

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№5.2018



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003



Продолжается подписка на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2018 год



Периодичность – 10 выпусков в год
КАК ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ*

В почтовом отделении:

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

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

ООО «УП УРАЛ-ПРЕСС»

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

ЗАО «ПРЕССИНФОРМ»

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

Уважаемые читатели!

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

ВНИМАНИЕ!!!

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

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

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

**Уважаемые подписчики!*

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

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



Менеджер
здравоохранения

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

14.02.01 – Гигиена

14.02.02 – Эпидемиология

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

14.02.04 – Медицина труда

14.02.05 – Социология медицины

14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация



Менеджер здравоохранения

№5
2018

Главный редактор:

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

Шеф-редактор:

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

Заместитель главного редактора:

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

Редакционная коллегия:

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

В номере:

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

**Программа государственных гарантий как инструмент обеспечения
социальных обязательств государства в сфере охраны здоровья граждан**

В.И. Перхов

6-12

**Проверочные листы росздравнадзора по контролю качества и безопасности
медицинской деятельности: новые задачи медицинских организаций**

Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов

13-19

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Оценки проектов лабораторной централизации в регионах РФ
(пилотное исследование)**

М.П. Свещинский, А.С. Гольдберг

20-30

НАСЕЛЕНИЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

**Нозологическая структура смертности населения Российской Федерации
от болезней системы кровообращения в трех возрастных группах**

*В.Ю. Семёнов, И.В. Самородская,
М.А. Старинская, С.А. Бойцов*

31-41

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Оценка удовлетворенности пациентов в медорганизации (опыт МКДЦ)

Р.В. Куприянов, Е.В. Жаркова, Р.Н. Хайруллин

42-49

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

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

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

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

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

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

Адрес издателя и редакции:

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

Главный редактор:

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

Зам. главного редактора:

д.э.н. Ф.Н. Кадыров
kadyrov@mednet.ru
Шеф-редактор:
д.б.н. Н.Г. Куракова
kurakov.s@relcom.ru

Директор отдела распространения и развития:

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

Автор дизайн-макета:

А.Д. Пугаченко

Компьютерная верстка и дизайн:

ООО «Допечатные технологии»

Литературный редактор:

С.В. Борисенко

Подписные индексы:

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

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

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

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

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

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

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

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

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Единая территориальная система скрининга болезней системы кровообращения у сельского населения с использованием телемедицинских технологий Волгоградской области

*В.В. Шкарин, Е.А. Берсенева,
Д.А. Кураков, А.Б. Покатилов,
Е.А. Савостина*

50-57

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

Дефекты диспансеризации и их квалификация в системе ОМС: принципы единообразия экспертной практики

А.А. Старченко, О.В. Тарасова

58-62

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ

Порядок формирования штатных расписаний государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения

В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров

63-71

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

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

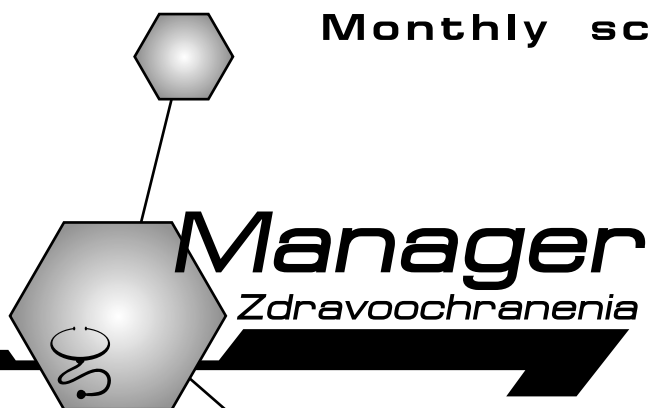
72-74

ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

Об оказании медицинской помощи в экстренной форме за плату

В.И. Перхов

75-79



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

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

№5
2018

Contents:

PROBLEM FOCUS

The program of state guarantees as a tool for ensuring social obligations of the state in the field of health protection of citizens

V.I. Perkhov

6-12

Checklists of healthcare quality control and safety of medical activity: new challenges of medical organizations

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

13-19

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

Assessments of laboratory centralization projects in the Russian regions (pilot study)

M.L. Sveshchinskiy, A.S. Goldberg

20-30

POPULATION AND HEALTH

Nosological structure of mortality from diseases of the circulatory system of the population in three age groups of the population of the Russian Federation

