-правовой базе определение доступности медицинской помощи изложено в статье 10 ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где

© Ф.С. Билалов, Г.П. Сквирская, Н.Х. Шарафутдинова, 2018 г.



указано, что доступность медицинской помощи обеспечивается, прежде всего, организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, работы или обучения; предоставлением МО гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий; установлением требований к размещению МО и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения, исходя из потребностей населения; транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения; возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью [9, 10]. Вместе с тем, для диагностических исследований необходимо особо выделить еще одно важнейшее направление доступности – соотношение времени с момента назначения исследования до получения его результатов с учетом необходимости принятия клинических решений (время ожидания) [2, 3, 5]. Полиморфизм диагностических методов и отсутствие четкого регламента использования столь значительных ресурсов нередко приводят к неэффективному формированию спектра диагностических исследований, распределению кадров, оборудованию и условий их выполнения [6, 8]. Содержание диагностических подразделений является экономически обременительным, и многие МО вынуждены сокращать штаты, номенклатуру исследований, что, безусловно, влияет на доступность, сроки и качество оказания медицинской помощи [1].

На основании вышеизложенного целью нашего исследования стало изучение доступности лабораторных и инструментальных диагностических услуг в медицинских организациях (МО) системы Минздрава Республики Башкортостан (МЗ РБ).

Материалы и методы

Предметом исследования явились организационные аспекты работы диагностических подразделений МО системы МЗ РБ. Объекты исследования – медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в ведомстве МЗ РБ, единицей наблюдения – отделения лабораторной диагностики, рентгенодиагностики, ультразвуковой, функциональной и эндоскопической диагностики в составе медицинской организации. Исследование проведено по результатам деятельности МО в 2016 году.

В данной работе проведен анализ нормативно-правовых актов в области здравоохранения и медицинской диагностики, учетных и отчетной формы федерального государственного статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» за 2016 год, конъюнктурные отчеты главных внештатных специалистов МЗ РБ по диагностическим подразделениям за этот же период, сведения из официальных интернет-сайтов МО. Статистическую обработку проводили в программе Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и обсуждение

Результаты анализа имеющейся литературы и официальных статистических форм позволили интегрировать некоторые параметры и для объективизации оценки доступности медицинских диагностических услуг были выделены следующие основные критерии и индикаторы, которые представили по объединенным характеристикам (табл. 1).

Анализ доступности диагностической медицинской помощи в РБ свидетельствует о том, что на 1 административный район (их в республике 54, в том числе 21 город) приходится в среднем 0,87 диагностических подразделений [3]. Наибольшее число диагностических подразделений дислоцируется в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях – 67% и в городской местности – 62% (табл. 2).

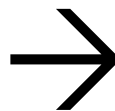




Таблица 1

**Критерии и индикаторы доступности оказания
диагностической помощи населению**

Критерии оценки	Индикаторы доступности
Место предоставления медицинских услуг (медицинская организация)	1. Количество и состав отделений диагностики. 2. Материально-техническое оснащение МО. 3. Обеспеченность врачами диагностических служб на 10000 человек. 4. Анализ номенклатуры диагностических исследований. 5. Наличие информационных стендов, интернет-сайтов в МО.
Время работы и сроки предоставления медицинских услуг	1. Сроки выполнения диагностических исследований. 2. Анализ очередности на диагностические услуги (необременительная возможность получения диагностических услуг). 3. Время повторной консультации у врача после выполнения диагностического исследования.
Условия предоставления медицинских диагностических услуг	1. Экспертная оценка медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, карты стационарного больного на предмет адекватной диагностики по клиническим рекомендациям. 2. Наличие договоров у МО со сторонними МО на предмет выполнения медицинских диагностических услуг, отсутствующих в данной МО. 3. Наличие действующего транспорта для организации транспортировки маломобильных граждан для выполнения диагностических услуг в сторонних МО.
Социологическая оценка доступности диагностических исследований пациентами и врачами клинических специальностей	1. Анализ результатов анкетирования пациентов по доступности и удовлетворенности оказанием медицинских диагностических услуг. 2. Анализ результатов анкетирования врачей клиницистов по доступности и качеству медицинских диагностических услуг.

Таблица 2

**Число диагностических отделений
в административных территориях по РБ за 2016 г.**

Раздел диагностической службы	Общее число отделений, абс.	Число диагностических отделений на 1 административный район РБ	Число диагностических отделений на 1 город в РБ
Клиническая лабораторная диагностика	156	2,89	7,43
Рентгенология	162	3,00	7,71
Ультразвуковая диагностика	118	2,19	5,62
Функциональная диагностика	188	3,48	8,95
Рентгеновская компьютерная томография	30	0,56	1,43
Магнитно-резонансная томография	8	0,15	0,38
Эндоскопия	118	2,19	5,62

В РБ организована широкая сеть медицинских организаций, преимущественно амбулаторно-поликлинического звена, с функционирующими на их базе диагностическими подразделениями. Меньше всего в МО представлено отделений РКТ и МРТ, общее число которых составляет 30 и 8 соответственно.

При оценке доступности квалифицированной медицинской помощи следует учитывать кадровые ресурсы и соотношение врачебных

кадров и специалистов со средним медицинским образованием. Обеспеченность врачами диагностических служб в РБ по всем разделам ниже общероссийских показателей. По общим усредненным показателям в РФ обеспеченность врачами диагностического профиля составляет 4,38 на 10000 человек, в РБ – 3,55.

При рассмотрении обеспеченности врачами диагностических служб в РФ и РБ нами были получены следующие показатели (табл. 3):



Таблица 3

**Обеспеченность врачами диагностических служб
в МО РБ системы Минздрава на 2016 г.***

Врачебная должность	Обеспеченность врачами в РФ		Обеспеченность врачами в РБ	
	Абсолютное число	На 10000 населения	Абсолютное число	На 10000 населения
Врач клинической лабораторной диагностики	15004	1,02	282	0,69
Врач-бактериолог	2829	0,19	52	0,13
Врач-рентгенолог	16611	1,13	366	0,90
Врач ультразвуковой диагностики	15083	1,03	332	0,82
Врач функциональной диагностики	9982	0,68	296	0,73
Врач-эндоскопист	4702	0,32	121	0,30
Итого	64211	4,38	1449	3,55

* – Из расчета общего числа населения РФ 146517586 чел. и РБ 4071064 чел.

Показатели обеспеченности врачами диагностических подразделений самостоятельно не отражают уровень доступности диагностических услуг населению, представляя лишь один из аспектов общей оценки обеспеченности квалифицированными медицинскими кадрами, и для более полного понимания картины требуется расчёт соотношения объемов выполненных диагностических исследований, приходящихся на 1 врача и на 1 жителя (табл. 4).

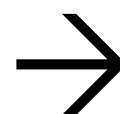
Сравнительный анализ объемов выполненных диагностических исследований на 1 врача и на 1 жителя РФ и РБ показывает, что наибольшие показатели приходятся на врачей клинической лабораторной диагностики и наименьшие – на врачей эндоскопической диагностики. Несмотря на меньшее число врачей в РБ по сравнению с общероссийскими показателями их производительность выше на 41%, что подтверждает

Таблица 4

**Объемы диагностических исследований на 1 врача и 1 жителя
по РФ и РБ за 2016 г.***

Врачебная должность	Объемы исследований в РФ		Объемы исследований в РБ	
	Количество исследований на 1 врача	Количество исследований на 1 чел. в РФ	Количество исследований на 1 врача	Количество исследований на 1 чел. в РБ
Врач клинической лабораторной диагностики	282348,41	28,91	483874,58	33,51
Врач бактериолог	68591,16	1,32	73921,62	0,94
Врач рентгенолог (без учета КТ, МРТ исследований)	5829,75	0,66	7367,24	0,66
Врач ультразвуковой диагностики	9370,43	0,96	15920,76	1,30
Врач функциональной диагностики	13507,21	0,92	15566,54	1,13
Врач эндоскопист	2198,80	0,07	3129,82	0,09
Итого	74967,52	32,85	105772,99	37,65

* – Из расчета общего числа населения РФ 146517586 чел. и РБ 4071064 чел.





возможности значительного увеличения результативности труда специалистов диагностических подразделений, и численность врачей диагностического профиля не является абсолютным критерием оценки доступности диагностической помощи.

Нами была рассмотрена номенклатура диагностических исследований с поквартильным разделением (Q25 – первый квартиль; Q75 – третий квартиль), и оказалось, что максимальное число диагностических исследований в РБ традиционно приходилось на службу лабораторной диагностики – 685 (медиана = 79, max = 685), а по остальным разделам результаты были следующие: рентгенодиагностических исследований – 172 (медиана = 23), ультразвуковой диагностики – 130 (медиана = 17), функциональной диагностики – 45 (медиана = 7), эндоскопической диагностики – 36 (медиана = 4). Расчёты коэффициентов вариации (CV) выявили следующие результаты: лабораторные исследования – 100,79%, рентгенодиагностические – 101,76%, ультразвуковые – 85,42%, функционально-диагностические – 82,28%,

эндоскопические – 112,71%, что говорит о значительных разбросах предлагаемых диагностических услуг в общей сети МО (рис. 1–5).

Интегральная оценка поквартильного анализа спектра и номенклатуры диагностических исследований в медицинских организациях РБ показывает низкие значения медиан по каждому из разделов диагностических служб, что говорит об ограниченном разнообразии спектра исследований в большинстве медицинских организаций и о разнородности диагностических отделений среди МО. Данный факт обосновывает необходимость проведения дифференциации МО на различных этапах оказания диагностической помощи с распределением номенклатуры исследований в МО, в зависимости от этапов и объемов оказываемой помощи, и формированием четкой маршрутизации пациентов (либо биологических образцов в случае лабораторных, гистологических и иных исследований), проведения заочной консультации результатов при назначении исследований, невыполняемых в условиях отдельных МО.

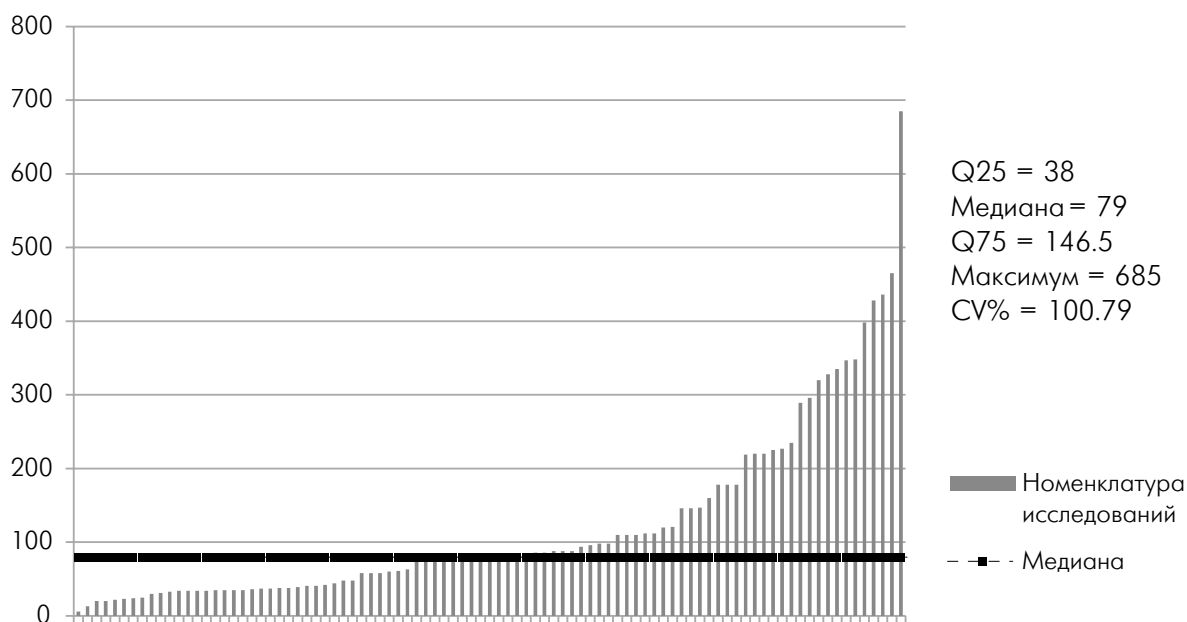


Рис. 1. Объём спектра лабораторных исследований в медицинских организациях РБ на 2016 г.

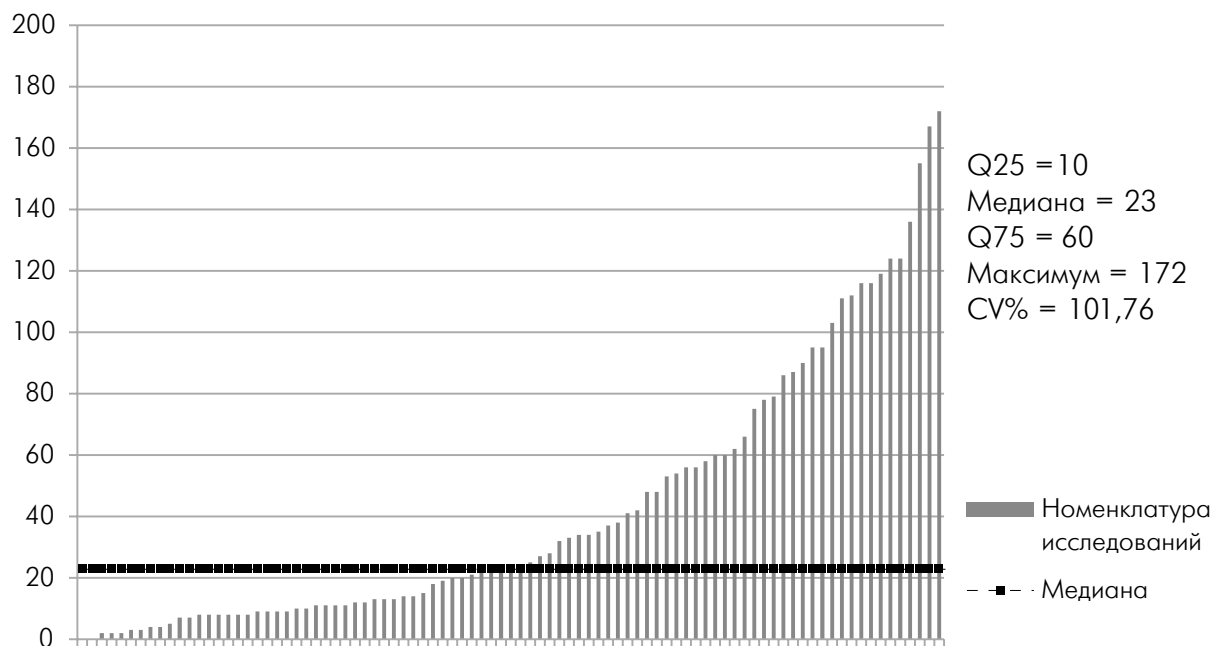


Рис. 2. Объём спектра рентгенодиагностических исследований в медицинских организациях РБ на 2016 г.

