

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№ 3.2015



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

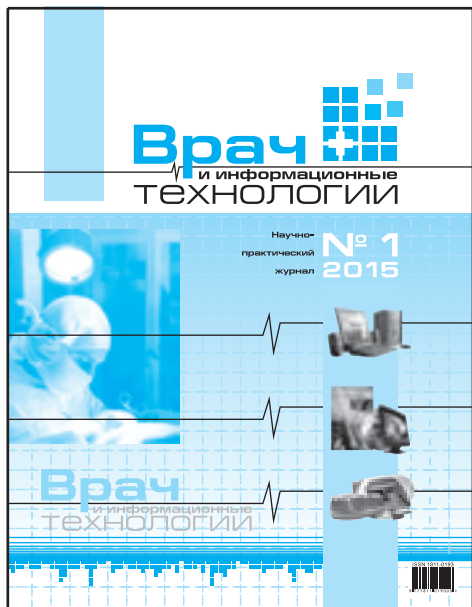
ISSN 1811-0185



9 771811 018003



Продолжается подписка на журнал «Врач и информационные технологии» на 2015 г. (периодичность — 4 выпуска в год)



Адрес редакции:

127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, д.11.
Тел./факс: (495) 618-07-92
E-mail: idmz@mednet.ru, kolin@mednet.ru
www.idmz.ru

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:
Подписной индекс: **82615** на полугодие
20103 на год

Подписка через редакцию (с любого номера, на любой срок):

Стоимость подписки для любого региона РФ

- на один номер — **660 руб.**
- на полугодие — **1320 руб.**
- **2320 руб. — годовая** (стоимость 1 номера по годовой подписке — 580 руб.)

НДС не облагается. Доставка включена в стоимость подписки.

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Получатель: ООО Издательский Дом
«Менеджер Здравоохранения»
Московский банк Сбербанк России ОАО, г. Москва
ИНН 7715376090 КПП 771501001
Банк получателя: ОАО «Сбербанк России», г. Москва
р/с: 40702810638050105256,
к/с: 30101810400000000225
БИК 044525225
Код по ОКП 95200. Код по ОКПО 14188349

**В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку
на журнал "Врач и информационные технологии" на 2015 г.»,
Ваш полный почтовый адрес с индексом и телефон.**

Подписка на электронную версию журнала:

Вы можете подписаться на электронную версию журнала в формате PDF
(точная копия бумажной версии журнала).

Стоимость годовой подписки на 2015 г. — 1400 рублей.

Стоимость годовой подписки на 2014 г. — 1000 рублей.

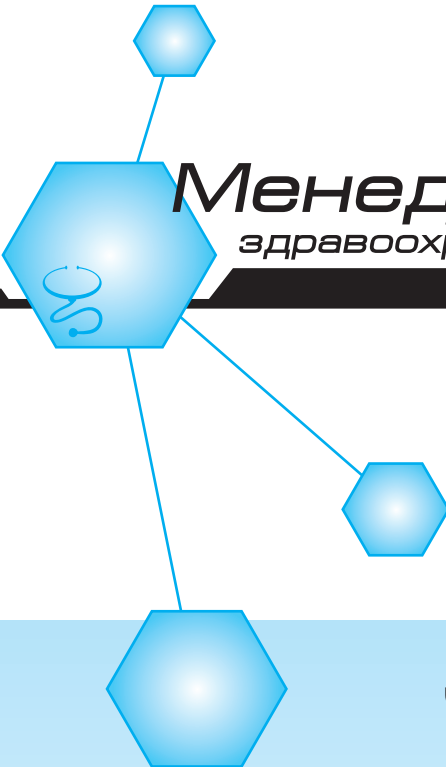
Способы заказа и оплаты аналогичны бумажной версии. После оплаты просьба сообщить в редакцию адрес Вашей электронной почты. Электронную версию журнала можно получить по электронной почте или скачать с сайта.

Альтернативные агентства, принимающие подписку на журнал «Врач и информационные технологии»:

ООО «Урал-Пресс XXI» <http://www.ural-press.ru/> Т./ф. (495) 789-86-36, 721-25-89

Уважаемые читатели!

Просим Вас сообщать в редакцию о 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.



Менеджер

здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ **Калькулятор прямых затрат как инструмент экономического обоснования расходов в сфере здравоохранения**
- ✓ **Обеспеченность врачами общей практики и их деятельность в различных федеральных округах страны в период с 2007 по 2013 гг.**
- ✓ **Маршрутная карта выбора автоматизированных установок для обеззараживания медицинских отходов**
- ✓ **Обязательства медицинских страховщиков по действенной защите прав граждан в сфере здравоохранения**

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 Наталья Глебовна,
д.б.н., зав. отделением 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

№ 3
2015

В номере:

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

Стандарты медицинской помощи — значение понятия для конкретизации государственных гарантий бесплатности лекарственной медицинской помощи

О.Ю. Александрова, О.А. Нагибин

6-15

ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

О некоторых проблемах оплаты медицинской помощи с использованием клинико-статистических групп в системе обязательного медицинского страхования

И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева

16-21

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Новые технологии повышения качества и доступности амбулаторной медицинской помощи

Л.В. Руголь

22-29

Организация пренатальной диагностики врожденных пороков развития и наследственной патологии в Челябинской области

М.Г. Москвичева, Ю.А. Семенов, Ю.А. Шумаков,
С.Ю. Шумаков, Е.С. Матвеева

30-33

МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

Медицинские науки после оптимизации сети диссертационных советов в России

Л.А. Цветкова, Н.Г. Куракова

34-42

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

Кластерный принцип повышения результативности научно-образовательной и медицинской деятельности

*Г.В. Артамонова, Я.В. Данильченко,
Т.С. Костомарова, Н.В. Черкасс, Л.С. Барбараш*

43–50

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Международный опыт финансирования по результатам деятельности в здравоохранении

Т.М. Скляр

51–57

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

Цена экспертной деятельности в системе ОМС: объективный и субъективный взгляд на моральные и материальные стимулы

А.А. Старченко

58–64

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Формы документов, необходимые для проведения аттестации работников учреждений здравоохранения на соответствие занимаемым должностям

Ф.Н. Кадыров

65–75

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

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

76–78

ОБЗОР НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

79–80

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Свидетельство о регистрации
№ 77-15481 от 20 мая 2003 года

Издается с 2004 года

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:

Л.И. Чекушкина

Подписные индексы:

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

Отпечатано ГУП МО «Коломенская
типография»: 140400, г. Коломна,
ул. III Интернационала, д. 2а
Тел./факс 8 (496) 618-62-87

Дата выхода в свет 01 апреля 2015 г.
Общий тираж 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

Manager

Zdravoochranenia

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

Ваши статьи достойны
цитирования в российском
профессиональном
сообществе...

№3
2015

Contents:

FOCUS OF THE PROBLEM

Standards of medical aid – meaning of the definition for specifying state guarantees of free drug medical aid

O.U. Aleksandrova, O.A. Nagibin

6-15

FINANCIAL MANAGEMENT

Regarding certain issues on payment for medical aid with the usage of clinical-static groups in the system of mandatory medical insurance

I.A. Geht, G.B. Artemjeva

16-21

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

New technologies for enhancing quality and accessibility of ambulatory medical aid

L.V. Rugol

22-29

Organization of prenatal diagnosis of congenital malformations and hereditary diseases in the Chelyabinsk region

*M.G. Moskvicheva, Y.A. Semenov, Y.A. Shumakov,
S.Y. Shumakov, E.S. Matveeva*

30-33

MEDICAL SCIENCES

Medical sciences after optimizing the chain of dissertation councils in Russia

L.A. Tsvetkova, N.G. Kurakova

34-42

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

**Cluster principle of efficiency increase of scientific,
educational and medical activity**

*G.V. Artamonova, Y.V. Danilchenko, T.S. Kostomarova,
N.V. Cherkass, L.S. Barbarash*

43-50

FOREIGN PRACTICE

International practice of incentive funding in health care

T.M. Sklyar

51-57

SPECIAL OPINION

**The cost of expert activity in the system of Mandatory Medical Insurance:
objective and subjective view on moral and financial incentives**

A.A. Starchenko

58-64

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

**Forms of documents, deemed necessary for completing qualification evaluation
of employees in the health care institutions**

F.N. Kadirov

65-75

QUESTIONS AND ANSWERS

Questions answered by PhD. of Economic F.N. Kadyrov

76-78

REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS

79-80



О.Ю. Александрова,

д.м.н., профессор кафедры основ законодательства в здравоохранении
ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова; г. Москва, Россия, aou18@mail.ru

О.А. Нагибин,

к.м.н., главный врач ГБУЗ «Городская поликлиника № 2», г. Рязань, Россия

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ — ЗНАЧЕНИЕ ПОНЯТИЯ ДЛЯ КОНКРЕТИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 614.2

Александрова О.Ю., Нагибин О.А. Стандарты медицинской помощи — значение понятия для конкретизации государственных гарантий бесплатности лекарственной медицинской помощи (ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия; ГБУЗ «Городская поликлиника № 2», г. Рязань, Россия)

Аннотация. В статье речь идет о конкретизации государственных гарантий бесплатности медицинской помощи для гражданина на основе стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций, перечней лекарственных препаратов. Государственной гарантией бесплатного обеспечения лекарственными препаратами для граждан являются лекарственные препараты для медицинского применения из Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Ключевые слова: стандарт медицинской помощи, перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, государственные гарантии бесплатности медицинской помощи.

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (далее — ФЗ «Об основах охраны здоровья») [1] вводит в законодательство понятия: стандарт медицинской помощи (СМП), порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения).

Статья 37 «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи» ФЗ «Об основах охраны здоровья» гласит:

«1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

2. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти...

...4. Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

1) медицинских услуг;

2) 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;

3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;

© О.Ю. Александрова, О.А. Нагибин, 2015 г.



4) компонентов крови;

5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;

6) иного, исходя из особенностей заболевания (состояния)...)»

Первоначальная формулировка статьи 79 «Обязанности медицинских организаций» ФЗ «Об основах охраны здоровья», вступившей в силу с 1 января 2013 года, подразумевала требование обязательности исполнения медицинскими организациями как порядков оказания медицинской помощи, так и стандартов медицинской помощи.

В соответствии с п. 2 статьи 79 «Обязанности медицинских организаций» ФЗ «Об основах охраны здоровья» медицинская организация была обязана «...осуществлять медицинскую деятельность **в соответствии** с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи...»

В данной редакции статья вступила в силу с 1 января 2013 года, но была изменена Федеральным законом от 25.11.2013 № 317-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Закон № 317-ФЗ) [2].

В новой редакции ФЗ «Об основах охраны здоровья» (в ред. Закона № 317-ФЗ), вступившей в силу с 1 января 2014 г., медицинская организация обязана «...организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи, и **на основе** стандартов медицинской помощи...» (п. 2 статьи 79 «Обязанности медицинских организаций» в ред. Закона № 317-ФЗ).

В статье 88 «Государственный контроль качества и безопасности медицинской дея-

тельности», действующей до изменений, внесенных Законом № 317-ФЗ, было сказано:

«1. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется органами государственного контроля в соответствии с их полномочиями.

2. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:

...3) проведения проверок **соблюдения** медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи...»

Та же статья в редакции Закона № 317-ФЗ:

«2. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:

...3) проведения проверок **применения** медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи...» (п. 3 в ред. Закона № 317-ФЗ).

Применение (а не «соблюдение», как ранее) медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи также подлежит ведомственному контролю качества и безопасности медицинской деятельности (статья 89 «Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности» ФЗ «Об основах охраны здоровья»).

В старой формулировке статьи 80: «При оказании в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи первичной медикосанитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов





в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», и медицинскими изделиями, **которые предусмотрены стандартами медицинской помощи**».

В ред. Закона № 317-ФЗ исключена концовка статьи 80 «...которые предусмотрены стандартами медицинской помощи», и заменено на «...включенными в утвержденный Правительством Российской Федерации Перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека. Порядок формирования Перечня медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, устанавливается Правительством Российской Федерации».

Таким образом, с 1 января 2014 года в специальном отраслевом законодательстве сменилась идеология жесткой обязательности соблюдения медицинскими организациями стандартов медицинской помощи (СМП) на идеологию применения СМП, но не обязательного.

Вместе с тем в нормативно-правовых актах (НПА), регулирующих медицинскую деятельность, СМП продолжают упоминаться неоднократно в целях регулирования организации, финансирования медицинской помощи, а также контроля за деятельностью медицинских организаций.

В той же вышеупомянутой статье 37 ФЗ «Об основах охраны здоровья» не изменена часть 5, в которой сказано: «**5.** Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий **стандарт медицинской помощи**, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии»

В части 7 статьи 80 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» ФЗ «Об основах охраны здоровья» сказано:

«**7.** Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицин-

ской помощи формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и **на основе стандартов медицинской помощи**, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики».

В статье 81 «Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» ФЗ «Об основах охраны здоровья» сказано:

«**4.** При формировании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи учитываются:

1) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи...»

В статье 64 «Экспертиза качества медицинской помощи» ФЗ «Об основах охраны здоровья» сказано: «Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, **стандартов медицинской помощи** и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с частью 2 статьи 76 настоящего Федерального закона, и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 и плановый период 2015 и 2016 годов (утв. Постановлением Правительства от 28.11.2014 № 1273) [3], в части 1 «Общие положения» сказано:

«Программа формируется **с учетом порядков** оказания медицинской помощи и **на основе стандартов** медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.



В части VIII «Требования к территориальной программе в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи» Программы сказано:

«Территориальная программа, включая территориальную программу обязательного медицинского страхования, в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать:

...порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, донорской кровью и ее компонентами, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, по медицинским показаниям **в соответствии со стандартами медицинской помощи** с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи...».

И далее в этой же части документа:

«При формировании территориальной программы учитываются:

...порядки оказания медицинской помощи **и стандарты медицинской помощи...**»

В Положении о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности (утв. Постановлением Правительства РФ от 12 ноября 2012 № 1152) [4] сказано:

«3. Государственный контроль осуществляется путем:

в) проведения проверок **соблюдения** осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи и **стандартов медицинской помощи;**

...12. При проведении проверок, предусмотренных подпунктом «в» пункта 3 настоящего Положения, осуществляются следующие мероприятия:

д) оценка **соблюдения стандартов медицинской помощи**, в том числе в части:

...обоснованности назначения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1, а также полноты

выполнения медицинских услуг с усредненной частотой предоставления 1...».

В Приказе Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1175н (в ред. Приказа МЗ РФ от 2 декабря 2013 г. № 886н) [5] прописано:

«При наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии медицинской организации осуществляются назначение и выписывание лекарственных препаратов, не входящих **в стандарты медицинской помощи**, по торговым наименованиям».

Таким образом, в нормативно-правовых актах (НПА), регулирующих организацию и финансирование медицинской помощи, неоднократно продолжает использоваться понятие стандарта медицинской помощи (СМП), при этом, с точки зрения законодательства, данный документ на сегодняшний день не является строго обязательным.

Во всех действующих НПА речь идет исключительно о стандартах медицинской помощи, разработанных и утвержденных на федеральном уровне. Никакие региональные стандарты (медико-экономические и пр.) в НПА федерального уровня не упоминаются.

В НПА, регулирующих деятельность субъектов и участников обязательного медицинского страхования (ОМС), также продолжает использоваться понятие стандарта медицинской помощи.

В Приказе Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» от 1 декабря 2010 г. № 230 [6], в Приложении № 8 определен Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи):

«**Раздел 1.** Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц





1.5. Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», «Формуляр лечения стационарного больного», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании **стандартов медицинской помощи**».

«Раздел 3. Дефекты медицинской помощи / нарушения при оказании медицинской помощи

...3.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) **стандартами медицинской помощи**:

3.2.1. Не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;

3.2.2. Приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);

3.2.3. Приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);

3.2.4. Приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);

3.2.5. Приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).

3.3. Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регла-

ментированных **стандартами медицинской помощи** мероприятий:

3.3.1. Приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;

3.3.2. Приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).

...3.9. Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках **стандартов медицинской помощи...**»

При наличии вышеуказанных дефектов медицинской помощи/нарушений при оказании медицинской помощи к медицинской организации применяются санкции в виде отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) или штрафов. Данные санкции вводятся в договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию заключается между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования и которым решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной



программы обязательного медицинского страхования. Именно в этот договор и включается требование исполнения СМП и санкции (отказ в оплате, уменьшение оплаты медицинской помощи, штрафы) за невыполнение данного условия договора.

В вышеуказанном приказе Федерального фонда обязательного медицинского страхования основанием для штрафных санкций, применяемых к медицинской организации, является невыполнение, несвоевременное выполнение диагностических и/или лечебных мероприятий в соответствии *со стандартами медицинской помощи*, в том числе *НЕ повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица*.

На наш взгляд, применение данной нормы приказа № 230 ФФОМС и включение этой нормы в договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС с медицинскими организациями при отсутствии требования обязательности соблюдения СМП в законе недопустимо.

Попытки оставить в договорных отношениях в системе ОМС требование обязательности исполнения СМП (в виде введения этого требования в обязанности медицинских организаций) понятны. Без СМП практически невозможно определить объем медицинской помощи, который должен быть оказан пациенту на бесплатной для него основе. Страховым медицинским организациям в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [7] необходимо контролировать качество медицинской помощи, в том числе по критерию достаточности объема оказанной медицинской помощи.

К тому же без СМП невозможно разграничить бесплатную для пациента медицинскую помощь и платные медицинские услуги.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи содержит формальные формулировки государственных гарантий бесплатности всех

видов медицинской помощи для граждан (первичной медико-санитарной, специализированной, скорой и паллиативной). Но в каком объеме предоставляются эти виды медицинской помощи — не следует ни из одного нормативно-правового акта, регулирующего здравоохранение РФ и систему ОМС.

Заключение договора с указанием выполнения необходимого объема медицинских услуг (в объеме СМП) означает, что неудовлетворенность пациента медицинской помощью приобретает юридическое значение только в случае невыполнения условий договора. В противном итоге услуга считается надлежащей, достаточной независимо от того, остался пациент удовлетворенным ею или нет.

Алгоритм оценки на основе СМП должен быть следующим.

При обязательности исполнения СМП медицинская организация должна оказать медицинскую помощь в соответствии со стандартом, но и оплата медицинской помощи должна осуществляться по законченному случаю на основе СМП (при условии выполнения СМП). В рамках утвержденного и оплачиваемого из средств ОМС стандарта медицинской помощи медицинская помощь оказывается пациенту бесплатно.

Также на бесплатной основе обеспечивается предоставление лекарственных средств по жизненным показаниям и при индивидуальной непереносимости за пределами СМП.

Оказание медицинской помощи за пределами стандарта в других случаях (например, в целях более быстрого достижения медицинской эффективности) возможно на платной для пациента основе.

Пациент может сопоставить оказанную ему медицинскую помощь со стандартом медицинской помощи.

Проверяющие инстанции (как финансовые, так и проверяющие реализацию права гражданина на бесплатную медицинскую помощь) могут также сопоставить оказанную пациенту медицинскую помощь со стандартом медицинской помощи.





Главным условием законности предоставления медицинской помощи на платной основе является то, что предложения по лечебно-диагностическим мероприятиям и лекарственным препаратам, не входящим в стандарт медицинской помощи (или лекарственным препаратам, не входящим в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, о чем мы скажем далее), но более эффективным для данного больного, должны быть обоснованы и описаны в медицинской документации.

Пациент может сопоставить оказанную ему медицинскую помощь со стандартом медицинской помощи и убедиться, что данный лекарственный препарат (медицинская услуга) отсутствует в СМП.

Проверяющие инстанции (как финансовые, так и проверяющие реализацию права гражданина на бесплатную медицинскую помощь) могут также сопоставить оказанную пациенту медицинскую помощь со стандартом медицинской помощи. При проверках будет исследоваться вопрос **ОБОСНОВАННОСТИ** назначения ЛП (медицинских услуг) за пределами СМП.

Таким образом, проведение экспертизы КМП в системе ОМС требует нормативного закрепления границ (объема) медицинской помощи, оплачиваемых пациенту из средств ОМС. И гарантируемый объем медицинской помощи — это, как правило, перечни медицинских услуг и перечни лекарственных препаратов (что и содержат СМП).

Но вышеуказанный алгоритм может быть реализован только в случае оплаты медицинской помощи на основе законченного случая лечения в объеме СМП.

В настоящее же время требование обязательности исполнения СМП, внесенное в договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, вступает в противоречие с новым способом оплаты медицинской помощи на основе клинико-статистических групп заболеваний (КСГ).

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» установлен способ оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

Федеральным фондом обязательного медицинского страхования издан Приказ от 14 ноября 2013 г. № 229 «Об утверждении Методических рекомендаций по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования» [8].

Оплата специализированной медицинской помощи за счет средств системы обязательного медицинского страхования, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, на основе групп, объединяющих заболевания, в том числе КСГ, осуществляется во всех страховых случаях.

Формирование КПГ осуществляется на основе профилей медицинской деятельности в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры кода фонда по профилям медицинской помощи».

С введением нового норматива объема стационарной медицинской помощи (случай госпитализации вместо койко-дня) согласованные объемы медицинской помощи для каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, определяются в Тарифном



соглашении в виде количества законченных случаев лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний.

Объем финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей стационарную медицинскую помощь, осуществляется по системе КСГ (КПГ) заболеваний на основе следующих экономических параметров:

- базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи (БС);
- коэффициент относительной затратоемкости (КЗ ксг/кпг);
- поправочные коэффициенты:
 - управленческий коэффициент (КУ ксг/кпг);
 - коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи (КУСмо);
 - коэффициент сложности курации пациента (КСКП).

Никакой речи об оплате случая госпитализации как законченного случая лечения **в соответствии со СМП** в вышеуказанных НПА не идет.

Весь объем финансирования медицинской организации на год определяется как средняя стоимость законченного случая (по профилям на основе КСГ) с учетом вышеуказанных параметров, умноженная на количество случаев госпитализации в стационар (по профилям), определенное согласованным объемом медицинской помощи. И далее неважно, лечит медицинская организация по СМП или не по СМП. Главное, что медицинская организация не может выйти за пределы ее финансирования, определенные в Тарифном соглашении как согласованные для данной медицинской организации объемы медицинской помощи и объемы финансирования на год.

Одним пациентам медицинская организация может оказывать медицинскую помощь в полном объеме стандарта, другим — в меньшем объеме, третьим — в большем объеме. По медицинским показаниям, в целях достижения высокой результативности лечения.

Но в условиях избыточности составляющих СМП лечебно-диагностических меро-

приятий и лекарственных препаратов (речь идет о СМП, утвержденных на федеральном уровне), если медицинская организация будет оказывать медицинскую помощь **всем** больным в полном объеме СМП, то денег на весь год ей не хватит. Поскольку общий объем финансирования медицинской организации на год определяется исходя из **СРЕДНЕЙ** стоимости законченного случая лечения (по определенной КСГ), а не максимальной на основе СМП.

Включение в договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС обязанности медицинской организации соблюдать СМП и применять к ней штрафные санкции за несоблюдение СМП приведет к тому, что медицинская организация в итоге не будет иметь финансовых средств для обеспечения своей деятельности.

Необходимо отметить, что в законе употребляется еще понятие — «по жизненным показаниям». В соответствии с ч. 5 статьи 37 ФЗ «Об основах охраны здоровья»: «Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии».

Примером назначения и применения ЛП «по жизненным показаниям» может служить назначение ЛП при онкологических заболеваниях. Врач обязан назначать наиболее эффективные ЛП, однако в случае, если медицинской организации данное лечение (лекарственные препараты, предоставленные пациенту по жизненным показаниям на бесплатной основе) не будет оплачено (из средств бюджетов, ОМС), опять же медицинская организация останется без финансовых средств для обеспечения своей деятельности.

Разработка и утверждение СМП — это не только большая работа, но и постоянный процесс, связанный с актуализацией этих





документов. Процедура обновления СМП должна осуществляться не реже 1 раза в 2 года и быть закреплена в нормативно-правовом акте МЗ РФ. При более редкой процедуре обновления в СМП могут не попадать наиболее современные методы диагностики и лечения, которые медицинские организации уже применяют «по жизненным показаниям».

Примером могут служить многочисленные случаи клинической практики, связанные с самыми распространенными заболеваниями — болезнями системы кровообращения (в том числе инсультами, тромбозами, инфарктом миокарда), когда в утвержденных в 2012 г. на федеральном уровне СМП прописаны определенные препараты, однако за последний период были зарегистрированы новые, более эффективные лекарственные средства, позволяющие не только ускорить процесс лечения с пользой для пациента (что вписывается в правовую конструкцию оплаты по законченному случаю), но и не требующие применения некоторых процедур, прописанных в стандарте, что позволяет перераспределять выделенные на эту группу заболеваний государственные средства более рационально. В этом случае по жизненным показаниям пациент должен получить другой препарат вне рамок СМП бесплатно. Контролирующий орган при этом не должен штрафовать организацию за неприменение СМП. Применение санкций к медицинским организациям в таких случаях опять же приведет к тому, что медицинская организация в итоге не будет иметь финансовых средств для обеспечения своей деятельности.

Для более четкого регулирования вопроса применения ЛП «по жизненным показаниям», не входящих в СМП, необходимо детализировать данное понятие в законодательстве с четким определением тех случаев, когда медицинской организации оказанная медицинская помощь за пределами СМП «по жизненным показаниям» будет оплачена государством (за счет средств ОМС или бюджетов).

Таким образом, необязательность СМП в отраслевом законодательстве в сочетании с отсутствием обязательности финансирования медицинских организаций на основе СМП на сегодняшний день приводят к невозможности конкретизировать государственные гарантии бесплатности медицинской помощи. Ни сам пациент, ни медицинская организация (ни лечащий врач, ни руководитель), ни эксперты, работающие в системе ОМС — никто не может четко понять, в каком объеме (речь идет как о медицинских услугах, так и лекарственных препаратах) медицинская помощь должна оказываться пациенту на бесплатной основе.

Единственной конкретной гарантией прав граждан является закрепленное в ч. 2 статьи 80 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» ФЗ «Об основах охраны здоровья» право граждан:

«2. При оказании в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в **перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов....**»

Однако данный перечень не содержит конкретизации **медицинских услуг**, гарантируемых пациенту.

В связи с вышесказанным, несмотря на то, что СМП не являются и не могут быть в принципе строго обязательными для исполнения в любых клинических ситуациях документами, Министерство здравоохранения РФ продолжает работу по стандартизации в здравоохранении.