*V.Yu. Semenov, I.V. Samorodskaya,
M.A. Starinskaya, S.A. Boytsov*

31-41

SOCIAL ASPECTS OF HEALTH

Patients satisfaction evaluation in healthcare organization (ICDC experience)

R.V. Kupriyanov, E.V. Zharkova, R.N. Khairullin

42-49

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

IT HEALTH MANAGEMENT

The Volgograd region uniform territorial system of the blood circulatory system diseases screening at country people with use of telemedicine technologies

*V.V. Shkarin, E.A. Berseneva, D.A. Kurakov,
A.B. Pokatilov, E.A. Savostina*

50-57

SPECIAL OPINION

Defects of clinical examination and their qualification in the system of compulsory medical insurance: principles of uniformity of expert practice

A.A. Starchenko, O.V. Tarasova

58-62

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

The procedure for the formation of staff lists of state (municipal) health care institutions

V.I. Starodubov, F.N. Kadyrov

63-71

QUESTIONS AND ANSWERS

Questions answered by PhD of Economic F.N. Kadyrov

72-74

FEEDBACK

About the legality of the payment for the provision of medical care in the emergency form

V.I. Perkhov

75-79



В.И. Перхов,

д.м.н., главный научный сотрудник ФГБУ «ЦНИИОИЗ Минздрава России»
и ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии»
Москва, Россия, perkhov@mednet.ru

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ КАК ИНСТРУМЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ГОСУДАРСТВА В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

УДК 614.2

Перхов В.И. Программа государственных гарантий как инструмент обеспечения социальных обязательств государства в сфере охраны здоровья граждан (ФГБУ «ЦНИИОИЗ Минздрава России», ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», Москва, Россия)

Аннотация. В статье рассматривается программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи как тактический инструмент обеспечения социальных обязательств государства в сфере охраны здоровья граждан. Показано, что действующая система государственных гарантий на макроуровне бездефицитна, покрывает все виды, формы и условия оказания медицинской помощи при исчерпывающем спектре заболеваний, при этом не обеспечивается полностью бесплатное оказание медицинской помощи. В общей структуре расходов на здравоохранение в России доля личных средств граждан составляет почти половину, что более чем в три раза выше чем в странах Европейского Союза. Приведенные в статье данные позволяют предположить, что население платит не за возможность получения медицинской помощи, а за её качество. Авторы считают, что необходимо перенастраивать отношения в здравоохранении, прежде всего – взаимоотношения врача и пациента. Для этого необходимо создать условия, способствующие возрождению привычного для российского профессионального медицинского сообщества лидерства в сфере культурного, духовного и интеллектуального развития.

Ключевые слова: Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, государственные обязательства в сфере охраны здоровья граждан, платные медицинские услуги, общественное здоровье и здравоохранение.

Определенность и конкретность государственных гарантий в сфере здравоохранения достигается через процедуру формирования, утверждения и реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, первая версия которой была утверждена Правительством Российской Федерации 20 лет тому назад.

Однако существует устойчивый разрыв между декларируемыми и реально реализуемыми правами граждан на бесплатную медицинскую помощь. По оценкам экспертов, размер этих платежей населения за медицинские услуги и лекарства уже в 2002 году был сопоставим с объемом государственного финансирования здравоохранения [1].

Согласно данным, размещенным на портале TrendEconomy.ru (международные статистические и финансово-экономические

© В.И. Перхов, 2018 г.



данные), личные средства граждан в России составляют почти половину всех расходов на здравоохранение. При этом в таких странах, как Германия, Норвегия, Франция, граждане участвуют в расходах на здравоохранение в размере не более, чем 15% [2].

Примечательно, что в современной России сами медработники в качестве пациентов в 22% случаев практически всегда платят коллегам. В Советском Союзе такая практика была корпоративным табу [3].

В последние годы также отмечается рост платных медицинских услуг, которые оказываются в том числе гражданам, имеющим полис ОМС.

В целом за последние 10 лет, согласно данным Росстата, объём расходов населения на оплату медицинских услуг увеличился более, чем в пять раз и составил в 2016 году 6,6% от всех расходов на услуги против 4,7% в 2005 году. Для сравнения – в 1999 г. доля затрат на медицинские услуги составляла всего 0,5% совокупных расходов населения [4].