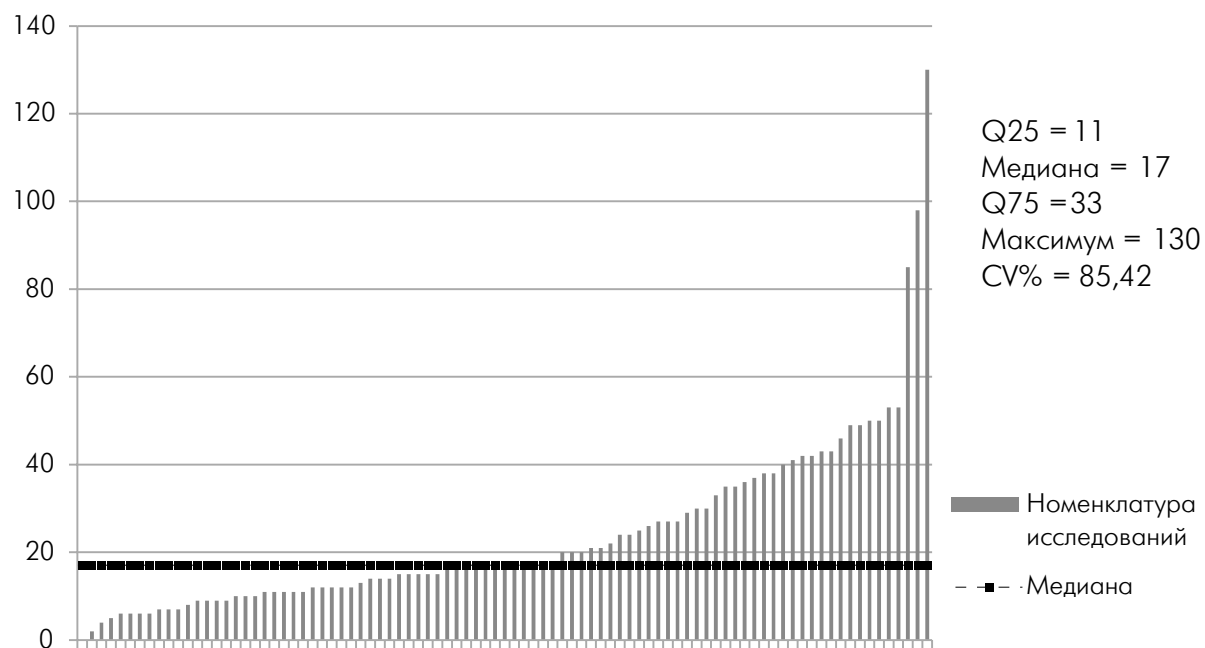
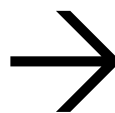


Рис. 3. Объём спектра ультразвуковых исследований в медицинских организациях РБ на 2016 г.



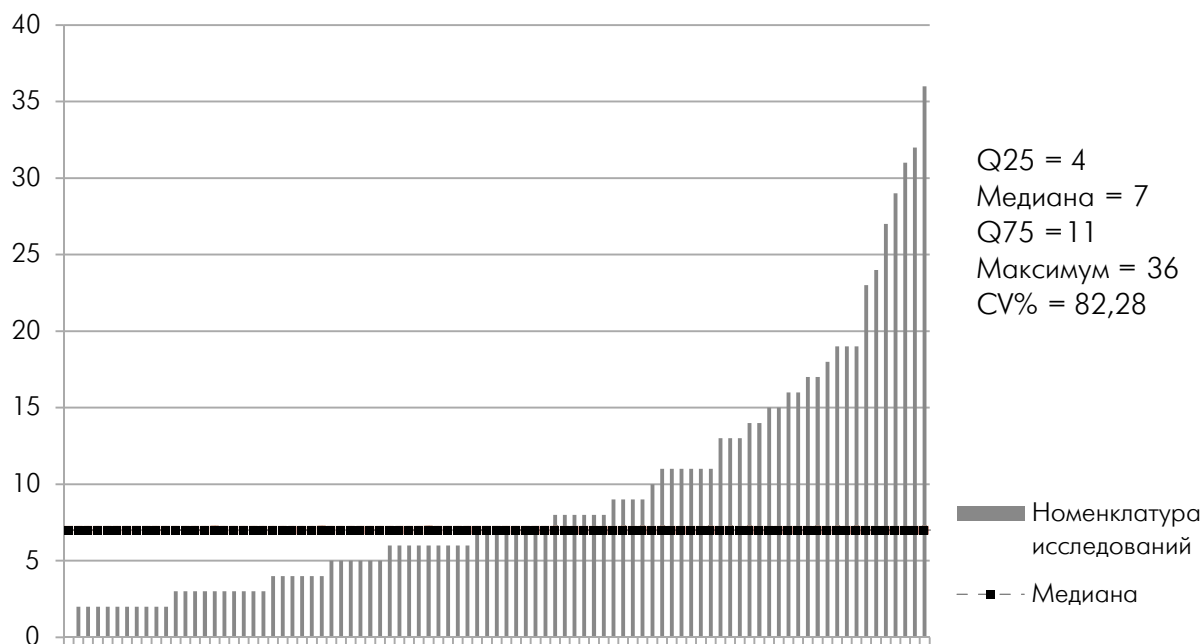
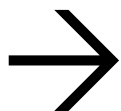


Рис. 4. Объем спектра функционально-диагностических исследований в медицинских организациях РБ на 2016 г.

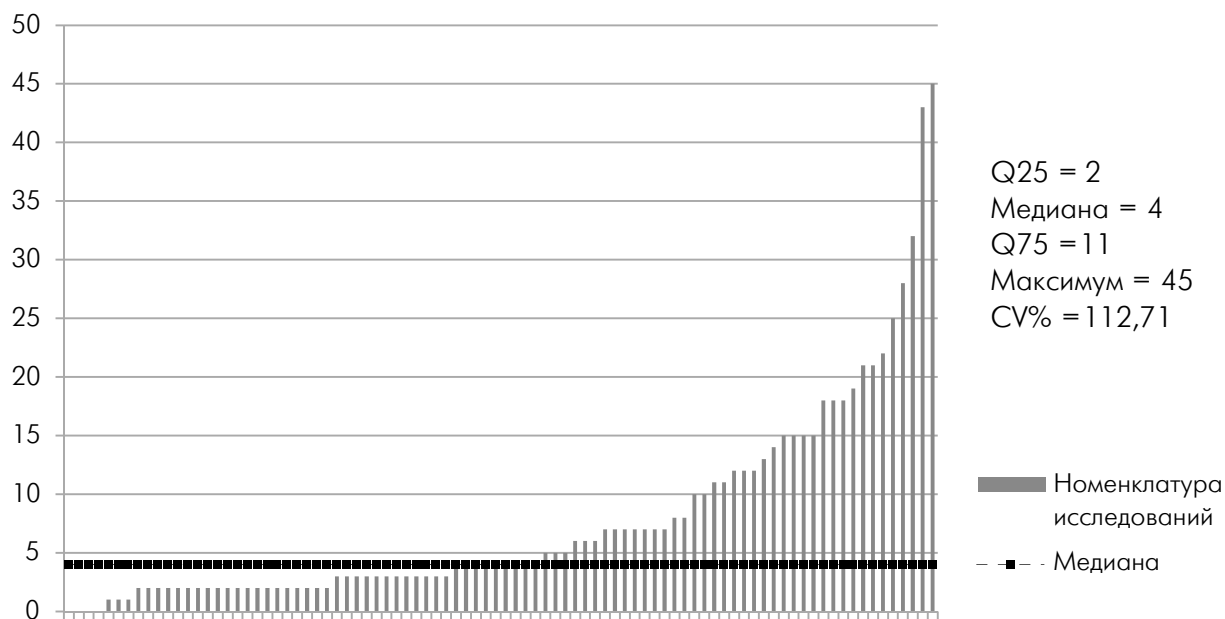


Рис. 5. Объем спектра эндоскопических исследований в медицинских организациях РБ на 2016 г.

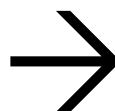


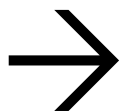
Примером организационных преобразований, позволивших значительно повысить доступность диагностических услуг, является реализуемая в последние годы централизация лабораторных исследований. Благодаря реорганизации лабораторной службы в г. Октябрьский и г. Нефтекамск Республики Башкортостан для пациентов увеличилась доступность лабораторных исследований, так как до централизации перечень исследований был ограничен рутинными исследованиями, которые выполнялись в условиях МО. Организация централизованной лаборатории позволила стандартизовать спектр лабораторных исследований для пациентов всего региона обслуживания ЦКДЛ. Во всех медицинских организациях города были образованы пункты приема биоматериала, в которых обязательным условием стало соблюдение правил подготовки пациентов к лабораторным исследованиям, технологии взятия и транспортировки биологических проб. Прием биоматериалов во всех пунктах приема осуществляется по рабочим дням с 8 до 12 часов дня. Используются одноразовые расходные материалы (вакуумные пробирки, скарификаторы, наконечники и др.), термоконтейнеры, разработана инструкция по использованию оборудования, что позволило стандартизировать процессы преаналитического этапа. Безусловно, увеличилась потребность в транспортных услугах: первоначально они были возложены на ГБУЗ РБ ГБ г. Октябрьского, а впоследствии были переданы на аутсорсинг. Транспортировка биоматериалов осуществляется с 9.00 до 14.00 часов ежедневно с оформлением акта приема-передачи по утвержденному графику.

Отлаженная логистика биоматериалов позволила объединить лаборатории в единую сеть и значительно сократить расходы на выполнение редких исследований в «малых» лабораториях, при этом спектр исследований, предлагаемый пациентам, не был ограничен, что позволило сохранить и даже

расширить номенклатуру исследований. Особенно это сказалось на доступности лабораторных исследований для сельских жителей, так как были организованы дополнительные пункты забора биоматериалов в условиях ФАПов и СВА, где прежде отсутствовали лаборатории. С позиций службы лабораторной диагностики можно внедрять организационные преобразования путём перенаправления потоков биоматериалов в различные медицинские организации, так как исследования проводятся в условиях *in vitro*. В отношении иных разделов диагностических служб для увеличения доступности потребуются организация мобильных комплексов, включающих диагностические подразделения в своём составе. При детальном рассмотрении номенклатуры лабораторных исследований в централизованных клиничко-диагностических лабораториях г. Октябрьского (398 исследований) и г. Нефтекамска (685 исследований) была отмечена широкая доступность анализов, что соответственно обеспечивает единый перечень лабораторных исследований для МО прикрепленных к этим лабораториям. Предлагаемый перечень диагностических исследований играет важную роль как для врача-клинициста, так и для пациента, так как комплексный подход в диагностике даёт возможность дифференциальной диагностики заболеваний, но в то же время это может быть причиной нерационального использования ресурсов диагностических отделений.

В числе прочих критериев при обеспечении доступности медицинской, в том числе диагностической помощи, необходимо учитывать и информационную составляющую. Анализ этой работы в МО Республики Башкортостан показал, что, к сожалению, требуется еще весьма серьезная корректировка. Так, например, $6 \pm 1,2\%$ МО в РБ не имеют функционирующего интернет-сайта (на момент обращения по официальным ссылкам на адреса сайтов МО в августе 2017 г.), выявлены многочисленные факты отсутствия





информации для населения о спектре, сроках, условиях проведения диагностических исследований, что впоследствии является провоцирующим фактором низкой удовлетворенности пациентов и напрямую нарушает требования действующего законодательства [10].

Согласно соглашению ТФОМС РБ с медицинскими организациями, время ожидания пациентов для проведения диагностических инструментальных (рентгенографических исследований, включая маммографию, функциональной диагностики, ультразвуковых исследований) и лабораторных исследований при оказании ПМСП в плановой форме не должно превышать 14 календарных дней со дня назначения [10]. Вместе с тем экспертные исследования соответствия времени получения результатов диагностических исследований времени принятия клинических решений, особенно на догоспитальном уровне, практически не проводятся, и результаты подобных исследований не стали пока одним из применяемых критериев доступности медицинской помощи и не способствуют принятию обоснованных решений по развитию и совершенствованию медицинской диагностики.

Территориальной Программой государственных гарантий оговорены условия в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи пациенту, находящемуся на лечении в стационарных условиях, в случае необходимости проведения диагностических исследований при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту, осуществляется его транспортировка автотранспортом МО в сопровождении медицинского работника. Ввиду отсутствия общедоступных сведений невозможно провести оценку числа данных транспортных услуг, оказанных стационарным больным. К сожалению, ППГ не предусмотрены транспортные услуги маломобильным пациентам, получающим (находящимся под наблюдением) лечение в домашних условиях.

Выводы:

1. Для оценки доступности медицинских диагностических услуг разработаны критерии и индикаторы, включающие характеристики места, времени работы, условий и сроков предоставления медицинских услуг, социологическую оценку пациентов и врачей клинических подразделений. Данные показатели могут быть использованы для совершенствования медицинской диагностики и повышения доступности лечебно-диагностического процесса.

2. Диагностические отделения рентгеновской компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в РБ представлены меньше, чем все остальные, что может быть причиной низкой доступности этих исследований.

3. По усредненным показателям все виды диагностических исследований, выполняемых в МО системы Минздрава РБ, преобладают над общероссийскими, хотя обеспеченность кадрами диагностического профиля в РБ ниже, чем в РФ. Традиционно самыми массовыми исследованиями являются лабораторные и наименьшими – эндоскопические, что обусловлено технологическими особенностями и возможностью автоматизации исследований.

4. Номенклатура диагностических исследований, предлагаемых в МО РБ, отличается своей разнородностью, что проявляется варьирующим широким спектром диагностических услуг. Централизация КДЛ является подтверждающим результатом многократного повышения доступности диагностических услуг (в 5–10 раз), что обосновывает рациональность подобных организационно-структурных преобразований диагностических подразделений.

5. Поквартильный анализ спектра исследований показал низкие значения медиан и высокие значения коэффициента вариации во всех разделах диагностических служб, что свидетельствует об ограниченности номенклатуры диагностических исследований в большинстве МО и является поводом для группировки МО и внедрения многоуровневой системы лечебно-диагностической помощи.



Литература

1. Аминев Р.А. Анализ доступности лабораторной помощи населению на примере городской поликлиники / Р.А. Аминев, Ф.С. Билалов, Н.Х. Шарафутдинова, М.А. Шарафутдинов // Ежемесячный научный медицинский журнал Интер-медикал. – 2014. – № 3. – С. 14–19.
2. Вялков А.И. Современные подходы к оценке эффективности и качества медицинских диагностических исследований / А.И. Вялков, Г.П. Сквирская, И.М. Сон, И. Серегина, Ф.С. Билалов // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 9. – С. 12–17.
3. Лудупова Е.Ю. Управление лабораторными назначениями – эффективное направление деятельности медицинской организации / Е.Ю. Лудупова, Д.М. Мункоева, А.Л. Урба-тов, А.А. Филиппов, М.Ю. Итыгилов, В.С. Берестовская // Справочник заведующего КДЛ. – 2017. – № 6. – С. 62–73.
4. О численности населения Республики Башкортостан и отдельных субъектов Российской Федерации. Электронный ресурс: <http://bashstat.gks.ru> (Дата обращения: 21.08.2017 г.).
5. Руднева А.А. Время оборота теста (ТАТ) в экспресс-лаборатории стационара / А.А. Руд-нева, В.С. Берестовская, Е.С. Ларичева // Медицинский алфавит. – 2013. – Т. 2. – № 11. – С. 52–56.
6. Сквирская Г.П. Актуальные проблемы модернизации системы первичной медицинской по-мощи и повышения эффективности управления медицинскими организациями / Г.П. Сквир-ская // Главный врач. – 2014. – № 11. – С. 4–8.
7. Сквирская Г.П. Концептуальные подходы к развитию и совершенствованию медицинской диагностики в Российской Федерации / Г.П. Сквирская, М.Л. Свещинский // Здравоохране-ние. – 2010. – № 3. – С. 21–31.
8. Стерликов С.А. Обеспеченность диагностическим оборудованием медицинских орга-низаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях / С.А. Стерликов, С.А. Леонов, И.М. Сон, А.Ш. Сененко, А.В. Гажева, Г.П. Сквирская, Ф.С. Билалов // Менеджер здраво-охранения. – 2016. – № 3. – С. 44–55.
9. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».
10. Федеральный закон от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граж-дан в Российской Федерации».