Литература

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Постановление Правительства РФ от 28 ноября 2014 г. № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».
4. Постановление Правительства РФ от 12 ноября 2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».
6. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
7. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
8. Приказ Федерального фонда ОМС от 14 ноября 2013 г. № 229 «Об утверждении Методических рекомендаций по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ), за счет средств системы обязательного медицинского страхования».
9. Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2014 г. № 2782-р «Об утверждении перечней жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2015 год».
10. Федеральный закон от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».
11. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 апреля 2012 г. № 73 «Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования».

UDC 614.2

Aleksandrova O.U, Nagibin O.A. *Standards of medical aid — meaning of the definition for specifying state guarantees for free drug medical aid (National Scientific Research Institute of Public Health and Healthcare Management after I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia; «Municipal polyclinic № 2», Ryazan, Russia)*

Abstract. There is analyzed an issue of specifying state guarantees for free medical aid provided to citizens with in the standard medical aid system, clinical recommendations, lists of medications. State guaranteed free medications for citizens are those mentioned in the List of vital and life critical drugs.

Keywords: standards of medical aid, list of vital and life critical drugs, state guarantees, state guarantees for free medical aid.



И.А. Гехт,

д.м.н., профессор кафедры медицинского страхования ИПО Самарского государственного медицинского университета, заслуженный врач РФ, г. Самара, Россия, geht@samtfoms.ru

Г.Б. Артемьева,

д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

УДК 614.2

Гехт И.А., Артемьева Г.Б. *О некоторых проблемах оплаты медицинской помощи с использованием клинико-статистических групп в системе обязательного медицинского страхования (СамГМУ, Самара, Россия; РГМУ, Рязань, Россия)*

Аннотация. Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом ОМС проведена важная работа по внедрению оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях стационаров, на основе сформированных клинико-статистических групп. Необходимо продолжить работу по совершенствованию предложенной системы с учетом поднятых проблем и предложений, поступающих из регионов.

Ключевые слова: клинико-статистические группы, поправочные коэффициенты, уровни оказания медицинской помощи.

Наиболее распространенным и востребованным стандартом для оценки медицинской и экономической эффективности сегодня в мире признана система диагностически родственных групп (Diagnosis Related Groups — DRG). Эта система появилась в США, когда возникла проблема оплаты медицинской помощи по федеральным программам медицинского страхования для пожилых людей (MEDICARE) и для малоимущего населения (MEDICAID).

Основой для разработки национальных версий DRG служила классификация, разработанная и принятая в США в 1982 году. Принимая во внимание различную стоимость лечения пациентов хирургического и терапевтического профилей, большинство основных диагнозов в стационарах разделено на два класса — хирургический и терапевтический. DRG хирургических больных опреде-

ляются объемом оперативного вмешательства, DRG терапевтических больных — по основному диагнозу при поступлении в больничное учреждение. Клинико-статистические группы (КСГ) в США рассчитывались без учета заработной платы врачей, но группировка проводилась с учетом этиологии и патогенеза заболеваний, применяемых медицинских технологий, содержания больничных помещений, оплаты труда среднего и младшего персонала.

Такая группировка заболеваний целесообразна в странах Европы и США, где в структуре расходов на медицинские услуги оплата труда врачей не превышает 20–25%. В РФ доля затрат на оплату труда с начислениями в структуре стоимости единицы медицинской помощи составляет 50–70%, а затраты на содержание медицинских организаций имеют значительный разброс,

© И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева, 2015 г.



что затрудняет расчет среднего группового тарифа. В такой ситуации предпочтительнее тариф на оплату медицинской помощи формировать в форме двух частей: медицинской, содержащей расходы на лечебно-диагностические мероприятия (технологической), и расходов на содержание медицинской организации, гостиничные услуги и диетическое питание, которые, как правило, привязываются к длительности пребывания пациента в стационаре.

Опыт оплаты медицинской помощи по КСГ в Самарской области начался с эксперимента по внедрению «нового хозяйственного механизма» в здравоохранение. Тогда впервые в нашей стране был применен метод подушевого финансирования с фондодержанием. Счета на оплату медицинской помощи, оказанной пациентам в стационаре, выставлялись поликлиникам в соответствии со стоимостью КСГ. Первые КСГ формировались по двум основным признакам: одинаковая стоимость койко-дня и одинаковая длительность лечения. Поэтому в первых КСГ можно было встретить болезни и травмы, относящиеся к разным классам болезней по Международной классификации болезней (МКБ), в КСГ были включены все нозологические формы, классифицированные в МКБ. В дальнейшем формирование КСГ производилось с учетом профилей коечного фонда. Всего было сформировано более 700 КСГ, отдельно для детей и взрослых.

При углубленном анализе медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, было выявлено, что в практике в течение года шифруются по МКБ примерно 1700 заболеваний и травм, а если учесть диагнозы, которые встречаются только 1–2 раза в году, используются только около 1200 диагнозов. Дальнейшая работа над КСГ предполагала использовать только их, а если встретится диагноз, не вошедший в КСГ, то его следует рассчитывать индивидуально, исходя из стоимости койко-дня соответствующего профиля и длительности лечения.

Для работы над КСГ в областном отделе здравоохранения Самарской области был создан отдел ценообразования, который впоследствии вошел в структуру Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС). Дальнейшее совершенствование КСГ осуществлялось с использованием клинических рекомендаций и протоколов ведения больных, которые были адаптированы к территориальным условиям внештатными специалистами Министерства здравоохранения Самарской области. В Рязанской области формирование КСГ началось позднее, работа над ними проводилась с использованием программного обеспечения и основывалась на методике региональной адаптации КСГ и стандартов медицинской помощи, учитывающей специфику организации и оказания медицинской помощи в регионе для формирования групповых технологических наборов по всем видам медицинской помощи и условиям ее оказания.

Любой способ оплаты медицинских услуг не лишен недостатков и рисков. Не является исключением и оплата медицинской помощи по КСГ. Классические риски применения КСГ при оплате медицинской помощи достаточно точно определены учеными-маркетологами. К ним относятся:

1. «Снятие сливок» (creming) — предпочтение в лечении пациентов, чья патология относится к более дешевым КСГ.
2. «Экономия» (skimping) — при высокой стоимости КСГ проводятся не все лечебно-диагностические мероприятия, предусмотренные протоколами ведения больных (стандартами) и клиническими рекомендациями, что приводит к снижению качества медицинской помощи.
3. «Отбрасывание» (dumping) — отказ от госпитализации «невыгодных» больных.
4. «Использование лазеек» (DRG-creep) — манипулирование диагнозами с выставлением более дорогих.

На наш взгляд, в ряде случаев для снижения рисков целесообразно использовать сочета-





ние различных способов оплаты медицинских услуг. Самарская и Рязанская области имеют опыт комбинированной оплаты медицинских услуг, в том числе и стационарной помощи при инфекционных заболеваниях. Суть его заключается в том, что в КСГ этого класса болезней из тарифа были исключены затраты на оплату труда персонала инфекционных больниц и отделений. Таким образом, оплата по счетам за пролеченных больных страховыми медицинскими организациями (СМО) компенсировала расходы на питание, медикаменты, мягкий инвентарь, а также хозяйственные расходы и расходы на содержание больниц. Сформированный годовой фонд оплаты труда выплачивался ежемесячно в размере 1/12 части. При таком способе оплаты медицинской помощи нивелировались риски недостатка финансовых средств на оплату труда медицинских работников в условиях нестабильной нагрузки пациентами на инфекционные отделения, то есть исчезла зависимость заработной платы медицинских работников от числа пациентов с инфекционными заболеваниями и экономическая мотивация инфекционных больниц и отделений в увеличении госпитализаций. В то же время сформированные на оплату медицинских услуг счета, выставленные в территориальные фонды ОМС за лечение в инфекционных стационарах иногородних больных, содержат стоимость КСГ, включающую оплату труда медицинских работников и прочего персонала.

Применение комбинированного способа оплаты медицинских услуг возможно не только в инфекционных стационарах, но и медицинских организациях других профилей. В этом случае предстоит разработать дифференцированную систему оплаты труда с учетом сложности курации пациентов и квалификации врачей.

Несмотря на то, что подавляющее большинство стран пользуется единой классификацией болезней и травм, группировки нозологических форм в них заметно различаются и числом, и структурой. Такая же картина

отмечалась до недавнего времени и в России, когда субъекты РФ самостоятельно выбирали способы оплаты медицинской помощи, принципы группировки КСГ. К этому следует добавить, что во многих регионах КСГ вообще отсутствовали. Поэтому решение Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда ОМС сформировать единые для всех регионов клинико-статистические группы можно только приветствовать. Федеральным фондом ОМС проведена большая работа по формированию и внедрению в регионах КСГ.

Вызывает некоторое сомнение, возможно ли сравнительно небольшим числом КСГ — 258 учесть основные особенности оплаты медицинской помощи, оказываемой в регионах страны. Опыт Самарской области показывает, что число КСГ, оптимально обеспечивающих оплату медицинской помощи, составляет 650–700, при этом оправдано формирование отдельных КСГ для детей по всем классам болезней. С учетом региональных особенностей организации и доступности медицинской помощи Федеральным фондом ОМС предусмотрена возможность дополнительного формирования внутри КСГ подгруппы. Формирование подгрупп в условиях значительных региональных различий здравоохранения необходимо, так как в отдельные КСГ собраны различные по технологии лечения и диагностике виды патологии, различающиеся и по длительности лечения, и по ресурсоемкости. Сформированные подгруппы заболеваний в КСГ на уровне региона не должны вызывать затруднений при межтерриториальных расчетах за оказанную медицинскую помощь, для чего их, возможно, следует согласовать с ФОМС.

Формирование КСГ с учетом профильности медицинской помощи имеет свою логику. В то же время убедительно выглядит, на наш взгляд, и группировка по классам заболеваний. Например, КСГ, включающие заболевания органов дыхания, применяются для оплаты медицинской помощи, оказанной в инфек-



ционном, пульмонологическом и терапевтическом, а также в хирургическом (торакальная хирургия) отделениях. Кстати, отнесение острых респираторных заболеваний к инфекционному профилю потребует, по-видимому, для медицинских организаций, работающих с этой патологией и не имеющих в своем составе инфекционных подразделений, их открытие с получением соответствующих лицензий. В то же время пациенты с одним и тем же диагнозом могут лечиться в отделениях различных профилей, например: больные с сотрясением мозга могут лечиться в нейрохирургическом, неврологическом, хирургическом, травматологическом отделениях. Аналогичная картина наблюдается при госпитализации пациентов с сосудистой патологией (нарушением мозгового кровообращения), получающих медицинскую помощь, помимо специализированных сосудистых центров и отделений, в кардиологических, неврологических, нейрохирургических, а иногда и терапевтических отделениях. Это говорит в пользу формирования КСГ по классам болезней и травм с указанием профиля отделений, в которых может лечиться пациент с указанной нозологической формой.

Расчет стоимости КСГ также имеет свои проблемы. Наш 25-летний опыт формирования и применения КСГ свидетельствует о больших сложностях включения в стоимость КСГ затрат на оплату коммунальных услуг, связи, транспорта, приобретение оборудования, содержания медицинских организаций. Различия медицинских организаций по перечисленным затратам слишком велики. В этом случае в КСГ будут сгруппированы несопоставимые показатели, их усредненные величины не смогут отразить истинную потребность в финансовых средствах на указанные цели отдельных медицинских организаций. В предшествующие периоды работы с КСГ достаточно успешно нами был использован метод выставления двух счетов или одного счета, состоящего из двух частей, на оплату медицинской помощи пациенту,

оказанной в стационарных условиях: **1)** счета по стоимости КСГ и **2)** счета за расходы на содержание медицинской организации (гостиничные услуги), рассчитанного по индивидуальным дифференцированным нормативам с учетом длительности пребывания пациента в стационаре.

Не вызывает сомнений необходимость коэффициентов относительной затратоемкости. Вызывает уважение большой труд разработчиков нормативных документов и методических материалов, касающихся КСГ, сумевших в короткие сроки рассчитать для всех КСГ и профилей болезней эти коэффициенты. Однако категоричное положение об их применении запрещает расчет этих коэффициентов на региональном уровне. Например, в Самарской области коэффициент затратоемкости по профилю «Онкология» составляет 2,05, федеральный же норматив — 2,24. Это означает, что среднюю стоимость лечения онкологической патологии при формировании КСГ необходимо увеличить на 9%. В Самарской области функционирует мощный онкологический центр, использующий современные лечебно-диагностические технологии, в котором активно применяются новые организационные технологии: дневные стационары для долечивания и реабилитации, хирургия одного дня и т.д., что позволило снизить стоимость лечения. Внедрение разработанных на федеральном уровне КСГ приведет к увеличению стоимости указанной патологии и корректировке ее управленческим коэффициентом для адаптации затрат к оптимальным показателям.

Противоположная картина отмечается при формировании стоимости лечения глазных болезней. В Самарской области развернуты офтальмологические койки в современной Областной клинической офтальмологической больнице им. Т.И. Ерошевского, крупных многопрофильных областных и городских больницах и частных клиниках, работающих в системе ОМС, в которых используются современные технологии. Поэтому коэффициент затрато-





емкости при расчете стоимости глазных болезней в Самарской области составляет 12 098 при федеральном коэффициенте 0,92. В этом случае также необходима корректировка стоимости: снижение ее на 19% с последующим использованием управленческого коэффициента. Возможность обоснованной (в соответствии с клиническими протоколами, учитывающими все особенности диагностических и лечебных технологий на территории) корректировки коэффициента относительной затратно-емкости на региональном уровне по правилам, установленным для всех регионов Федеральным фондом ОМС, позволила бы избежать широкого использования управленческого коэффициента.

Применение управленческих коэффициентов, безусловно, оправдано для стимулирования развития и внедрения новых технологий. Возможность же их использования для поддержания отдельных медицинских организаций, у которых не хватает финансовых ресурсов, или ограничения в размере финансовых поступлений других медицинских организаций создают возможность решения проблем не организационно-экономическими, а административными методами. Кроме того, наш опыт применения КСГ предостерегает от опасности резкого увеличения объемов медицинской помощи в рамках тех КСГ, в которых увеличивается стоимость оплаты нозологических форм.

Широкое применение коэффициента сложности курации тоже несет в себе определенные риски. Здесь вряд ли оправданы усредненные показатели для КСГ, больше подходит индивидуальный подход. Но при этом нужно будет учесть ряд факторов. Во-первых, присвоение этих коэффициентов должно будет контролироваться (лучше ТФОМС и СМО). Во-вторых, целесообразно для этих целей иметь определенный резерв финансовых средств. В-третьих, при формировании по всем классам болезней «детских» КСГ отпадет необходимость в применении этого коэффициента при лечении детей, в том числе в возрасте до 4 лет. В-четвертых, применение коэф-

фициента сложности курации может быть ограничено при оплате медицинской помощи пациентам старших возрастных групп, если при активном и эффективном лечении сопутствующих заболеваний в соответствии с клиническими протоколами (стандартами) оно будет оплачиваться по дополнительному счету, содержащему стоимость сопутствующего заболевания по соответствующей КСГ за вычетом расходов на питание и содержание больницы (гостиничные услуги), которые заложены в основном счете. Сейчас выписка второго счета по другому КСГ в связи с сопутствующими болезнями разрешена только при переводе пациента в другое отделение.

Является важным и обоснованным разделение всех медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара, на уровни. В то же время обязательное применение уровневых коэффициентов не бесспорно. Пациенты с одной и той же патологией могут лечиться в соответствии с клиническими протоколами (стандартами) в учреждениях разного уровня, при этом стоимость лечения будет различной. Особенно это заметно на рутинных методах лечения, применяемых при легкой патологии в учреждениях третьего уровня. На наш взгляд, стоимость одного и того же заболевания, где бы не получал медицинскую помощь пациент, должна быть одинаковой во всех медицинских организациях, если выполнен соответствующий стандарт.

По нашему опыту преискурранты на медицинские услуги содержат для каждой КСГ указание на уровень оказания медицинской помощи. СМО, оплачивая медицинские услуги, оказанные в стационаре, контролируют соответствие уровня лечебного учреждения выставленной для оплаты КСГ.

При несоответствии уровня медицинской организации выставленному счету за медицинскую услугу по КСГ, отнесенной к другому уровню, СМО, проводя медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи, выясняет, почему данная услуга была оказана в этом учреждении. Если установ-



ливается, что помощь оказана по экстренным показаниям и при этом полностью выполнен медико-технологический стандарт (клинический протокол), то услуга может быть оплачена полностью в соответствии с прейскурантом. При выявлении СМО нарушений возможно применение понижающего коэффициента, наложение финансовых санкций за допущенные дефекты. Таким образом, медицинские организации соответствующего уровня должны быть заинтересованы в лечении пациентов с болезнями, отнесенными именно к этому уровню.

Некоторые медицинские организации более высокого уровня могут быть заинтересованными в выполнении финансового плана по доходам, оказывая медицинскую помощь пациентам с относительно легкой и менее ресурсоемкой патологией, которые могут получать медицинские услуги в медицинских учреждениях более низкого уровня. Такая ситуация может привести при выполнении финансовых

показателей к значительному превышению объемов медицинской помощи по сравнению с нормативно установленными. Медицинские организации, отнесенные к высокому уровню, имеющие современное оснащение и высококвалифицированные кадры, владеющие современными медицинскими технологиями, должны, на наш взгляд, оказывать медицинскую помощь пациентам со сложной патологией, имеющей более высокую стоимость.

Таким образом, следует признать большую и важную работу, проведенную Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом ОМС по внедрению оплаты медицинской помощи по законченному случаю на основе сформированных КСГ. В свою очередь развитие здравоохранения требует постоянного совершенствования методологии, в том числе и формирования КСГ, существенную помощь в этом могут оказать предложения, поступающие из регионов.

Литература

1. Гехт И.А., Арьемьева Г.Б. Некоторые методологические аспекты реализации закона «Об обязательном медицинском страховании» на региональном уровне. — Самара, 2011. — 108 с.
2. Гехт И.А., Арьемьева Г.Б. О некоторых методических подходах к организации медицинской помощи, формированию стоимости медицинских услуг и их оплате в региональной системе обязательного медицинского страхования. — Самара, 2013. — 144 с.
3. Пирогов М.В., Арьемьева Г.Б. Стандартизация как основа совершенствования организационно-экономических аспектов регионального здравоохранения. — Рязань, 2012. — 270 с.
4. Хафизьянова Р.Х., Бурыкин И.М., Алеева Г.Н. Совершенствование способов оплаты медицинской помощи на основе федеральных стандартов и клинко-статистических групп. — Казань: Издательство «Отечество», 2012. — 64 с.
5. Шишкин С.В. Реформы финансирования российского здравоохранения. — М., 2000. — 444 с.
6. Busse R., Schreyogg J., Smith P. Hospital case payments system in Europe//Health Care Manag Shi. — 2006. — Vol. 9. — № 3. — P. 211–213.
7. Simborg D. DRG-creep a new hospital-acquired disease//N. Engl. J. Med. — 1981. — Vol. 304. — № 26. — P. 1602–1604.

UDC 614.2

Geht I.A., Artemjeva G.B. *Regarding certain issues on payment for medical aid with the usage of clinical-static groups in the system of mandatory medical insurance (Samara State Medical University, Samara, Russia; Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia)*

Abstract. Russian Ministry of Health Care and Federal Fund of Mandatory Medical Insurance system completed an important project on implementing paid medical services, delivered in conditions of in-patient facilities, on the basis of for medclinic-static groups. It is necessary to continue the work on enhancing the proposed system with consideration of raised issues and proposals, coming from the regions.

Keywords: clinic-static groups, modifying factors, levels of medical aid provision.



Л.В. Руголь,

Министерство здравоохранения Московской области, г. Красногорск МО, Россия
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации
здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, rugollv@mail.ru

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 614.2

Руголь Л.В. *Новые технологии повышения качества и доступности амбулаторной медицинской помощи* (Министерство здравоохранения Московской области, г. Красногорск МО, Россия; ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия)

Аннотация. Минздравом Московской области инициирован конкурс детских поликлиник. Разработаны и утверждены стандарт организации работы детских поликлиник, критерии оценки, график проведения конкурса и состав комиссии. Руководителям органов управления здравоохранением муниципальных образований и руководителям учреждений здравоохранения был предоставлен подготовительный период, в ходе которого в поликлиниках создавались комфортные условия получения медицинских услуг, организовывались регистратуры «нового типа» в открытом доступе, внедрялись информационные технологии, работа дежурных администраторов, регулярное анкетирование посетителей и персонала. Конкурс позволил поднять на более высокий уровень доступность и качество предоставляемой амбулаторной помощи населению, сократить очереди в регистратуру и время ожидания приема врача, повысить удовлетворенность населения медицинской помощью.

Ключевые слова: комфортность предоставления медицинских услуг, конкурс поликлиник, критерии оценки, рейтинги, стандарт организации работы, анкетирование.

В современном обществе немаловажным фактором удовлетворенности населения социальными услугами, в частности, медицинской помощью, являются условия получения услуг, благоприятные межличностные взаимоотношения пациента и его законного представителя с медицинскими работниками.

В целях создания мотивации к повышению качества, доступности и культуры первичной медицинской помощи детям, создания комфортных условий получения медицинской помощи, распространения передовых форм и методов работы амбулаторно-поликлинических подразделений Министерством здравоохранения Московской области было принято решение о проведении областного конкурса «Лучшая детская поликлиника Московской области».

Рабочей группой по разработке стандарта организации работы детских поликлиник и критериев их оценки, в состав которой входил и автор, был подготовлен проект приказа Минздрава Московской области, который лег в основу внедрения стандарта организации работы не только детских, но в дальнейшем и поликлиник для взрослого населения.

Приказом Минздрава Московской области от 29.10.2013 № 1827 было утверждено Положение о конкурсе детских поликлиник, включающее критерии оценки, стандарт оформления и организации деятель-

© Л.В. Руголь, 2015 г.



ности детских поликлиник, а также состав комиссии по подведению итогов и график проведения конкурса.

Стандарт оформления и организации работы детской поликлиники включал 7 блоков:

- стандарт внешнего благоустройства;
- стандарт внутреннего благоустройства;
- стандарт оформления холла и зон ожидания;
- стандарт оформления и организации работы регистратуры;
- стандарт организации предоставления информации;
- стандарт благоустройства кабинета врача;
- стандарт оформления сайта учреждения.

Стандарт внешнего благоустройства предполагал путь от остановки общественного транспорта до поликлиники не более 10 мин, обустройство ограждения территории, организацию автомобильной парковки для пациентов, оборудованной площадки для детских колясок, наличие пешеходных дорожек с твердым покрытием, хорошую освещенность территории в темное время суток, доступность входа в поликлинику для маломобильных групп населения, оформление фасада здания, наличие вывески с логотипом учреждения и графиком работы.

Стандарт внутреннего благоустройства включал определенное эстетическое оформление интерьера внутренних помещений, доступность всех подразделений поликлиники для маломобильных групп населения, наличие охраны, дежурного администратора, гардероба, кафе или буфета и/или кофе-автомата, кулера с питьевой водой, оснащение помещений аудио- и видеоаппаратурой. Предлагался единый стиль одежды для медперсонала, наличие эмблемы (логотипа) учреждения на бланках, рабочей одежде.

Стандарт оформления холла и зон ожидания включал наличие достаточного количества мест для сидения, столов для записей, журнальных столиков с периодической печатной продукцией, пеленальных столиков, орга-

низацию игровых зон для детей, оформление информационных стендов по здоровому образу жизни, гражданской обороне и т.п., оснащенность зон ожидания музыкальной и видеоаппаратурой с возможностью демонстрации мультфильмов и роликов, наличие урн на каждом этаже. Музыка должна помочь снять напряжение или раздражение, переключить и превратить ожидание в отдых.

Стандарт оформления и организации работы регистратуры предполагал организацию работы регистраторов в открытом доступе за стойкой, наличие не менее 3-х телефонных номеров, рациональную логику организации работы, внедрение электронной регистратуры, установку информационных киосков рядом с регистратурой.

Стандарт организации предоставления информации предполагал через разные формы ее предоставления исчерпывающий объем. Необходимым условием соответствия этому стандарту являлось наличие современных информационных стендов с размещением на них полной информации об учреждении, о медицинских работниках, графике работы, контактах, распределении домов по участкам, поэтажном плане расположения кабинетов специалистов, о кабинете и времени приема главного врача и старшей медсестры, о вышестоящих и контролирующих организациях, о возможности получения медицинской помощи в рамках Программы госгарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, о перечне льготных лекарственных препаратов, правах пациентов и правилах записи на первичный прием или консультацию, о порядке обслуживания льготных категорий детей и семей. Предполагалось наличие информационной новостной ленты, мониторов в холле и зонах ожидания, информационных киосков, брошюр, сайта учреждения. До посетителей поликлиники должна быть доведена информация о порядке приема претензий по качеству медицинской помощи.

Стандарт благоустройства кабинета врача предполагал наличие на дверях каби-





нетов табличек с указанием Ф.И.О. врача и его специальности, оснащение рабочего места медицинских работников компьютером, наличие медицинского оборудования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по специальностям, эстетическое оформление кабинета с наличием игрушек, справочного материала и научно-популярной литературы для родителей и детей.

На сайте учреждения должна иметься полная информация о структуре учреждения, графике работы и услугах, контактах, правах пациента. Предполагалась организация на сайте странички главного врача с указанием графика личного приема, возможности электронной записи на прием к врачам, организация форума пациентов для обмена информацией об учреждении и специалистах.

Конкурс был разделен на три этапа. На первом этапе поликлиникам была предоставлена возможность осуществить ряд мероприятий по созданию условий открытости, доступности и комфортности предоставления амбулаторной медицинской помощи детям. В их число входило эстетичное оформление фасада поликлиники и интерьера помещений, организация удобных зон ожидания с размещением видеомониторов, игровых зон для детей, установка кофе-автоматов и кулеров с питьевой водой в зонах ожидания, благоустройство санитарных комнат с наличием необходимых предметов гигиены. Обязательным условием соответствия стандарту организации работы было благоустройство территории поликлиники с наличием ограждения или живой изгороди, цветников, организацией оборудованной автомобильной парковки и доступного входа для маломобильных групп населения, наличием остановки общественного транспорта не более чем в 10-минутной ходьбе.

Немаловажным моментом создания условий открытости и доступности в подготовительный период являлась организация регистратур типа «Open Space», дежурных администраторов при входе, установка информа-

тов с целью возможности получения необходимой пациенту информации и самостоятельной записи к врачу.

Для организации работы по внедрению стандарта и контроля за его внедрением органам управления здравоохранением в муниципальных образованиях необходимо было утвердить состав общественного совета, куда входили представители общественности и различных организаций.

Были заключены соглашения о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Московской области и Администрацией муниципальных образований (форма была представлена в приложении к приказу), утверждены «дорожные карты» внедрения стандарта по каждой поликлинике, согласованные с Министерством.