При этом уровень доходов почти 70% населения остается довольно низким. Согласно данным исследования, проведенного Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в марте 2017 года, только 2% опрошенных России могут позволить себе купить практически все. При этом 68,0% респондентов сообщили, что на продукты денег хватает, но покупка, например, бытовой техники и одежды уже затруднительна. Денег не хватает даже на еду у 6% респондентов, затруднились с ответом – 2% опрошенных, и только 22% респондентов заявили, что могут без труда купить любую бытовую технику и даже автомобиль, но не более [5].

Теоретически, личные средства граждан должны покрывать расходы в части оказания населению видов медицинской помощи, которые не включены в Программу государственных гарантий, базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходы, не включенных в структуру тарифов

на оплату медицинской помощи из государственных источников.

В соответствии со ст. 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, в рамках Программы граждан предоставляются бесплатно все виды медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

Базовая программа обязательного медицинского страхования – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования (статьи 3, 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В пункте 6 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ перечислены случаи, при которых медицинская помощь в рамках базовой программы ОМС оказывается бесплатно. В действительности в этом пункте перечислены не случаи, а классы Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-Х). Такой же перечень классов МКБ-Х ежегодно приводится в постановлениях Правительства Российской Федерации, утверждающих Программу. Этот перечень, согласно постановлению Правительства РФ от 08.12.2017 № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов», включает все существующие классы МКБ-Х, в том числе с 2014 года XVIII класс «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям», куда входят такие диагнозы, как «враждебность» (код R45.5), «деморализация и апатия» (R45.3), «раздражительность





и озлобление» (R45.4), «причудливый внешний вид» (R46.1), «подозрительность» (R46.5) и другие состояния, ранее (до 2014 года) не входившие в Программу.

Согласно пункту 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС включает в себя все без исключения виды расходов, кроме расходов на возмещение износа медицинского оборудования, а также расходов на рекламу. То есть не существует ни видов медицинской помощи, ни заболеваний, ни видов расходов, которые бы выходили за пределы Программы.

Кроме того, в соответствии с пунктом 2 статьи 80 Федерального закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ, при оказании в рамках Программы медицинской помощи осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и медицинскими изделиями, включенными в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека. Эти перечни довольно обширны и содержат дорогостоящие лекарства и изделия.

Распространено мнение, что существует дефицит финансирования. Согласно сведениям, содержащимся в соответствующем докладе Минздрава России, в 2013 году дефицит финансового обеспечения территориальных программ за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации составил по 58 субъектам Российской Федерации 81,7 млрд. рублей (9,2% общей потребности или 26,9% потребности в бюджетных ассигнованиях бюджетов субъектов Российской Федерации, рассчитанной в соответствии с установленными на 2013 год нормативами) [6].

В настоящее время основным государственным источником финансирования медицинской помощи являются средства ОМС.

Согласно Федеральному закону от 05.12.2017 № 368-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов», прогнозируемый доход фонда на 2018 год составляет 1,887 трлн. рублей, а расходы – 1,994 трлн. рублей [7].

Кроме того предполагается, что в 2018 году на здравоохранение будет направлено еще 460 млрд. рублей из федерального бюджета, а также 940 млрд. рублей из бюджетов регионов. Таким образом, планируемый консолидированный бюджет на здравоохранение в 2018 году составит почти 3,15 трлн. рублей [8]. Это примерно на 15% больше, чем в предыдущем году.

Объем финансирования здравоохранения и дальше будет расти. В своем послании Федеральному Собранию 01.03.2018 Президент Российской Федерации В. Путин отметил: «В 2019–2024 годах на развитие системы здравоохранения из всех источников потребуется ежегодно направлять в среднем более 4 процентов ВВП. Но стремиться нужно, безусловно, к 5 процентам. В абсолютном выражении это будет означать, что общие объемы расходов на здравоохранение должны увеличиться вдвое» [9].

Средства на финансовое обеспечение Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи планируются с использованием подушевых нормативов, которые разделены по видам, формам, условиям оказания медицинской помощи и источникам финансирования (средства бюджетов и ОМС).