UDC 614.21:616-070-074

Bilalov F.S.¹, Skvirskaya G.P.², Sharafutdinova N.H.¹ *Availability of the medical diagnostic care and continuity in its organization at various stages of exercise of medical and diagnostic process* (¹The Bashkir state medical university of the Russian Ministry of Health, Ufa, Russia, ²First Moscow state medical university of I.M. Sechenov of the Russian Ministry of Health, Moscow, Russia)

Abstract. One of important social problems of a health care system is ensuring availability and quality of a medical care. For the purpose of complex assessment of availability of diagnostic testings reports of federal forms of statisti- cal observation were analysed and expert assessment of medical documentation of the medical organizations in the Republic of Bashkortostan is carried out. As a result of the integrated analysis of data key criteria and indicators of availability of diagnostic testings which indicate the need of differentiation of the medical organizations for levels of the diagnostic help for balancing of the offered nomenclature and ensuring adequate availability of diagnostic testings at various stages of delivery of health care were taped. Centralization of clinical diagnostic laboratories is the confirming result of repeated rising of availability of diagnostic services (by 5–10 times) that proves similar organizational and structural transformations of diagnostic sectionings, forming of three-level system of diagnostics under WHO recommendations that increases the methodical level and quality of medical and diagnostic process, especially at a pre-hospital stage and considerably improves satisfaction of patients.

Keywords: *availability of diagnostic testings, medical diagnostic care, health care workforce, satisfaction of patients.*



Р.С. Голощاپов-Аксенов,

руководитель отделения рентгенохирургии ГАУЗ МО «ЦГКБ г. Реутов», Московская область, Россия, mzmo-endovascular@mail.ru

В.Ю. Семенов,

д.м.н., профессор, главный врач Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» МЗ РФ, г. Москва, Россия, Semenov.opora@gmail.com

К.Ю. Лакунин,

д.м.н. профессор, главный врач ГАУЗ МО «ЦГКБ г. Реутов», Московская область, Россия, Lakunin@mail.ru

Д.И. Кича,

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены ФПКМР Медицинского института Российского университета дружбы народов, г. Москва, Россия, kicha@mail.ru

А.И. Баженова,

руководитель направления ОМС Департамента организации медицинской помощи и реабилитации Блока по медицинской деятельности АО «Группа компаний «Медси», г. Москва, Россия, bazhenova.ai@medsigroup.ru

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

УДК 614.2

Голощажпов-Аксенов Р.С., Семенов В.Ю., Лакунин К.Ю., Кича Д.И., Баженова А.И. Опыт использования медико-экономических стандартов лечения заболеваний с применением рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения [ГАУЗ МО «ЦГКБ г. Реутов», Московская область, Россия; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ, г. Москва, Россия; ФПКМР Медицинский институт Российского университета дружбы народов, г. Москва, Россия; АО «Группа компаний «Медси», г. Москва, Россия]

Аннотация. Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения являются самыми современными технологиями в интервенционной медицине. Их стандартизация является важным условием применения в практике.

Материалы и методы: отчёты главного специалиста Минздрава Московской области и руководителей отделений рентгенохирургии медицинских организаций Российской Федерации.

Региональные медико-экономические стандарты (МЭС) рентгенэндоваскулярного лечения разработаны и внедрены Минздравом Московской области в 2012–2014 гг. Результаты работы показали значительный рост (в 6,4 раза) выполняемых рентгенэндоваскулярных процедур при различных заболеваниях в медицинских организациях, участвующих в реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования. Внедрение стандартов рентгенэндоваскулярного лечения в практику позволило повысить эффективность работы стационарной койки кардиологического, хирургического, онкологического и гинекологического профилей, снизить госпитальную летальность от острого инфаркта миокарда в сосудистых центрах с 22% в 2012 г. до 7–8% в 2015 г. и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Московской области с 878,5 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 680,5 – в 2015 г.

© Р.С. Голощажпов-Аксенов, В.Ю. Семенов, К.Ю. Лакунин, Д.И. Кича, А.И. Баженова, 2018 г.



Открытие 10 рентгенэндоваскулярных центров в Московской области, внедрение МЭС лечения больных с острым коронарным синдромом, организация эффективной маршрутизации больных обеспечило повышение частоты госпитализации больных в «инвазивные» центры с 2% в 2012 году до 82,8% в 2015 году.

Внедрение в практику МЭС рентгенэндоваскулярного лечения ведёт к повышению интенсивности использования коечного фонда стационаров, совершенствованию маршрутизации потоков пациентов, обеспечению рентгенэндоваскулярной помощью пациентов.

Ключевые слова: медико-экономический стандарт, рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение, острый коронарный синдром.

Обеспечение высокого качества оказания медицинской помощи населению является актуальной задачей [1]. В соответствии со статьей 2 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» качество медицинской помощи – это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения являются самыми современными технологиями в интервенционной медицине, применение которых решает задачи обеспечения высокого качества медицинской помощи. Основные преимущества рентгенохирургических операций – это минимальный хирургический доступ под местной анестезией, универсальность и сравнительная безопасность технологии при диагностике и лечении различных заболеваний, сохранение высокого качества жизни пациентов.

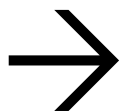
Одним из важных элементов повышения качества медицинской помощи и обеспечения ее доступности является стандартизация. Система стандартизации в здравоохранении направлена на совершенствование управления отраслью, обеспечение ее целостности за счет единых подходов к планированию, нормированию, а также применению единых методик лечения и диагностики вне зависимости от уровня предоставления медицинской помощи пациенту. Основные цели и задачи создания системы стандартизации

в здравоохранении были сформулированы в приказе Минздрава РФ и Федерального фонда ОМС от 19.01.1998 г. № 12/2 «Основные положения стандартизации в здравоохранении». Предполагалось, что создание и развитие системы стандартизации в здравоохранении станет основой для повышения качества медицинской помощи, а также при решении других задач поддержания и укрепления здоровья населения. В том же 1998 г. Госстандарт РФ, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и Минздрав РФ утвердили Программу работ по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении [2–5].

В 2005–2006 гг. в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН впервые были разработаны стандарты хирургического лечения большинства нозологических форм сердечно-сосудистых заболеваний. В перечень медицинских услуг стандартов также вошли рентгенохирургические методы диагностики и лечения. Не все стандарты были утверждены, но даже и утверждённые не были зарегистрированы в Минюсте России, что не позволяло их применять.

Следует отметить, что в соответствии со ст. 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Медицинская помощь организуется и оказывается на основе стандартов, которые разрабатываются в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включают в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг; зарегистрированных на территории Российской





Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения; медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; компонентов крови; видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; иного, исходя из особенностей заболевания (состояния). В то же время в соответствии с приказом Московского областного фонда обязательного медицинского страхования от 7 декабря 2009 г. № 253 «О порядке оплаты медицинской помощи» для оплаты услуг, оказанных медицинскими организациями застрахованным, используются медико-экономические стандарты (МЭС). Пунктом 1.8. данного приказа определено, что «медико-экономический стандарт – стоимостное выражение стандартизированной технологии диагностики и лечения заболевания (или группы однородных заболеваний), основанной на протоколах ведения больных и нормативной (средней) длительности лечения». Таким образом, необходимо различать эти два понятия.

Приказ Минздрава РФ от 29 марта 2006 г. № 220 «Об оказании медицинской

помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях, подведомственных федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию, Федеральному Медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук, во II–IV кварталах 2006 г. и I квартале 2007 г.» впервые обеспечил возможность применять дорогостоящие рентгенохирургические технологии за счет средств бюджета РФ, что привело к повышению доступности рентгенэндоваскулярной помощи [6–7]. Количество выполняемых рентгенохирургических операций в РФ при ишемической болезни сердца с 2004 г. по 2014 г. увеличилось более чем в 10 раз. При этом наиболее значительный рост (увеличение в 2 раза) произошел с 2009 по 2012 гг. – в период реализации федеральной и региональных программ модернизации здравоохранения (рис. 1) [8–13].

В то же время следует отметить, что роста количества рентгенэндоваскулярных процедур при других заболеваниях, таких как облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, висцеральных и брахиоцефальных артерий, аневризма аорты, миома матки, онкологические заболевания паренхиматозных органов, до 2012 г. не отмечено. Это было обусловлено тем, что рентгенохирургические

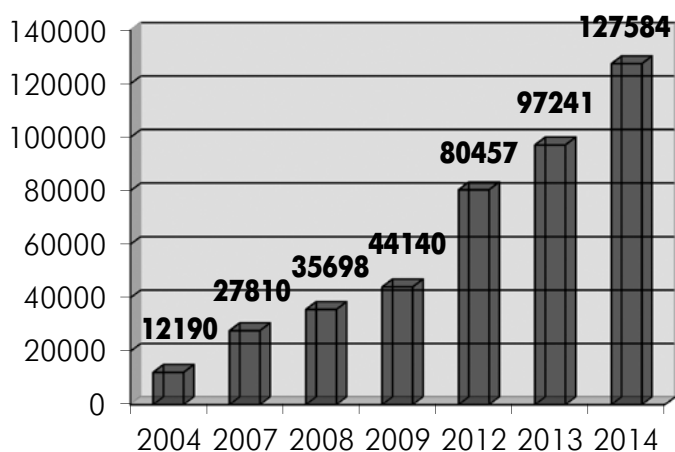


Рис. 1. Динамика количества выполненных рентгенэндоваскулярных процедур пациентам с ИБС в 2004–2014 годах в РФ



технологии в РФ не были приоритетными методами лечения заболеваний в силу существующего «конфликта интересов» между рентгеноэндovasкулярными специалистами и врачами, осуществляющими ведение больных согласно профилю и обладающими профессиональными навыками выполнять только традиционное хирургическое лечение, малым количеством эффективных рентгеноэндovasкулярных специалистов, а также отсутствием федеральных «рентгеноэндovasкулярных» медико-экономических стандартов [13].

Целью данной работы является обобщение опыта внедрения в 2012–2014 гг. медико-экономических стандартов (МЭС) рентгеноэндovasкулярного лечения заболеваний в клиническую практику медицинских организаций, участвующих в реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования (ОМС).

Материалы и методы

В связи с отсутствием утверждённых стандартов оказания медицинской помощи с использованием рентгеноэндovasкулярного лечения и необходимостью создания юридических оснований для оплаты такой помощи в системе ОМС в 2012–2014 г.г. были разработаны и утверждены Минздравом Московской области региональные МЭС рентгеноэндovasкулярного лечения заболеваний.

Оценку эффективности внедрения МЭС в клиническую практику проводили за период с 2012 по 2015 гг. путем изучения результатов работы государственных медицинских организаций Московской области и федеральных и ведомственных учреждений здравоохранения, в которых функционировали отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения, и сопоставления количества выполненных рентгеноэндovasкулярных процедур при заболеваниях в различные годы исследуемого периода. Проанализированы результаты работы отделений рентгенохирургических методов диагностики и лечения в медицинских организациях городов Московской области: Мытиц,

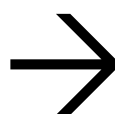
Долгопрудного, Реутова, Люберец, Красногорска, Подольска, Домодедово, Егорьевска, Коломны, Жуковского, а также Федеральных государственных бюджетных учреждений – «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» МЗ РФ, «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, «Клиническая больница № 119 ФМБА России», «Федеральный научный клинический центр» ФМБА России, «ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна» ФМБА России, «Лечебно-реабилитационный центр» МЗ РФ, «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» МЗ России, «Клиническая больница» Управления делами президента РФ, ФГКУЗ «Центральный военный клинический госпиталь им. В.А. Вишневого» Министерства обороны РФ.

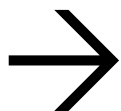
Источниками информации служили отчеты главного внештатного специалиста по рентгеноэндovasкулярной диагностике и лечению Минздрава Московской области и руководителей отделений рентгенохирургических методов диагностики и лечения медицинских организаций РФ о работе рентгеноэндovasкулярной службы за 2012–2015 гг., представленные в Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева [13].

Результаты

Изучение результатов работы отделений рентгенохирургических методов диагностики и лечения медицинских организаций Московской области в 2012 г. свидетельствовало о низкой хирургической активности. В Московском областном научно-исследовательском институте им. М.Ф. Владимирского и Мытищинской городской клинической больнице в 2012 г. выполнили 593 лечебных рентгеноэндovasкулярных вмешательств, из которых 86% проведено больным ишемической болезнью сердца.

В 2012–2014 гг. в Московской области в 10 государственных (муниципальных) медицинских организациях в рамках реализации программы Модернизации здравоохранения





были созданы отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения, открыты сосудистые центры для оказания помощи больным с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями. Отделения в медицинских организациях открывали с учётом географических особенностей Московской области, функционирования медицинских округов и транспортной доступности.

В это же время Министерством здравоохранения Московской области были разработаны и внедрены в клиническую практику МЭС рентгенэндоваскулярного лечения заболеваний. Медико-экономические стандарты рентгенэндоваскулярного лечения больных с различными заболеваниями разрабатывали по принципу формирования стандартов медицинской помощи на основании перечня диагностических, лабораторных, лечебных, и прочих услуг, а также перечня лекарственных средств с установкой курсовых дозировок и также имплантируемых (вживляемых) в организм человека материалов, исходя из длительности лечения. Разработанные стандарты представлены ниже:

1. Лечение сужений артерий с применением рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения.

2. Профилактика тромбоэмболии легочных артерий с применением рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения.

3. Лечение аневризмы грудного отдела аорты с применением рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения.

4. Лечение аневризмы брюшного отдела аорты с применением рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения.

5. Лечение миомы матки с применением рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения.

6. Лечение метастатических опухолей печени (химиотерапевтическое лечение) с применением рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения.

7. Лечение злокачественных новообразований поджелудочной железы IIB – IV стадии

(нерезектабельный процесс) с применением рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения.