В ходе проведения конкурса на основе здоровой конкуренции между детскими поликлиниками внедрялись новые управленческие технологии, распространялись передовые формы и методы работы, получили развитие новые формы профессионального общения.

По завершении подготовительного периода конкурса во многих поликлиниках были завершены косметические ремонты, благоустроены внутренние помещения и территории поликлиники, оборудованы игровые зоны для детей и детские площадки на территориях поликлиник. Практически во всех поликлиниках появились электронные регистратуры с возможностью записи на прием к врачу через Интернет, во многих поликлиниках рабочие места врачей были оборудованы компьютерами, что позволило осуществлять записи пациентов к специалистам и на обследования по системе «врач-врач».

Были налажены различные формы обратной связи с населением. В некоторых поликлиниках это были визуальные формы, где по количеству в сосудах фишек определенного цвета руководитель мог оперативно определить, как оценивают посетители работу поликлиники в конкретный день и час; в других — по типу прямого почтового ящика руко-



водителя органа управления здравоохранением территории по приему претензий и предложений от населения.

Во всех поликлиниках были созданы Интернет-сайты с возможностью не только получить необходимую информацию об учреждении на сайте, записаться на прием к врачу, но и оставить обращение, задать вопрос руководителю, на многих сайтах были организованы форумы для обмена пациентов информацией об учреждении и специалистах, возможностью оставить отзыв об учреждении.

После завершения в течение 4 месяцев подготовительного периода был проведен отборочный конкурс в муниципальных образованиях с участием общественных советов, по результатам которого были выдвинуты кандидаты для участия во втором этапе отборочного тура на окружном уровне. В тех муниципальных образованиях, где поликлиника была в единственном числе, подготовительный период конкурса, по сути, продлевался еще на месяц.

Второй этап конкурса проводился в медицинских округах Московской области, ответственность за него возлагалась на председателей Координационных советов медицинских округов.

По итогам второго этапа конкурса в каждом медицинском округе были определены победители: по 3 кандидата на присвоение звания «Лучшая детская поликлиника Московской области» и кандидаты в призеры по номинациям:

- лучшая регистратура;
- лучший кабинет здорового ребенка;
- лучшее подразделение медицинской реабилитации;
- лучшая детская поликлиника по организации и проведению Дня здорового ребенка;
- лучшая детская поликлиника по пропаганде здорового образа жизни;
- лучшая детская поликлиника по благоустройству;
- лучшая детская поликлиника по внедрению информационных технологий.

Специально для наглядности и открытости конкурса Министерством был разработан и внедрен портал «Здоровое Подмосковье», который позволял формировать рейтинги учреждений. Всего было создано три рейтинга: гражданский, профессиональный и экспертный. Гражданский рейтинг формировался на основе мнения пациентов путем опроса на сайте, профессиональный — на основе самооценки показателей деятельности медицинской организации и экспертный — на основе совокупной оценки организации работы поликлиники комиссией Минздрава Московской области с участием независимых экспертов. У каждой медицинской организации на портале была создана карточка, содержащая подробную информацию об учреждении. В режиме реального времени можно было проследить все оценки учреждений, а также информацию о проблемах и сроках их решения.

Принцип построения рейтинга заключался в следующем: 100–75% реализации стандарта (зеленая зона); 75–50% реализации стандарта (желтая зона); 50% и ниже реализации стандарта (красная зона).

В начале марта был обнародован предварительный рейтинг детских поликлиник по результатам данных портала. Медучреждения оценивались на портале по многим параметрам. Учитывались благоустройство поликлиники, вежливость персонала, доступность регистратуры, время нахождения пациента в очереди к врачу и многое другое.

Жители области принимали активное участие в обсуждении поликлиник на форумах, выставляли оценки поликлиникам и на портале. Ход конкурса освещался в средствах массовой информации. Корреспонденты областных газет, радио- и телевидения посещали адреса поликлиник, которые можно было назвать «горячими точками» виртуальных комментариев.

Корреспондентами отмечались разительные перемены детских поликлиник области, но фиксировалась и другая тенденция, когда учреждения набирали баллы на благоустрой-



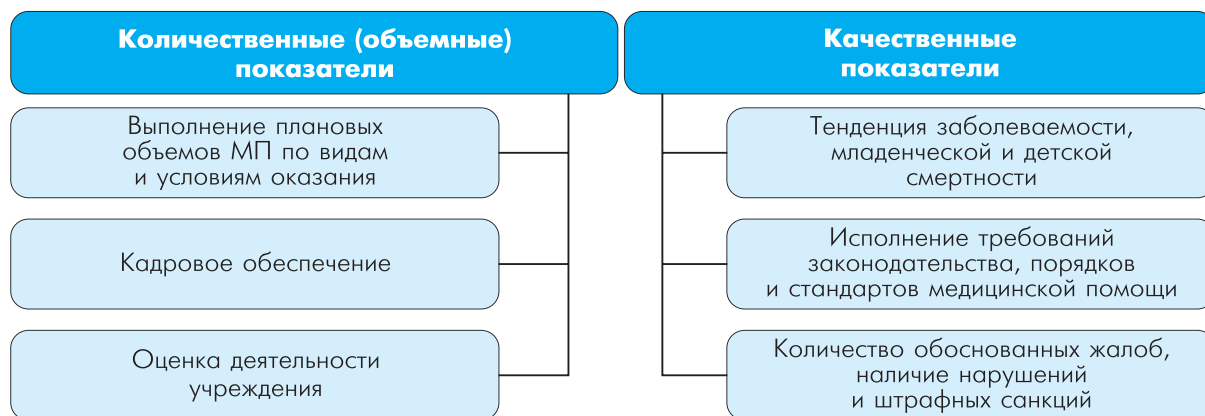


Рис. 1. Оценка показателей основной деятельности и качества медицинской помощи

Оценка сроков предоставления услуг	Образец карточки для заполнения родителями по 5 бальной системе
• Время нахождения в очереди на прием не более 20 мин	• Отсутствие посторонних во время приема
• Время на приеме	• Оценка доброжелательности
• Ожидание планового приема специалиста не более 14 дней	• Оценка внимательности
• Срок повторного приема врача в днях после первичного до 7 дней	• Оценка вежливости
• Отсутствие отказов в необходимых исследованиях	• Оценка доступности и полноты объяснений специалиста

Рис. 2. Оценка родителями ведения приема и взаимодействия с персоналом

стве, но попадали в лидеры по нареканиям жителей на огромные очереди, нехватку специалистов, нарушение этических норм. И это заставляло руководителей решать насущные проблемы повышения качества и доступности медицинской помощи.

На завершающем, 3-м этапе, конкурса созданная приказом Министерства здравоохранения Московской области комиссия осуществляла выездные проверки поликлиник-кандидатов в победители и призеры в номинациях, а также выборочные проверки остальных поликлиник.

В подведении итогов конкурса был использован мультифакторный подход. Оценка деятельности учреждений осуществлялась на основании критериев, включающих в себя

не только оценку условий организации работы поликлиники, но и оценку оснащенности и качества оборудования, укомплектованность медицинскими кадрами и профессионализм персонала, качество лечения и показатели основной деятельности (предусмотренных официальными статистическими формами) (рис. 1).

Комиссией учитывались результаты анкетирования посетителей поликлиники по оценке условий и ведения приема, взаимоотношений медперсонала, взаимодействия с медперсоналом, оценке сроков предоставления медицинских услуг, времени ожидания приема, а также результаты анкетирования медперсонала по оценке взаимодействия его с руководством (рис. 2)



1. По условиям оказания медицинской помощи: — макс. число баллов — 245 — число показателей — 72	2. По показателям основной деятельности учреждения: — макс. число баллов — 120 — число показателей — 28
Оценка внедрения стандартов: — внешнего благоустройства — внутреннего благоустройства — оформления холла и зон ожидания — оформления и организации работы регистратуры — организации предоставления информации — благоустройства кабинета врача — оформления сайта учреждения	Оценка: — количественных показателей основной деятельности (на основании годовых статистических форм) — качества медицинской помощи (соблюдение требований протоколов и стандартов лечения)
Максимальное количество баллов — 365	

Рис. 3. Критерии оценки деятельности детских поликлиник

На заключительном этапе конкурса для повышения объективности оценки в комиссию по подведению итогов конкурса были привлечены представители общественных организаций, родительских ассоциаций, уполномоченный по правам ребенка в Московской области.

Таким образом, параллельно с оценкой внедрения комфортных условий предоставления медицинских услуг комиссией осуществлялась оценка эффективности и качества работы поликлиник, в результате формировался экспертный рейтинг, на основе которого и были определены победители конкурса (рис. 3).

Победители были выбраны на основе анализа представленных конкурсантами материалов, актов экспертной комиссии по результатам выездных проверок путем голосования членов комиссии.

Победителями конкурса были признаны три поликлиники, использующие наиболее эффективные организационные подходы к обеспечению качества и доступности амбулаторной медицинской помощи, создавшие наиболее комфортные условия для получения медицинских услуг и оказавшиеся наиболее доброжелательными к детям и родителям.

Торжественная церемония награждения победителей была проведена на семинаре по эффективному управлению поликлиника-

ми с международным участием в июле 2014 года. Победителям и призерам были вручены сертификаты на приобретение современного медицинского оборудования экспертного класса.

В результате внедрения стандарта организации работы поликлиник заметно улучшился внешний облик медицинских учреждений, во всех поликлиниках были пристроены пандусы, организованы удобные зоны ожидания, установлены кулеры и/или кофе-автоматы, организована работа дежурных администраторов, в 105 детских поликлиниках из 146 организованы новые регистратуры с открытым доступом. Во всех поликлиниках созданы Интернет-сайты и появилась 100%-ная возможность записи на прием через Интернет, а в большинстве поликлиник — и через инфомат. Возможность электронной записи к врачу, использование инфоматов и внедрение современного способа записи «врач-врач» позволили снизить время ожидания в регистратуре в три раза. Значительно повысилась удовлетворенность населения медицинскими услугами, что отразилось на динамике рейтинга поликлиник. По данным портала «Здоровое Подмосковье», на 01.12.2013 в зеленой зоне находилось 18% детских поликлиник области, 48% в желтой зоне и 33% — в красной, а на момент





1.

- Повышение качества, доступности медицинской помощи на поликлиническом этапе и удовлетворенность населения муниципальных образований услугами сферы здравоохранения

2.

- Публичные обсуждения рейтингов медицинских учреждений муниципальных образований в электронных средствах массовой информации, Интернете: на Портале «Здоровое Подмосковье» www.zdravmo.ru

3.

- Разработка экономически обоснованных программ совершенствования деятельности и укрепления материально-технической базы медицинских учреждений на 2014–2016 годы

4.

- Внедрение новых управленческих решений и современных медицинских технологий
- Развитие новых форм профессионального общения
- Распространение передовых форм и методов работы

5.

- Проведение независимого мониторинга
- Создание конкурентной среды среди муниципальных медицинских учреждений

Социальный эффект реализации проекта

Рис. 4. Эффект внедрения стандарта организации работы поликлиник

подведения итогов конкурса — уже 73% поликлиник находились в зеленой зоне, причем большинство из них имели довольно высокие баллы — более 85% из 100, 18% в желтой и только 6% — в красной.

Анализ результатов анкетирования посетителей поликлиник, находящихся в зеленой зоне, показал рост удовлетворенности с 33–40 до 70–87%; находящихся в желтой зоне — с 28–35 до 52–68%.

По аналогии с конкурсом детских поликлиник несколькими месяцами позднее был проведен конкурс поликлиник для взрослых, регламентированный приказом Министерства здравоохранения Московской области от 20.01.2014 № 29 «О проведении областного конкурса «Лучшая поликлиника Московской области». В результате проведения данного конкурса были определены три лучших поликлиники для взрослых и призеры в номинациях:

— лучший центр здоровья для взрослого населения;

— лучшая регистратура;

— лучшее подразделение медицинской профилактики;

— лучшая поликлиника по пропаганде здорового образа жизни;

— лучшая поликлиника по благоустройству;

— лучшая поликлиника по внедрению информационных технологий.

Участие в конкурсах поликлиник стимулировало творческий потенциал коллективов. В процессе внедрения стандарта организации работы поликлиник шире стали использоваться современные достижения медицинской науки и техники, повысилась доступность амбулаторной специализированной медицинской помощи, улучшился психологический климат в коллективах, повысилась культура оказания медицинской помощи, более доброжелательным стало отноше-



ние медицинских работников к пациентам и их законным представителям. Все это в совокупности на несколько ступеней подняло качество организации амбулаторной

медицинской помощи, повысило удовлетворенность населения области медицинской помощью, дало стимул к дальнейшему совершенствованию (рис. 4).

PS:

Опрос родителей Центром обеспечения информацией «Энергия» Федеральной службы охраны РФ (январь 2014)		Анкетирование в поликлиниках в Клину, Солнечногорске, Луховицах, Химках, Железнодорожном в мае–июне 2014:	
Причины недовольства родителей	%	Причины недовольства	%
Нехватка м/работников	74,3	Работа регистратуры	3,5–5
Трудности с записью	61,4	Длительное ожидание приема	14–18
Ожидание приема более 20мин	50,5	Трудности с записью	4–9
Работа регистратуры	11,9	Кадровый дефицит	4–17



Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения Московской области от 29.10.2013 № 1827 «О проведении областного конкурса «Лучшая детская поликлиника Московской области».
2. Приказ Министерства здравоохранения Московской области от 20.01.2014 № 29 «О проведении областного конкурса «Лучшая поликлиника Московской области».
3. Материалы I Форума медицинских работников Московской области «Здравоохранение Московской области. Путь к лидерству». Красногорск, 21 марта 2014 года.
4. Материалы Международной конференции по повышению эффективности первичного звена в здравоохранении Подмосквья, Красногорск, 23–24 июля 2014 года.

UDC 614.2

Rugol L.V. *New technologies for enhancing quality and accessibility of ambulatory medical aid* (Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Russian Ministry of Health Care Development, Moscow, Russia)

Abstract. Healthcare Ministry of Moscow region initiated a contest among children's polyclinics. There were developed and adopted standards for children's polyclinics management, criteria for evaluation, time schedule for running the contest and membership of the committee. Chief executives of healthcare regulatory bodies were given an advancing timeframe, which allowed them to create comfortable conditions for providing medical aid services.

The contest allowed to reduce queues to registration desk and the waiting time for a doctor's appointment, increase satisfaction rate with the quality of medical aid among the population.

Keywords: comfortable conditions when providing medical aid services, contest of polyclinics, criteria for evaluation, ratings, management standards, questionnaire survey.



М.Г. Москвичева,

д.м.н., проректор по дополнительному профессиональному образованию и взаимодействию с учебно-производственными базами, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения факультета дополнительного образования ГБОУ ВПО ЧелГМА, г. Челябинск, Россия

Ю.А. Семенов,

к.м.н., главный врач ГБУЗ «Областной перинатальный центр», г. Челябинск, Россия

Ю.А. Шумаков,

зав. отделением ультразвуковой диагностики ГБУЗ «Областной перинатальный центр», г. Челябинск, Россия

С.Ю. Шумаков,

врач УЗД-отделения ультразвуковой диагностики ГБУЗ «Областной перинатальный центр», г. Челябинск, Россия

Е.С. Матвеева,

врач УЗД-отделения ультразвуковой диагностики ГБУЗ «Областной перинатальный центр», г. Челябинск, Россия

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

УДК 614.2

Москвичева М.Г., Семенов Ю.А., Шумаков Ю.А., Шумаков С.Ю., Матвеева Е.С. Организация пренатальной диагностики врожденных пороков развития и наследственной патологии в Челябинской области (ГБУЗ «Областной перинатальный центр», г. Челябинск, Россия)

Аннотация. Представлен опыт организации и проведения дородовой диагностики врожденных пороков развития в Челябинской области за период 2007–2012 гг. Отражены изменения в организации пренатальной диагностики в Челябинской области. Рассмотрена актуальность выявления врожденных пороков развития и наследственной патологии во время беременности.

Ключевые слова: пренатальная диагностика, врожденные пороки развития, Челябинская область.

По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, количество родов увеличилось с 1 753 587 в 2011 г. до 1 863 439 в 2012 г. Такая же тенденция прослеживается и в Челябинской области, в 2011 г. количество родов составило 47 395, а в 2012 г. — 47 969 [1].

По данным Росстата, уровень младенческой смертности (МС) в России по новым критериям рождения составил в 2012 г. 8,7 на 1000 родившихся (при показателе 7,4 в 2011 г., учитывавшем умерших детей с весом 1000 г), то есть увеличился на 17,6% [1]. В Челябинской области данные показатели практически такие же и составили в 2011 г. — 7,5 на тысячу родившихся живыми, а в 2012 г. — 8,7, увеличение произошло на 16%.

Уровень перинатальной смертности в РФ, по данным Росстата, увеличился с 7,16 в 2011 г. до 10,0 на 1000 родившихся живыми и мертвы-



ми в 2012 г. (на 39,7%): показатель мертворождаемости — с 4,49 до 6,34‰ (на 41,2%), а ранней неонатальной смертности — с 2,67 до 3,6‰ (на 34,8%) [1]. В Челябинской области в 2012 году зарегистрирован показатель перинатальной смертности 11,3‰, показатель мертворождаемости — 7,3‰, показатель ранней неонатальной смертности — 4,0‰.

Ведущим компонентом в структуре младенческой смертности по России и Челябинской области являются болезни перинатального периода, а второе место стабильно занимают врожденные пороки развития, которые являются наиболее управляемыми в плане снижения неонатальных потерь.

Пrenатальная диагностика врожденных пороков развития и наследственных заболеваний позволяет существенно снизить перинатальные потери и уменьшить число больных с тяжелыми инвалидизирующими заболеваниями. Однако достигнуть хороших результатов можно только в том случае, если существует четко организованная служба пренатальной диагностики, в которой объединяются усилия медицинских генетиков, акушеров-гинекологов, специалистов по биохимической и цитогенетической лабораторной диагностике, а также врачей ультразвуковой диагностики [2, 3].

Цель исследования — провести анализ эффективности организационных мероприятий пренатальной диагностики в Челябинской области. Для ее достижения необходимо было оценить эффективность организации пренатальной диагностики и провести анализ результатов деятельности отделений пренатальной диагностики в Челябинской области. Материалом исследования явились годовые отчеты межрайонных отделений пренатальной диагностики Челябинской области за 2007–2012 годы.

До 2009 г. работа службы пренатальной диагностики Челябинской области регламентировалась Приказом МЗ РФ от 28.12.2000 № 457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наслед-

ственных и врожденных заболеваний у детей», но в связи с внедрением новых технологий и повышением требований к качеству пренатальной диагностики возникла необходимость создания новых организационных мероприятий.

В 2009 году на основании Приказа Министерства здравоохранения Челябинской области от 31.07.2009 № 867 «Об организации межрайонных отделений пренатальной диагностики в Челябинской области» проведена реорганизация службы с созданием трехуровневой системы:

- I уровень — кабинеты пренатальной диагностики женских консультаций, где проводятся III скрининг и прочие ультразвуковые исследования в акушерстве;

- II уровень — 18 межрайонных отделений пренатальной диагностики, основной задачей которых является раннее выявление врожденных пороков развития плода, наследственных заболеваний и хромосомных аномалий на сроках 11–13 недель 6 дней и 18–21 недели беременности, во всех отделениях ультразвуковой диагностики внедрен современный программный продукт Adopto (автоматизированное рабочее место врача пренатальной диагностики). Эффективность проведения первого скрининга определяется программно-аппаратным продуктом расчета риска рождения детей с врожденными и наследственными заболеваниями Astraia. 85% отделений оснащены аппаратами экспертного класса;

- III уровень — отделение ультразвуковой диагностики государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной перинатальный центр» (ГБУЗ «ОПЦ»), основной задачей которого являются проведение экспертных обследований, инвазивная пренатальная диагностика и совместно с перинатальными консилиумами, определение тактики ведения беременности с врожденными пороками развития и врожденными наследственными заболеваниями плода. Ежегодно с целью повышения квалификации специали-





Таблица 1

Показатели работы службы пренатальной диагностики за период 2007–2012 гг.

Показатель \ год	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Доля ВПР в структуре МС	28,0	24,7	24,67	18,7	19,3	19,5
Не диагностированные ВПР	29,02%	23,79%	20,20%	17,90%	12,90%	11,40%
Эффективная диагностика ВПР	51,96%	61,20%	63,08%	69,70%	72,50%	70%
Эффективная диагностика пороков сердца плода	44%	57%	60%	65%	62,10%	64,30%
Доля пороков сердца в структуре ВПР	34,50%	29,00%	23,40%	29,20%	31,10%	28,70%
Не диагностированные пороки сердца	41%	29%	22%	27%	18,80%	13,70%

стов пренатальной диагностики проводятся циклы обучения совместно с кафедрой ультразвуковой диагностики Южноуральского государственного медицинского университета, конференции с участием ведущих специалистов России и зарубежных специалистов.

В рамках национального проекта «Здоровье» в 2012 г. вышел Приказ МЗ Челябинской области от 28.05.2012 № 754 «О мерах по снижению рождения детей с врожденными и наследственными заболеваниями на территории Челябинской области», согласно которому была организована «Клиника одного дня» на базе медико-генетической консультации ГБУЗ «ОПЦ» для обеспечения своевременного проведения комплексного скринингового исследования в первом триместре беременности женщинам группы высокого риска по хромосомной патологии и врожденным порокам развития плода, проведения компьютерной оценки степени риска наличия у плода хромосомных заболеваний по алгоритму Fetal Medicine Foundation (Фонд медицины плода), проведения генетического консультирования и инвазивной пренатальной диагностики беременным. В Челябинской области в семи межрайонных отделениях пренатальной диагностики (МОПД) были приобретены биохимические анализаторы Delfia Xpress для проведения биохимического скрининга первого триместра беременности (определение материнских сывороточных маркеров PAPP-A и свободной β -субъединицы ХГЧ).

Проведенный анализ деятельности службы пренатальной диагностики в Челябинской области за период 2007–2012 гг. установил, что увеличилось общее количество ультразвуковых исследований беременных на 59% за анализируемый период, в том числе на 18% в 2012 году (более 130 тыс.) по сравнению с 2011 г.

Доля врожденных пороков развития в структуре младенческой смертности в 2012 г. по сравнению с 2007 г. уменьшилась и составила 19,5% (в 2007 г. — 28%). Начиная с 2007 г., наблюдается постепенное снижение количества случаев неуспешной диагностики врожденных пороков развития с 29% в 2007 г. до 11,4% в 2012 г. До 70% возросла выявляемость врожденных пороков развития (в 2007 г. была на уровне 52%) и до 64,3% трудно диагностируемых пороков сердца плода (в 2007 г. — 44%). Первое место в структуре врожденных пороков развития (28,7%) занимают врожденные пороки сердца. Количество пропущенных пороков сердца плода снизилось с 41% (в 2007 г.) до 13,7% (в 2012 г.) (таблица 1).

При анализе случаев врожденных пороков развития в структуре младенческой смертности за 2012 г. установлено: 50,7% врожденных пороков развития выявлено до 22 недель беременности, но женщины отказались от прерывания беременности, либо врожденные пороки развития были курабельными, и пациенткам предлагалось пролонгировать бере-



менность, в 11% случаев была поздняя диагностика в связи с поздней постановкой беременных женщин на учет или несоблюдение скрининговых сроков обследования, 8,2% врожденных пороков развития пропущено, в 9,6% — пренатальная диагностика не доступна и в 20,5% случаев женщины не состояли на учете и не проходили ультразвуковые обследования во время беременности.

Таким образом, благодаря реализации в Челябинской области на региональном уровне трехуровневой системы организации

службы пренатальной диагностики получено повышение качества работы службы пренатальной диагностики, которое выразилось в снижении показателей перинатальной и младенческой смертности в анализируемый период. Пренатальная диагностика является постоянно развивающейся специальностью, где происходит постоянное внедрение современных технологий, что позволяет эффективно влиять на улучшение индикативных показателей и демографическую ситуацию на территории Челябинской области.



Литература

1. Александровая Г.А., Сон И.М., Леоновым С.А., Огрызко Е.В., Сухановой Л.П., Богуславским М.А., Божко В.Н., Гладких Т.Е., Щербаковой Г.А., Обломовой М.А., Гриничевой А.В., Кантеевой А.Н. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации//Сборник материалов Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» — М., 2013, — 200 с.
2. Пренатальная диагностика наследственных и врожденных болезней//Под редакцией академика РАМН, профессора Э.К. Айламазяна, члена-корреспондента РАМН, профессора В.С. Баранова. — 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 6 с.
3. Пренатальная эхография//Под редакцией М.В. Медведева. — М.: Реальное время, 2005.

UDC 614.2

Moskvicheva M.G., Semenov Y.A., Shumakov Y.A., Shumakov S.Y., Matveeva E.S. *Organization of prenatal diagnosis of congenital malformations and hereditary diseases in the Chelyabinsk region (Chelyabinsk region perinatal center, Chelyabinsk, Russia)*

Abstract. In this article the topicality of detection of congenital malformations and hereditary diseases during pregnancy has been considered. The order and organization of prenatal diagnosis of congenital malformations have been shown in the Chelyabinsk region for the period 2007 to 2012. Changes in the organization of prenatal diagnosis of Chelyabinsk region in 2009 have been presented.

Keywords: prenatal diagnosis, congenital malformations, Chelyabinsk region.



**Л.А. Цветкова,
Н.Г. Куракова,**

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ ПОСЛЕ ОПТИМИЗАЦИИ СЕТИ ДИССЕРТАЦИОННЫХ СОВЕТОВ В РОССИИ

УДК 001.89

Цветкова Л.А., Куракова Н.Г. *Медицинские науки после оптимизации сети диссертационных советов в России* (ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия)

Аннотация. Подведены итоги оптимизации сети диссертационных советов в РФ за 2013–2015 гг. Дана оценка объемов сокращения числа диссоветов, определяющих воспроизводство научных кадров высшей квалификации в области медицинских наук. Отмечается, что к исходу 2015 г. в России сохранится необоснованно низкая доля диссертационных советов по медицине, что не соответствует трендам развития глобальной науки.

Ключевые слова: диссертационные советы, оптимизация сети, корпус научных кадров, дисциплинарная структура, Россия, мировая наука, предметная структура, объем публикационного потока, Web of Science, фронты исследований, Essential Science Indicators.

При решении задачи оптимизации сети диссоветов ВАК исходит из следующих принципов: сохранение диссоветов на базе ведущих НИИ, вузов и научных школ с учетом научной активности их членов, соответствие приоритетным направлениям науки и технологий, достаточность сети диссоветов для аттестации научных кадров высшей квалификации определенной тематики в конкретном регионе [1].