Всего в Программе на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов насчитывается 13 подушевых нормативов на объемы видов медицинской помощи и 11 подушевых нормативов финансирования на единицу объема медицинской помощи. Не имеет подушевого норматива финансирования высокотехнологичная медицинская помощь, а также медицинская помощь за счет средств бюджетов по профилю «Медицинская реабилитация»



в составе специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара. В соответствии со ст. 34 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ВМП является частью специализированной медицинской помощи. Поэтому норматив затрат и объемы финансирования

специализированной медицинской помощи должен включать расходы на ВМП.

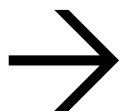
Наличие объемных и финансовых подушевых нормативов позволяет рассчитать размер финансового обеспечения объемов медицинской помощи, которые в рамках Программы государственных гарантий подлежат предоставлению населению на

Таблица 1

Расчет суммы финансового обеспечения бесплатного оказания видов медицинской помощи за счет средств бюджетов и обязательного медицинского страхования в 2018 году в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2017 г. № 1492 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»

Вид	Единица измерения объема медицинской помощи	Средний подушевой норматив объема медицинской помощи	Средний подушевой норматив финансирования на единицу объема медицинской помощи (рублей)	Сумма финансирования с учетом численности застрахованных (млрд. рублей)
Медицинская помощь за счет средств обязательного медицинского страхования				
Скорая медицинская помощь	вызов	0,3000	2224,6	98011,2
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	посещение	1,4550	499,7	192593,0
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	обращение	1,9800	1267,7	368624,6
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	случай лечения	0,0600	14619,5	128820,9
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	случай госпитализации	0,1724	29910,7	757077,8
Итого за счет средств ОМС:				1545127,5
Медицинская помощь за счет средств бюджетов				
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	обращение	0,2000	1217,9	35772,1
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	посещение	0,7000	452,5	46517,8
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	случай лечения	0,0040	12442,1	7309,0
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	случай госпитализации	0,0160	72081,3	169373,4
Паллиативная медицинская помощь	койко-день	0,0920	1929,9	26075,1
Итого за счет средств бюджетов:				285047,3
Всего:				1830174,7





безвозмездной основе за счет средств бюджетов и обязательного медицинского страхования. В *таблице 1* представлены эти расчеты, исходя из численности застрахованных по ОМС лиц в 2018 году, составляющей условно 146,8 млн. человек.

Расчеты показывают, что согласно Программе, в 2018 году на медицинскую помощь разных видов запланировано израсходовать 1,83 трлн. рублей, в том числе 1,55 трлн. рублей средств ОМС и 0,28 трлн. рублей бюджетных средств.

Согласно Федеральному закону от 05.12.2017 № 368-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов», бюджет Федерального фонда ОМС в 2018 году должен составить 1 трлн. 994 млрд. рублей. Из этой суммы субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации (межбюджетные трансферты) составляют 1 трлн. 870 млрд. рублей, что на 325 млрд. рублей больше, чем расчетная сумма финансового обеспечения бесплатного оказания видов медицинской помощи за счет обязательного медицинского страхования в 2018 году (1 трлн. 545 млрд. рублей).

Стоит отметить, что из-за ошибки, допущенной разработчиками Программы, мы не смогли учесть расходы на медицинскую реабилитацию. В частности, в Программе указано, что средние нормативы объема «для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2018–2020 годы – 0,17235 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях

медицинских организаций в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2018 год – 0,048 койко-дня на 1 застрахованное лицо...». Дело в том, что медицинская реабилитация к видам медицинской помощи не относится. Виды медицинской помощи перечислены в ст. 32 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению посвящена отдельная 40 статья Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ. В соответствии с этой статьей, «медицинская реабилитация – комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма...». Кроме того средние нормативы объема для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях указаны в одних учетных единицах (случай госпитализации), а для «входящей в состав специализированной медицинской помощи» медицинской реабилитации – в других (койко-день), что делает невозможным расчет плановых показателей объема медицинской реабилитации так как норматива на среднюю длительность оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в Программе нет.

Обсуждение результатов, выводы, предложения

В принципе, мы согласны с выводом наших коллег о том, что в 2018 году снижается «обременение» бюджета Федерального фонда ОМС расходными обязательствами, не связанными непосредственно с оказанием медицинской помощи в системе ОМС. «Средства, которые пошли на субсидии, передаваемые в субъекты Российской Федерации составили в 2018 году 93,8% от общей величины расходов бюджета ФОМС, а в 2017 году – были всего 88,6%. То есть, в 2018 году резко уменьшились расходы, не



связанные непосредственно с оказанием медицинской помощи в системе ОМС, и это нужно рассматривать как положительный фактор» [10].