8. Стандарты лечения больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Стандарты лечения больных ОКС разрабатывали в соответствии с этапами оказания медицинской помощи больным острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией, для эффективного их применения в медицинских организациях 1-го, 2-го и 3-го уровня и правильной маршрутизацией больных. Ниже приведены «рентгенэндоваскулярные» МЭС для использования медицинскими организациями 3 уровня (сосудистые центры Московской области, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, федеральные и ведомственные учреждения здравоохранения, участвующие в реализации Московской областной программы ОМС):

– Лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы – 2-ой этап лечения (выполнение коронарографии) и 3-ий этап лечения (выполнение коронарографии и стентирования).

– Лечение больных острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST электрокардиограммы – 2-ой этап лечения (выполнение коронарографии) и 3-ий этап лечения (выполнение коронарографии и стентирования).

– Лечение больных нестабильной стенокардией – 2-ой этап лечения (выполнение коронарографии) и 3-ий этап лечения (выполнение коронарографии и стентирования).

Длительность лечения больных с ОКС в учреждениях 3 уровня, согласно стандартам, уменьшилась до 2–4 койко-дней. Долечивание пациентов осуществлялось в медицинских организациях 2 уровня.

Открытие 10 сосудистых центров в Московской области, разработка и внедрение в практику медико-экономических стандартов лечения больных с ОКС с учетом этапов оказания помощи позволило значительно увеличить количество чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ), повысило эффективность работы



кардиологической койки. В сосудистых центрах средняя продолжительность лечения больных с острым коронарным синдромом снизилась с 11,8 койко-дней в 2012 г. до 6,5 койко-дней в 2013–2015 г.г., оборот кардиологической койки увеличился с 22 в 2012 г. до 27 в 2015 г. Частота госпитализации больных с острым коронарным синдромом в сосудистые центры в 2014–2015 г.г. составила 82,8%, что свидетельствовало об эффективной маршрутизации и доступности населению рентгенэндоваскулярной помощи при возникновении жизненно опасного заболевания – острого коронарного синдрома. В 2015 г. частота выполнения ЧКВ при ОКС с подъемом сегмента ST составила 98%, при ОКС без подъема сегмента ST – 76%. Госпитальная летальность от острого инфаркта миокарда в Московской области снизилась в среднем с 22% в 2012 г. до 7–8% в 2015 году, что в свою очередь повлияло на показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снизилась с 878,5 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 680,5 – в 2015 г.

Разработанные в Московской области «рентгенэндоваскулярные» МЭС применяли в 2013–2015 гг. в федеральных и ведомственных медицинских организациях – участниках Московской областной программы ОМС, в которых доля выполняемых рентгенэндоваскулярных процедур больным с ОКС, госпитализированным из Московской области составила в 2015 г. около 30%. В 2012 г. этот показатель составлял около 80%.

На рис. 2 представлена динамика общего количества выполненных рентгенэндоваскулярных процедур и чрескожных коронарных вмешательств больным ИБС в 2012–2015 гг. в сосудистых центрах Московской области за счет средств ОМС.

Медицинские организации Московской области, имеющие отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения, являются многопрофильными больницами, в которые ежедневно госпитализируют пациентов с различными заболеваниями. Это пациенты с острыми и хроническими формами ИБС, хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей 2б – 4 стадии, аневризмами

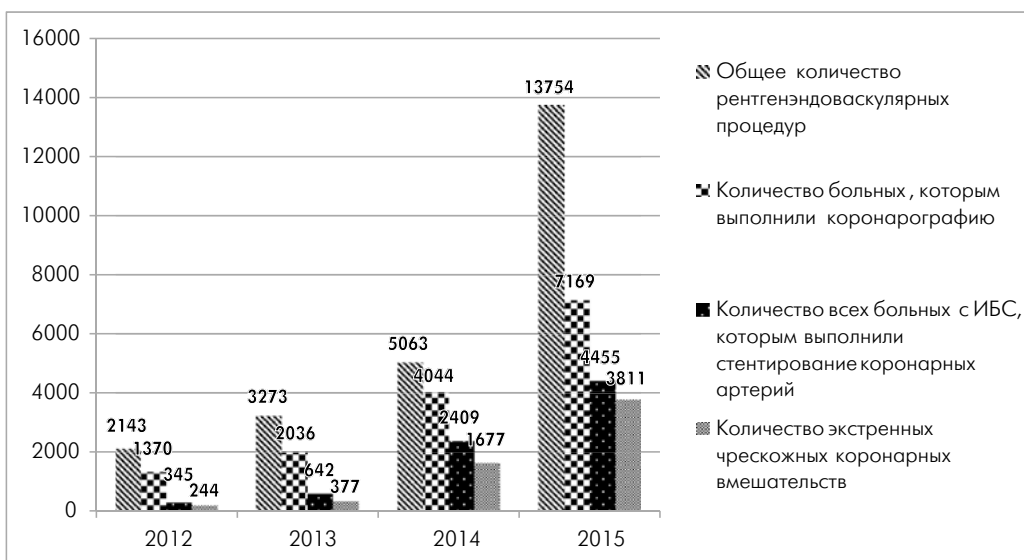
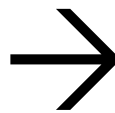
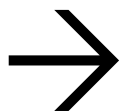


Рис. 2. Динамика общего количества выполненных рентгенэндоваскулярных процедур и чрескожных коронарных вмешательств пациентам с ИБС в 2012–2015 гг. в медицинских организациях Московской области, участвующих в реализации Московской областной программы ОМС





аорты, сужениями брахиоцефальных и висцеральных артерий, аневризмами артерий головного мозга, острыми тромбозами артерий головного мозга, миомой матки, илиофemorальным тромбозом и тромбоэмболией ветвей легочной артерии, онкологическими заболеваниями печени и поджелудочной железы, кровотечениями. Обширная клиническая практика, представленная в литературе, свидетельствует о высокой частоте применения, эффективности и сравнительной безопасности рентгенэндоваскулярных методов при лечении различных заболеваний [8–13].

Внедрение в практику «рентгенэндоваскулярных» МЭС лечения позволило более широко применять рентгенохирургические технологии и привело к увеличению общего количества рентгенэндоваскулярных операций с 2012 по 2015 гг. На *рис. 3* представлена динамика количества выполненных рентгенэндоваскулярных вмешательств в сосудистых центрах Московской области за счет средств ОМС в 2012–2015 гг.

На *рис. 4* представлена диаграмма, характеризующая частоту применения разработанных региональных медико-экономических

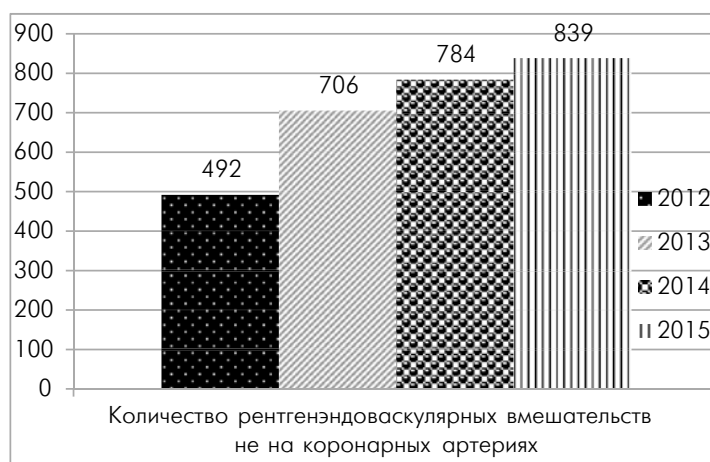


Рис. 3. Динамика количества выполненных рентгенохирургических операций не на коронарных артериях в Сосудистых центрах Московской области в 2012–2015 гг.

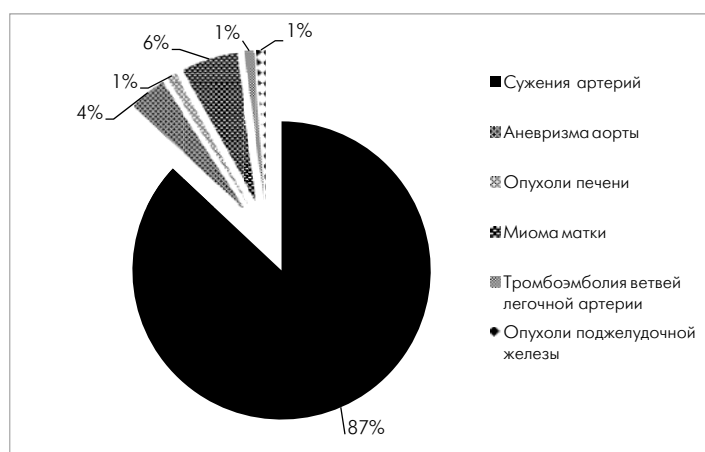


Рис. 4. Частота применения разработанных медико-экономических стандартов в 2014–2015 гг., исключая операции на коронарных артериях



стандартов рентгенэндоваскулярного лечения заболеваний, исключая операции на коронарных артериях, в 2014–2015 г.г.

Как видно на *рис. 4*, наибольшее количество рентгенэндоваскулярных вмешательств применяли для лечения облитерирующих заболеваний артерий.

Обсуждение

Возможность широкого применения рентгенэндоваскулярных технологий в государственных (муниципальных) медицинских организациях РФ до 2012 г. была ограничена в силу отсутствия финансирования, недостаточного количества рентгенохирургических отделений и эффективных специалистов по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению. Разработка и внедрение в клиническую практику «рентгенэндоваскулярных» медико-экономических стандартов помогло сделать этот метод лечения доступным населению при различных заболеваниях, широко развиваться рентгенэндоваскулярной службе в Московской области, открывать новые отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения, подготавливать молодых рентгенэндоваскулярных специалистов.

Открытие 10 рентгенэндоваскулярных центров в Московской области с 2012 по

2015 г. и разработка эффективных региональных МЭС лечения больных с острым коронарным синдромом, согласно этапам оказания медицинской помощи, обеспечило эффективную госпитализацию больных в «инвазивные» центры с 2% в 2012 г. до 82,8% в 2015 г.

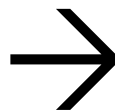
Выводы

Разработка и внедрение в практику медико-экономических стандартов рентгенэндоваскулярного лечения заболеваний – это эффективный этап развития здравоохранения, способствующий расширению сети отделений рентгенохирургии, повышению интенсивности использования коечного фонда стационаров, совершенствованию маршрутизации потоков пациентов, обеспечению малоинвазивной высокотехнологичной помощью нуждающихся в ней пациентов и повышению уровня качества лечения и качества жизни. В то же время представляется необходимым Минздраву России поручить главному специалисту по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению организовать работу по подготовке проектов соответствующих современных стандартов лечения с последующим их утверждением в установленном законом порядке.



Литература

1. *Вуори Х.В.* Обеспечение качества медицинского обслуживания. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ. – 1985. – С. 179.
2. *Вялков А.И.* Задачи и перспективы развития стандартизации в здравоохранении России. Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 1999. – № 2: 8–9.
3. *Вялков А.И.* Стандартизация как основа создания государственной программы обеспечения качества медицинской помощи. Вестник ОМС. – 2001. – № 3: 3–9.
4. *Воробьев П.А.* Стандартизация и качество медицинской помощи. Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 1999. – № 1: 64–65.
5. *Вялков А.И., Таранов А.М., Воробьев П.А., Новолодский В.М.* Система стандартизации в здравоохранении: прошлое, настоящее, будущее. Вестник ОМС. – 2000. – № 1: 7–12.





6. Ступаков И.Н., Ботнарь Ю.М., Самородская И.В., Елисеев М.Б., Юдина А.Ю. Опыт НЦССХ им. А.Н. Бакулева в разработке медико-экономических стандартов хирургического лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2005. – № 6(5): 322.
7. Ступаков И.Н., Ботнарь Ю.М., Демина Н.Н., Можавев В.Н. Клиническое прогнозирование и клинико-экономические стандарты. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2005. – № 6(5): 323.
8. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия – 2004. Болезни и врожденные anomalies системы кровообращения. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2005. – С. 117.
9. Бокерия Л.А., Алесян Б.Г. Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов в Российской Федерации – 2007 год. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2008. – С. 118.
10. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия – 2008. Болезни и врожденные anomalies системы кровообращения. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2009. – С. 180.
11. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия – 2012. Болезни и врожденные anomalies системы кровообращения. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева. – 2013. – С. 210.
12. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия – 2013. Болезни и врожденные anomalies системы кровообращения. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева. – 2014. – С. 226.
13. Бокерия Л.А., Алесян Б.Г. Рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение заболеваний сердца и сосудов в Российской Федерации – 2015 год. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева. – 2016. – С. 222.

UDC 614.2

Goloshchapov-Aksenov R.S., Semenov V.Yu., Lakunin K.Yu., Kicha D.I., Bagenova A.I. Experience of use of medico-economic standards for the endovascular treatment of diseases (Central City Clinical Hospital of Reutov», Moscow region, Russia; Federal State Budgetary Institution « A.N. Bakulev National Medical Research Center of Cardiovascular Surgery» Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia; Department of Health Care Organization, Drug Supply, Medical Technologies and Hygiene of the Medical Institute of Peoples Friendship University of Russia, Moscow, Russia; Department of Cardiovascular Surgery of the of the Medical Institute of the Peoples Friendship University of Russia, Moscow, Russia; MEDSI Group of Companies, Moscow, Russia)

Abstract. Endovascular surgery and interventional radiology is the most modern technologies in interventional medicine. The standardization of endovascular methods is the main condition for application in practice.

Materials: Reports of the main specialists on X-ray and endovascular diagnostics and treatment of MZRF and MZ of the Moscow region.

Regional medico-economic standards (MES) for endovascular treatment of diseases are developed and implemented by the Ministry of Health of the Moscow Region in 2012–2014. The results of the work showed a significant increase (6,4 times) of the performed endovascular procedures for various diseases in medical organizations involved in the implementation of the Moscow region Medical Insurance Program. This made it possible to increase the efficiency of the work of cardiology, surgery, oncology and gynecology departments, to reduce hospital mortality from acute myocardial infarction in vascular centers from 22 in 2012 to 7–8% in 2015, and mortality from cardiovascular diseases in the Moscow Region from 878.5 in 2012 to 680.5 in 2015 per 100 thousand of the population

The opening of 10 catheterization centers in the Moscow region, the introduction of MES treatment of patients with acute coronary syndrome according to routing, ensured the effective hospitalization of patients in “invasive” centers from 2% in 2012 to 82.8% in 2015.

The standardization of the endovascular methods of treatment leads to an increase in the use of hospital beds, improved routing of patients’ flows, provision of endovascular care of patients.

Keywords: *medico-economic standard, endovascular surgery and interventional radiology, acute coronary syndrome.*



Е.А. Тюлькина,

главный врач БУЗ Удмуртской Республики «Республиканская клиническая туберкулезная больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики», г. Ижевск, Россия, tea@rktb.ru

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ И УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ ВРАЧАМИ-ФТИЗИАТРАМИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ: 2011–2015 ГГ.