Приказами Минобрнауки России в декабре 2013 г. была приостановлена деятельность 602 диссоветов. В июле, октябре и ноябре 2014 г. были закрыты 752 совета и приостановлена работа 157, а 433 советам рекомендовано объединиться. В конце октября 2014 г. на основании решений, принятых на пленуме ВАК, была прекращена деятельность еще 325 диссоветов, в том числе ряда диссоветов Российской академии наук, МГУ, РУДН и других вузов и научных организаций РФ. В результате динамика сокращения числа диссоветов в РФ выглядит следующим образом: по состоянию на 1 января 2013 г. — 3161 совет, на 1 января 2014 г. — 2785 советов, на 1 января 2015 г. — 2700 советов, из которых работа 292 приостановлена, а еще 358 прекратят свою деятельность до 21 мая 2015 г.

Цель нашего исследования состояла в анализе изменения дисциплинарного состава национального корпуса научных кадров высшей квалификации, являющегося следствием оптимизации сети диссертационных советов, и в оценке обоснованности сокращения диссертационных советов по медицинским наукам.

© Л.А. Цветкова, Н.Г. Куракова, 2015 г.

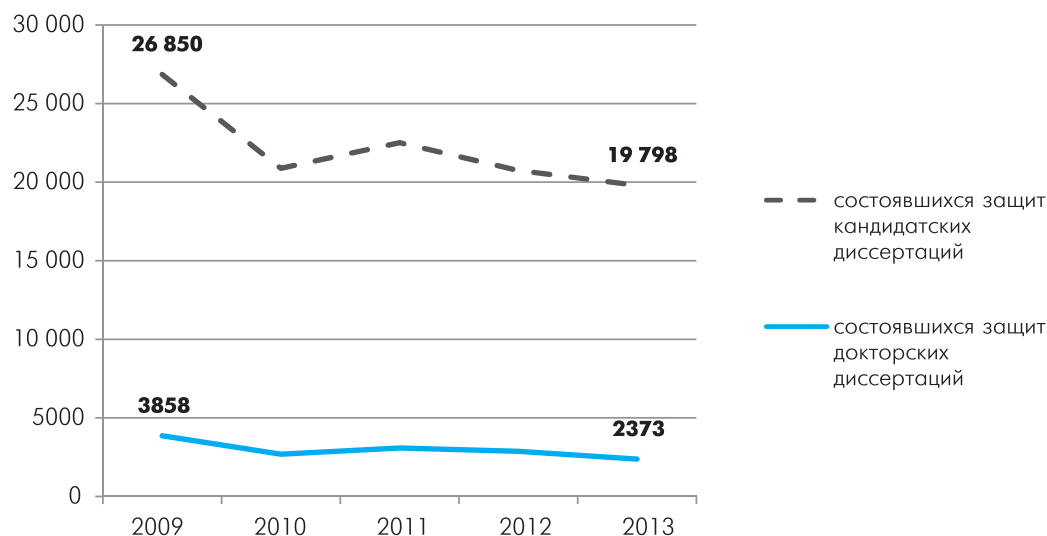


Рис. 1. Число состоявшихся защит кандидатских и докторских диссертаций, 2009–2013 гг. (Источник: www.science-expert.ru)

Динамика воспроизводства научных кадров за последние пять лет (2009–2013 гг.) свидетельствует о сокращении его темпов. Так, число защит кандидатских диссертаций уменьшилось с 26 850 в 2009 г. до 19 798 в 2013 г., то есть на 26,3%, а количество состоявшихся защит докторских диссертаций сократилось с 3858 в 2009 г. до 2373 в 2013 г., или на 38,5% (рис. 1) [2, 3].

Распределение общего количества защищенных кандидатских и докторских диссертаций по отраслям наук в 2013 г. показывает, что наиболее динамично в России воспроизводится корпус специалистов в области технических, медицинских и экономических наук (рис. 2). Однако, если число защит по техническим наукам осталось с 2009 г. практически неизменным (4531 и 4489 защит в 2009 и 2013 гг., соответственно, то воспроизведение кандидатов и докторов медицинских наук сократилось на 31%: с 5028 защит в 2009 г. до 3473 в 2013 г.

В этой связи важно отметить, что в 2009–2014 гг. главным трендом развития мировой науки была ее «медицинизация»: количество публикаций по медицине, объемы грантового финансирования и рост корпуса

специалистов в предметной области «клиническая медицина» существенно превосходит все другие предметные области.

Так, количество публикаций в мире по клинической медицине, проиндексированных в международной аналитико-библиографической системе Web of Science (WoS), за период с 2009 по 2013 гг. выросло на 17%. Динамика же отраженного в WoS международного сегмента российского публикационного потока в данной области знаний демонстрирует стагнацию на протяжении последних 20 лет (рис. 3).

На фоне приведенных данных сокращение числа защит диссертаций на соискание степеней кандидата и доктора медицинских наук на 31% за последние пять лет является ярким примером дисбаланса дисциплинарной структуры национального корпуса докторов и кандидатов наук России с тенденциями развития мировой научно-технологической сферы.

В ранее выполненном нами исследовании мы задавались целью соотнести предметную структуру глобальной науки со структурой диссертационных советов в России [4, с. 29]. Для этого было оценено количество диссертационных советов в РФ, действующих



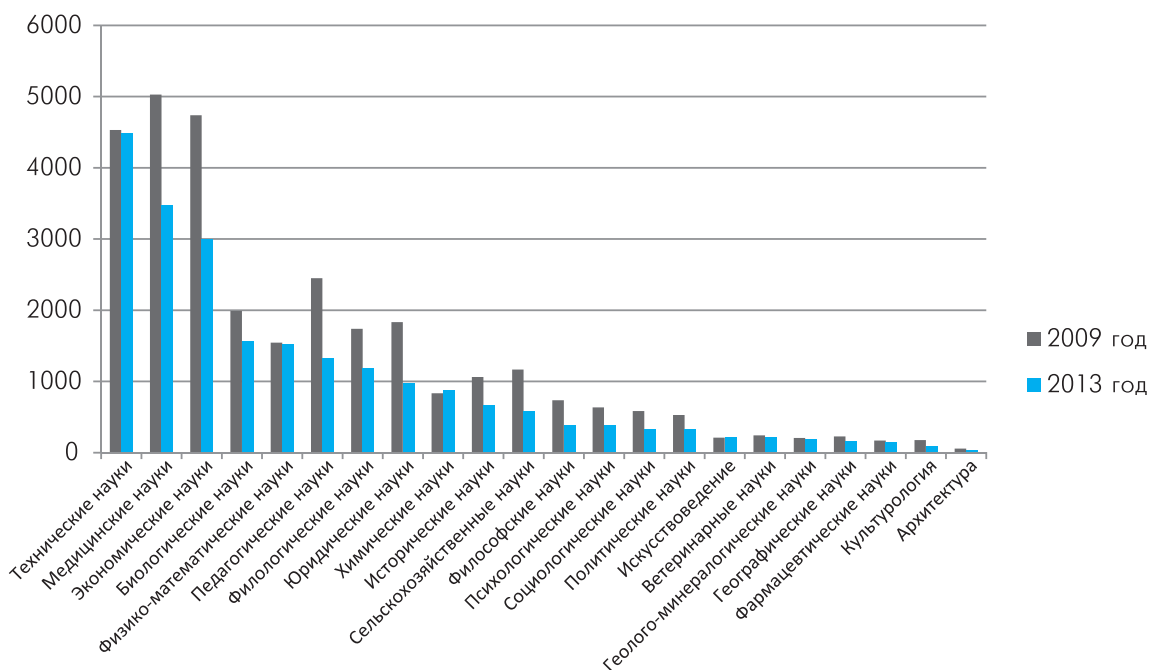


Рис. 2. Распределение состоявшихся защит кандидатских и докторских диссертаций по отраслям наук в 2009 и 2013 гг. (Источник: www.science-expert.ru)

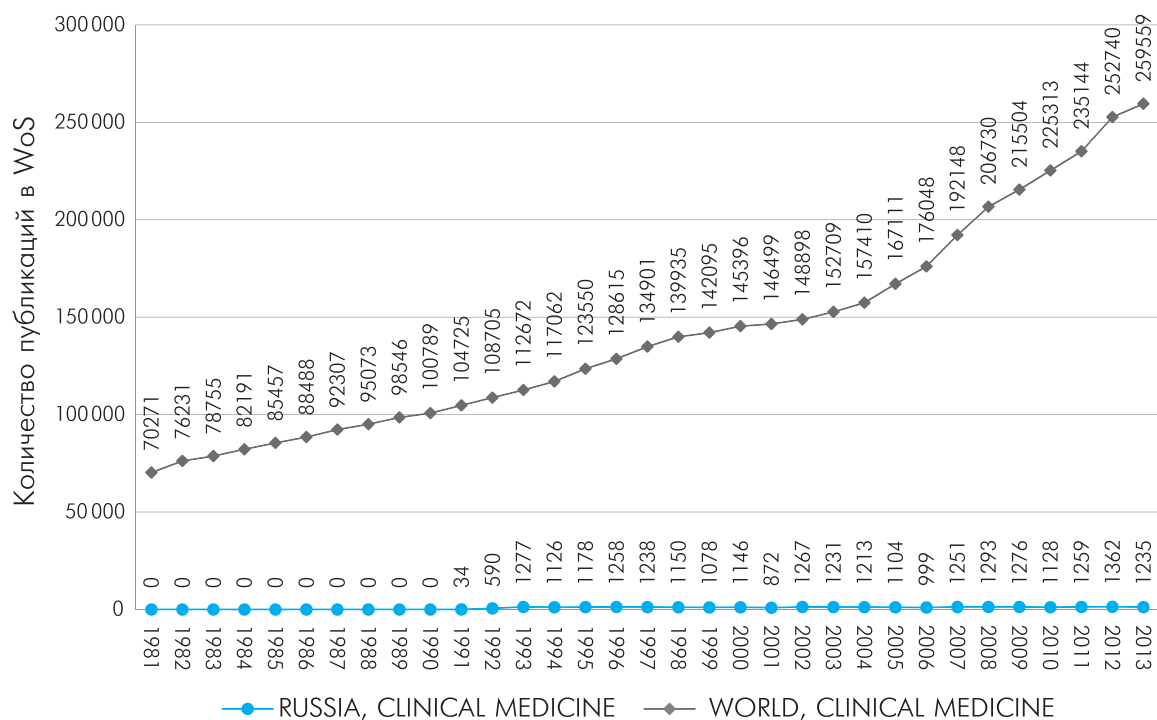


Рис. 3. Динамика публикационного потока, проиндексированного в WoS, по клинической медицине в России и в мире (данные InCites, актуальные на 19.02.2015)

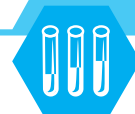


Таблица 1

**Распределение фронтов исследований ESI по предметным областям
в 2011 и 2015 гг. (по данным ESI)**

<i>Предметная область</i>	<i>Количество исследова- тельских фронтов, 21.12.2011</i>	<i>Количество исследова- тельских фронтов, 01.02.2015</i>
<i>Клиническая медицина</i>	<i>1746</i>	<i>2313</i>
<i>Химия</i>	<i>1406</i>	<i>1572</i>
<i>Физика</i>	<i>670</i>	<i>1184</i>
<i>Инженерные и технические науки</i>	<i>754</i>	<i>1107</i>
Биология и биохимия	611	932
Социальные науки	559	930
Науки о материалах	256	885
Науки о растениях и животных	565	744
Молекулярная биология и генетика	436	605
Окружающая среда и экология	298	577
Нейронауки и поведенческие науки	357	575
Психиатрия и психология	245	444
Фармакология и токсикология	315	426
Математика	303	389
Науки о Земле	301	387
Компьютерные науки	293	378
Иммунология	147	268
Сельскохозяйственные науки	218	263
Экономика и бизнес	173	243
Микробиология	225	238
Науки о космосе	136	148
Мультидисциплинарная область	10	67

в 2011 г., соответствующих семи предметным областям наук классификатора Standard Fields, используемого в БД WoS: «экономика и бизнес», «химия», «физика», «сельскохозяйственные науки», «науки о Земле», «математика» и «клиническая медицина». Одновременно был рассчитан вклад каждой из этих предметных областей в общемировой публикационный поток, индексируемый WoS, а также в формирование мировых исследовательских фронтов на основании данных системы Essential Science Indicators (ESI). На сегодняшний день ESI является одним из самых авторитетных источников аналитической информации о ключевых научных

исследованиях в мире и основных тенденциях развития научных областей. Исследовательские фронты (research fronts) — ведущие тематические направления, соответствующие передовому рубежу современных исследований, представляющие собой группу высокоцитируемых публикаций, которая вычленяется методом кластерного анализа и объединяется по тематическому признаку.

По состоянию на начало 2015 г. в ESI насчитывается 9978 уникальных исследовательских кластеров (фронтов исследований). В табл. 1 приведены данные о количестве исследовательских фронтов в 22 предметных областях в 2011 и в 2015 гг.



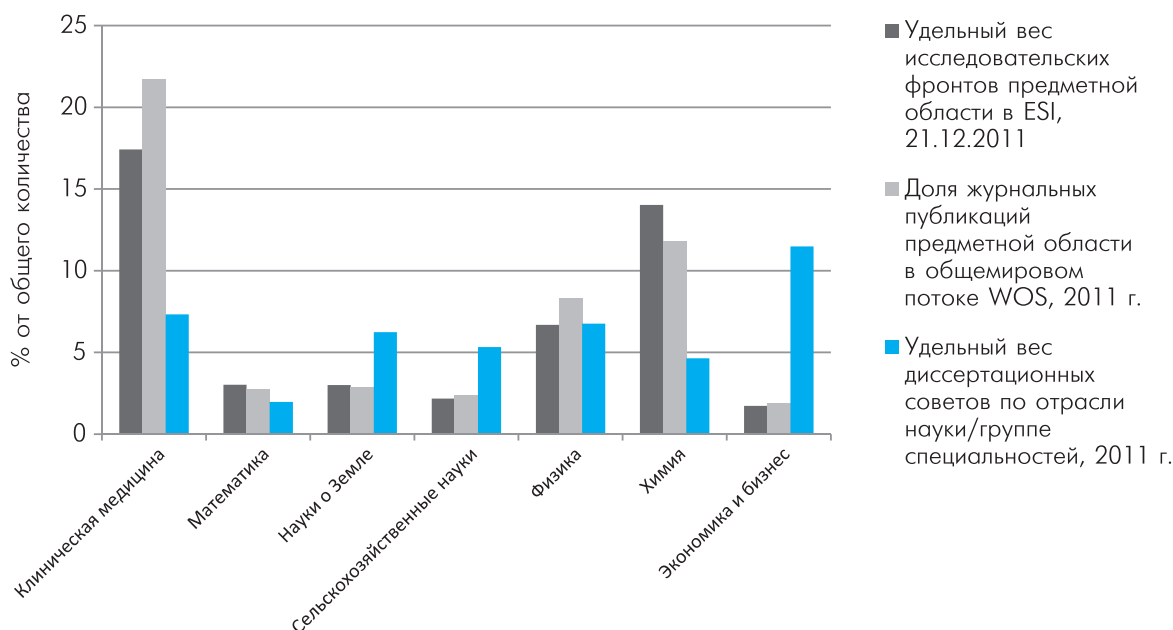


Рис. 4. Соотношение показателей удельного веса отдельных областей знаний в структуре глобальной науки и долей специализированных диссертационных советов в России в 2011 г. (данные WoS на 01.12.2011)

За 5 лет их количество по каждой из предметных областей возросло, однако предметные области, на долю которых приходится наибольшее количество исследовательских фронтов, не изменились: клиническая медицина, химия, физика, инженерные и технические науки. При этом исследовательская активность в области клинической медицины лишь увеличилась: если в 2011 г. ее доля фронтов в общем количестве составляла 17,4%, то в 2015 г. этот показатель достиг 23,2%.

В результате сопоставления трех показателей: удельного веса мировых исследовательских фронтов по предметной области, доли публикаций, индексируемых в WoS, и доли диссертационных советов по данной предметной области в РФ в 2011 г., нами выявлены диспропорции, особенно сильно проявляющиеся в таких областях, как клиническая медицина, химия, экономика и бизнес (рис. 4).

Особое внимание, с нашей точки зрения, следует уделить тому факту, что по наиболее динамично развивающейся области глобаль-

ной науки — клинической медицине — удельный вес диссертационных советов России в 2011 г. составлял лишь 7,3% от общего числа, в то время как аналогичный показатель для предметной области «экономика и бизнес» был чрезвычайно высок — 11,5%. Учитывая несопоставимо большую скорость обновления данных в области медицины, в разы превышающую темпы генерации нового знания по экономическим специальностям [5] такое несоответствие долей диссоветов по медицинским и экономическим наукам представляется нам необоснованным и стало поводом вновь вернуться к анализу соотношения предметной структуры глобальной науки с новым балансом диссертационных советов России, сложившимся после оптимизации их сети.

Источником информации о динамике сокращения числа диссертационных советов по различным специальностям по состоянию на 31.12.2013, 01.10.2014 и плановых показателях на 2015 г., рекомендованных ВАК,

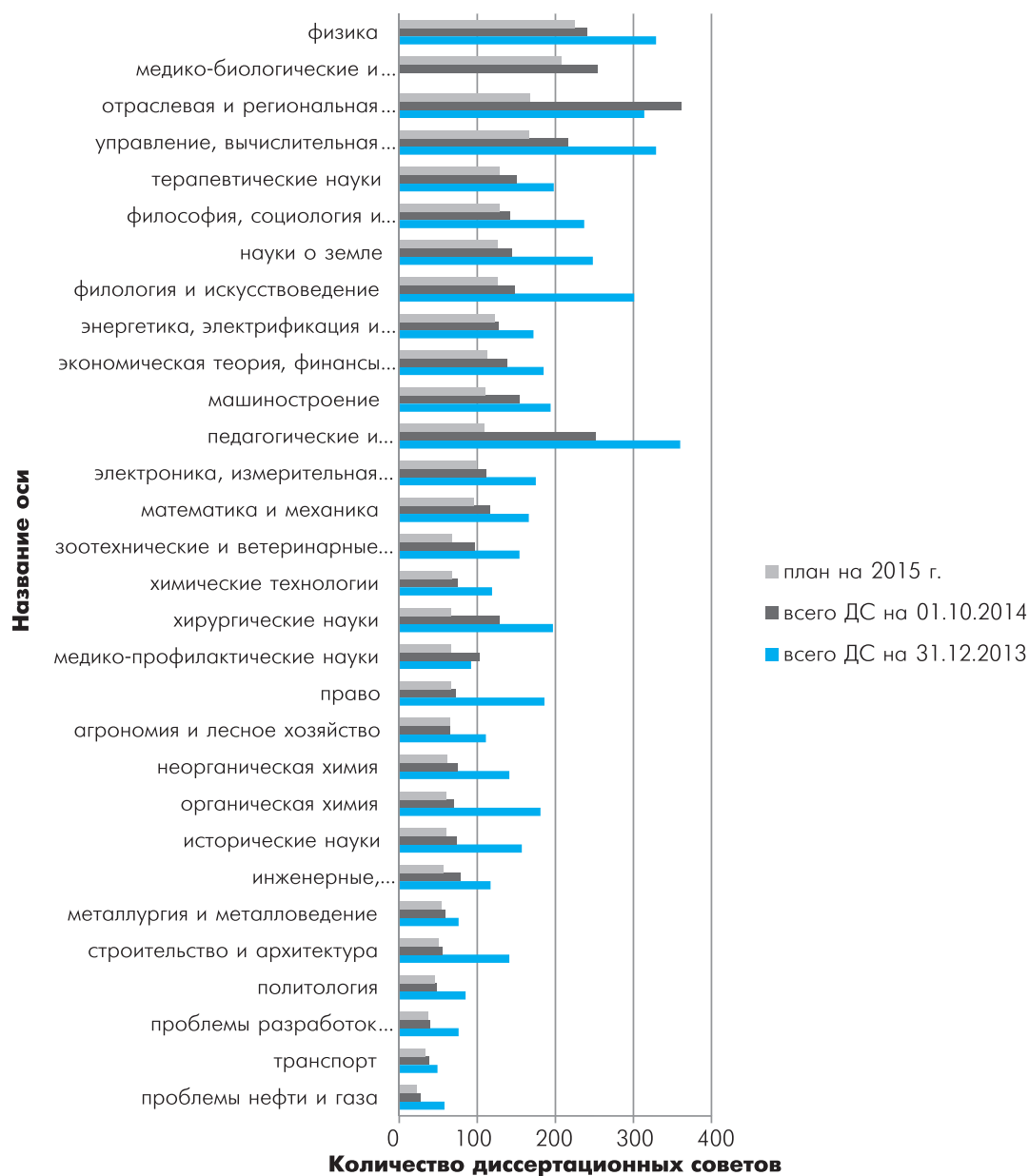


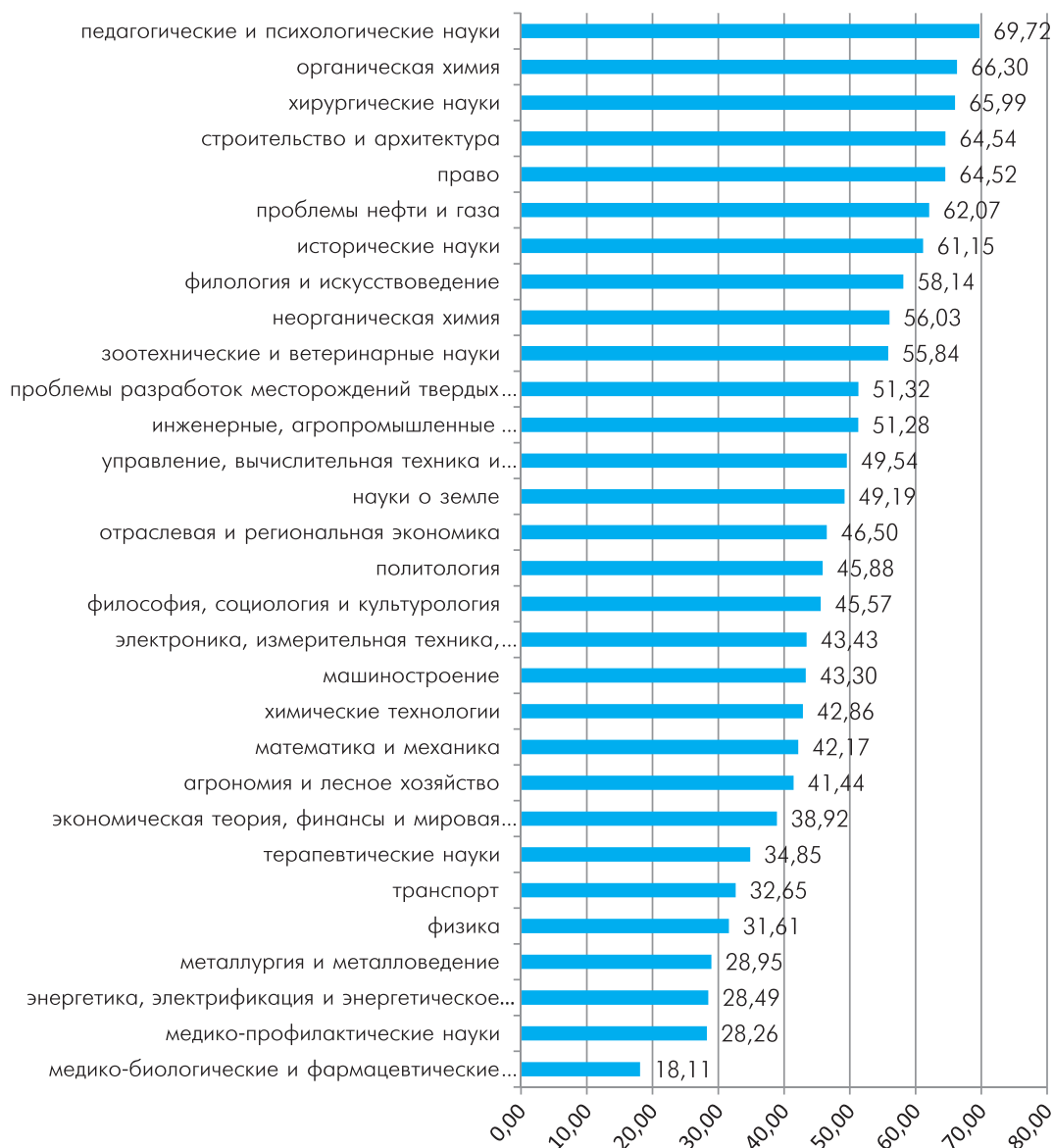
Рис. 5. Динамика фактического изменения количества диссертационных советов по отдельным специальностям в 2013, 2014 гг. и планируемого на 2015 г.
(Источник: материалы к заседанию ВАК Минобрнауки РФ от 23.10.2014)

стали материалы к заседанию Высшей аттестационной комиссии при Минобрнауки России от 23.10.2014 [6].

На рис. 5 и 6 представлены данные, отражающие динамику фактического изменения количества диссертационных советов по

отдельным специальностям в 2013–2014 гг. и, согласно плановым показателям, на 2015 г., а также долевое сокращение числа диссертационных советов по отдельным специальностям, произошедшее в 2014 г. и планируемое в 2015 г.





Процент сокращения числа диссертационных советов

* Для медико-биологических и фармацевтических наук рассчитано сокращение за период с 01.10.2014.

Рис. 6. Долевое сокращение числа диссертационных советов по отдельным специальностям за период с 31.12.2013 по 2015 гг.

(Источник: материалы к заседанию ВАК Минобрнауки РФ от 23.10.2014)

Обращает на себя внимание значительное сокращение числа диссертационных советов, формирующих корпус высококвалифицированных хирургов: на 34,52% к октябрю 2014 г. и еще на 31,47% к концу 2015 г., то есть в

целом на 65,99%!!! Согласно нашим данным, хирургия входит в топ-3 наиболее динамично развивающихся дисциплин, включенных в предметную область «клиническая медицина» в WoS наряду с нейронауками и онкологией [7].