Однако эти расходы остаются весьма высокими и составляют 17% от суммы субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования (325 млрд. рублей).

Основная функция любой системы здравоохранения – своевременное оказание квалифицированной медицинской помощи населению. Наши расчеты также показали, что денежные средства, которые планируется потратить на оказание медицинской помощи населению по Программе на безвозмездной основе составляют всего 60% от суммы ассигнований, запланированных на здравоохранение в бюджетах разных уровней и государственных внебюджетных фондах на 2018 год.

Поэтому осмелимся предположить, что несмотря на распространенное мнение о дефицитности Программы, на макроуровне дефицита финансирования Программы, включая базовую программу ОМС, нет, а сравнительно высокий удельный вес расходов населения на здравоохранение в России в сравнении с другими странами обусловлен причинами, которые не связаны с финансами.

Эту гипотезу подтверждают международные оценки, согласно которым в странах со значительно более низкими подушевыми расходами на здравоохранение, чем в России, ожидаемая продолжительность жизни выше, чем в России [11].

За что же население, основная часть которого отличается сравнительно низкой покупательской способностью, платит при обращении в медицинские организации?

В последние годы обострилась проблема качества медицинской помощи.

Растёт больничная летальность. В 2016 году, несмотря на сокращение

количества фонда, в стационарах умерло на 40 тыс. человек больше, чем в 2014 году, показатель общебольничной летальности составил 1,77% против 1,6% в 2014 году. По ряду регионов, в том числе в которых зарегистрирован рост общебольничной летальности, отмечен рост числа умерших на дому, что может свидетельствовать не только о ненадлежащем качестве оказания медицинской помощи, но и о недостаточной её доступности.

Об обострении в последние годы проблемы качества медицинской помощи свидетельствуют данные о росте послеоперационной летальности в федеральных клиниках кардиохирургического профиля. В частности, за последнее десятилетие объемы хирургических вмешательств по поводу пороков сердца увеличились более, чем на 30%, при нарушениях ритма сердца – в 2 раза, а по поводу ишемической болезни сердца – более, чем в 4 раза. При этом на фоне наиболее интенсивного роста количества операций при ишемической болезни сердца, показатель послеоперационной летальности при этих вмешательствах вырос почти в 1,5 раза [12].

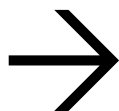
С учетом этих данных, а также того, что на макроуровне дефицита Программы нет, можно предположить, что сравнительно высокий удельный вес расходов населения на здравоохранение в России в сравнении с другими странами обусловлен невозможностью бесплатно получить медицинскую помощь требуемого качества. То есть население платит не за простую возможность получения медицинской помощи, а за её качество.

Поэтому главная организационная задача на сегодня – перенастройка взаимоотношения врача и пациента, так как именно эти отношения определяют качество медицинской помощи. Нам представляется, что делать это надо путем создания условий для возрождения привычного для российского профессионального медицинского сообщества лидерства в сфере культурного, духовного и интеллектуального развития.





Литература



1. С.В. Шишкин, Т.В. Богатова, Е.Г. Потапчик, В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова // Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. – 2003. – 189 с.
2. Источник: <http://trendeconomy.ru/>.
3. Источник: <https://versia.ru/do-40-procentov-meduslug-tenevoe-zdravooxranenie>.
4. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1260453359625.
5. Бедность: где грань? [Электронный ресурс] // ВЦИОМ. Пресс-выпуск № 3349 от 12.04.2017. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116154> (Дата обращения: 01.03.2018).
6. Доклад о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2013 году. <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8122>.
7. Федеральный закон от 05.12.2017 № 368-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» /Официальный интернет-портал правовой информации. <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201712050082?index=2&rangeSize=1>.
8. Бюджетные ассигнования по расходам федерального бюджета на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов (по состоянию на 15.12.2017) / Информация официального сайта Министерства финансов Российской Федерации: https://www.minfin.ru/ru/performance/budget/federal_budget/budj_osp/#ixzz53smZmc5q.
9. Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 01.03.2018 «Послание Президента Федеральному Собранию» //СПС КонсультантПлюс.
10. Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Брутова А.С. Перспективы финансирования здравоохранения в 2018 году /Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова, А.С. Брутова //Менеджер здравоохранения. – 2018 – № 1. – С. 67–77.
11. Банк данных Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.who.int/gho/database/ru/>.
12. Перхов В.И. Послеоперационная летальность в федеральных кардиохирургических клиниках. Гамбургский счет /В.И. Перхов //Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 9. – С. 6–14.