УДК 614.2

Тюлькина Е.А. *Обеспеченность и укомплектованность врачами-фтизиатрами в Удмуртской республике: 2011–2015 гг. (Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканская клиническая туберкулезная больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики», г. Ижевск)*

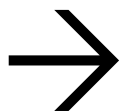
Аннотация. Обеспечение кадровым потенциалом представляет одну из главных проблем в организации здравоохранения. Целью исследования явилось определение основных тенденций в обеспеченности и укомплектованности врачами-фтизиатрами. Материал и методы: данные официального статистического наблюдения по Удмуртской Республике за период с 2006 по 2015 гг. Использовались математический, аналитический и описательный методы. Анализ обеспеченности врачами-фтизиатрами амбулаторно-поликлинического звена Удмуртской Республики в динамике за 2011–2015 годы (на 10000 населения) показал стабильность ситуации по обеспеченности специалистами при незначительном снижении укомплектованности. Отмечена положительная тенденция в желании молодых специалистов работать во фтизиатрической службе. Результаты исследования уровня обеспеченности и укомплектованности фтизиатрической службы Удмуртской Республики демонстрируют стабильность ситуации в целом по Республике, хотя в отдельных административных районах Республики данные весьма неравнозначны. Приход молодых специалистов во фтизиатрическую службу обнадеживает рост обеспеченности специалистами в ближайшем будущем.

Ключевые слова: обеспеченность, укомплектованность, врачи-фтизиатры, тенденции.

Обеспечение медицинских организаций кадровым потенциалом, особенно амбулаторно-поликлинического звена представляет одну из главных проблем в организации первичной медицинской помощи населению [1, 2]. В этой связи анализ кадровых ресурсов и их деятельности представляет высокую актуальность не только для фтизиатрической помощи, но и других направлений здравоохранения [3–9]. Необходимая потребность в специалистах для повышения доступности качества медицинской помощи определяется путем нормирования труда специалистов [10, 11], однако, современное состояние нормативно-правовой базы по многим направлениям требует их пересмотра [12]. Это, в первую очередь, необходимо для планирования и разработки Программы государственных гарантий по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью [13].

Целью исследования явилось определение основных тенденций в обеспеченности и укомплектованности врачами-фтизиатрами.

© Е.А. Тюлькина, 2018 г.



Материал и методы: данные официального статистического наблюдения по Удмуртской Республике за период с 2006 по 2015 гг. Использовались математический, аналитический и описательный методы.

Результаты исследования

Анализ обеспеченности врачами-фтизиатрами (занятыми на штатных врачебных должностях) амбулаторно-поликлинического звена в Удмуртской Республике в динамике за 2011–2015 годы (на 10 000 населения) показал стабильность ситуации по обеспеченности специалистами: республиканский показатель на уровне 0,47 на 10 000 населения республики, хотя остается ниже среднероссийского уровня и данных по Приволжскому Федеральному округу (далее – ПФО).

В республике за анализируемые пять лет максимальное снижение обеспеченности врачами-фтизиатрами отмечена в Дебесском районе (с 0,73 на 10 000 населения до нулевого значения), в то время как в отдельных районах, таких как Бalezинский и Кизнерский, произошел рост данного показателя с нулевого значения до 0,31 и 0,51 на 10 000 населения соответственно.

Обеспеченность врачами-фтизиатрами в порядке убывания следует отметить в таких районах и городах республики, как Бalezинский (0,31), М-Пургинский (0,3), Увинский (0,26), г. Ижевск (0,22), г. Воткинск (0,17), Завьяловский (0,15).

Выше среднереспубликанского уровня показатель обеспеченности специалистами в г. Можге (1,04), Киясовском (1,04), Ярском (0,72), Вавожском (0,64) районах, г. Глазове (0,62), Камбарском районе (0,58), г. Сарапуле (0,57), Алнашском (0,52) и Кизнерском (0,51) районах.

Анализ коэффициента отклонения обеспеченности врачами-фтизиатрами в городах и районах Удмуртской Республики по отношению к среднереспубликанскому показателю в динамике за 2011–2015 годы выявил превышение показателя в г. Можге на 87,23%

на начало исследуемого периода. К концу исследуемого периода продолжилось дальнейшее превышение до 2 раз, что является максимально положительным показателем для Удмуртской Республики. Подобная динамика наблюдается и в Киясовском районе: на начало периода исследования показатель превышал среднереспубликанский уровень на 82,98%, к 2015 году составил 121,28%, что также является максимально положительным показателем по отношению к республиканскому значению. Превышение республиканского показателя отмечено также в Ярском районе (в 2006 г. – на 21,28%, в 2016 г. – на 53,19%), в г. Глазове (на 48,94% и 31,91% соответственно), в Вавожском (на 25,53% и 36,17% соответственно), в Камбарском (на 6,38% и 23,4% соответственно), Алнашском (на 6,38% и 10,64% соответственно) районах и в г. Сарапуле (на 4,26% и 21,28% соответственно). Снижение разрыва показателей по отношению к среднереспубликанским произошло в Кезском районе: коэффициент отклонения на начало периода составил 85,11%. К концу анализируемого периода он превысил среднереспубликанский уровень на 2,13%. В Бalezинском и Кизнерском районах коэффициент отклонения вырос с 0 до 65,96% и 108,51% соответственно.

Максимально отрицательное значение коэффициента отклонения обеспеченности врачами-фтизиатрами как в начале, так и в конце анализируемого периода зафиксировано в Завьяловском районе (31,91%), в г. Воткинске (36,17%), г. Ижевске (44,68% и 46,81% соответственно), Увинском (53,19% и 55,32% соответственно), М-Пургинском (68,09 и 63,83% соответственно) районах. Наиболее низкий темп прироста за исследуемый период отмечен в Дебесском районе (–100%). Самый высокий темп прироста отмечен в Кизнерском районе (108,51%).

Анализ коэффициента отклонения обеспеченности врачами-фтизиатрами в Удмуртской Республике по отношению к Приволжскому Федеральному округу и Российской



Федерации в динамике за 2011–2015 годы показал сокращение отрицательного разрыва с ПФО (с 92,59% до 97,92%) и Российской Федерацией в целом (с 90,91 до 95,92%). В динамике за пять лет темп прироста коэффициента отклонения с Приволжским Федеральным округом составил 5,51%, с Российской Федерацией – 5,75%. Следует отметить, что в 2015 году среди 17 субъектов Приволжского Федерального округа Удмуртская Республика по обеспеченности врачами-фтизиатрами занимает 7 место, среди 85 субъектов Российской Федерации – 32-ое.

Анализ укомплектованности врачами-фтизиатрами в Удмуртской Республике в динамике за 2011–2015 годы показал, что за пятилетний период в Республике прослеживалось незначительное снижение укомплектованности врачами-специалистами (на 0,92%). Тенденция к снижению показателя отмечена в Дебесском (–50,0%), Увинском (–14,3%) районах, г. Воткинске (–14,28%) и в медицинских организациях республиканского значения (–1,46%). В Як-Бодьинском районе рост за период наблюдения составил 100%. Во всех остальных административных районах республики укомплектованность врачами-фтизиатрами составляет 100%.

Результаты анализа укомплектованности врачами-фтизиатрами амбулаторно-поликлинического звена в Республике в динамике за 2011–2015 годы свидетельствуют о том, что за пятилетний период в Удмуртской Республике отмечено незначительное снижение укомплектованности врачами-фтизиатрами амбулаторно-поликлинического звена на 0,7%. Тенденция снижения показателя отмечается в Дебесском (–50,0%), Увинском (–14,3%) районах, г. Воткинске (–20,59%). В Як-Бодьинском районе рост за период наблюдения составил 100%. Во всех остальных территориях республики укомплектованность врачами-фтизиатрами амбулаторно-поликлинических отделений составляет 100%.

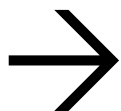
Коэффициенты отклонения укомплектованности врачами-фтизиатрами медицинских

организаций Удмуртской Республики по отношению к данным по Приволжскому Федеральному округу и Российской Федерации в динамике за 2011–2015 годы показали превышение показателей укомплектованности врачами-фтизиатрами. Наиболее существенное отклонение от данных по Российской Федерации отмечено в 2015 году (108,45%). Темп прироста за пятилетний период составил 1,72%. По сравнению с Приволжским округом наиболее значимое отклонение отмечено в 2014 году, в 2015 году превышение составило 110,61%. Темп прироста за анализируемые пять лет составил 4,78%. Аналогичная тенденция и по врачам-фтизиатрам, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Показатели укомплектованности по Удмуртской Республике превышают данные как по Российской Федерации, так и Приволжскому Федеральному округу.

Коэффициент совместительства врачей-фтизиатров в Удмуртской Республике имеет тенденцию к снижению. В динамике за пятилетний период темп снижения составил –5,3%, к 2015 году коэффициент совместительства по Республике составил 1,8. По административным территориям коэффициент совместительства варьирует в диапазоне от 1,0 до 2,75. Высокий коэффициент совместительства врачей-фтизиатров приводит к их чрезмерной загруженности и, как следствие, к синдрому эмоционального выгорания, итогом которого может явиться ухудшение качества оказываемой медицинской помощи. В ряде административных территорий данный показатель выше, чем по Республике в целом. К ним следует отнести: г. Ижевск (1,87), г. Сарапул (2,25), г. Воткинск (2,75), г. Глазов (2,14), а также медицинские организации республиканского значения (1,88).

Тенденцию к снижению коэффициента совместительства имеют: г. Сарапул (с 2,75 до 2,25) – максимальный (–18,18%) среди всех территорий Удмуртской Республики, г. Воткинск (с 3,25 до 2,75), г. Можга (с 1,96 до 1,72). Вырос коэффициент совместительства





врачей-фтизиатров в г. Глазове (с 2,11 до 2,14), г. Ижевске (с 1,75 до 1,87) и медицинских организациях республиканского значения (с 1,68 до 1,88), где данные превышают среднереспубликанский уровень.

Коэффициент совместительства врачей-фтизиатров в Удмуртской Республике, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеет тенденцию к увеличению. В динамике за пять лет темп прироста составил -5,59%, к 2015 году коэффициент совместительства по Республике составил -1,7. По административным районам коэффициент совместительства варьировал в диапазоне от 1,0 до 2,17. Наиболее высокий коэффициент совместительства установлен в городских диспансерах. К административным районам, в которых данный показатель превышал среднереспубликанский уровень относятся: г. Ижевск (1,87), г. Сарапул (1,88), г. Воткинск (2,0), г. Глазов (2,17), а также медицинские организации республиканского значения (1,93).

Тенденцию к снижению коэффициента совместительства имеют г. Воткинск (с 2,25 до 2,0), г. Можга (с 1,31 до 1,05). Увеличился коэффициент совместительства врачей-фтизиатров в г. Сарапуле (с 1,17 до 1,88), где зарегистрирован наиболее высокий прирост (60,68%), г. Глазов (с 1,56 до 2,17), г. Ижевск (с 1,75 до 1,87) и медицинские организации республиканского значения (с 1,73 до 1,93).

Коэффициенты совместительства врачей-фтизиатров в Удмуртской Республике превышают данные по Российской Федерации и Приволжскому Федеральному округу. При этом в Российской Федерации наблюдается тенденция к увеличению показателя. За анализируемый период в Удмуртской Республике, как и в Приволжском Федеральном округе произошло снижение коэффициента на 4,71% и 4,19% соответственно.

Доля врачей фтизиатров, имеющих квалификационные категории за последние пять лет увеличилась на 6,46%. Самая высокая доля зафиксирована в 2014 году (62,5%), в 2015 году уменьшилось число специалистов,

имеющих квалификационные категории. В последние годы в противотуберкулезную службу пришли молодые специалисты, которые еще не имеют достаточного стажа работы для получения квалификационной категории. Увеличение врачей-фтизиатров, имеющих квалификационную категорию, произошло во всех районах и городах республики. Следует отметить, что в районах республики все врачи – специалисты имеют категорию. Среди городов республики лидирующую позицию занимает г. Воткинск, где 100% врачей имеют квалификационную категорию. Самая низкая доля аттестованных врачей в г. Глазове.

Обсуждение

Анализ обеспеченности и укомплектованности врачами-специалистами за пятилетний период проведен в связи с изменившимися условиями работы врачей-специалистов. Существенно увеличилась нагрузка на фтизиатров в связи с реализацией приказа Минздрава Российской Федерации от 13.02.2004 г. № 50 «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза», также в связи с внедрением в практику Федерального регистра лиц, больных туберкулезом. В этой связи произошло увеличение времени, связанное с прочими видами работ.

Проанализирован квалификационный уровень специалистов и тенденции по обеспеченности врачами-фтизиатрами с учетом административных районов республики. Все это необходимо для формирования программы государственных гарантий по оказанию бесплатной специализированной помощи населению. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости пересмотра нормативных документов по определению норм нагрузки специалистов и утверждения на уровне Министерства здравоохранения РФ типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-фтизиатра, ведущего прием взрослого и детского населения, и их рациональной расстановке с учетом



эпидемиологической ситуации в отдельных административных районах, где низкая обеспеченность специалистами.

Выводы

Анализ обеспеченности амбулаторно-поликлинических отделений врачами-фтизиатрами показал низкую обеспеченность специалистами. Среди субъектов Приволжского федерального округа Удмуртская Республика по обеспеченности специалистами занимает седьмое место, по стране в целом – 32-ое из 85 субъектов.

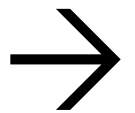
Произошло снижение укомплектованности специалистами в Республике на 0,92%.

Незначительное снижение укомплектованности врачами-фтизиатрами произошло в результате сокращения штатных единиц в связи с уменьшением численности населения в нескольких административных территориях республики. В результате уменьшилось количество физических лиц, и к 2015 году темп снижения коэффициента совместительства составил –5,3%, при коэффициенте совместительства в целом по Республике – 1,8. В последние годы во фтизиатрической службе прослеживаются положительные тенденции: число врачей с квалификационной категорией выросло на 6,5%, происходит приток молодых специалистов.



Литература

1. Иванова М.А., Армашевская О.В., Полицарпов А.В. Проблемы кадрового обеспечения врачами амбулаторного звена здравоохранения// Поликлиника. – 2017. – Т. 2. – № 2. – С. 14–17.
2. Сон И.М., Иванова М.А., Купеева И.А., Соколовская Т.А. Обеспеченность врачами общей практики и их деятельность в различных федеральных округах страны в период с 2007 по 2013 гг.// Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 4. – С. 16–24.
3. Стародубов В.И., Иванова М.А., Бантьева М.Н, Сорокина Ю.А. Российские и региональные показатели деятельности врачей общей практики// Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 10. – С. 6–9.
4. Стародубов В.И., Иванова М.А., Бантьева М.Н, Соколовская Т.А., Армашевская О.В., Стародубов В.И., Иванова М.А., Бантьева М.Н, Соколовская Т.А., Армашевская О.В. Деятельность и обеспеченность специалистами первичного звена// Российский медицинский журнал.
5. Цыбикова Э.Б., Иванова М.А., Шляфер С.И., Соколовская Т.А., Зайченко Н.М. О проблеме обеспеченности населения Российской Федерации кадрами врачей-эндоскопистов// Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – Т. 52. – № 6. – С. 10.
6. Иванова М.А., Соколовская Т.А. Анализ обеспеченности врачей-педиатров участковых за период 2008–2012 гг.// Поликлиника. – 2015. – № 4–3. – С. 34–37.
7. Иванова М.А., Соколовская Т.А. Укомплектованность медицинских организаций и их поликлинических отделений врачами-радиологами и онкологами, радиотерапевтами и онкологами в Российской Федерации за период с 2011 по 2015 гг.// Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 7. – С. 19–25.
8. Сон И.М., Иванова М.А., Соколовская Т.А., Матушевская Ю.И. кадровые проблемы дерматовенерологии// Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2016. – № 4. – С. 17–26.