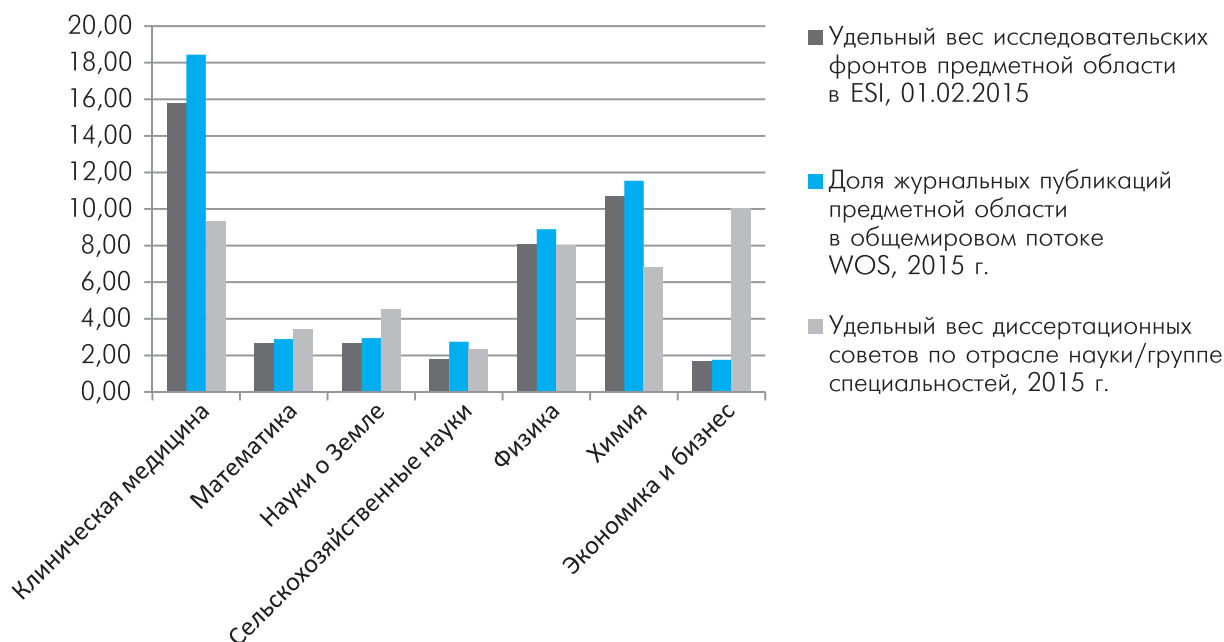
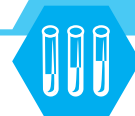


Рис. 7. Соотношение показателей удельного веса отдельных областей знаний в структуре глобальной науки и долей специализированных диссертационных советов в России (данные WoS на 01.02.2015)

Для оценки степени гармонизации дисциплинарной структуры диссертационных советов РФ после оптимизации их сети с дисциплинарной структурой мировой науки из 31 группы специальностей были сформированы их кластеры, соответствующие семи предметным областям классификатора WoS Standard Fields:

— для предметной области «клиническая медицина»: объединено число советов по хирургическим наукам, медико-профилактическим наукам, терапевтическим наукам;

— для предметной области «математика»: учтено число советов по математике и механике;

— для предметной области «науки о Земле»: учтено число советов по наукам о Земле;

— для предметной области «сельскохозяйственные науки»: объединено число советов по агрономии и лесному хозяйству;

— для предметной области «физика»: учтено число советов по физике;

— для предметной области «химия»: объ-

единено число советов по неорганической химии, органической химии, химической технологии;

— для предметной области «экономика и бизнес»: объединено число советов по отраслевой и региональной экономике, экономической теории, финансам и мировой экономике.

Полученные данные представлены на рис. 7. Прежде всего следует отметить, что доля диссертационных советов России, которые можно отнести к предметной области «клиническая медицина», в WoS возросла: к 2015 г. она должна составить уже 9,3% от общего числа диссоветов против 7,3% в 2011 г. Вместе с тем увеличение всего лишь на 2% удельного веса диссертационных советов по медицинской науке, которая является наиболее объемной как по количеству мировых исследовательских фронтов, так и по количеству публикаций, индексируемых в WoS, следует признать недостаточным.





Заключение

Оптимизация сети диссертационных советов в России призвана гармонизировать структуру отечественной науки в соответствии с тенденциями развития общемирового научного дискурса, обеспечить подготовку конкурентоспособных специалистов, соответствующих современному уровню развития инновационных областей экономики, сгладить дисбалансы в системе подготовки высококвалифицированных специалистов для научно-образовательного сектора.

Результаты выполненного нами анализа распределения диссертационных советов

по отдельным отраслям науки, ожидаемого к концу 2015 г. по результатам оптимизации сети диссоветов в России, дают основание утверждать, что реализация проекта способствует гармонизации структуры воспроизводимого в РФ корпуса научных кадров высшей квалификации и предметной структуры глобальной науки. Вместе с тем следует отметить, что к исходу 2015 г. в России сохранится необоснованно низкая удельная доля диссертационных советов по медицине, что дает основание рекомендовать ВАК значительно увеличить их число в краткосрочной перспективе.

Литература

1. Возведение в степень. Председатель ВАК Владимир Филиппов призывает расширить автономию вузов и НИИ в подготовке кадров//Российская газета, 22.01.2015. Режим доступа: <http://www.rg.ru/2015/01/23/filippov.html>.
2. http://science-expert.ru/dsrf/federal_level/Results/ON/Result_on_1.shtml.
3. http://science-expert.ru/dsrf/federal_level/Results/ON/Result_on_2.shtml.
4. Куракова Н.Г., Цветкова Л.А., Еремченко О.А. Анализ применимости наукометрических показателей в качестве критериев для оптимизации сети диссертационных советов в Российской Федерации. — М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2013. — 65 с. — (Научные доклады: образование).
5. Куракова Н.Г., Цветкова Л.А., Еремченко О.А. Наукометрические параметры российской экономической науки: общее состояние и оценка диссертационных советов//Вопросы экономики. — 2013. — № 11. — С. 21–38.
6. Материалы к заседанию Высшей аттестационной комиссии при Министерстве образования и науки Российской Федерации от 23.10.2014.
7. Куракова Н.Г., Зинов В.Г., Цветкова Л.А., Еремченко О.А., Голомысов В.С. Актуализация приоритетов научно-технологического развития России: проблемы и решения. — М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2013. — 77 с. — (Научные доклады: образование).

UDC 001.89

Tsvetkova L.A., Kurakova N.G. *Medical sciences after optimizing the chain of dissertation councils in Russia* (Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Russian Ministry of Health Care Development, Moscow, Russia)

Abstract. The article explored outcomes of optimizing a network of dissertation councils in Russia in the period between 2013 and 2015 years. The subject structure of world science was compared with anticipated after optimization disciplinary structure of highly qualified Russian scientific personnel body. To make the comparison complete, there was evaluated the gravity of publication flow volume per certain subjects in data bases like Web of Science and the contribution of certain related areas in forming research frontlines according to data of Essential Science Indicators. It was factually proven that project's realization contributes to the process of balancing out the structure of reproduced body of highly qualified personnel in Russia and of the world's science subject structure. In addition to that, it was noted that by the end of 2015 year Russia will witness a groundlessly low share of dissertation councils in medicine and similarly groundlessly in the context of global science development trends a high share of councils in economics sciences.

Keywords: dissertation councils, optimization of network, body of scientific personnel, disciplinary structure, Russia, world science, subject structure, volume of the publication flow, Web of Science, fronts of research, Essential Science Indicators.



Г.В. Артамонова,
д.м.н., профессор,
Я.В. Данильченко,
Т.С. Костомарова,
Н.В. Черкасс,

ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, г. Кемерово, Россия

Л.С. Барбараш,

академик РАН, д.м.н., профессор, МБУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер», г. Кемерово, Россия

КЛАСТЕРНЫЙ ПРИНЦИП ПОВЫШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

УДК 614.2

Артамонова Г.В., Данильченко Я.В., Костомарова Т.С., Черкасс Н.В., Барбараш Л.С. Кластерный принцип повышения результативности научно-образовательной и медицинской деятельности (ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, г. Кемерово, Россия; МБУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер», г. Кемерово, Россия).

Аннотация. Представлена краткая характеристика целей и задач кластеров и их роль в развитии инновационной деятельности в здравоохранении. Показан процесс интеграции научных, образовательных, медицинских организаций и бизнеса для создания территориальных кластеров. На примере г. Кемерово проведена оценка результативности интеграционной деятельности, характеризующая создание научной продукции с последующей ее коммерциализацией в наукоемких предприятиях, непрерывное профессиональное образование, оказание медицинской помощи при болезнях сердечно-сосудистой системы по принципу полного цикла.

Ключевые слова: научно-образовательный медицинский кластер, результативность деятельности, инновации, эффективное управление, качество медицинской помощи, сердечно-сосудистые заболевания.

Понятие кластера введено в экономическую теорию М. Портером: «кластер — это сконцентрированные по географическому признаку группы взаимосвязанных компаний, специализированных поставщиков, поставщиков услуг, фирм в соответствующих отраслях, а также связанных с их деятельностью организаций (например, университетов, агентств по стандартизации, а также торговых объединений) в определенных областях, конкурирующих, но вместе с тем и ведущих совместную работу» [1]. Таким образом, для того, чтобы быть кластером, группа соседствующих компаний и связанных с ними организаций должна действовать в определенной сфере, иметь общую деятельность и взаимодополнять друг друга.

Здравоохранение является ключевой отраслью социальной сферы, обеспечивающей здоровье нации, повышение качества жизни населения. Его развитие в современных условиях представляется возможным не только на основе модернизации существующей материально-технической базы медицинских учреждений. Для улучшения ситуации с состоя-





нием здоровья граждан необходимо обеспечить качественный прорыв в системе здравоохранения, нужны инновационные разработки в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний, эффективная система подготовки медицинских кадров и квалифицированных специалистов, способных решать задачи инновационного развития [2, 7].

Основные трудности ведения успешной инновационной деятельности в медицине в РФ связаны с нехваткой собственных средств, ограниченностью бюджетного и внебюджетного финансирования по всей цепи, определяющей результативность инновационного цикла в целом: образование, производство, наука, реализация и сервис в потреблении. Решение данной проблемы возможно за счет сочетания государственного и предпринимательского секторов, которые позволят эффективно использовать стратегии, активизировать инновационную деятельность и наращивать объемы производства конкурентоспособной наукоемкой продукции [3, 4].

За последние годы сформированы инфраструктура и инструменты инновационного развития территорий, определены приоритетные направления по модернизации РФ (компьютерные технологии и программы, ядерные технологии, космос и телекоммуникации, медицина и фармацевтика, энергоэффективность), утверждена «Стратегия развития науки и инноваций в Российской Федерации на период до 2015 года» [5, 6].

К основным задачам развития здравоохранения на основе кластерной политики относятся следующие:

- интеграция усилий органов власти и бизнес-сообщества, научных и образовательных медицинских организаций, практического здравоохранения для разработки наиболее востребованных технологий и доведения их до потребителя;
- создание новых методов диагностики и лечения, базирующихся на биотехнологиях и нанотехнологиях;

- коммерциализация инновационной деятельности;

- формирование новой системы управления инновационной медицинской деятельностью;

- создание новой модели кадровой работы, обеспечивающей подготовку кадров и постоянное повышение их квалификации в непрерывном режиме [4].

Следовательно, медицинский кластер — это новая комплексная структура в системе отечественного здравоохранения, объединенная одним технологическим процессом, конечным продуктом которого является медицинская инновация, созданная усилиями всех участников процесса, включающего представителей науки, практического здравоохранения, органов власти, медицинского образования и медицинского бизнеса. По словам министра здравоохранения РФ В.И. Скорцовой, цель развития кластерной политики в том, «чтобы было где лечить, учить и проводить научные исследования», и начальника ФАНО М.М. Котюкова: «чтобы все разговаривали на одном языке» [10].

С целью активизации инновационной деятельности в сфере здравоохранения России стратегическим решением является организация 13 кластеров на базе медицинских университетов. Под это решение сформированы программа и соответствующий бюджет [8, 9].

Перспективными направлениями медицинских кластеров признаются высокие медицинские технологии, ядерная медицина, медицинская техника [11]. В настоящее время в России инновационных кластеров хватает, но поддержку и федеральное признание получили очень немногие [12]. В частности, медицинские кластеры создаются по инициативе и поддержке субъектов РФ и бизнеса, образуя так называемые территориальные кластеры (Москва, Пенза, Алтайский край и др.). Как правило, они объединяют хозяйствующие субъекты, которые находятся в отношениях функциональной зависимости в процессе оказания медицинской помощи.



В г. Кемерово (Кемеровская область) примером действующего территориального медицинского кластера по проблеме сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является Кузбасский кардиологический центр (ККЦ), который начал свое развитие почти 25 лет назад. В составе кардиологического кластера на основе партнерских и договорных отношений в решении проблемы высокой смертности от ССЗ участвуют четыре организации с разной формой собственности: муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Кемеровский кардиологический диспансер» (ККД), ФГБУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН (НИИ КПССЗ), ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России (КемГМА), наукоемкое предприятие по производству изделий медицинского назначения для сердечно-сосудистой хирургии ЗАО «Неокор».

Базис кардиологического кластера — МБУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер», в своей структуре объединяет всех кардиологов города в единую амбулаторную кардиологическую службу, имеет госпитальный блок специализированных отделений неотложной кардиологии, для проведения эндоваскулярных вмешательств (ЧКВ-центр), для санаторной реабилитации пациентов после инфаркта миокарда (ИМ) и открытых операций на сердце, детское отделение. Наряду с профильными структурами, в составе ККД функционируют неврологическое и нейрохирургическое отделения, что позволило создать на территории ККД региональный сосудистый центр в рамках Федеральной целевой программы по снижению смертности от ИМ и острых инсультов. В результате ККД выполняет одну из приоритетных функций кластера — обеспечивает медицинскую помощь по полному циклу в круглосуточном режиме жителям города Кемерово и части территорий Кемеровской области.

В кардиохирургической клинике НИИ КПССЗ, территориально объединенной с ККД, проводятся открытые операции на сердце, включая трансплантацию сердца, эндоваскулярные вмешательства. Тесное сотрудничество кардиологов и кардиохирургов сформировало единые принципы в лечении больного, общие взгляды в организации медицинской помощи. В результате полный цикл лечения пациента с болезнью системы кровообращения становится многоуровневым и многоэтапным (поликлиника — стационар — санаторий — поликлиника).

Многолетнее партнерское сотрудничество ККД и НИИ привело к эффективному использованию дорогостоящей кардиохирургической койки. Объемы высокотехнологичных оперативных вмешательств на сердце и сосудах составляют более 4000 в год, в том числе с искусственным кровообращением свыше 1000 (табл. 1).

Мощная клиническая база двух учреждений (около 400 кардиологических и 120 кардиохирургических коек, многопрофильная территориальная и кардиологическая поликлиники) обеспечили оптимальные условия для научной и образовательной деятельности.

Выделено три основных научных направления, имеющих прикладное и фундаментальное значение для решения проблем снижения высокой смертности от болезней сердечно-сосудистой системы, в частности:

- патогенетическое обоснование разработки новых биосовместимых материалов на основе нанотехнологий и тканевой инженерии для сердечно-сосудистой хирургии;
- вклад генетических, иммунологических и метаболических факторов в развитие атеросклероза различной локализации, формирование патогенетически обоснованного подхода к лечебно-диагностическим мероприятиям в условиях крупного промышленного региона Сибири;
- изучение медико-социальных, эпидемиологических, клинко-организационных особенностей сердечно-сосудистых заболеваний





Таблица 1

**Основные показатели работы клиники ФГБУ НИИ КПССЗ СО РАМН
в 2009–2013 гг.**

Показатели	2009 г.	2011 г.	2013 г.
1. Всего выполнено операций	4438	4012	4206
2. Выполнение плана по койко-дням, %	115	100	126
3. Среднегодовая занятость койки в году, дни	316	302	321
4. Оборот койки	59,6	50,3	52,4
5. Средняя длительность пребывания на дооперационном этапе на кардиохирургических койках, дни	0,9	0,9	1,0
6. Средняя длительность лечения, дни	5,3	6,4	6,1
7. Общая летальность, %	0,30	0,45	0,40

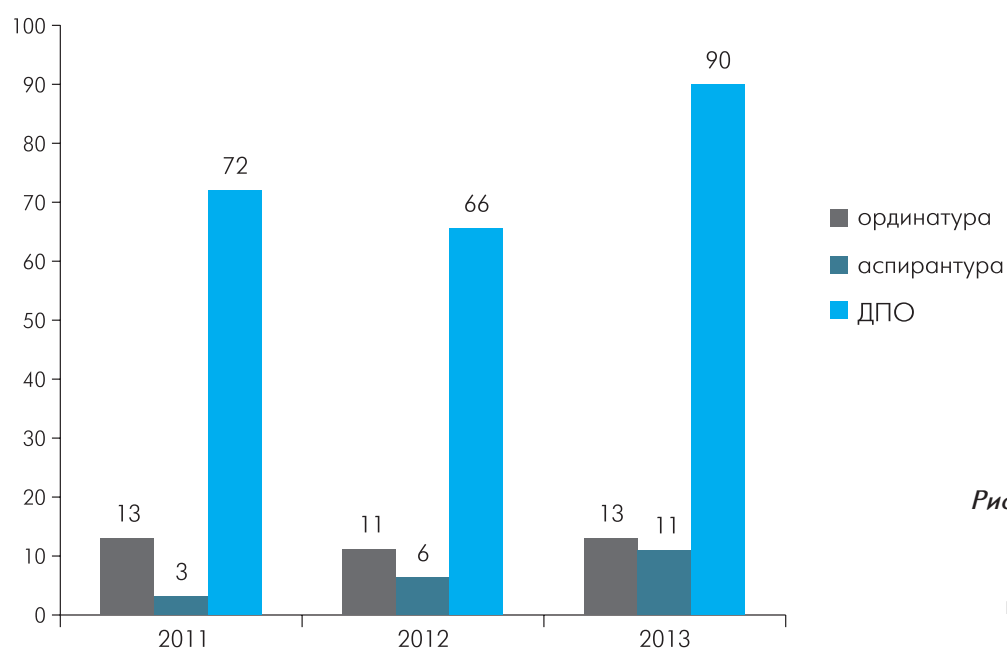


Рис. 1. Количество обучающихся на базе ККЦ в 2011–2013 гг.

в популяциях Сибири и разработка инновационных технологий управления медицинской помощью.

В решении кадровых вопросов важное значение имеет кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии для до- и последипломного образования ГБОУ ВПО «Кемеровской государственной медицинской академии» Минздрава России. В образовательном кластере на базе ККЦ: 3 кафедры КемГМА, ординатура, аспирантура, циклы повышения квалификации по 7 специальностям (рис. 1).

Среди образовательных инноваций особое место занимают:

- проблемно-ориентированное обучение на основе моделирования клинических ситуаций и формулирования тактики диагностики и лечения;
- объективно-структурированный клинический экзамен на тренажерах компьютерного класса;
- практические занятия со стандартизованными пациентами;
- использование симуляционных компьютерных обучающих программ;

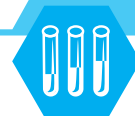


Таблица 2

**Показатели результативности научно-исследовательской деятельности
ФГБУ «НИИ КПССЗ» СО РАМН**

Показатели	2011 г.	2012 г.	2013 г.
1. Всего публикаций	86	105	163
2. Цитируемость работников в РИНЦ	116	147	414
3. Число публикаций работников в Web of Science	12	17	38
4. Общее число ссылок на публикации работников в Web of Science	80	83	171
5. Индекс Хирша НИИ	2	2	6
6. Число публикаций в зарубежных журналах	37	28	41
7. Число публикаций в российских журналах из перечня ВАК	77	86	128
8. Число публикаций в журналах с ИФ > 0	52	83	130
9. Средний ИФ журналов	0,18	0,30	0,33
10. Число защищенных докторских и кандидатских диссертаций	14	9	16
11. Объекты интеллектуальной собственности	22	35	45
12. Число малых инновационных предприятий	1	6	7
13. Число грантов научных фондов (РНФ, РФФИ, РГНФ, УМНИК)	4	3	8

- клинический экзамен у постели больного.

Показатели результативности научно-исследовательской деятельности в 2011–2013 годы имеют значимую положительную динамику. Коммерциализация научных разработок осуществляется через созданные по инициативе научных сотрудников производство ЗАО «Неокор» и малые инновационные предприятия (МИП) (таблица 2).

В 2014 году НИИ КПССЗ получил грант РНФ по приоритетному научному направлению фонда «Проведение фундаментальных научных исследований и поисковых научных работ коллективами существующих научных лабораторий» по научному проекту «Разработка и изучение свойств 3D-каркасов, созданных из биodeградируемых материалов на основе технологий «ниша-рельеф» и биофункционализации для стимулирования роста и направленной дифференцировки эндогенных прогениторных клеток in Situ» (№ 14-25-00050), в объеме ежегодного финансирования на 20 млн. рублей на период до 2016 года.

На клинических базах кардиологического кластера (ККЦ) осуществляется около 40 международных многоцентровых клинических ис-

следований (8 стран ЕС и США), международная программа по улучшению качества хирургии врожденных пороков (qi collaborative).

С целью расширения информационно-коммуникационной среды научных сотрудников, врачей, студентов и аспирантов в рамках кластера организована библиотека с широким доступом к научным электронным базам («Консультант врача», www.elibrary.ru, «CYBERLENINKA», PubMed, Cambridge Journals Digital Archive Complete Collection, Free-Books4Doctors); к полным текстам статей (журналов New England Journal of Medicine, издательства Oxford University Press и Elsevier, Bentham Science Online, Cambridge Books online и Nature IOP Publishing, лауреатов Нобелевской премии 2013 года в области медицины/физиологии, физики), электронным книгам books-up, univadis.

В настоящее время НИИ КПССЗ СО РАМН занимает 584-е место из 3057 научно-исследовательских учреждений РАН (для сравнения — в июле 2013 года 1378-е место).

Положительная динамика деятельности научно-образовательного медицинского кластера обеспечивается результативной систе-





мой управления. НИИ КПССЗ, КемГМА и ЗАО «Неокор» сертифицированы на соответствие требованиям международного стандарта ИСО 9001:2008, МБУЗ «ККД» осуществляет внедрение системы менеджмента качества.

Созданный в г. Кемерово кластер по проблеме сердечно-сосудистых заболеваний, основанный на интеграции лечебных, научных, образовательных учреждений и бизнес-организаций, имеет значимую поддержку органов исполнительной власти. Вопросы профилактики ССЗ всегда были объектом пристального внимания региональных властей, разрабатываются и внедряются региональные законодательные документы, целевые программы («Здоровье кузбассовцев», «Профилактика и лечение артериальной гипертензии», «Повышение эффективности системы медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях», «Детское сердце»).

Результатом многолетнего функционирования кардиологического кластера в г. Кемерово является существенное улучшение демографической ситуации в регионе. Показатели смертности населения Кемеровской области от ССЗ с 2008 г. меньше на 2,5–3,9% по сравнению с уровнем РФ в целом. Целевой российский показатель смертности населения от ССЗ к 2018 году (649 на 100 тыс.) в г. Кемерово достигнут уже в 2010 году [13, 14].

Формирование кластеров медицинских инноваций в российском здравоохранении не должно разрушать сложившуюся в стране систему научного поиска и разработки новых технологий [6, 15].

Медицинский кластер является наиболее эффективной формой интеграции медицинских научно-исследовательских организаций, образовательных и лечебно-профилактических учреждений, создает определенную интеллектуальную среду, которая дает дополнительные мотивации для продвижения в практическое здравоохранение современных конкурентоспособных видов специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, а также медицинских инноваций.

Очевидно, что в условиях инновационного развития отечественного здравоохранения широкомасштабное объединение передовых медицинских учреждений в структуру кластера должно явиться залогом успешной реализации инновационной политики на уровнях как государства, так и отдельного хозяйствующего субъекта [16].

Заключение

Кузбасский кардиологический центр обоснованно можно считать инновационной структурой и примером кластерного подхода повышения результативности научно-образовательной и медицинской деятельности по приоритетным проблемам профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Он способен решать задачи модернизации и эффективного управления в здравоохранении, консолидации усилий в разработке и внедрении инновационных лечебно-диагностических технологий, осуществлять непрерывную подготовку медицинских кадров, развивать предпринимательство в области медицинских инноваций в достижении основной цели — укрепления здоровья населения.

Литература

1. Портер М.Э. Конкуренция. — М.: Вильямс, 2005. — 608 с.
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» от 17 ноября 2008 г. № 1662-р//Собрание законодательства Российской Федерации. — 2008. — № 47. — Ст. 5489.





3. Кан В.В., Тоцкая Е.Г., Новоселов В.П., Алябьев Ф.В. Моделирование организации инновационной деятельности в учреждении здравоохранения//Сибирский медицинский журнал. — 2012. — № 3. — Т. 27. — С. 157–162.
4. Организация инновационных кластеров в здравоохранении//Росмедпортал.ком: электронный научно-практический медицинский журнал. 2012. том 3 URL: http://rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1709:-3-2012-----&catid=25:the-project (дата обращения: 16.06.2014).
5. Обзор инновационных кластеров в иностранных государствах//Центр стратегических оценок и прогнозов (АНО) URL: <http://www.csef.ru/index.php/ru/nauka-i-obshchestvo/project/306-formation-of-innovative-system-in-russia/3-analitika/1599-review-of-innovative-clusters-in-foreign-countries/> (дата обращения: 16.06.2014).
6. Жилинский Е.В. Кластерный подход к инновационному развитию российского здравоохранения//Власть. — 2011. — № 4. — С. 13–17.
7. Гохберг Л.М., Заиченко С.А., Китова Г.А., Кузнецова И.А., Кузнецова Т.Е., Рудь В.А., Соколов А.В., Иванова Н.И., Клевжиц Д.В., Костинский А.Ю., Попов М.Е., Попов М.В., Рубан О.Л., Имамутдинов И.Н., Имамутдинов И.Н. и др. Инновационное развитие — основа модернизации экономики России/Под ред. В.П. Евтушенкова, С.В. Кириенко, А.Б. Чубайса. — М.: МЭМО РАН, ГУ-ВШЭ, 2008. — 168 с.
8. Полянская С.В. Формирование кластеров в здравоохранении как необходимое условие инновационного развития учреждений здравоохранения//Вестник поволжской академии государственной службы. — 2011. — № 3. — С. 132–136.
9. Андреева И.Л., Абрамова И.Ю. К вопросу организации центров современных медицинских технологий в субъектах Федерации//Вестник новых медицинских технологий. — 2008. — № 4. — С. 217–219.
10. Руководитель ФАНО России Михаил Котюков принял участие в форуме «Технопром-2014»//Федеральное агентство научных организаций / пресс-центр / новости URL: http://fano.gov.ru/ru/official/news/index.php?id_4=21927 (дата обращения: 31.07.2014).
11. Методические подходы к формированию концепции медицинского, научно-образовательного кластера в Хабаровском крае//Электронный журнал Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. — 2012. — № 3. — URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20123/2012301.aspx#r0> (дата обращения: 16.06.2014).
12. Глеб Бондаренко, министр инвестиций и инноваций: Кредо у нас одно — прозрачность и эффективность//Российская кластерная обсерватория URL: <http://cluster.hse.ru/news/167/> (дата обращения: 16.06.2014).
13. Артамонова Г.В., Максимов С.А., Черкасс Н.В., Барбараш Л.С. Анализ региональных особенностей смертности от болезней системы кровообращения для оценки эффективности программ здравоохранения//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 12. — С. 30–38.
14. Здравоохранение Российской Федерации. Итоги 2013//Министерство здравоохранения Российской Федерации URL: http://www.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/020/222/original/Здравоохранение_Российской_Федерации._Итоги_2013.pdf?1398762494 (дата обращения: 18.06.2014).
15. Беляков В.К., Пивень Д.В., Антонов Д.П. О проблемах инновационной политики в отечественном здравоохранении и необходимости создания кластеров





медицинских инноваций//Менеджер здравоохранения. — 2008. — № 1. — С. 4–11.

16. Корчагина Н.А. Концептуальные основы реализации кластерной политики на территории российских регионов//Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: история. политология. экономика. информатика. — 2009. — Т. 12. — № 15-1. — С. 5–13.

UDC 614.2

Artamonova G.V., Danilchenko Y.V., Kostomarova T.S., Cherkass N.V., Barbarash L.S. Cluster principle of efficiency increase of scientific, educational and medical activity (Federal State Budgetary Institution «Research Institute for Complex Problems of Cardiovascular Diseases», Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences, Kemerovo, Russia; Municipal Budgetary Institution «Kemerovo Cardiology Dispensary», Kemerovo, Russia)

Abstract. A brief characteristic of goals of clusters and their role in the innovation development in a health care are presented. The integration process of scientific, educational, medical institutions and businesses in the regional cluster is shown. Illustrated by the example of Kemerovo city the efficiency of a consolidation is evaluated, which is characterized by the creation of scientific production with its subsequent commercialization of high-tech enterprises, continuing vocational education, medical care in cardiovascular diseases on the full-cycle basis.

Keywords: scientific and educational medical cluster, efficiency of activity, innovations, efficient management, quality of medical care, cardiovascular disease.

Здравоохранение-2015



ПОДПИСАН ЗАКОН, РАЗРЕШАЮЩИЙ ОКАЗАНИЕ МЕДПОМОЩИ В РАМКАХ АПРОБАЦИИ НОВЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Владимир Путин подписал Федеральный закон № 55-ФЗ от 08.03.2015 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам организации медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации».

Согласно документу клиническая апробация представляет собой практическое применение разработанных и ранее не применявшихся методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи для подтверждения доказательств их эффективности.

Федеральным законом устанавливается, что медицинская помощь в рамках клинической апробации оказывается при наличии заключений этического комитета и экспертного совета, создаваемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Этот же федеральный орган утверждает порядок вынесения этическим комитетом и экспертным советом соответствующих заключений.

Предусматривается, что экспертным советом определяются медицинские организации, участвующие в оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации, критерии отбора которых должны быть установлены Правительством Российской Федерации. Процедура организации клинической апробации и оказания медицинской помощи в рамках апробации, в том числе порядок направления пациентов для оказания такой помощи, утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

В соответствии с Федеральным законом финансовое обеспечение оказания медицинской помощи в рамках клинической апробации будет осуществляться за счёт бюджетных ассигнований федерального бюджета.

Источник: Государственно-правовое управление



Т.М. Скляр,

доцент кафедры государственного и муниципального управления
Высшей школы менеджмента СПбГУ, г. Санкт-Петербург, Россия

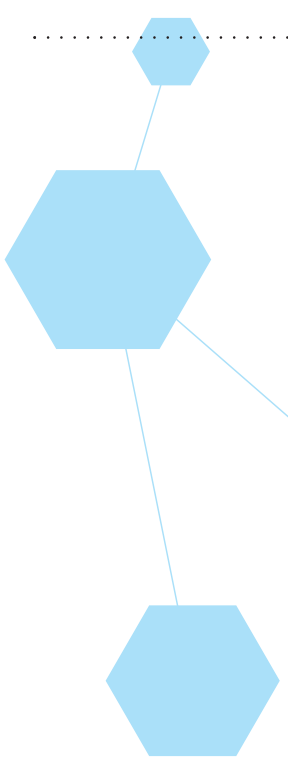
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

УДК 614.2

Скляр Т.М. *Международный опыт финансирования по результатам деятельности в здравоохранении*
(Высшая школа менеджмента СПбГУ, г. Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация. Рассматриваются подходы к моделированию систем финансирования по результатам деятельности в здравоохранении. Выявлены проблемы внедрения систем стимулирования поставщиков медицинских услуг. Описывается международный опыт создания и развития систем финансирования по результатам деятельности в амбулаторном и стационарном секторах.

Ключевые слова: финансирование по результатам деятельности, поставщики медицинских услуг, система стимулирования.



Основным методом финансирования медицинских учреждений в РФ, как и в большинстве развитых государств, является применение системы клинико-статистических групп (медико-экономических стандартов). Однако в дополнение к ней во многих странах уже более двух десятилетий разрабатываются и внедряются подходы, включающие финансовые стимулы для улучшения качества и эффективности работы поставщиков медицинских услуг (медицинских организаций и врачей). Эти подходы стали особенно интенсивно применяться в период мирового финансового и экономического кризиса, приведшего, в частности, к осознанию необходимости повышения эффективности общественных расходов. Причем внедрение программ финансирования по результатам происходит в странах и с высоким уровнем расходов на здравоохранение (например, в США, Великобритании и Германии), и со средним (Бразилия, Китай, Индия) и с относительно низким (Турция, Руанда).

Такие подходы и программы являются актуальными и для достижения задач оптимизации российской системы здравоохранения, а также перехода государственных учреждений на эффективные трудовые контракты.

Следует отметить, что финансирование по результатам используется не только в здравоохранении, но и в целом в общественном секторе, например, для финансирования федеральных агентств США [1]. Обобщенно финансирование по результатам деятельности (pay-for-performance, P4P) представляет собой стратегию оплаты, при которой работник и/или организация может существенно влиять на получаемый объем финансирования или размер бонусов, выплачиваемых каждому сотруднику.

Финансирование по результатам деятельности в здравоохранении представляет собой комплекс платежных механизмов, создающих стимулы для стационаров и врачей к повышению качества и эффективности работы.





Типичная программа такого рода включает бонус поставщикам медицинских услуг, если они достигли или превысили указанный в договоре показатель, например, снижение гемоглобина A1 у пациентов с диабетом. Такие программы могут также содержать вознаграждение за улучшение результатов деятельности, например, снижение уровня повторной госпитализации. С другой стороны, на поставщиков могут быть наложены финансовые санкции за недостижение целевых показателей.

Все меры можно разделить на четыре категории.

- Меры *процесса* оценивают виды деятельности, которые могут привести к улучшению здоровья, например, рекомендации пациентам по отказу от курения.

- Меры *результата* относятся к эффекту воздействия медицинской помощи на пациентов, например, снижение сахара в крови у больных диабетом. Однако использование таких мер является достаточно спорным вопросом из-за того, что на здоровье пациента одновременно воздействуют и другие факторы, такие как режим питания и физическая активность.

- Меры *удовлетворенности пациентов* оценивают восприятие ими качества обслуживания, например, чистоту палаты.

- Меры *структуры* относятся к медицинскому оборудованию и персоналу, принимающему участие в лечении. Например, многие программы включают стимулы для применения информационных технологий.

В частном секторе здравоохранения поставщики медицинских услуг получают от страховых компаний не платежи за отдельные услуги, а фиксированный бюджет, который включает бонусы, выплачиваемые в случае достижения целевых показателей. На таких принципах был составлен контракт, заключенный в 2009 г. в штате Массачусетс между некоммерческой корпорацией «Голубой крест — Голубой щит» и семью группами поставщиков медицинских услуг. Исследова-

ние, проведенное учеными Гарвардской медицинской школы в первый год реализации программы, выявило снижение расходов и улучшение качества медицинской помощи по сравнению с аналогичной группой поставщиков, оплачиваемых по гонорарному методу [2].

Кроме того, в здравоохранении финансирование по результатам деятельности определяется обобщенно как набор индикаторов результативности, соответствующий определенной системе стимулирования [3]. Набор индикаторов — это компонент результативности (performance), а система стимулирования — компонент финансирования (оплаты, pay). Таким образом, этот подход противопоставляется традиционному, гонорарному методу, при котором оплачивается количество медицинских услуг независимо от результата. Ключевым вопросом является то, как можно измерить результат.

Алгоритм создания модели финансирования по результатам состоит из следующих этапов: определение групп результатов, выбор групп для измерения, выбор индикаторов для измерения внутри каждой из групп, определение единиц измерения, нахождение источников данных. Поясним каждый из этих этапов.

Группы результатов для финансового «поощрения» в организациях здравоохранения могут включать результаты лечения, качество клинического процесса, безопасность пациентов, качество оказания медицинских услуг, удовлетворенность пациентов, эффективность затрат на медицинскую помощь, применение информационных технологий и др. В качестве «укрупненных» результатов лечения могут рассматриваться снижение уровня смертности, заболеваемости, улучшение качества жизни, предотвращение обострений хронических болезней и пр. Учитывая ограничения в использовании мер результатов для измерения результативности, наиболее распространенными в мире являются меры процесса. В качестве приме-



ров можно привести использование тестов на липидный обмен у больных диабетом и маммографию для женщин определенных возрастов. Безопасность пациентов достигается путем снижения количества медицинских ошибок. Качество оказания медицинской услуги отражает неклинические аспекты, например, такие факторы, как время ожидания врача, продолжительность рабочего дня и пр. Для определения удовлетворенности пациентов, кроме использования опросов, могут измеряться такие показатели, как время ожидания медицинской помощи, скорость обслуживания и пр. Для измерения эффективности затрат на медицинскую помощь широко используется целый ряд методов: анализ затрат и выгод, анализ затрат и эффективности, определение числа лет жизни с поправкой на качество (QALY, quality-adjusted life years). Государство и страховые медицинские организации могут поощрять применение информационных технологий, повышающих эффективность и качество медицинских услуг.

Выбор групп результатов для измерения так же, как и их процентное соотношение зависит от стратегии финансирующей стороны. Многие программы нацелены в первую очередь на использование измерителей клинического процесса. Например, программы Калифорнийской ассоциации интегрированной медицинской помощи придают этому показателю вес в 50%, а удовлетворенности пациентов — 30% [4]. Очевидно, что, как правило, существует направленность на те группы результатов, в которых есть потенциал для улучшения.

При *выборе индикаторов для измерения* следует учитывать, что они должны быть обоснованными, достоверными, значимыми, релевантными и контролируруемыми. Слишком большое число индикаторов может потребовать использования обширных массивов данных, а незначительное — не позволить сфокусироваться на вопросах улучшения качества.

Определение *единиц измерения* предполагает наличие достоверных источников данных. Важной задачей является возможность измерения субъективной информации (например, удовлетворенности пациентов).

Оценка результатов может производиться:

- по отношению к результатам других поставщиков медицинских услуг;
- в абсолютных показателях относительно целевых индикаторов;
- относительно показателей данной медицинской организации в предшествующем периоде.

Безусловно, важнейшей проблемой является поиск источника финансирования таких программ. Существуют три возможности: перераспределение существующих потоков финансирования (в российской системе здравоохранения это может быть, например, финансирование из ТФ ОМС за счет сокращения средств, идущих в СМО), выплаты из сбереженных средств (например, из соответствующего фонда СМО) и увеличение финансирования (например, введение субвенций из ФФОМС в ТФОМС).

Каким образом могут распределяться платежи? Существует несколько типичных способов. Во-первых, может создаваться «поощрительный» фонд, который распределяется в конце периода (как правило, года) на основе учета показателей результативности. Размеры выплат врачам в среднем составляют от 5 до 10% их годового заработка. Во-вторых, финансирующая сторона может назначать штрафы, то есть снижать платежи для тех поставщиков услуг, которые не достигли целевых показателей результативности. В-третьих, может применяться дифференцированная шкала оплаты, предполагающая повышенные ставки для поощрения достигнутых высоких показателей результатов. В-четвертых, используются повышенные ставки за отдельные услуги. Например, если целью программы является повышение показателей скрининга путем проведения маммографии, то вводятся повышенные ставки





за эту процедуру. В-пятых, медицинские организации могут получать гранты на осуществление мер, повышающих качество помощи, например, введение электронных медицинских карт. Безусловно, финансирующая сторона может использовать и комплексное сочетание различных способов оплаты.

Рассмотрим несколько примеров внедрения системы финансирования по результатам в первичном и вторичном секторах здравоохранения. Опыт ее применения в первичном секторе может использоваться для стимулирования врачей общей практики.

В Австралии данная система, крупнейшая в мире, применяется с 90-х гг. 20 века. Можно отметить, что австралийская система здравоохранения демонстрирует как эффективность контроля над затратами, так и высокие показатели продолжительности жизни и здоровья населения. «Стимулирующие платежи» применяются в различных сегментах: врачебной практике в сельской местности, обучении студентов, электронном здравоохранении и др. Программа включает 13 сфер, объединенных для достижения трех основных задач: повышения качества медицинской помощи, производительности врачебной деятельности и поддержки врачебных практик в сельской местности. Повышение качества медицинской помощи включает такие направления, как выявление и лечение диабета; скрининг рака шейки матки; лечение астмы. Платежи выплачиваются группе врачей общей практики и могут быть направлены на покупку нового оборудования, обновление аппаратуры или вознаграждение врачам. Например, перечисляется 40 австралийских долларов за каждого пациента — диабетика, завершившего годовой курс лечения. Если не менее 65% женщин в возрасте от 20 до 69 лет был проведен скрининг рака шейки матки в 30-месячный отчетный период, то врачебной практике выплачиваются 3 австралийского доллара за каждую пациентку. За каждого больного астмой пациента, прошедшего годовой курс лече-

ния, перечисляются 100 австралийских долларов [5]. Для стимулирования повышения производительности в том случае, если во врачебном контракте указано, что пациенты имеют доступ к медицинской помощи 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, ему начисляются 2 австралийских доллара за каждого приписанного пациента. Для поощрения врачей, ведущих практику в сельской местности, им выплачивается дополнительно до 50% от общего объема финансирования. В среднем общий объем финансирования составляет от 4 до 7% общего дохода группы врачей. Можно отметить, что в первые годы запуска программы Австралийская медицинская ассоциация была критически к ней настроена, отмечая возросшее административное давление на групповые практики. Однако в дальнейшем врачи стали намного более позитивно воспринимать эту программу. Опрос, проведенный в 2010 г., показал, что 88% врачей отмечают эффективность программы [6].

В Эстонии в 2006 г. была запущена программа, известная как «система бонусов за качество». Ее целью было усиление роли семейных врачей в профилактике заболеваний и лечении хронических болезней. Она развивалась совместными усилиями Фонда медицинского страхования Эстонии и Обществом семейных врачей, то есть не была инициирована только сверху, а получила поддержку врачей. Участие в программе является добровольным, однако в ней участвуют 90% от общего числа семейных врачей. Семейные врачи «зарабатывают» баллы за достижение целевых показателей по каждому индикатору. Все индикаторы объединены в три группы. Первая группа — профилактика заболеваний включает индикаторы по направлениям: вакцинация детей, профилактические осмотры детей, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Вторая группа — лечение хронических болезней объединяет лечение четырех состояний: диабет 2 типа, гипертония, инфаркт миокар-



да, гипотериоз. Третья группа — дополнительные виды деятельности содержит следующие виды услуг: обучение медсестер, охрану материнства, гинекологию, хирургию. Общий платеж, который в 2011 г. мог достигать годового максимума в 3835 евро (4,5% годового дохода), формируется, если врач набрал не менее 80% от возможного числа баллов за достижение индикаторов. В отличие от Австралии, вознаграждение выплачивается непосредственно врачу, а не групповой практике [7]. Интересно отметить, что, хотя 25% врачей получили в 2010 г. максимальное число баллов за достижение индикаторов первой и второй группы, 50% врачей, участвующих в программе, не получили никакого дополнительного вознаграждения. Одно из исследований показало, что пациенты с диабетом и гипертонией, лечившиеся у врачей, получивших максимальное число баллов, реже обращались к специалистам и реже были госпитализированы.

Как применяется эта система в стационарном секторе? Рассмотрим опыт Бразилии и Кореи. В Бразилии в 2001 г. было заключено основанное на оценке результативности контрактное соглашение между государственной системой медицинской помощи и частным некоммерческим объединением «Социальные организации в здравоохранении». Это объединение было создано для управления государственными медицинскими организациями (стационарами, клиниками, аптеками и др.) в штате Сан-Паулу и по сути представляет собой государственно-частное партнерство. Можно отметить, что стационары вправе выбирать: оставаться ли им под непосредственным государственным управлением или стать самоуправляемыми, перейдя под контроль к социальным организациям в здравоохранении.

Стационары в целом финансируются на основе глобального бюджета. В соглашении с больницами учитываются как количественные показатели, так и показатели результативности. К количественным показателям

относятся койко-дни, число консультаций, посещений, процедур. Показатели результативности делятся на четыре группы: качество медицинской помощи, удовлетворенность пациентов, качество медицинской информации и эффективность. Вес первой группы в общем результате составляет 70%, всех остальных — по 10%. Глобальный бюджет в полном объеме перечисляется больнице, если уровень достижения количественных показателей выше 85%. При уровне от 75 до 85% ежемесячно перечисляемый бюджет может быть снижен на 10%, ниже 75% — на 30% [8]. В специальный «сохраненный фонд» резервируется 10% от максимально возможного бюджета. Эти средства поступают в стационары ежеквартально, их размер зависит от достигнутых показателей результативности.

В Государственный секретариат здравоохранения больницы обязаны посылать информацию, содержащую анализ трендов для индикаторов качества и описание мер, предпринятых для повышения качества медицинской помощи. Ряд исследований показал, что больницы, управляемые частным некоммерческим объединением, по сравнению с управляемыми непосредственно государством и даже частными демонстрировали большую эффективность по таким показателям, как оборот койки, средняя продолжительность пребывания, расходы на одного пациента и др. Управляемые государством больницы используют на 60% больше ресурсов для обеспечения эквивалентного «выпуска» [9]. При этом показатели, характеризующие качество медицинской помощи, выше у больниц, управляемых частным некоммерческим объединением.

Южная Корея имеет один из наиболее высоких показателей ежегодного прироста расходов на здравоохранение в мире, а также продолжительности жизни. В 2007 г. Правительство запустило программу финансирования по результатам, включающую 44 больницы (с 2011 г. была дополнительно





включена еще 71 больница), и направленную на улучшение качества медицинской помощи в двух стратегических направлениях: лечение инфаркта миокарда и проведение кесарева сечения. Такой выбор объясняется тем, что проведенный анализ показал существенное отставание показателей (более высокий уровень смертности от ишемической болезни сердца и более высокий процент родовспоможений путем кесарева сечения) от средних показателей стран Организации экономического сотрудничества и развития. Это обязательная для участников программа, разработанная без участия таких заинтересованных сторон, как больницы и медицинские ассоциации. Следует отметить, что, несмотря на первоначальную оппозицию со стороны участников, через пять лет с начала проведения программы более 70% опрошенных представителей больниц отметили, что поддерживают ее.

Был разработан комплексный индекс, учитывающий различные индикаторы учета качества в стратегических направлениях, в зависимости от значения которого все больницы были разделены на девять групп. Больницы, вошедшие в группы с более высокими показателями, поощрялись дополнительными платежами, на «худшие» больницы, наоборот, накладывались штрафы. Анализ деятельности проводился ежегодно. Информация об этом была доступна обществу, так как выкладывалась на соответствующий сайт в Интернете [10].

Международный опыт свидетельствует, что следует учитывать потенциальные проблемы при внедрении программ финансирования по результатам. Так, организации могут уделять большее внимание тем аспектам медицинской помощи, результаты которых могут поощряться, в ущерб неоцениваемым аспектам. Кроме того, если доля финансирования в соответствии с данным подходом в общем объеме оплаты невысока, то стимулы недостаточны для улучшения качества и эффективности предоставления медицинских услуг. В значительной мере эффективность применения зависит от умения финансирующей стороны оценить результаты и подобрать соответствующие финансовые стимулы для медицинских организаций. При разработке и внедрении надо тщательно учитывать институциональные, поведенческие и системные факторы. Важными для успеха являются такие аспекты программы, как включение заинтересованных сторон в ее разработку; использование не только бонусов, но и штрафов в зависимости от ситуации; преобладание абсолютных, а не относительных показателей; встраивание программы в общую систему финансирования.

Система финансирования по результатам является инструментом стратегического влияния на поставщиков медицинских услуг. Государство может в соответствии с расставленными приоритетами (профилактика, лечение социально значимых заболеваний, лечение хронических заболеваний и т.п.) стимулировать оказание услуг более высокого качества.

Литература

1. Designing an Effective Pay for Performance Compensation System//A report by the U.S. Merit Systems Protection Board, 2006.
2. Health Policy Brief. October 11.2012. Health Affairs. — http://healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief.php?brief_id=78.
3. Pope G.C. Overview of Pay for Performance Models and Issues//Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches, 2011. — RTI Press.
4. McDermott S., Williams T. Advancing quality through collaboration: The California Pay for Performance Program//A Report on the first five years and a strategic plan for the next five years. — 2006.





5. *Cashin C., Chi Y.* Australia: Practice Incentives programme. Paying for Performance in Health Care. Implications for Health System Performance and Accountability. Ch. 6. — Open University Press, 2014.
6. *Cashin C., Chi Y.* Australia: Practice Incentives programme. Paying for Performance in Health Care. Implications for Health System Performance and Accountability. Ch. 6. — Open University Press, 2014. — 121 p.
7. *Habicht T.* Estonia: Primary health care quality bonus system. Paying for Performance in Health Care. Implications for Health System Performance and Accountability. Ch. 7. — Open University Press, 2014.
8. *Brasil:* enhancing performance in Brasil's health sector, lessons from innovations in the state of Sao Paulo and the city of Curitiba. — World Bank, 2006.
9. *La Forgia G., Couttolenc B.* Hospital Performance in Brasil — the search for excellence. — World Bank, 2008.
10. *Bisiaux R., Chi Y.* Republic of Korea: Value incentive programme. Paying for Performance in Health Care. Implications for Health System Performance and Accountability. Ch. 15. — Open University Press, 2014.

UDC 614.2

Sklyar T.M. International practice of incentive funding in healthcare (Graduate school of management Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia)

Abstract. There are analyzed approaches to enhancing incentive funding systems in the healthcare. There were identified problems with implementing incentive systems for suppliers of medical services. There was provided a case study of international practice in creating and developing incentive funding systems in ambulatory and in-patient sector.

Keywords: *incentive funding, suppliers of medical services, incentive system.*

Здравоохранение-2015**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ СВЕРЯТ СО СТАНДАРТАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Клинические рекомендации и протоколы не должны расходиться со стандартами медицинской помощи, — заявила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова на совещании с главными внештатными специалистами. — Нам предстоит в этом году сопоставление утвержденных клинических рекомендаций с теми стандартами, которые являются базой для работы врачей в регионах страны. Наша задача максимально свести стандарты с теми клиническими рекомендациями, которые вы написали. То есть здесь должно быть единообразие и не должно возникать ситуаций, когда эти документы различаются между собой, — сообщила министр.

По словам Вероники Скворцовой, очень важно сопоставить перечни, чтобы выявить те клинические протоколы, для которых стандарты еще не разработаны.

Как сообщила глава ведомства, на сегодняшний день Минздравом разработана 1051 клиническая рекомендация. Из них 791 документ уже утвержден профессиональным сообществом коллегиально. В планах ведомства до конца 2015 года довести количество клинических рекомендаций и протоколов до 1242.

Источник: Медвестник



Цитата:

1. «До 4% средств бюджета федерального фонда ОМС — порядка 50 миллиардов рублей — остаются в страховых компаниях в виде удержаний, списаний, штрафов медучреждений. Такие данные приводит фонд независимого мониторинга «Здоровье». По закону, собственными средствами страховой медицинской организации в сфере ОМС являются, помимо денег на ведение дела, 30% сумм, необоснованно предъявленных к оплате больницами и поликлиниками, 50% штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, 10% сэкономленных средств, отмечают в Фонде.

«Зарплата и премии у экспертов страховых организаций зависят от объема снятий средств с медицинской организации», поэтому они не интересуются результатом лечения и практически никак не отстаивают права пациентов, а сосредоточены только на том, чтобы выявить бумажные огрехи в работе врачей», — **считает директор фонда «Здоровье» Эдуард Гаврилов.**

2. Интервью 30.01.15 Г.Э. Улумбековой «Коммерсанту»: «Откуда взять дополнительные средства? Исключение страховых медицинских организаций из цепочки доведения финансовых средств до медицинских учреждений и ряд других мер позволят сэкономить внутри отрасли как минимум 200 млрд. руб. в год в ценах 2013 года».

Объективная статистика регулятора — Федерального фонда ОМС — вот, что следует противопоставить субъективным пиар-акциям известных общественников от здравоохранения. Полагаю, что читатели нашего журнала — ответственные менеджеры здравоохранения, которых интересует в том числе альтернативное мнение одновременно врача и пациента, и эксперта качества медицинской помощи системы ОМС, в противном случае данная публикация была бы не по адресу.

А.А. Старченко,

член Общественного совета при Минздраве России, член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, г. Москва, Россия

ЦЕНА ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СИСТЕМЕ ОМС: ОБЪЕКТИВНЫЙ И СУБЪЕКТИВНЫЙ ВЗГЛЯДЫ НА МОРАЛЬНЫЕ И МАТЕРИАЛЬНЫЕ СТИМУЛЫ

Это уже не первая пиар-инициатива среди общественников — медицинских работников. С нового, 2015 года появились новые обвинения: то 50 млрд. рублей, то 200 млрд. рублей исчезли в страховых медицинских компаниях.

30 июля 2013 года Президент России В. Путин провел заседание Президиума Государственного совета «О задачах субъектов Российской



Федерации по повышению доступности и качества медицинской помощи». Обсуждались вопросы организации и финансирования бесплатной медицинской помощи, развитие частной медицины, проблемы обязательного медицинского страхования, обеспечение доступности медицинских услуг в удаленных районах, кадровая подготовка. Президент РФ, в частности, сказал: «Страховые медицинские организации в основном исполняют лишь функции посредников при передаче финансовых средств. Кроме того, они не мотивированы на повышение качества медпомощи и практически не несут за нее никакой ответственности. Прошу Министерство здравоохранения вплотную заняться вопросами совершенствования системы ОМС».

Из приведенной цитаты Президента России В. Путина на заседании Президиума Государственного совета «О задачах субъектов Российской Федерации по повышению доступности и качества медицинской помощи» очевидно, что повышение качества медицинской помощи усилиями страховых медицинских организаций (СМО) возможно исключительно в соответствии с обязательствами и полномочиями, предусмотренными Законом РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», то есть методом экспертизы оказанной медицинской помощи. Иные способы повышения качества медицинской помощи в компетенции СМО законодательно не предусмотрены.