9. Иванова М.А. Ресурсное обеспечение и оптимизация медицинской помощи больным инфекциями, передаваемыми половым путем, в условиях модернизации здравоохранения: автореферат дис. ... доктора медицинских наук: 14.00.11, 14.00.33/ Иванова Маиса Афанасьевна; [Место защиты: Центр. научно-исслед. кожно-вен. ин-т]. – Москва. – 2007. – 42 с.
10. Стародубов В.И., Сон И.М., Иванова М.А., Соколовская Т.А., Бантьева М.Н. Современное состояние нормативно-правовой базы по нормированию труда врача-офтальмолога// Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 4. – С. 20–30.
11. Иванова М.А. Нормирование труда – главный инструмент формирования штатного расписания амбулаторно-поликлинических учреждений. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2015. – № 2. – С. 30–40.
12. Иванова М.А. Нормирование труда – один из путей оптимизации качества оказания медицинской помощи больным. Современные аспекты здоровья населения. 2007. № 4. С. 6.
13. Сон И.М., Иванова М.А., Армашевская О.В., Люцко В.В. Программа госгарантий: сколько нужно врачей, чтобы ее выполнить? Здравоохранение. – 2016. – № 7. – С. 24–29.

UDC 614.2

Tyulkina E.A. Availability and staffing by phthisiatricians in the Udmurt republic, 2011–2015 (Republican Izhevsk, Clinical Tuberculosis Hospital, Izhevsk, Russia)

Abstract. Provision of human resources represents one of the main problems in the organization of health care. The purpose of the study was to determine the main trends in the provision and staffing of phthisiatricians. The purpose of the study is determination of the main trends in the provision and staffing by phthisiatricians. Material and methods: official statistics of Udmurt Republic from 2006 to 2015. Mathematical, analytical and descriptive methods were used. Analysis of the availability of outpatient clinics by the phthisiatricians of the Udmurt Republic in the dynamics for 2011–2015 (per 10000 population) showed the stability of the situation in the provision of specialists with a slight decrease in staffing. A positive trend was noted in the desire of young specialists to work in phthisiatric services. The results of the study of the level of provision and staffing of the phthisiatric services in Udmurt Republic demonstrate the stability of the situation as a whole across the Republic, although in some administrative regions of the country the data are highly unequal. The arrival of young specialists in the phthisiatric service is encouraging growth in the supply of specialists in the near future.

Keywords: availability, staffing, phthisiatricians, trends.



Здравоохранение-2018

В СКОЛКОВО ОТКРЫВАЕТСЯ УНИКАЛЬНАЯ ЦИФРОВАЯ ЛАБОРАТОРИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА

В преддверии Всемирного дня борьбы против рака компания «ЮНИМ» открывает в «Сколково» первую в России цифровую лабораторию. Уникальный проект, где все исследования проводятся в цифровом виде на базе облачной платформы, позволит исключить риск постановки неверного диагноза, сократить время исследований, а также привлекать к работе над сложными случаями лучших международных специалистов.

Компания «ЮНИМ» была основана в 2013 году и является крупнейшим агрегатором данных и специалистов в морфологической диагностике онкологии. Главная разработка компании – облачная платформа Digital Pathology, позволяющая дистанционно работать с оцифрованными результатами морфологических исследований. В ближайшем будущем компания планирует обучить нейронные сети аналитике таких данных. Лаборатория компании позволит получить дистанционный доступ из разных уголков России к квалифицированной диагностике, минимизируя число ошибочных диагнозов.



От редакции:

В 2018 году должны быть реализованы «майские» Указы Президента. Есть ли средства на эти цели? Как в целом будет финансироваться здравоохранение в 2018 году? На какие конкретные цели расходы возросли, а на какие – уменьшились? На эти и другие вопросы отвечают эксперты в нашей традиционной рубрике.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,

д.э.н., профессор, заместитель директора Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия

О.В. Обухова,

к.п.н., заведующая отделением экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения, Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия

А.С. Брутова,

научный сотрудник отделения экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия

ПЕРСПЕКТИВЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2018 ГОДУ

УДК 614.2.003

Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Брутова А.С. *Перспективы финансирования здравоохранения в 2018 году* (Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия)

Аннотация. Нынешний 2018 год с точки зрения объемов финансирования здравоохранения будет выгодно отличаться от предыдущих – предполагается резкое увеличение финансирования за счет всех видов источников.

Однако это связано не только с ростом доходов, но и с изменением структуры расходов. Она становится более рациональной – «ресурсосберегающей» (например, уменьшение доли расходов на более затратную стационарную помощь в федеральном бюджете). В системе же обязательного медицинского страхования происходит отказ от ряда «непрофильных» расходов.

Все это должно положительно сказаться на развитии здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение, финансирование, обязательное медицинское страхование, федеральный фонд ОМС, федеральный бюджет, доходы, расходы, дефицит, профицит.

Цитата

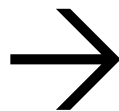
«Консолидированный бюджет здравоохранения в 2018 году составит 3 трлн. 315 млрд. рублей, прирост к уровню 2017 года – 15,1%». В.И. Скворцова¹

¹ <https://medrussia.org/9548-veronika-skvorcova-byudzhet-zdravo-okhraneniya-na-2018-god-pozvolit-ispolnit-ukazy-prezidenta/#hcq=XlaXoHq>

© Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова, А.С. Брутова, 2018 г.

Введение

Вопреки широко распространенной точке зрения, финансирование здравоохранения в номинальном выражении в последние годы не снижалось. Другое дело, что темпы инфляции зачастую превышали темпы прироста финансирования, «съедая»



Динамика доходов и расходов бюджета ФОМС в 2015–2018 годах, млрд. руб.

Год	Закон о бюджете ФОМС	Доходы	Расходы	Дефицит (профицит)
2015 год	на 2015–2017 годы (первоначальный)	1 632,3	1 675,3	-42,8
	на 2015–2017 годы (уточненный)	1 619,8	1 662,8	-43,0
	Об исполнении бюджета ФОМС на 2015 год ²	1 573,5	1 638,8	-65,3
2016 год	на 2015–2017 годы (первоначальный)	1 706,5	1 758,3	-51,8
	на 2016 год	1 661,7	1 688,5	-26,8
	на 2016 уточненный ³	1 661,7	1 594,9	+66,8
	Об исполнении бюджета ФОМС на 2016 год ⁴	1 657,6	1 590,15	+67,35
2017 год	на 2015–2017 годы (первоначальный)	1 804,1	1 804,1	0
	на 2015–2017 годы (уточненный)	1 804,1	1 804,1	0
	на 2017–2019 годы ⁵	1 705,9	1 735,0	-29,1
2018 год	на 2017–2019 годы ⁶	1 841,1	1 911,7	-70,6
	на 2018–2020 годы ⁷	1 887,9	1 994,1	-106,2

рост его объемов. Начиная с 2017 года, ситуация поменялась – рост финансирования обгоняет темпы инфляции, и финансирование отрасли увеличивается не только в номинальном, но и в реальном выражении.

Финансирование системы ОМС

Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) на 2018 год утвержден по доходам в объеме 1 887,9 млрд. рублей, по расходам – 1 994,1 млрд. рублей. Таким образом, расходы будут выше доходов. Дефицит

бюджета – 106,2 млрд. рублей. Дефицит бюджета ФОМС в 2018 году будет покрыт доходами с учетом переходящих остатков средств бюджета ФОМС в размере 106,2 млрд. руб.

Данные по объемам доходов и расходов ФОМС за последние годы приведены в таблице 1. При этом в отдельных строках указаны первоначальные значения на основе утвержденного бюджета и уточненные значения (в соответствии с законами о внесении изменений в бюджеты), а также значения в соответствии с законами об исполнении бюджетов.

Из данных таблицы хорошо видно, что в соответствии с принятым бюджетом на 2018 год запланированные доходы ФОМС составят на 182,0 млрд. руб. (на 10,7%) больше, чем было запланировано на 2017 год. Указанный рост обусловлен, в частности, увеличением фонда заработной платы в 2018 году (и соответственно, страховых взносов на страхование работающего населения).

Увеличатся и страховые взносы на ОМС неработающего населения. Их размер рассчитан в соответствии с требованиями Федерального закона «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование

² Федеральный закон от 31.10.2016 г. № 379-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015 год».

³ Федеральный закон от 19.12.2016 г. № 432-ФЗ О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год».

⁴ Федеральный закон «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2016 год» от 16.10.2017 г. № 290-ФЗ (последняя редакция).

⁵ Федеральный закон от 19.12.2016 № 418-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

⁶ Федеральный закон от 19.12.2016 г. № 418-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

⁷ Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» от 05.12.2017 г. № 368-ФЗ.



неработающего населения», Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», исходя из тарифа 18864,6 рублей, коэффициентов дифференциации, установленных Федеральным законом «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения», и коэффициентов удорожания стоимости медицинских услуг (на 2018 год – 1,073). То есть на страхование каждого неработающего субъекта Российской Федерации впервые начнут платить в среднем (без учета коэффициента дифференциации для субъектов РФ) по 20241,7 рублей, а именно – больше традиционных 18864,6 рублей.

В бюджет ФОМС будут включены и средства из федерального бюджета. В бюджете ФОМС учтен размер межбюджетных трансфертов из федерального бюджета на компенсацию выпадающих доходов в связи с установлением отдельным категориям плательщиков

льготного тарифа на уплату страховых взносов на ОМС работающего населения на 2018 год в сумме 32,2 млрд. рублей.

Расходы бюджета ФОМС увеличились в 2018 году по сравнению с 2017 годом на 259,1 млрд. руб. (14,9%).

Сравнительные данные по доходам и расходам ФОМС в 2015–2018 годах (в разных версиях законов) отражены на рис. 1.

Еще один важный индикатор бюджета ФОМС – нормированный страховой запас. Если в 2016 году он составлял 1,8 млрд.руб., то в 2017 году был запланирован в объеме 77,7 млрд.руб. Как и предполагалось, основная его часть не была использована в 2017 году и перешла на 2018 год в качестве ресурса для повышения заработной платы до конечного уровня, предусмотренного «майскими» Указами Президента. Эта сумма и явилась основной частью средств, которая будет направлена на покрытие дефицита бюджета 2018 года. Поэтому в бюджете

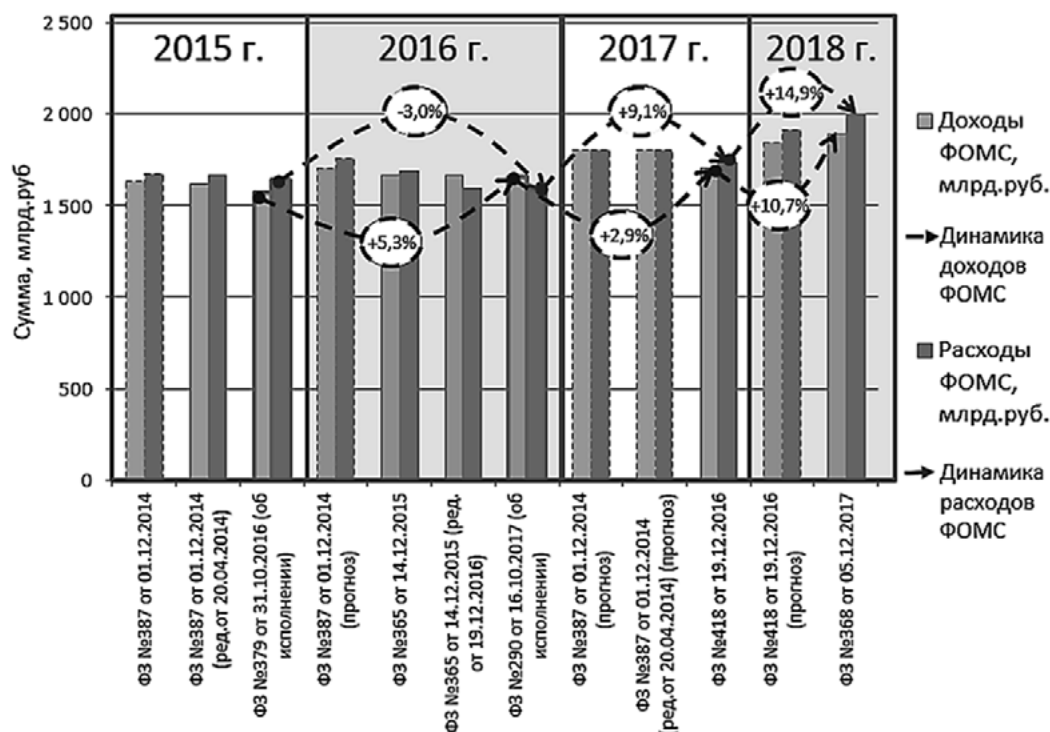
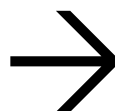


Рис. 1. Сравнительные данные по доходам и расходам ФОМС в 2015–2018 годах





Фонда на 2018 год средства нормированного страхового запаса зарезервированы в сумме всего 2,8 млрд. рублей. Правда, как уже отмечалось, в 2016 году эта зарезервированная сумма была еще меньше – лишь 1,8 млрд. рублей.

Структура расходов Федерального фонда ОМС

Выше мы рассмотрели доходы и расходы бюджета ФОМС. Но далеко не все средства этого бюджета тратятся на финансовое обеспечение непосредственного оказания медицинской помощи в системе ОМС при наступлении страховых случаев. Поэтому необходимо анализ не только общей величины расходов, но и их структуры: нужно понять – на что они направлены. Оценка обоснованности и направлений расходов важна всегда, но особенно это важно в кризисных условиях.

Итак, рассмотрим на какие цели пошли средства бюджета ФОМС, насколько они связаны с непосредственным оказанием медицинской помощи.

При анализе расходов бюджета ФОМС за последние годы бросается в глаза большое число межбюджетных трансфертов, связанных с передачей средств из бюджета ФОМС в другие бюджеты бюджетной системы. Это средства, которые не направляются в субъекты Российской Федерации в виде субсидий. Так, в бюджете ФОМС на 2016 год были заложены межбюджетные трансферты, передаваемые федеральному бюджету в общей сумме 187,9 млрд. рублей, а также бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 18,8 млрд. рублей. Суммарная величина этих трансфертов и т.д. превышала 12% от общей величины всех расходов ФОМС [2].

Основная причина таких «изъятий» средств бюджета ФОМС, как мы уже писали ранее, – попытка Минфина России под лозунгом одноканального финансирования «сбросить» в систему ОМС все, что только можно (и что категорически нельзя тоже) [1, 2].

Положительным является то, что в 2017–2018 годах суммы подобных изъятий существенно уменьшились.

Так, начиная с 2017 года не осуществляются многие виды изъятий из бюджета ФОМС, которые производились в прежние годы. Укажем основные из них:

1. Дотация на сбалансированность, передаваемая федеральному бюджету из бюджета ФОМС – 91,2 млрд. руб.

2. Поддержка федеральных клиник – 15 млрд. рублей.