Как член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, как пациент и как врач-эксперт качества медицинской помощи, я не приемлю голословных обвинений и перехода на личности в общественных спорах. Поэтому, познакомившись с пиар-акциями в прессе общественников, я задался традиционными для россиянина вопросами:

1. Кто виноват, и откуда такие убийственные для системы ОМС цифры — 50 и 200 млрд. рублей?

2. Кому выгодна ликвидация страховых медицинских организаций в сфере отечественного здравоохранения?

Для ответа на поставленные лично перед собой как пациентом системы ОМС вопросы пришлось проанализировать официальную статистику регулятора системы ОМС — Федерального фонда.

ПРЕДСТАВЛЯЕМ и читателю журнала возможность оценить объективные статистические данные об экспертной деятельности СМО, по данным отчетов Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2013 год: *«В течение 2013 года по 18,9 млн. страховых случаев проведено более 10,4 млн. медико-экономических экспертиз. По результатам проведенных медико-экономических экспертиз выявлено более 8,0 млн. нарушений (в 2012 году — 8,4 млн.) по 4,9 млн. страховых случаев, что составляет более четверти (25,96%) от всех прошедших медико-экономическую экспертизу страховых случаев».*

В период 2013 года в Российской Федерации проведено всего 4,1 млн. экспертиз качества медицинской помощи, что превышает показатели 2012 года (3,5 млн. экспертиз качества медицинской помощи) по 7,6 млн. страховых случаев (полностью соответствует результатам 2012 года). При проведении экспертиз качества медицинской помощи в 2013 году выявлен 1 721 571 страховой случай, содержащий 2 244 030 нарушений (2012 год — 1 563 254 страховых случая, содержащих 1 770 203 нарушения).

Медицинским организациям за оказанную медицинскую помощь по представленным к оплате счетам в 2013 году направлено 1150,7 млрд. рублей (в 2012 году — 725,1 млрд. рублей, в 2011 году — 584,4 млрд. рублей).

По результатам нарушений, выявленных при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в 2012 году, сумма, не подлежавшая к оплате (сумма уменьшения оплаты,





возмещения) медицинским организациям в результате предъявления санкций за выявленные нарушения (с учетом штрафных санкций), составила 57,2 млрд. рублей (в 2012 году — 26,3 млрд. рублей), из них по результатам медико-экономического контроля — 84% (в 2012 году — 75,6%) от общей суммы, медико-экономической экспертизы — 9,5% (в 2012 году — 13,4%), по результатам экспертизы качества медицинской помощи — 6,5% (в 2012 году почти 11%).

В результате уплаты штрафов медицинскими организациями получено 332,4 млн. рублей (в 2012 году — 203,7 млн. рублей), или 0,7% (в 2012 году — 0,8%) от всей суммы предъявленных санкций в среднем по Российской Федерации.

Где же эти пресловутые 50 млрд. рублей, где 200 млрд. рублей?

Статьей 38 Закона РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ» установлен предел расходов на ведение дела для СМО по ОМС в размере не менее 1% и не более 2% от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию.

Таким образом, исходя из объема финансирования медицинских организаций, составившего в 2013 году 1150,7 млрд. рублей, максимальный объем средств на ведение дела по ОМС для всех вместе взятых в России СМО составляет 23 млрд. рублей, но никак не 200 млрд. рублей, приведенных Г.Э. Улумбековой в нашумевшем пиар-интервью. В реальности эта цифра еще ниже, так как по России процент расходов на ведение дела для СМО по ОМС составляет не более 1,2%, то есть все СМО России получили в собственные средства не более 13,8 млрд. рублей.

Статьей 28 Закона РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ» установлено, что все средства, полученные в результате медико-экономического контроля, то есть 48 млрд. рублей из 572,2 млрд. рублей, возвращаются стра-

ховой медицинской организацией в целевые средства ОМС, то есть в бюджет ТФОМС субъекта РФ для оплаты медицинской помощи, остаются государственными деньгами!

По упомянутому закону в собственные средства страховых медицинских компаний поступают исключительно:

1. 30% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы.

В 2013 году объем средств, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы СМО, составил 9,5% от 57,2 млрд. рублей, то есть 5,4 млрд. рублей. СМО получили от этой суммы 30%, то есть 1,6 млрд. рублей.

2. 30% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи.

В 2013 году объем средств, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи, составил 6,5% от 57,2 млрд. рублей, то есть 3,7 млрд. рублей. СМО получили от этой суммы 30%, то есть 1,1 млрд. рублей.

3. 50% сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

В 2013 году объем средств, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, составил 332,4 млн. рублей, из которых СМО получили 50%, то есть 0,166 млрд. рублей.

В целом за 2013 год СМО получено, по результатам экспертной деятельности, в собственные средства: 2,8 млрд. рублей (1,6 млрд. руб. + 1,1 млрд. руб. + 0,166 млрд. руб.).



По данным ФФОМС: «Медицинским организациям за оказанную медицинскую помощь по представленным к оплате счетам в 2013 году направлено 1150,7 млрд. рублей (в 2012 году — 725,1 млрд. рублей, в 2011 году — 584,4 млрд. рублей)».

Таким образом, за 2013 год СМО получено, по результатам экспертной деятельности, в собственные средства: 2,8 млрд. рублей, то есть 0,2% от объема финансирования, полученного медицинскими организациями со счетов страховых медицинских компаний!

В этом ответ на первый вопрос, поставленный в начале статьи: 20 и 200 млрд. рублей, якобы изъятых из системы здравоохранения и исчезнувших в недрах СМО, не более чем пиар-вымысел!

По данным Федерального фонда ОМС, из собственных средств, полученных страховыми медицинскими компаниями от финансовых санкций за дефекты медицинской помощи, на организацию и проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, использовано 346,2 млн. рублей, что 10,5% от всех израсходованных на формирование собственных средств страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами за 2013 год средств. В том числе 281,4 млн. рублей, или 81,3% были израсходованы на оплату труда экспертов качества медицинской помощи, не являющихся сотрудниками страховых медицинских организаций и территориальных фондов, и около 7,3 млн. рублей на обучение экспертов качества, что составило 70,7% (в 2012 году — 53,8%) от всех средств, затраченных на обучение специалистов, занятых в организации и проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования (10,4 млн. рублей).

Государству же на оплату медицинской помощи в результате экспертной деятель-

ности СМО в 2013 году возвращены 54,4 млрд. рублей. Неужели их надо было оставить нерадивым главным врачам, которые допустили приписки, дефекты медицинской помощи и причинение вреда жизни и здоровью наших сограждан?

Но эксперты СМО возвратили эти денежные средства государству для выплат другим медицинским организациям, которые не допускают дефектов в оказании медицинской помощи. Или они, по мнению общественников, не заслуживают этого?

Вот и ответ на второй поставленный в начале статьи вопрос: «Кому собственно выгодна ликвидация страховых медицинских организаций в сфере отечественного здравоохранения?» Медицинским работникам и менеджерам здравоохранения, которые не хотят или не умеют управлять качеством медицинской помощи, которые допускают дефекты в ее оказании и хотят при этом остаться безнаказанными. Их управленческое кредо — защита чести мундира и круговая порука.

Но могут ли такие принципы управления удовлетворить пациентов? Конечно, нет.

Представляя Общественному совету и в его лице всей общественности новую стратегию здравоохранения 24 декабря 2014 года, министр здравоохранения В.И. Сковорода в качестве мейнстрима, сердцевины, квинт-эссенции обозначила Национальную систему здравоохранения. Неужели общественники полагают, что в Национальной системе здравоохранения главенствующая роль принадлежит не пациенту — потребителю медицинской помощи, неужели Национальная система может создаваться исключительно ради собственного эго — медицинского сообщества?

Если ответы на эти вопросы утвердительны, то основным принципом такой Национальной системы является круговая порука.

Если ответы на эти вопросы отрицательны, то основным принципом Национальной системы является соблюдение прав граждан





в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий. При таком подходе ее центром является потребитель — пациент, интересы которого очевидны — получение медицинской помощи надлежащего качества, не среднего, не низкого, а максимально высокого, то есть надлежащего. Именно поэтому целью Национальной системы здравоохранения объявлено создание единого государственного, экспертного и общественного контроля, без которого невозможна сама диалектика категории «надлежащее качество медицинской помощи», так как оно установимо исключительно экспертным методом. Если менеджер здравоохранения исключает экспертный метод, в том числе СМО, из системы ОМС и из сферы здравоохранения, то он пренебрегает законными интересами пациента. Следующим его шагом должно стать отрицание надзорной функции прокуратуры и следственного комитета. При этом некоторые общественники не доходят до крайней степени отрицания и предлагают передать контрольную функцию СМО Росздравнадзору или территориальным фондам ОМС. Но и в этой позиции очевидна цель: избежать постоянного контроля СМО за качеством медицинской помощи, так как Росздравнадзор осуществляет контрольные проверки 1 раз в три года, а СМО это выполняет ежемесячно. За год Росздравнадзор осуществляет всего тысячи проверок, а СМО подвергает контролю десятки миллионов страховых случаев.

Сможет ли Территориальный фонд ОМС заменить СМО в выполнении постоянно действующей экспертной деятельности в требуемых нормативными актами объемах? С моей точки зрения, не сможет, так как, во-первых, изначальной редакцией Приказа ФФОМС № 230 ТФОМС была вменена обязанность подвергать реэкспертизе всего 20% экспертных решений СМО, но даже эта минимальная задача не была выполнена успешно, требование ФФОМС было снижено до 10%.

Во-вторых, созданный в поддержку Президента России В.В. Путина Общенациональный народный фронт (ОНФ) на встречах с Президентом России большинство своих претензий связывал с ненадлежащей работой чиновников. Почему же в случае с системой ОМС чиновнику ТФОМС следует доверять больше, чем в сфере, например, ЖКХ?

В-третьих, порывшись в Интернете, в том числе на сайтах судов, мне не удалось найти примеров и случаев грубого и значительного по объемам мошенничества с денежными средствами системы ОМС страховыми медицинскими организациями, тогда как пример злоупотребления должностными полномочиями стоимостью 27 млн. рублей чиновниками бывшего высшего руководства ФФОМС в недавнем 2009 году был подтвержден обвинительным приговором Мосгорсуда.

Как оценить качество уже оказываемой медицинской помощи или как наметить пути его повышения, если не иметь профессиональной экспертной оценки этого качества, выражающейся в количестве дефектов и их сути?

Нет иного пути совершенствования качества медицинской помощи, кроме как анализ имеющихся место дефектов медицинской помощи и планирование конкретных мероприятий, направленных на профилактику их возникновения.

И вот Президент России 30 июля 2013 года ставит конкретную задачу: мотивировать страховые медицинские организации на повышение качества оказываемой в России медицинской помощи.

Какие же мотивации могут быть предложены?

Ответ не заставил себя долго ждать: материальные и моральные. К глубокому сожалению, в настоящее время меры моральной мотивации практически сведены к минимуму. Отрицательным примером моральной демотивации может служить огульное негативное отношение в медицинских организа-



циях к экспертам качества медицинской помощи, тогда как эксперт является носителем значительного клинического опыта и авторитета и включен в территориальный реестр экспертов Территориального фонда ОМС. Вместо внимательного отношения к замечаниям и советам эксперта, вместо конструктивного диалога и оппонирования врач-эксперт часто подвергается личным нападкам и необоснованным обвинениям, что является деморализующим фактором всей экспертной деятельности.

В одном из субъектов РФ заведующая кафедрой акушерства и гинекологии подвергла циничной критике врача-эксперта, выявившего дефект качества гинекологической помощи — перфорацию матки в процессе извлечения внутриматочного контрацептива, заявив, что за выявление такого дефекта эксперт не получит квалификационного свидетельства при очередной аттестации. Вот какова глубина непонимания ответственными специалистами сути экспертной деятельности. Вместо того, чтобы поддержать законное и обоснованное экспертное мнение и использовать его в учебном процессе с целью недопущения подобных дефектов, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии нарушила профессиональную этику и встала на защиту «чести мундира», потворствуя формированию антиобщественного явления — круговой поруки. Неужели эксперты общественного мнения Э. Гаврилов и Г. Улумбекова ратуют за круговую поруку в здравоохранении?

А вот так называемой материальной мотивации посвящен раздел проекта Национальной системы здравоохранения РФ: *«Сокращение на 50% размера средств, получаемых страховыми медицинскими организациями на формирование собственных средств от результатов экспертной деятельности».*

Таким образом, уже с 2011 года в России Законом № 326-ФЗ была установлена система материальной мотивации повышения качества медицинской помощи страховыми

медицинскими компаниями методом выявления возможно большего числа дефектов и соответственно принятия управленческих решений, не допускающих эти дефекты.

Эта важнейшая мера и привела к увеличению выявления дефектов оказания медицинской помощи в системе ОМС. Причем мы должны отдавать себе отчет, что эта материальная мотивация расходовалась в СМО на повышение оплаты труда врачей-экспертов, стимулируя их к выявлению этих дефектов. Отсутствие материального стимула к выявлению дефектов приводит к «застою» экспертной деятельности: в рамках установленного должностного оклада: врач-эксперт может выявлять, а может и не выявлять дефекты за одну и ту же сумму оплаты его труда. Закон РФ № 326-ФЗ установил материальную заинтересованность эксперта в выявлении дефектов. А общество граждан и пациентов в целом заинтересовано именно в выявлении экспертом дефектов с последующим устранением их причин.

Материальное стимулирование, установленное с 2011 года Законом РФ № 326-ФЗ, позволило создать предпосылки для развития **системы управления качеством медицинской помощи**, основанной на твердой решимости эксперта выявлять дефекты, подкрепленные реальным финансовым ресурсом!

1. СМО получила мощный рычаг стимулировать добросовестный труд экспертов и выбирать среди всех врачей подлинных профессионалов.

2. Врачи-эксперты получили возможность достойной оплаты их экспертного труда, в основу которого изначально законом положен конфликт, достойное и справедливое разрешение которого — результат высокого профессионализма, требующего финансового подкрепления (покупка недорогой медицинской литературы, участие в научно-практических конференциях, повышение квалификации и др.).

3. Граждане и пациенты получили возможность справедливой оценки оказанной





им медицинской помощи и объективные доказательства для судебного возмещения причиненного их здоровью и жизни вреда.

4. Общество получило возможность движения здравоохранения к повышению качества медицинской помощи.

На этом уже достигнутом фоне напомним предложение Президента РФ — мотивировать СМО на повышение качества медицинской помощи! Естественно предположить, что усиление или повышение уровня мотивации означает дальнейшее по сравнению с имеющимся увеличение материального стимулирования эксперта на выявление дефектов.

Однако в представленном проекте Национальной системы здравоохранения все строго наоборот: снижение материального стимулирования эксперта приведет ... к повышению эффективности его труда. Налицо парадоксальное мышление: чем хуже — тем лучше! Оказывается повышения качества медицинской помощи можно добиться снижением в два раза числа выпол-

няемых экспертиз и снижением числа выявляемых дефектов.

Я — врач, поэтому цитирую Великого Врача Николая Пирогова: «...С самого начала моего врачебного поприща я принял за правило: не скрывать ни моих заблуждений, ни моих неудач, и я доказал это, обнародовав все мои ошибки и неудачи...». «...Я видел, как многие опытные практические врачи ... ошибались, и сам я так часто ошибался...».

Почему эти слова важны для каждого врача? Потому, что совет профессионального эксперта позволяет с иной точки зрения взглянуть на результаты своего труда. Множество выявляемых экспертами СМО дефектов можно предотвратить, внимательно относясь к результату труда эксперта — акту экспертизы. Это значит, что пациент не потеряет здоровье, а врач сохранит свою свободу и профессию. Неужели он в этом не заинтересован? А если заинтересован, следовательно, он заинтересован в наличии в России профессиональной и объективной экспертизы.



Здравоохранение-2015

НОВОРОЖДЕННЫХ НАЧАЛИ ТЕСТИРОВАТЬ ПО ТЕХНОЛОГИИ СЕКВЕНИРОВАНИЯ ГЕНОМА



Медико-генетический диагностический центр Санкт-Петербурга начал проводить генетическое тестирование новорожденных на несколько тяжелых наследственных заболеваний при помощи передовой технологии секвенирования генома.

Данная технология разработана при поддержке Фонда «Сколково». На сегодняшний день это первый в России и один из немногих в мире случаев, когда высокопроизводительное секвенирование генома начинает применяться в повседневной клинической практике.

Этот вид тестирования планируется к использованию в качестве одного из этапов неонатального скрининга.

Источник: Совет по развитию социальных инноваций субъектов Российской Федерации при Совете Федерации



От редакции:

В предыдущем номере мы опубликовали статью, посвященную порядку проведения аттестации работников учреждений здравоохранения на соответствие занимаемым должностям. Продолжая тему, в данном номере мы публикуем материал, касающийся образцов форм конкретных документов, используемых при проведении аттестации.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,

ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия

ФОРМЫ ДОКУМЕНТОВ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АТТЕСТАЦИИ РАБОТНИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СООТВЕТСТВИЕ ЗАНИМАЕМЫМ ДОЛЖНОСТЯМ

УДК 614.257

Кадыров Ф.Н. *Формы документов, необходимые для проведения аттестации работников учреждений здравоохранения на соответствие занимаемым должностям* (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия)

Аннотация. Существующими нормативными и методическими документами не определен порядок проведения аттестации на соответствие занимаемой должности. За редким исключением отсутствуют и унифицированные формы документов, необходимых для проведения аттестации. В данной публикации приведены формы соответствующих документов, разработанные на основе анализа аналогичных форм, применяемых различными федеральными ведомствами и т.д., а также с использованием имеющихся унифицированных форм.

Ключевые слова: аттестация, оценка соответствия занимаемой должности, квалификация, кадры, увольнение, формы документов

Проведение аттестации работников затрагивает серьезные вопросы, касающиеся прав и обязанностей работников. Негативные результаты аттестации могут привести к конфликтам. Поэтому очень важно правильно оформить необходимые документы.

К заседанию аттестационной комиссии представляются следующие документы:

- характеристика аттестуемого работника;
- аттестационный лист предыдущей аттестации работника (протокол заседания аттестационной комиссии) — при наличии;
- трудовой договор, заключенный с работником;
- должностная инструкция;
- положение о структурном подразделении, в котором работает аттестуемый;
- правила внутреннего трудового распорядка учреждения;

— аналитические, справочные и другие материалы, характеризующие аттестуемого.

Кроме того, необходимо грамотно разрабатывать и само положение о порядке проведения аттестации, предусмотрев особенности, вытекающие из специфики учреждения и т.д. Так, при необходимости в случае большой численности аттестуемых работников или в зависимости от специфики деятельности аттестуемых работников, а также при наличии в организации обособленных структурных подразделений допускается формирование нескольких аттестационных комиссий.

Существующими нормативными и методическими документами не определен порядок проведения аттестации на соответствие занимаемой должности. За редким исключением отсутствуют и унифицированные формы документов, необходимых для проведения аттестации. Ниже приведены формы (образцы) соответствующих документов, разработанные на основе анализа аналогичных форм, применяемых различными федеральными ведомствами и т.д., а также с использованием имеющихся унифицированных форм.

П Р И К А З

от _____ 20__ г.

№ _____

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ АТТЕСТАЦИИ РАБОТНИКОВ _____ УЧРЕЖДЕНИЯ

В целях реализации положений части 2 статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации
Приказываю:

1. Утвердить Положение о порядке проведения аттестации работников _____ учреждения согласно приложению.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по кадрам (на начальника отдела кадров и т.д.) _____ .
(Ф.И.О.)

Главный врач: _____
(Ф.И.О.)

Приложение
к Приказу от _____ № _____

ПОЛОЖЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ АТТЕСТАЦИИ РАБОТНИКОВ _____ УЧРЕЖДЕНИЯ

1. Общие положения

Аттестация работников учреждения проводится в целях повышения эффективности деятельности учреждения по подбору и расстановке кадров, стимулированию роста их квалификации и ответственности за резуль-

таты работы, определению уровня их профессиональной подготовки, развитию инициативы и деловой активности.

Основными задачами аттестации являются:

— развитие персонала и усиление мотивации труда;



- формирование резерва кадров на выдвижение на руководящие должности;
- определение соответствия работника занимаемой должности;
- выявление перспективы должностного роста работников;
- стимулирование повышения их профессиональной компетентности;
- определение потребности в повышении квалификации, профессиональной подготовке или переподготовке работника;
- оценка необходимости совершенствования должностных инструкций, показателей и критериев оценки деятельности работников.

Аттестация работника проводится однократно. При необходимости последующая аттестация может проводиться один раз в пять лет.

Аттестации подлежат следующие работники (включая, работающих по внутреннему и внешнему совместительству):

- специалисты учреждения;
- руководители структурных подразделений учреждения;
- заместители главного врача.

Не подлежат аттестации:

- беременные женщины;
- женщины, находящиеся в отпуске по беременности и родам;
- работники, проработавшие в занимаемой должности менее одного года;
- работники, работающие на условиях срочного трудового договора.

Работники, находящиеся в отпуске по беременности и родам, по уходу за ребенком, могут быть аттестованы не ранее, чем через год после выхода из отпуска.

2. Порядок подготовки к проведению аттестации

Подготовка к проведению аттестации включает в себя следующие мероприятия:

- определение списков работников, подлежащих аттестации;
- разработку графика проведения аттестации;

- подготовку характеристик работников, включающих сведения об исполнении ими должностных обязанностей, о квалификации и результатах их трудовой деятельности.

К заседанию аттестационной комиссии представляются следующие документы:

- характеристика аттестуемого работника;
- аттестационный лист предыдущей аттестации работника (протокол заседания аттестационной комиссии) — при наличии;
- трудовой договор, заключенный с работником;
- должностная инструкция;
- положение о структурном подразделении, в котором работает аттестуемый;
- правила внутреннего трудового распорядка учреждения;
- аналитические, справочные и другие материалы, характеризующие аттестуемого.

При отсутствии какого-либо из вышеперечисленных документов (за исключением аналитических, справочных и т.д.) аттестация работника не проводится.

Приказ о проведении аттестации издается не позднее, чем за две недели до ее проведения, и доводится до сведения работников, подлежащих аттестации.

Приказом утверждаются: сроки проведения аттестации и список работников, подлежащих аттестации.

Не позднее, чем за 7 календарных дней до даты проведения аттестации, секретарю соответствующей аттестационной комиссии представляется характеристика аттестуемого сотрудника.

Вышестоящий руководитель знакомит аттестуемого работника под роспись с представленной на него характеристикой.

Секретарь аттестационной комиссии проверяет наличие необходимых документов, представляемых на рассмотрение аттестационной комиссии.

Секретарь аттестационной комиссии обязан в установленные сроки доложить председателю аттестационной комиссии о количестве поступивших документов, подлежащих





рассмотрению на заседании, оповестить членов аттестационной комиссии и лиц, присутствие которых необходимо на заседании аттестационной комиссии, о времени и месте проведения заседания, о вопросах, выносимых на ее рассмотрение, а также представить членам аттестационной комиссии документы, подлежащие рассмотрению на заседании.

Секретарь аттестационной комиссии не позднее, чем за один день до даты проведения аттестации, должен уведомить сотрудников, подлежащих аттестации, о времени проведения заседания аттестационной комиссии.

Решение о проведении аттестации работников, дате, месте и времени проведения аттестации принимается руководителем организации.

Сотрудники, ознакомленные с графиком аттестации, обязаны явиться на заседание аттестационной комиссии в установленный срок.

3. График проведения аттестации

График проведения аттестации утверждается и доводится до сведения каждого аттестуемого под роспись не позднее, чем за месяц до начала аттестации. В графике указываются:

- наименование подразделения, работники которого подлежат аттестации;
- дата, время и место проведения аттестации;
- дата представления в аттестационную комиссию необходимых документов с указанием ответственных за такое представление руководителей соответствующих подразделений.

4. Аттестационная комиссия

В состав аттестационной комиссии включаются специалисты профильных специальностей, компетентных для оценки квалификации аттестуемого специалиста; представители кадровой и юридической служб; руководители структурных подразделений, заместители главного врача.

В состав аттестационной комиссии в обязательном порядке включается представитель

выборного органа соответствующей первичной профсоюзной организации (представительного органа работников).

В состав аттестационной комиссии по согласованию могут включаться приглашенные специалисты (эксперты), в том числе представители органов власти, учебных заведений и т.д.

При этом состав аттестационной комиссии формируется с учетом необходимости исключения возможности конфликта интересов, который мог бы повлиять на принимаемые аттестационной комиссией решения.

Аттестационная комиссия состоит из председателя, заместителя председателя, членов комиссии (включая приглашенных) и секретаря.

В учреждении создается несколько аттестационных комиссий, призванных аттестовать различные категории работников (врачей, медсестер, специалистов финансовых служб и т.д.).

Количественный и персональный состав аттестационных комиссий, сроки и порядок их работы утверждаются приказом главного врача.

Все члены аттестационной комиссии обладают равными правами.

Основными принципами деятельности комиссии являются компетентность, объективность, открытость, независимость, соблюдение норм профессиональной этики.

5. Характеристика

Не позднее, чем за 7 дней до начала аттестации, в кадровую службу соответствующим руководителем представляется характеристика подлежащего аттестации работника с подписью работника об ознакомлении с характеристикой.

В зависимости от занимаемой аттестуемым сотрудником должности, а также основания проведения аттестации в характеристике работника отражаются:

- уровень профессиональной квалификации сотрудника;
- степень соответствия профессиональных знаний и навыков сотрудника квалифика-



ционными требованиями, предъявляемым к занимаемой им должности;

- знание должностной инструкции и сведения о ее выполнении;

- отношение сотрудника к выполнению своих обязанностей;

- достигнутые результаты в работе;

- знание требований законодательных и других нормативных актов, регулирующих практическую деятельность сотрудника;

- деловые качества сотрудника (умение организовать работу на порученном участке, ответственность, инициатива, компетентность, при наличии подчиненных — стиль и эффективность руководства);

- сведения о соблюдении сотрудником дисциплины, о применении к нему мер поощрения и наложении на него дисциплинарных взысканий за аттестуемый период;

- оценка личных качеств;

- иные характеризующие аттестуемого сотрудника сведения.

К характеристике могут прилагаться другие документы, характеризующие деятельность аттестуемого сотрудника.

В характеристике сотрудника непосредственный руководитель указывает свои предложения аттестационной комиссии по аттестации либо неаттестации работника.

Непосредственный руководитель не менее, чем за десять дней до проведения аттестации, знакомит аттестуемого сотрудника под расписку с характеристикой, а также с датой и местом проведения заседания аттестационной комиссии, после чего характеристика передается секретарю аттестационной комиссии.