3. Единовременная социальная выплата для приобретения или строительства жилого помещения – 54 млн. руб.

С 2018 года прекращается выделение компенсации переселенцам на село. В предыдущие годы осуществлялись единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн. рублей медицинским работникам, прибывшим или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок, либо поселок городского типа. На указанные цели выделялось 3,2 млрд. рублей. Финансирование программы «Земский доктор» с 2018 года изменилось – оно будет осуществляться за счет ассигнований федерального бюджета через Минздрав России, а не через ФОМС⁸.

На наш взгляд, это абсолютно правильное решение. По поводу этих изъятий из системы ОМС мы еще в 2016 году писали: «... как можно, упрекая систему ОМС в недостаточности страховом характере, одновременно вменять ей в обязанность осуществлять подобные выплаты, не имеющие никакого отношения к страховому случаю?» [1].

Тем не менее и в бюджете ФОМС на 2018 год заложены значительные средства, не связанные непосредственно с оказанием медицинской помощи в системе ОМС, о которых будет сказано ниже.

С учетом этого, субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного

⁸ <https://medvestnik.ru/content/news/Zemskii-doktor-budet-finansirovatsya-iz-federalnogo-budjeta-cherez-Minzdrav.html>



медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации составят в 2018 году – 1870,5 млрд.руб., против 1537,2 млрд.руб. в 2017 году. Увеличение составит 333,3 млрд. руб. или на 21,7%.

Средства, которые пошли на субвенции, передаваемые в субъекты Российской Федерации составили в 2018 году 93,8% от общей величины расходов бюджета ФОМС, а в 2017 году были всего 88,6%. То есть в 2018 году резко уменьшились расходы, не связанные непосредственно с оказанием медицинской помощи в системе ОМС, что можно рассматривать как положительный фактор. Это одна из важнейших предпосылок улучшения финансового обеспечения непосредственно системы ОМС. Правда при этом следует сделать еще одну оговорку – не все средства субсидий пойдут на оказание медицинской помощи в системе ОМС. Часть средств заберут на собственное содержание территориальные фонды ОМС (выполнение функций органа управления территориального фонда), а часть пойдет на содержание страховых медицинских организаций (на «ведение дел»).

Итак, что это за «изъятия»?

Высокотехнологичная медицинская помощь

2015–2016 годах финансовое обеспечение оказания гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП), не включенной в базовую программу ОМС, осуществлялось за счет средств Федерального фонда ОМС (а еще ранее – за счет федерального бюджета), направляемых:

- в Федеральный бюджет для финансирования ВМП федеральными государственными учреждениями;
- в бюджеты субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходов на оказание ВМП.

Суммарно на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной

в базовую программу ОМС, в 2016 году направлялись из бюджета Фонда межбюджетные трансферты в размере 96,7 млрд. рублей, в том числе:

- 90,7 млрд. рублей для медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти;
- 6 млрд. рублей на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи медицинскими организациями субъектов Российской Федерации.

То есть, формально, это были бюджетные средства (средства федерального бюджета), хотя реальным первоначальным их источником были средства ОМС.

В 2017 году расходы на высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу ОМС, сохранялись на уровне 2016 года, но порядок финансового обеспечения поменялся.

Суть нового порядка заключается в следующем. В бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период предусматриваются бюджетные ассигнования:

- 1) на финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными учреждениями, функции и полномочия учредителя которых осуществляют федеральные органы исполнительной власти;
- 2) на софинансирование расходов субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу.

То есть с 2017 года федеральные клиники стали получать средства на ВМП, не включенную в базовую программу ОМС, напрямую из ФОМС – эти средства не проходят через федеральный бюджет, как это было раньше.





При этом финансирование высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, оказываемой в федеральных медицинских организациях, в 2018 году составит 94,5 млрд. рублей.

Порядок же софинансирования расходов субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, осуществляется в прежнем порядке – также, как и в 2015–2016 годах – эта часть средств направляется из бюджета ФОМС в федеральный бюджет, а затем в бюджеты субъектов Российской Федерации.

Дотация федеральному бюджету на финансовое обеспечение расходов на оказание гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, неизменно уже в течении нескольких последних лет и составляет 6,0 млрд. руб.

Таким образом, суммарный размер средств, отвлекаемых из системы ОМС на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в 2018 году, увеличится и составит 100,5 млрд. руб.

Родовые сертификаты

К другим изъятиям из бюджета ФОМС, не связанным непосредственно с оказанием медицинской помощи в системе ОМС относятся средства на родовые сертификаты.

В целях улучшения демографической ситуации в 2018 году планируется предоставление межбюджетных трансфертов из бюджета ФОМС бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также профилактического медицинского осмотра ребенка в течение первого года жизни в сумме 18,3 млрд.руб. (в 2017 году было 18,1 млрд. рублей).

Финансирование здравоохранения из федерального бюджета

Расходы федерального бюджета на здравоохранение в 2018 году составят 460,1 млрд. руб, что на 26,7% (97 млрд. руб.) выше данных на 2017 год. Рост затронет все виды помощи за исключением стационарной – по ней запланировано снижение

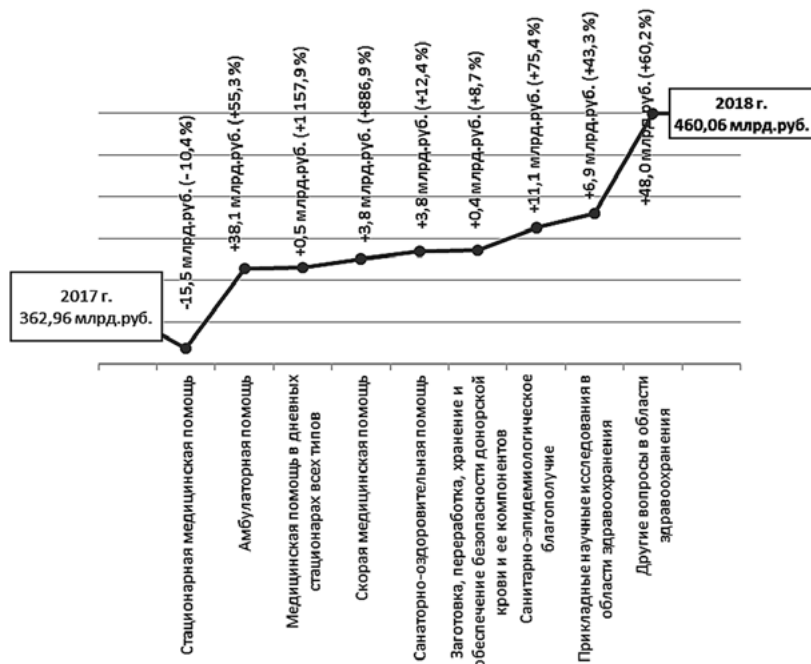


Рис. 2.

Изменение размера финансовых обязательств федерального бюджета на здравоохранение в разрезе отдельных видов расходов в 2018 году по сравнению с 2017 годом



в размере 15,5 млрд. руб. (на 10%) (рис. 2).

В целом все эти изменения укладываются в стратегию так называемых «структурных преобразований в сфере здравоохранения», характеризующуюся сокращением объемов дорогостоящей стационарной помощи и увеличением объемов амбулаторной, а также стационарозамещающей медицинской помощи (дневные стационары и т.д.) – с соответствующим перераспределением затрат. Однако это связано не только со структурными преобразованиями, но и с активным переводом федеральных медицинских организаций с бюджетного финансирования (за счет федерального бюджета) – в систему ОМС.

Максимальный прирост расходов запланирован на медицинскую помощь в условиях дневных стационаров: в 2017 году на нее было выделено 45 млн. руб., а на 2018 год запланировано 567 млн.руб. Данное повышение обусловлено выделением в бюджете субсидий бюджетным, автономным учреждениям и иным некоммерческим организациям для реализации функций федеральных органов государственной власти (481 млн.руб.). На эту же цель в 2018 году в федеральном бюджете выделены средства в программе «Развитие здравоохранения» (1,2 млн.руб.).

В целях выполнения указов Президента по повышению уровня заработной платы медицинских работников в рамках федерального бюджета выделено 7 млн.руб. по подпрограмме «Совершенствование таможенной деятельности». Следует отметить, что увеличение расходных обязательств федерального бюджета по статье расходов на оплату труда отмечено по большинству видов медицинской помощи ведомственной медицины органов общественного порядка и таможенных органов.

Значительное увеличение расходов (с 0,4 млрд. руб. до 4,3 млрд. руб.) запланировано в 2018 году и на скорую медицинскую помощь. В федеральном бюджете выделено 3,2 млрд. руб. на межбюджетные трансферты для субсидирования закупки авиационных услуг органами государственной

власти субъектов Российской Федерации для оказания медицинской помощи с применением авиации.

Более чем в 1,5 раза (на 38,1 млрд. руб.) запланирован рост расходов на амбулаторную помощь в целях увеличения роли профилактики. Так, на мероприятие «Профилактика ВИЧ, вирусных гепатитов В и С» выделено более 21,5 млрд. руб. (в 2017 году расходы составляли 0,2 млрд. руб.), а по мероприятию «Развитие первичной медико-санитарной помощи, а также системы раннего выявления заболеваний, патологических состояний и факторов риска их развития, включая проведение медицинских осмотров и диспансеризации населения» запланировано увеличение финансирования в 7 раз (до 609 млн. руб.). Важным моментом является увеличение на 5 млрд. руб. расходов на мероприятия «Совершенствование механизмов обеспечения населения лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов в амбулаторных условиях».

По стационарной помощи запланировано следующее перераспределение расходов: рост расходов на профилактическое мероприятие «Развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни» (на 8,2 млрд. руб.) и мероприятие «Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения» (на 1,0 млрд. руб.) сопровождается снижением размера субсидий на мероприятие «Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным прочими заболеваниями» (на 19,4 млрд. руб.), мероприятие «Совершенствование оказания медицинской помощи лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека, гепатитами В и С» (на 2,9 млрд. руб.), мероприятие «Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями» (на 0,5 млрд. руб.). Также





перераспределение произошло за счет завершения отдельных подпрограмм и утверждения новых (в т.ч. мероприятий федеральной целевой программы развития Калининградской области на период до 2020 года).

В части санаторно-оздоровительной помощи следует отметить утверждение нового мероприятия «Развитие медицинской реабилитации» (расходы составят 43 млн. руб.). По действующим подпрограммам запланировано равномерное увеличение расходов в целом на 12%.

Значительный прирост (более 75%) запланирован по разделу санитарно-эпидемиологического благополучия за счет увеличения субсидий бюджетным, автономным учреждениям и иным некоммерческим организациям с 3,4 до 19,8 млрд. руб.

На 60% (48 млрд. руб.) запланировано увеличение расходных обязательств федерального бюджета на другие вопросы в области здравоохранения. Всего по данному разделу в 2018–2020 годах запланирована реализация более 10 новых мероприятий.

Кроме того, как уже отмечалось, финансирование программы «Земский доктор» изменится с 2018 года – оно будет осуществляться за счет ассигнований федерального бюджета через Минздрав России, а не через ФОМС. Эти средства предусмотрены в федеральном бюджете на 2018 год – около 3,2 млрд. рублей⁹.

В соответствии с постановлением Правительства от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» предусмотрено финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам) в возрасте до 50 лет, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты либо рабочие поселки, либо поселки городского типа, либо города с населением до 50 тыс. человек.

⁹ <https://medvestnik.ru/content/news/Zemskii-doktor-budet-finansirovatsya-iz-federalnogo-budjeta-cherez-Minzdrav.html>

Субсидия предоставляется в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном законе о федеральном бюджете на текущий финансовый год и плановый период, и лимитов бюджетных обязательств, доведенных до Министерства здравоохранения Российской Федерации.

По мероприятию, направленному на оказание медицинской помощи работникам отдельных отраслей экономики с особо опасными условиями труда и населению отдельных территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами в 2018 году выделено 21,6 млрд. руб., что в полтора раза выше размера расходов за предыдущий период.

В части прочих расходов предусмотрено и выделение субсидий на софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования в размере 6 млрд. руб. (как уже отмечалось, эти средства поступают из бюджета ФОМС), а также межбюджетный трансферт на компенсацию выпадающих доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов (32,2 млрд. руб., что на 4,9 млрд. руб. выше расходов за 2017 год).

Расходы федерального бюджета на прикладные научные исследования в области здравоохранения составляют около 5% от всего размера расходов федерального бюджета на здравоохранение и имеют устойчивую тенденцию к росту, что свидетельствует о приверженности государства к развитию новых медицинских технологий.

По данному разделу расходов на 2018 год запланировано на 43% (на 7 млрд. руб.) больше средств, чем в бюджете 2017 года. Всего на период 2018–2020 гг. на развитие научных исследований в области здравоохранения предусмотрены средства в размере 75,2 млрд. руб. (рис. 3).

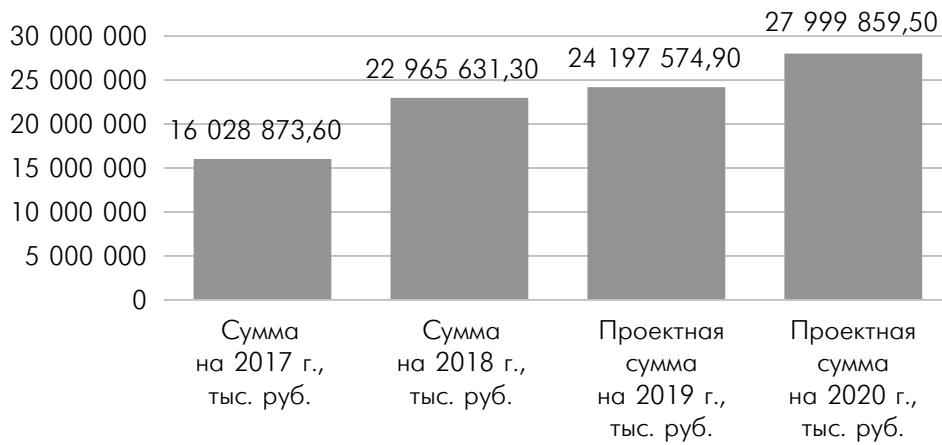


Рис. 3. Расходы федерального бюджета на прикладные научные исследования в области здравоохранения на 2017–2020 гг.

Также в части других расходов на здравоохранение предусмотрены субсидии бюджетным, автономным учреждениям и иным некоммерческим организациям для выполнения функций федеральных государственных органов, оказания услуг и выполнения работ по мероприятию «Медицинская помощь, оказываемая в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения

и реабилитации» в размере 5,1 млрд. руб. на 2018 год и по 5,2 млрд. руб. на 2019–2020 гг. Это направление обеспечивает, с одной стороны, дополнительную поддержку технологическим новациям в сфере здравоохранения, а с другой стороны, наряду с финансированием высокотехнологичной помощи, служит «невяной» формой поддержки федеральных клиник за счет бюджетных средств (имея в виду,

Таблица 2

Структура расходов федерального бюджета на раздел «Здравоохранение»

Подраздел федерального бюджета (ПР)	Расходы по подразделам (ПР) по годам, млрд.руб.			
	2017	2018	2019	2020
Стационарная медицинская помощь	148,66	133,18	134,14	137,85
Амбулаторная помощь	69,00	107,13	107,37	107,62
Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	0,05	0,57	0,57	0,58
Скорая медицинская помощь	0,43	4,26	4,32	1,03
Санаторно-оздоровительная помощь	30,27	34,02	33,62	30,92
Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	4,16	4,52	4,30	4,34
Санитарно-эпидемиологическое благополучие	14,68	25,75	25,07	25,02
Прикладные научные исследования в области здравоохранения	16,03	22,97	24,20	28,00
Другие вопросы в области здравоохранения	79,69	127,66	93,07	162,16
Итого по разделу «Здравоохранение»	362,96	460,06	426,66	479,53
Доля от расходов федерального бюджета, %	2,7	3,4	3,2	3,6



Расходы бюджетов федерального уровня (млрд. руб.)