В случае отказа сотрудника от ознакомления с характеристикой составляется соответствующий акт в произвольной форме.

Аттестуемый сотрудник вправе в письменной форме выразить свое несогласие с характеристикой и представить в отдел кадров или непосредственно на заседание аттестационной комиссии дополнительные сведения о выполнении своих обязанностей.

Аттестуемый работник не позднее, чем за 3 дня до дня проведения аттестации, вправе представить в отдел кадров или секретарю аттестационной комиссии дополнительные сведения о себе и о выполнении своих трудовых функций, а также мотивированное письменное заявление о своем частичном или полном несогласии с представленной характеристикой.

6. Заседание аттестационной комиссии

Заседания аттестационной комиссии проводятся по мере поступления аттестационных материалов.

Заседание аттестационной комиссии считается правомочным при наличии не менее 2/3 ее состава.

Заседание аттестационной комиссии начинается с проверки явки аттестуемых сотрудников на аттестацию, а при неявке аттестуемого сотрудника по возможности выясняются ее причины.

В случае неявки аттестуемого сотрудника на заседание аттестационной комиссии по уважительной причине аттестация переносится на более поздний срок.

В случае неявки сотрудника на аттестацию без уважительных причин сведения о неявке на заседание аттестационной комиссии в течение одного рабочего дня направляются руководителю учреждения для решения вопроса о привлечении сотрудника к дисциплинарной ответственности, а аттестация сотрудника переносится на более поздний срок.

В случае невозможности присутствия на заседании отдельных членов аттестационной комиссии либо сотрудников, подлежащих аттестации или приглашенных на заседание, указанные лица обязаны заблаговременно представить заявление на имя председателя аттестационной комиссии с указанием причин невозможности присутствия на заседании.

В случае отсутствия председателя аттестационной комиссии его обязанности исполняет заместитель. В случае отсутствия секретаря аттестационной комиссии его обязанности





по решению председателя аттестационной комиссии (заместителя председателя — в случае отсутствия на заседании аттестационной комиссии ее председателя) возлагаются на одного из членов аттестационной комиссии.

В случае предоставления аттестуемым сотрудником при проведении аттестации дополнительных сведений о своей служебной деятельности, а также в целях проверки доводов аттестуемого сотрудника о несогласии с представленным на него мотивированным отзывом аттестационная комиссия вправе перенести аттестацию на более поздний срок для истребования дополнительных материалов и ознакомления с предоставленными сведениями членов аттестационной комиссии.

В целях обеспечения объективности оценки деловых, профессиональных и личностных качеств сотрудника на заседание аттестационной комиссии по решению председателя аттестационной комиссии приглашается непосредственный начальник аттестуемого сотрудника.

Аттестация работника начинается с доклада секретаря аттестационной комиссии о содержании материалов, представленных на аттестуемого (в том числе результатов профессионального тестирования); зачитывается характеристика аттестуемого сотрудника.

Аттестационная комиссия рассматривает представленные документы, характеризующие деловые, профессиональные и личностные качества аттестуемого сотрудника, заслушивает сообщение аттестуемого сотрудника о его деятельности, а в случае необходимости — и его непосредственного начальника.

При необходимости члены аттестационной комиссии могут задавать аттестуемому сотруднику вопросы, связанные с его деятельностью, а также иные уточняющие вопросы.

Аттестационная комиссия оценивает аттестуемого работника на основе результатов его трудовой деятельности, собеседования, тестирования и других методов, не противоречащих законодательству Российской Феде-

рации. При этом должны учитываться квалификация, опыт работы аттестуемого по занимаемой должности, его конкретное участие в решении поставленных перед структурным подразделением задач, сложность выполняемой им работы, ее результативность.

В случае выявления в ходе аттестации несоответствия сведений, изложенных в характеристике, фактическому уровню квалификации сотрудника и т.д., характеристика возвращается непосредственному руководителю сотрудника для доработки, а аттестация сотрудника переносится.

Аттестационная комиссия в целях объективной оценки профессиональных и личностных качеств работника вправе отложить принятие решения до получения дополнительной информации, но не более чем на четырнадцать дней.

Рекомендации аттестационной комиссии принимаются открытым голосованием в отсутствие аттестуемого сотрудника.

Результаты голосования определяются большинством голосов. При равенстве голосов аттестуемый работник признается соответствующим занимаемой должности.

Результаты аттестации сообщаются работнику сразу же после голосования.

Секретарь аттестационной комиссии ведет протокол заседания аттестационной комиссии, оформляет аттестационный лист сотрудника.

Рекомендации аттестационной комиссии отражаются в протоколе заседания аттестационной комиссии, который подписывается председателем, заместителем председателя, иными членами аттестационной комиссии, присутствующими на заседании аттестационной комиссии, и заносятся в аттестационный лист, который подписывается председателем и секретарем аттестационной комиссии. Руководитель подразделения в течение пяти рабочих дней со дня заседания аттестационной комиссии знакомит сотрудника под расписку с аттестационным листом и направляет аттестационный лист соответ-



ствующему руководителю для принятия решения.

Аттестация членов аттестационной комиссии проводится на общих основаниях. На время аттестации работника, являющегося членом аттестационной комиссии, его членство в этой комиссии приостанавливается.

Аттестационная комиссия по результатам аттестации принимает в отношении аттестуемого одно из следующих решений:

- соответствует занимаемой должности;
- соответствует занимаемой должности и рекомендуется к включению в установленном порядке в кадровый резерв на высшую должность;
- соответствует занимаемой должности при условии успешного прохождения профессиональной переподготовки или повышения квалификации и с последующей переаттестацией через год;
- не соответствует занимаемой должности вследствие недостаточной квалификации;
- подлежит увольнению в соответствии с пунктом 3 части первой статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации в связи с недостаточной квалификацией, подтвержденной результатами аттестации, если невозможно перевести работника с его согласия на другую работу.

Аттестационная комиссия вправе давать рекомендации аттестуемому, о выполнении которых он отчитывается на очередной аттестации.

Сотрудник вправе обжаловать рекомендации аттестационной комиссии.

7. Протокол заседания аттестационной комиссии

Каждое заседание аттестационной комиссии оформляется протоколом, в котором указываются дата, место, персональный список присутствовавших членов аттестационной комиссии, а также список лиц, проходивших аттестацию, с указанием результатов по каждому аттестуемому, а также иные имеющие значение сведения.

Протокол заседания аттестационной комиссии ведет секретарь аттестационной комиссии.

Протокол заседания аттестационной комиссии подписывается председателем, заместителем председателя, членами аттестационной комиссии, присутствовавшими на заседании.

Выписка из протокола заседания аттестационной комиссии, содержащая сведения о фамилии, имени, отчестве (при наличии) аттестуемого, наименовании его должности, дате заседания аттестационной комиссии, результатах голосования, о принятом аттестационной комиссией решении, составляется и выдается отделом кадров работнику под роспись в течение 10 рабочих дней со дня проведения заседания.

8. Аттестационный лист

Результаты аттестации (оценка, замечания и предложения) заносятся в аттестационный лист, который составляется в одном экземпляре и подписывается председателем, секретарем и членами аттестационной комиссии, принявшими участие в голосовании.

Аттестационный лист работника, прошедшего аттестацию, хранится в его личном деле.

При последующих аттестациях аттестационный лист включается в число документов, рассматриваемых в ходе очередной аттестации.

Руководитель подразделения в течение пяти рабочих дней со дня заседания аттестационной комиссии знакомит сотрудника под расписку с аттестационным листом.

В случае отказа сотрудника от ознакомления с аттестационным листом составляется соответствующий акт в произвольной форме.

9. Меры, принимаемые по результатам аттестации

Лица, не прошедшие аттестацию (проверку знаний), должны пройти ее повторно в сроки, установленные аттестационной комиссией. Лица, не прошедшие аттестацию, могут обжаловать решения аттестационной



комиссии в соответствии с законодательством Российской Федерации.

После проведения аттестации с учетом выводов комиссии в месячный срок готовятся соответствующие проекты приказов:

- об оставлении сотрудника в занимаемой должности;
- о включении работников в кадровый резерв на вышестоящую должность;
- о направлении на профессиональную переподготовку или повышение квалификации;
- о назначении на вышестоящую должность;
- о переводе на нижестоящую должность;
- об увольнении по основанию, предусмотренному пунктом 3 части первой статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации (несоответствие работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие недостаточной квалификации, подтвержденной результатами аттестации);
- об организации работы по повышению квалификации работников, о совершенствовании должностных инструкций, показателей и критериев оценки деятельности работников и т.д.

В случае принятия решения аттестационной комиссией о несоответствии аттестуемого сотрудника занимаемой должности сотруднику, в отношении которого дана рекомендация о переводе на вакантную нижестоящую должность, не позднее 14 дней после проведения аттестации отделом кадров предлагаются вакантные нижестоящие должности, а в случае его отказа от перевода на предложенные должности или отсутствия таких должностей, а также сотрудники, в отношении которых аттестационной комиссией даны рекомендации об увольнении, предупреждаются в установленном порядке о предстоящем увольнении, а материалы аттестации в отношении этих сотрудников докладываются руководителю учреждения для принятия решения.

Работник вправе обжаловать результаты аттестации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Трудовые споры, возникающие в связи с проведением аттестации, рассматриваются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

График проведения аттестации

Утверждаю: _____
Главный врач _____
Ф.И.О.

№ п/п	Должность, фамилия, имя, отчество сотрудника	Дата проведения последней аттестации, решение и рекомендации аттестационной комиссии*	Дата заседания аттестационной комиссии	Дата предоставления характеристики в аттестационную комиссию и наименование должности лица, представляющего ее	Отметка об ознакомлении работника с датой аттестации (дата, подпись)	Примечания
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						

Секретарь аттестационной комиссии: _____
(Ф.И.О.)

* Данная графа может отсутствовать



Характеристика работника, подлежащего аттестации (образец заполнения)

ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТНИКА, ПОДЛЕЖАЩЕГО АТТЕСТАЦИИ

_____ (фамилия, имя, отчество аттестуемого сотрудника)

Число, месяц, год рождения _____

Занимаемая должность _____
(наименование должности, дата и номер приказа о приеме на работу)

Стаж работы по специальности: _____

Сведения об образовании _____
(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность, год окончания, специальность и квалификация, сведения о наличии ученой степени, ученого звания, о получении дополнительного профессионального образования)

Дисциплинарные взыскания: не имеет. Поощрения (награждения): _____

Текст характеристики _____

Дата составления характеристики: _____

Подпись, наименование должности лица, составившего характеристику _____

С характеристикой ознакомлен _____
(подпись) (дата)

Со сведениями, указанными в характеристике:

Согласен: _____ Не согласен: _____
(указываются причины)

Об ответственности за неявку на заседание аттестационной комиссии предупрежден(а).
«__» _____ 20__ г.

АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ

1. Фамилия, имя, отчество аттестуемого _____
2. Год рождения _____
3. Сведения об образовании _____
(что окончил и когда, специальность и квалификация по образованию, №№ диплома, сертификата, удостоверения об общем и профессиональном образовании)
4. Занимаемая должность на момент аттестации _____
5. Общий трудовой стаж _____
6. Стаж работы по занимаемой должности (дата назначения на должность) _____
7. Сведения о наличии ученой степени, ученого звания _____
8. Сведения о профессиональной переподготовке, повышении квалификации _____
9. Взыскания _____ Поощрения _____
Вопросы к аттестуемому специалисту и ответы на них _____
10. Замечания и предложения, высказанные членами аттестационной комиссии _____
11. Замечания и предложения, высказанные аттестуемым специалистом _____
12. Заключение комиссии _____

Председатель комиссии _____ Секретарь комиссии _____
(подпись) (подпись)

Члены комиссии _____ С аттестационным листом ознакомился _____
(подпись) (подпись и дата)





Личная карточка. Сведения о результатах аттестации (образец заполнения)

УНИФИЦИРОВАННАЯ ФОРМА N Т-2

Утверждена Постановлением Госкомстата РФ
от 05.01.2004 № 1

IV. АТТЕСТАЦИЯ

Дата аттестации	Решение комиссии	Документ (протокол)		Основание
		номер	дата	
1	2	3	4	5
___.__.20__	Соответствует занимаемой должности	5	___.__.20__	Протокол

ПРОТОКОЛ № __ ЗАСЕДАНИЯ АТТЕСТАЦИОННОЙ КОМИССИИ

_____ ОТ «__» _____ 20__ г.
(наименование аттестационной комиссии)

Председатель _____
(должность, фамилия, инициалы)

Члены комиссии: _____
(должность, фамилия, инициалы)

(должность, фамилия, инициалы)

(должность, фамилия, инициалы)

Секретарь _____
(должность, фамилия, инициалы)

Присутствуют: _____

Повестка дня:

Об аттестации _____
(должность, фамилия, инициалы аттестуемого сотрудника)

Слушали: _____

Вопросы к аттестуемому и ответы на них: _____

Выступили: _____

Замечания и предложения, высказанные членами аттестационной комиссии: _____

Рекомендации аттестационной комиссии: _____

Принято открытым голосованием: за _____ против _____.

Председатель _____

Члены аттестационной комиссии _____

Секретарь _____

«__» _____ 20__ г.



Литература

1. Федеральные законы от 27.07.2004 № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации» и от 02.03.2007 № 25-ФЗ «О муниципальной службе в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 30.11.2011 № 342-ФЗ «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
4. Положение о проведении аттестации государственных гражданских служащих Российской Федерации, утвержденное Указом Президента РФ от 01.02.2005 № 110.
5. Приказ МВД России от 14.03.2012 № 170 (ред. от 02.07.2014) «О порядке проведения аттестации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации» (Зарегистрирован в Минюсте России 20.04.2012 № 23902).
6. Путеводитель по кадровым вопросам. Аттестация. От 16.02.2015//Консультант-Плюс. www.consultant.ru
7. Шадрина Т.В. Аттестация работников как основание для увольнения//Оплата труда: бухгалтерский учет и налогообложение. — 2014. — № 12.



UDC 614.257

KKadirov F.N. *Forms of documents, deemed necessary for completing qualification evaluation of employees in healthcare institutions* (Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Russian Ministry of Health Care Development, Moscow, Russia)

Abstract. There has not yet been adopted a standard for completing qualification evaluation procedure by the current normative and methodology documents. There is no uniformed documents, needed to complete the evaluation. The following article outlines forms of corresponding documents, developed on the basis of analysis of analogue forms, applied by various federal authorities as well as with the support of current unified forms.

Keywords: evaluation, evaluation of qualification, qualification, personnel, redundancy, forms of documents.



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



К нам предъявляют претензии по поводу того, что наше штатное расписание составлено не в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, содержащимися в порядках оказания медицинской помощи. Что делать?

Часть 3 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает, что «порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя ... 4) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений».

Как видим, штатные нормативы носят рекомендуемый характер. Мы должны строго руководствоваться нормами закона: порядки оказания медицинской помощи обязательны для исполнения, следовательно, в обязательном порядке мы должны рассматривать рекомендуемые штатные нормативы именно как рекомендуемые.

Вообще еще со времен Советского Союза у нас в стране все штатные нормативы носят рекомендательный характер.

Далее. В распоряжении Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы» говорится: «Формирование штатной численности учреждений следует проводить с применением систем нормирования труда с учетом необходимости качественного оказания государственных (муниципальных) услуг (выполнения работ)». А правительственное распоряжение выше по статусу, чем приказы Минздрава (Минздравсоцразвития) России, которыми утверждаются порядки оказания медицинской помощи. Поэтому в положении о нормировании труда, принимаемом в учреждении, целесообразно со ссылкой на вышеприведенное положение закрепить, что штатное расписание учреждения рассчитывается в соответствии с нормативными правовыми актами (включая порядки оказания медицинской помощи, содержащие рекомендуемые штатные нормативы), методическими рекомендациями и т.д. в рамках штатного нормирования (определения норм численности), являющегося составной частью нормирования труда в учреждении. При этом следует добавить, что по итогам норми-

рования штатная численность работников, утверждаемая руководителем учреждения в рамках штатного расписания, может отличаться от той, которая предусмотрена соответствующими документами.

Действующая нормативная база дает учреждениям чрезвычайно большие полномочия в вопросах нормирования. Но этими полномочиями нужно грамотно пользоваться: недостаточно просто продекларировать, что учреждение формирует штатное расписание на основе нормирования, нужно составление штатного расписания официально (через закрепление в Положении о нормировании труда в учреждении) включить в систему нормирования труда.

Тем не менее, остается еще один важный аспект — лицензирование. Для получения лицензии учреждение должно подтвердить, что оно обладает возможностями для оказания заявленных видов медицинской помощи. Например, при оказании хирургической помощи в штатном расписании должны присутствовать должности врачей-анестезиологов-реаниматологов. Обеспечение круглосуточного наблюдения за пациентами не может быть обеспечено, если в штатном расписании имеются менее 4,0 ставок соответствующих должностей и т.д. Подобные отклонения в штатном расписании могут служить основанием для того, чтобы лицензия не была выдана.

Таким образом, никто не вправе требовать введения должностей строго в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, содержащимися в порядках оказания медицинской помощи. Но если имеющихся должностей недостаточно для организации оказания медицинской помощи, учреждение может не получить лицензию.



Если работник не согласен подписать эффективный контракт, то учреждение обязано предложить ему другие должности. Но ведь и другие должности перейдут на эффективный контракт. Какой смысл предлагать другие должности?

Другие должности при введении эффективного контракта учреждения обязаны предлагать работникам в связи с требованиями Трудового кодекса. А вот то, что эффективный контракт предстоит для всех, должно стать для работников веским аргументом в пользу того, что нет смысла пытаться избежать эффективного контракта.



Как сотрудники скорой помощи должны привлекать дополнительных пациентов, чтобы превысить плановое количество вызовов и получить выплаты стимулирующего характера за эти сверхплановые вызовы?

Вовсе не обязательно устанавливать выплаты стимулирующего характера для работников скорой помощи именно за сверхплановые вызовы. Действительно, сами сотрудники бригад скорой помощи, как правило, не могут формировать дополнительные (сверхплановые) вызовы. Исключения порой составляют бригады скорой помощи в сельской местности, хорошо знающие своих пациентов и нередко «мимоходом» заезжающие к ним, оформляя эти визиты как вызовы (например, попросив пациентов при них позвонить по номеру 03).

Да и функции у скорой помощи сродни пожарной бригаде: чем меньше пожаров, чем меньше вызовов, тем лучше. Поэтому вовсе не обязательно привязывать





выплаты стимулирующего характера именно к вызовам (к сверхплановым вызовам). Имеются много других показателей, характеризующих работу скорой помощи: время доезда до места вызова, процент вызовов со временем доезда до 20 минут, число повторных выездов по вине бригады и т.д. Могут применяться показатели общего количества вызовов (безотносительно к плану), обслуженных отдельными бригадами, для распределения бригадного фонда оплаты труда (выплат стимулирующего характера). Наконец, могут использовать и такие показатели, как количество вызовов из числа поступивших за час (40 минут и т.д.) до окончания рабочей смены, которые не были обслужены, и т.д.

Кстати, рассматриваемая проблема актуальна не только для скорой помощи. А вот, что действительно характерно для скорой помощи, так это то, что в рамках региональных систем оплаты труда различного рода гарантированные выплаты на практике «съедают» практически весь фонд оплаты труда, что фактически не оставляет средств на реально «стимулирующие» выплаты. При разработке и корректировке региональных систем оплаты труда (в том числе с учетом Письма Минздрава России от 04.09.2014 № 16-3/10/2-6752 «О совершенствовании региональных и муниципальных систем оплаты труда медицинских работников») необходимо учитывать этот фактор.



Почему для медицинских работников при введении эффективного контракта устанавливают «показатели и критерии оценки эффективности деятельности»? Почему медперсонал (врачей, медсестер и т.д.) вынуждают думать экономическими категориями?

Эффективность — действительно, экономическая категория. Но прежде всего отметим, что, как правило, предлагаемые показатели и критерии оценки деятельности работников не имеют никакого отношения к эффективности. Эффективность — это всегда соотношение результатов с затратами в различной форме (прибыль, рентабельность, затраты на 1 пролеченного больного и т.д.). В предлагаемых показателях и критериях оценки деятельности работников учет подобных соотношений не предусматривается. Действительно, что с чем сопоставляется в таких показателях, как объем оказанных услуг, отсутствие обоснованных жалоб и т.д.?

Правда, в некоторых случаях все же имеет место сопоставление значений некоторых показателей между собой: например, при расчете показателя «Доля посещений с профилактической целью от общего числа посещений». Но и тут нет сопоставления затрат с результатами, нет оценки эффективности.

Следовательно, в подобных случаях нельзя говорить о показателях и критериях эффективности, об оценке эффективности. Но можно говорить об оценке результатов труда, выражающихся в различных показателях.

Поэтому государство поступает абсолютно правильно, заставляя работников мыслить экономическими категориями (а это понятие шире, чем понятие «эффективность»). Оказание медицинской помощи (оказание медицинских услуг) — это хоть и весьма специфичное, но все же производство. Любое производство предполагает учет ресурсов и результатов. Не всегда на каждом рабочем месте можно учесть и ресурсы (затраты), и результаты, то есть эффективность. Но нужно учитывать хотя бы то, что возможно. Где-то это количество и стоимость израсходованных медикаментов (расходных материалов), где-то объемы помощи, где-то показатели качества и т.д. Решение этой задачи как раз и стремится обеспечить эффективный контракт.



ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

ЕДИНСТВО ИЗМЕНЕНИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: СКОРРЕКТИРОВАНА ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМАЯ ПОГРЕШНОСТЬ ТОНОМЕТРА

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 февраля 2015 г. № 40н «О внесении изменения в пункт 6 Перечня измерений, относящихся к сфере государственного регулирования обеспечения единства измерений, выполняемых при осуществлении деятельности в области здравоохранения, и обязательных метрологических требований к ним, в том числе показателей точности измерений, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 февраля 2014 г. № 81н»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 3 марта 2015 г. Регистрационный № 36 342.

Уточнена предельно допустимая погрешность при неинвазивном измерении артериального давления крови.

Она составляет ± 3 мм рт. ст. (а не процентов).

ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДДЕЯТЕЛЬНОСТИ: РЕГЛАМЕНТ РОСЗДРАВНАДЗОРА

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 января 2015 г. № 21н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по предоставлению государственной услуги по лицензированию медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 27 февраля 2015 г. Регистрационный № 36 319.

Утвержден Административный регламент Росздравнадзора по лицензированию меддеятельности (кроме деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории Сколково).

Речь идет о лицензировании деятельности медицинских и иных организаций, подведомственных федеральным органам власти, академиям наук, а также организаций федеральных органов власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба.

Решение о предоставлении лицензии принимается в течение 45 рабочих дней с даты поступления соответствующих заявления (форма приводится) и документов (сведений).

Решение о переоформлении при намерении расширить указанный в лицензии перечень работ, услуг, а также при намерении вести деятельность по адресу, не указанному в лицензии, принимается в течение 30 рабочих дней. В прочих случаях на это дается 10 рабочих дней.

На выдачу (направление) лицензии, а также предоставление ее дубликата отводятся 3 рабочих дня.

Сведения из реестра лицензий предоставляются в течение 5 рабочих дней.

Решение о прекращении действия лицензии по заявлению лицензиата принимается в течение 10 рабочих дней.





КАКУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДОРГАНИЗАЦИЙ МОЖНО НАЙТИ В ИНТЕРНЕТЕ?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2014 г. № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 20 февраля 2015 г. Регистрационный № 36 153.

В Интернете должна размещаться информация о деятельности медорганизаций, предоставление которой обязательно, а также необходимая для проведения независимой оценки качества оказания медуслуг.

Установлен перечень раскрываемых сведений. Они публикуются на официальных сайтах Минздрава России, региональных и местных органов, самих медорганизаций.

Так, на сайтах медицинских заведений размещается информация о правилах записи на первичный прием/консультацию/обследование. О процедуре подготовки к диагностическим исследованиям. О порядке госпитализации. О перечне платных медуслуг, правилах их предоставления и ценах (тарифах) на них. О медперсонале (Ф.И.О., занимаемая должность, уровень образования, квалификация, график приема). О вакантных местах. Об отзывах потребителей услуг и пр.

Приведены требования к размещению информации.

В частности, она должна быть доступна пользователям для ознакомления круглосуточно без взимания платы и иных ограничений.

Сведения публикуются в наглядном, понятном виде, в том числе в форме открытых данных. При этом обеспечиваются открытость, актуальность, полнота, достоверность информации, простота ее восприятия. Должны быть карта сайта для удобства навигации по нему, работоспособный поиск по сайту, версии для слабовидящих, а также другие возможности для удобной работы пользователей сайта.

На официальных сайтах должна предусматриваться возможность выражения мнений получателями медуслуг о качестве их оказания (анкетирование).

ООО «НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС»
Тел.: 8 800 200 8888 (бесплатный
междугородный звонок),
8 495 647 6238 (для Москвы)
Интернет: www.garant.ru



ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

*Полные тексты документов доступны на сайтах компании «Гарант»
и Издательского дома «Менеджер здравоохранения»: www.idmz.ru*



Продолжается подписка на научно-практический журнал «Менеджер здравоохранения» на 2015 г.



Периодичность — 10 выпусков в год.

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:

Подписной индекс: **82614** на полугодие
20102 на год

Подписка через редакцию (с любого номера, на любой срок):

Стоимость подписки для любого региона РФ

- на один номер — **660 руб.**
- на полугодие — **3300 руб.**
- **5800 руб. — годовая** (стоимость 1 номера по годовой подписке — 580 руб.)

НДС не облагается.

Доставка включена в стоимость подписки.

Адрес редакции: 127254, Москва, ул. Добролюбова, 11.

Тел./факс: (495) 618-07-92, E-mail: idmz@mednet.ru, kolin@mednet.ru, <http://www.idmz.ru>

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Получатель: ООО Издательский Дом «Менеджер Здравоохранения» Сretenское отделение Московского банка ОАО «Сбербанк России», г. Москва. ИНН 7715376090 КПП 771501001

Банк получателя: ОАО «Сбербанк России», г. Москва р/с: 40702810638050105256
к/с: 30101810400000000225 БИК 044525225 Код по ОКП 95200, Код по ОКПО 14188349

В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку на журнал "Менеджер здравоохранения" на 2015 г.», Ваш полный почтовый адрес и телефон.

Уважаемые читатели!

В последнее время участились случаи невыполнения некоторыми альтернативными агентствами своих обязательств по доставке журналов нашим подписчикам. Просим Вас сообщать в редакцию о 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.

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

ООО «Урал-Пресс XXI» <http://www.ural-press.ru/> Т./ф. (495) 789-86-36, 721-25-89

ВНИМАНИЕ!!!

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

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

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

Менеджер

здравоохранения