2017 год			2018 год		
Федеральный бюджет	Бюджет ФОМС	Суммарные фед. расходы	Федеральный	Бюджет ФОМС	Суммарные фед. расходы
363,0	1735,0	2098,0	460,1	1994,1	2454,2

что тарифы в системе ОМС не обеспечивают покрытие расходов этих учреждений).

Динамика размера расходов федерального бюджета на раздел «Здравоохранение» представлена в *таблице 2*.

Обращаем внимание на то, что указанные объемы финансирования на 2018–2019 годы значительно выше, чем предусматривалось цифрами Федерального бюджета на 2017–2019 годы.

Совокупные расходы на здравоохранение за счет федеральных источников

В 2015 году суммарные расходы на здравоохранение за счет федерального бюджета и бюджет ФОМС составили 2025,6 млрд. руб., в 2016 году – 2043,5 млрд.руб., в 2017 году – 2098,0 млрд.руб., в 2018 году – 2454, млрд. руб. (*см. таблицу 3*).

Расходы 2018 года за счет федеральных источников оказались на 355,2 млрд. руб. больше, чем на 2017 год, то есть на 17%. Как видим, финансирование здравоохранения за счет федеральных источников в 2018 году существенно увеличилось.

Совокупные расходы бюджетов бюджетной системы на здравоохранение

Консолидированный бюджет здравоохранения в 2018 году составит 3 трлн. 315 млрд. рублей, прирост к уровню 2017 года – 15,1%¹⁰.

Выводы:

Несмотря на сохраняющуюся сложную экономическую ситуацию в стране, появляются позитивные тенденции в финансовом обеспечении отечественного здравоохранения.

В целом же предполагается улучшение финансового обеспечения отрасли, что создает благоприятную предпосылку для реализации Указов Президента как в части повышения заработной платы, так и обеспечения структурных преобразований в здравоохранении.

Одна из основных причин этого заключается в том, что в 2018 году продолжает снижаться обременение бюджета ФОМС серьезными расходными обязательствами, не связанными непосредственно с оказанием медицинской помощи в системе ОМС.

Литература

1. Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Брутова А.С. Парадоксы финансирования здравоохранения в 2016 году: в системе ОМС обнаружилось лишнее средства, которые будут изъяты в федеральный бюджет // Менеджер здравоохранения. 2016. – № 1. – С. 56–67.
2. Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Брутова А.С. Финансирование здравоохранения в 2017 году – очередной парадокс: средств стало меньше, чем планировалось на 2016 год, но финансовое обеспечение отрасли улучшилось // Менеджер здравоохранения. 2017. – № 1. – С. 61–74.

¹⁰ https://medrussia.org/9548-veronika-skvorcova-byudzh-zdravookhraneniya-na-2018-god-pozvolit-ispolnit-ukazy-prezidenta/#hcq=_XlaXoHq



3. Пивень Д.В., Кицул И.С. О некоторых проблемах реализации Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № .12. – С. 6–13.
4. Основные направления бюджетной политики на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов (проект) <http://www.minfin.ru/ru/performance/budget/policy/#>.
5. <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/11/01/3244-veronika-skvortsova-konsolidirovanny-byudzhzet-predusmotrenny-na-zdravooхранenie-v-2017-godu-budet-velichen>.
6. <https://medvestnik.ru/content/news/Zemskii-doktor-budet-finansirovatsya-iz-federalnogo-budjeta-cherez-Minzdrav.html>.

UDC 614.2.003

Kadyrov F.N., Obukhova O.V., Brutova A.S. *Prospects of health financing in 2018 (Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia)*

Abstract. New 2018 in terms of funding health care will differ from the previous – it is expected a sharp increase in funding from all types of sources.

However, this is due not only to increased revenues and the restructuring expenses. It becomes more rational – «saving» (for example, reducing expenditures on more costly inpatient care in the Federal budget). In the system of obligatory medical insurance is the refusal of a number of «non-core» expenditure. All of this should have a positive impact on the development of health care.

Keywords: healthcare, financing, compulsory health insurance, Federal the mandatory medical insurance Fund, Federal budget, income, expenses, deficit, surplus.

Здравоохранение-2018



РАЗРАБОТКА ТИПОВЫХ КОНТРАКТОВ ДЛЯ ЗАКУПКИ МЕДИЗДЕЛИЙ ПОМОЖЕТ ЭКОНОМИТЬ БЮДЖЕТНЫЕ СРЕДСТВА

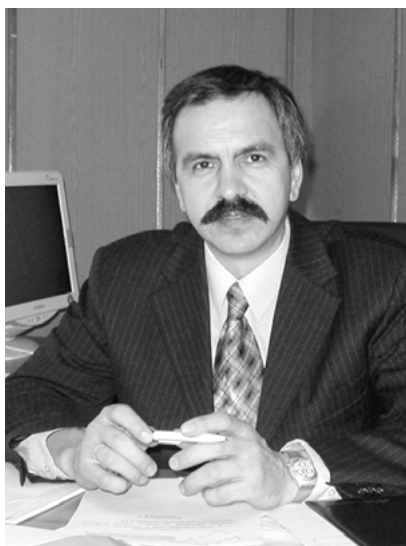
Правительство утвердило план мероприятий по развитию конкуренции в здравоохранении. Ряд положений дорожной карты касается необходимости разработки типовых контрактов, предусматривающих унифицированные технические задания по отдельным категориям медицинских изделий. Минздрав России должен подготовить соответствующий приказ к апрелю 2019 г.

«Типовые контракты предполагают, что из техзаданий будут исключены требования, подогнанные под продукцию единственного производителя или поставщика, и ограничивающие конкуренцию. А повышение конкуренции приведет к снижению стоимости закупок и к экономии денежных средств. Можно ожидать, что новая мера также поднимет конкурентоспособность отечественных производителей медицинских изделий при госзакупках», – считает Эдуард Гаврилов, директор Фонда «Здоровье».

План мероприятий по развитию конкуренции в здравоохранении также содержит пункт о необходимости подготовки нормативного правового документа об обязанности государственных и муниципальных заказчиков закупать медицинские изделия «открытого» типа.

«Медицинские изделия «открытого типа» отличаются от других тем, что к ним подходят расходные материалы и комплектующие от разных производителей. Эта мера, на наш взгляд, также будет способствовать развитию конкуренции, снижению цен на закупку медицинских изделий и, в конечном счете, экономии бюджетных средств», – сказал Эдуард Гаврилов.

Подробнее: <https://medvestnik.ru/>



НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ



Будет ли договор об оказании платных медицинских услуг признан недействительным, если медицинская услуга оказана медицинской организацией, не имеющей лицензию на данный вид услуги?

В подобной ситуации медицинская организация нарушила лицензионные требования. Однако это не означает автоматического признания договора недействительным.

Обращаем внимание на то, что следует чётко дифференцировать факт нарушения при оказании медицинских услуг без лицензии и юридические последствия по поводу правоотношений сторон при оказании платных медицинских услуг. Пленум Верховного Суда Российской Федерации в п. 89 Постановления от 23.06.2015 № 25 «О применении судами некоторых положений раздела I части первой ГК РФ» разъяснил, что совершение сделки лицом, не имеющим необходимой лицензии, не влечет ее недействительности, если законом прямо не установлено иное.

Следовательно, если у исполнителя отсутствует лицензия на оказание услуг по договору, заказчик не может требовать признания такого договора недействительным. Однако он имеет право в одностороннем порядке отказаться от договора и потребовать от исполнителя возместить причиненные убытки (ст. 15, п. 3 ст. 450.1 ГК РФ).



Могут ли медицинские организации устанавливать дополнительные квалификационные требования к медицинским работникам, не предусмотренные профессиональными стандартами, квалификационными требованиями, установленными приказами Минздрава и т.д.? Например, может ли учреждение установить, что должность врача-педиатра в его структурном подразделении имеет право занимать только врач второй квалификационной категории? Можно ли предусмотреть такое требование, как свободное владение иностранным языком или требование владения сложными медицинскими технологиями?

В Постановлении Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 17.03.2004 г. № 2 «О применении судами Российской Федерации Трудового



кодекса Российской Федерации» указано, что работодатель вправе предъявить к лицу, претендующему на вакантную должность или работу, и иные требования, обязательные для заключения трудового договора **в силу прямого предписания федерального закона, либо которые необходимы в дополнение к типовым или типичным профессионально-квалификационным требованиям в соответствии со спецификой той или иной работы** (например, владение одним или несколькими иностранными языками, способность работать на компьютере).

Требование владения определенными медицинскими технологиями вполне допустимо: если в учреждении (подразделении) используется конкретная медицинская технология, то требование владения ею оправдано.

Наличие же квалификационной категории не относится к специфике работы, а характеризует только уровень квалификации. Занимать врачебную должность имеет право врач любой категории, имеющий сертификат специалиста (свидетельство об аккредитации). Поэтому требовать обладания не менее, чем второй квалификационной категории можно только при наличии такого требования, предусмотренного нормативными документами. В противном случае суды однозначно встанут на сторону работника – отсутствие второй категории не может служить основанием для отказа в приеме врача на работу. Другое дело, что при наличии нескольких претендентов работодатель имеет право отдать предпочтение работнику с более высокой квалификацией.

Требование знания английского языка может иметь место, например, в случаях, когда медицинская организация специализируется на оказании медицинской помощи иностранным гражданам, и без знания иностранного языка оказание медицинской помощи невозможно (поскольку не получится выслушать жалобы пациента и т.д.).

Примером обоснованных дополнительных требований может быть требование наличия у главного бухгалтера государственного учреждения опыта работы в учреждениях, работающих в системе ОМС – без такого опыта невозможно профессионально организовать систему бухгалтерского (бюджетного) учета.

Таким образом, дополнительные требования должны быть обоснованы. Причем, при возникновении конфликта по этому поводу, доказывать обоснованность требований придется работодателю (медицинской организации).



Кто утверждает должностную инструкцию для руководителя учреждения? Должна ли она вообще быть?

Должностная инструкция – документ, устанавливающий должностные обязанности работника. Она утверждается работодателем. Работодателем в отношении руководителя медицинской организации является соответствующий уполномоченный орган.

Однако действующими нормативными правовыми актами не установлена обязательность наличия должностной инструкции. Так, в Трудовом кодексе она вообще не упоминается. По этому поводу в Письме Федеральной службы по труду и занятости от 9 августа 2007 года № 3042-6-0 «Должностная инструкция» отмечается: **«Само по себе отсутствие должностной инструкции не должно расцениваться как нарушение трудового законодательства и влечь за собой ответственность».**

Должностные обязанности работника (в том числе руководителя) могут быть закреплены либо в должностной инструкции, либо непосредственно в трудовом





договоре. Применительно к руководителям учреждений обычно используется второй вариант.

Есть Типовая форма трудового договора с руководителем. Появился профессиональный стандарт «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья». Можно ли в трудовой договор с руководителем учреждения вносить дополнительные трудовые функции, предусмотренные профстандартом?

В соответствии со статьей 275 Трудового кодекса трудовой договор с руководителем государственного (муниципального) учреждения заключается *на основе типовой формы трудового договора*, утверждаемой Правительством Российской Федерации с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

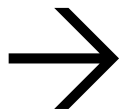
Как видно из текста данной статьи, типовая форма является *лишь основой* трудового договора с руководителем. Ни Трудовым кодексом, ни другим нормативным актом не установлена обязанность жестко следовать типовой форме. Она устанавливает лишь общие положения, типичные для большинства заключаемых договоров подобного рода.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 12.04.2013 г. № 329 (далее – Постановление № 329) утверждена Типовая форма трудового договора с руководителем государственного (муниципального) учреждения.

Допустимость отклонения от изложенной формы типовой формы трудового договора предусмотрена и самим Постановлением № 329, в котором имеется большое количество оговорок (примечаний) о том, какие дополнительные положения могут включаться в трудовой договор.

Но самое главное заключается в том, что наиболее значимым документом, устанавливающим требования к трудовому договору, является Трудовой кодекс. Постановление Правительства не может противоречить ему или отменить действие положений Трудового кодекса. Так, статья 57 Трудового кодекса не только перечисляет обязательные элементы трудового договора, но и устанавливает, что в трудовой договор могут включаться «другие условия в случаях, предусмотренных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права».

Профессиональный стандарт «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» утвержден приказом Минтруда России от 7 ноября 2017 года № 768н и относится к подобным нормативным правовым актам, содержащим нормы трудового права. Он является документом, на основании которого устанавливаются должностные обязанности работника. Поэтому трудовые функции, трудовые действия и т.д., содержащиеся в профессиональном стандарте, и другие его положения могут быть включены работодателем (органом, обладающий такими полномочиями) в трудовой договор с руководителем государственного (муниципального) учреждения. Тем более, что, как было указано выше, должностная инструкция для руководителя учреждения может отсутствовать, и необходимые должностные обязанности придется закрепить в самом трудовом договоре, основой которого, наряду с Постановлением № 329, как раз и является профессиональный стандарт.





Продолжается подписка на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2018 год



Периодичность – 10 выпусков в год

КАК ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ*

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:
Подписной индекс: **82614** на полугодие,
20102 на год.

Альтернативные агентства, принимающие подписку на журнал «Менеджер здравоохранения»:

ООО «УП УРАЛ-ПРЕСС»

http://www.ural-press.ru/catalog/97213/8024679/?sphrase_id=134418, тел. (495) 789-86-36

ЗАО «ПРЕССИНФОРМ»

www.presskiosk.ru, тел. 8 (812) 335-97-48

Уважаемые читатели!

*Просим Вас сообщать в редакцию обо всех случаях задержки в получении журналов
Издательского дома «Менеджер здравоохранения»
при подписке через агентства альтернативной подписки
по телефону (495) 618-07-92 или по электронной почте на адрес: idmz@mednet.ru.*

ВНИМАНИЕ!!!

Подписчики журнала «Менеджер здравоохранения»
получают доступ к уникальному сервису.

Наши эксперты бесплатно ответят на все вопросы
поступающие в редакцию журнала.

Вопросы принимаются по факсу **(495) 618-07-92**
и электронной почте idmz@mednet.ru.

**Уважаемые подписчики!*

*С 2017 г. прекращается подписка на журналы «Менеджер здравоохранения»
и «Врач и информационные технологии» через редакцию.*

*Для подписки на эти журналы просим обращаться в агентство «Роспечать»
или альтернативные агентства.*

Менеджер здравоохранения