UDC 614.2

Perkhov V.I. The program of state guarantees as a tool for ensuring social obligations of the state in the field of health protection of citizens (Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia, Federal Research and Clinical Center of Reanimatology and Rehabilitation), Moscow, Russia)

Annotation. The program of state guarantees of free medical care is a tactical tool to ensure the social obligations of the state in the field of public health. It is shown that the current system of state guarantees at the macrolevel provides funding for all types, forms and conditions of medical care in the full range of diseases, but free medical care is not fully provided. In the overall structure of health care spending in Russia, the share of personal funds of citizens is almost half, which is more than three times higher than in the European Union. The data presented in the article suggest that the population pays not for the possibility of obtaining medical care, but for its quality. The authors believe that it is necessary to change the relationship between the doctor and the patient, to create conditions for the traditional spiritual and intellectual development of the Russian professional medical community.

Keywords: Program of state guarantees of free medical care, state obligations in the sphere of health protection of citizens, paid medical services, public health and health care.

**Д.В. Пивень,**

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

И.С. Кицул,

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

И.В. Иванов,

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

ПРОВЕРОЧНЫЕ ЛИСТЫ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПО КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: НОВЫЕ ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

УДК 614.2

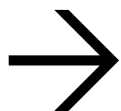
Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Проверочные листы Росздравнадзора по контролю качества и безопасности медицинской деятельности: новые задачи медицинских организаций (г. Санкт-Петербург, г. Иркутск, г. Москва, Россия)

Аннотация. В статье обоснована необходимость анализа и тщательной проработки медицинскими организациями Проверочных листов (списков контрольных вопросов), утвержденных приказом Росздравнадзора от 20 декабря 2017 г. № 10450. С этой целью авторы предлагают выделить в проверочных листах четыре условных группы контрольных вопросов, имеющих те или иные особенности, которые и необходимо учитывать медицинским организациям. Статья содержит обоснованный вывод о том, что анализ и тщательная проработка проверочных листов должны быть заранее определены медицинскими организациями в качестве обязательного компонента внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, обеспечивающего его реальную преемственность с государственным контролем качества и безопасности медицинской деятельности.

Ключевые слова: проверочные листы, списки контрольных вопросов, качество и безопасность медицинской деятельности, медицинская организация.

С начала 2018 года Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (далее Росздравнадзор) при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности стали использоваться проверочные листы (списки контрольных вопросов). Полагаем, что данное новшество требует со стороны медицинских организаций всестороннего осмысления, анализа и, что самое важное, формулировки новых задач в части совершенствования работы по контролю качества и безопасности медицинской деятельности. Прежде всего отметим, что проверочные листы (списки контрольных вопросов) следует рассматривать

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



как явление гораздо более широкое и сложное, нежели только как частный инструмент контроля, касающийся исключительно проверяющих и проверяемых.

В одной из наших публикаций мы уже рассказывали о появлении новых инструментов контроля [13], однако в связи с масштабностью реформы контрольно-надзорной деятельности, проводимой в настоящее время в Российской Федерации и касающейся всех без исключения медицинских организаций, кратко напомним об основных документах, регламентирующих эту работу. Ещё в 2016 г. распоряжением Правительства Российской Федерации от 1 апреля 2016 г. № 559-р был утверждён План мероприятий («дорожная карта») по совершенствованию контрольно-надзорной деятельности в Российской Федерации на 2016–2017 годы. Однако уже 21 декабря 2016 года президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам утверждена Программа «Реформа контрольной и надзорной деятельности» (далее Программа), срок реализации которой рассчитан до 2025 года. Необходимо подчеркнуть, что на первом месте среди основных целевых показателей Программы стоит такой показатель, как снижение уровня ущерба охраняемым законом ценностям (жизнь и здоровье человека) на 50%. Программой также определён перечень видов государственного контроля (надзора), в отношении которых реализуются мероприятия по реформированию. В данный перечень, подлежащий реформированию, включены практически все основные виды государственного контроля (надзора), осуществляемого Росздравнадзором:

- государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности;
- федеральный государственный надзор в сфере обращения лекарственных средств;
- государственный контроль за обращением медицинских изделий;
- лицензионный контроль медицинской деятельности (за исключением указанной

деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения на территории инновационного центра «Сколково»);

- лицензионный контроль деятельности по производству и техническому обслуживанию (за исключением случая, если техническое обслуживание осуществляется для обеспечения собственных нужд юридического лица или индивидуального предпринимателя) медицинской техники;
- лицензионный контроль фармацевтической деятельности;
- лицензионный контроль оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений.

Именно с учётом поставленных Программой задач Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 1152 (далее Постановление № 1152), постановлением Правительства Российской Федерации от 14 июля 2017 года № 840 было дополнено пунктом 9.1 следующего содержания:

«Должностные лица ... при проведении плановой проверки обязаны использовать проверочные листы (списки контрольных вопросов).

Использование проверочных листов (списков контрольных вопросов) осуществляется при проведении плановой проверки всех юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

Проверочные листы (списки контрольных вопросов) содержат вопросы, затрагивающие предъявляемые к юридическому лицу и индивидуальному предпринимателю обязательные требования, соблюдение которых является наиболее значимым с точки зрения недопущения возникновения угрозы причинения вреда жизни, здоровью граждан.

Предмет плановой проверки юридических лиц и индивидуальных предпринимателей



ограничивается перечнем вопросов, включенных в проверочные листы (списки контрольных вопросов)».

То есть именно пункт 9.1. Постановления № 1152 определяет конкретный механизм использования проверочных листов (списков контрольных вопросов) при проведении плановых проверок. Несмотря на то, что в данном пункте, безусловно, важно и значимо каждое слово, следует обратить внимание медицинских организаций и на содержащееся в нём совершенно чёткое указание на то, что «проверочные листы (списки контрольных вопросов) содержат вопросы, затрагивающие предъявляемые к юридическому лицу и индивидуальному предпринимателю обязательные требования, соблюдение которых является наиболее значимым с точки зрения недопущения возникновения угрозы причинения вреда жизни, здоровью граждан». Иными словами, именно этот тезис Постановления № 1152 чётко говорит о том, что медицинская организация сможет предоставить надзорному органу необходимую и достаточную информацию по вопросам проверочных листов только в том случае, когда она обеспечит выполнение обязательных требований, соблюдение которых является наиболее значимым с точки зрения недопущения возникновения угрозы причинения вреда жизни, здоровью граждан.

В свою очередь конкретный ответ на вопрос о том, а что это за требования и где с ними можно ознакомиться, даёт Перечень правовых актов и их отдельных частей (положений), содержащих обязательные требования, соблюдение которых оценивается при проведении мероприятий по контролю в рамках отдельного вида государственного контроля (надзора), утверждённый приказом Росздравнадзора от 27 апреля 2017 г. № 4043 (далее Приказ № 4043). Данный Перечень детализирован на соответствующие перечни правовых актов и их отдельных частей (положений), содержащих обязательные требования в части: контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

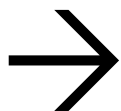
надзора в сфере обращения лекарств; контроля за обращением медицинских изделий; лицензионного контроля медицинской деятельности, фармацевтической деятельности; деятельности по обороту наркотических, психотропных веществ, их прекурсоров и культивированию наркосодержащих растений. С указанными выше перечнями напрямую корреспондируют контрольные вопросы проверочных листов, предоставить ответы на которые при проведении плановых проверок и должны медицинские организации.

Следовательно, важнейшей задачей каждой медицинской организации является тщательная проработка перечня обязательных требований, утверждённых Приказом № 4043, соблюдение которых оценивается при проведении мероприятий по контролю в рамках отдельного вида государственного контроля (надзора). Без этого этапа работы обеспечить предоставление необходимых материалов и документов при проведении плановых проверок практически невозможно. Именно на решение этой задачи и должно быть направлено внимание руководителей медицинских организаций в первоочередном порядке.

В этой связи проведем краткий анализ структуры и содержания ряда проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Росздравнадзором и его территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Как известно, проверочные листы утверждены приказом Росздравнадзора от 20 декабря 2017 г. № 10450.

Первое, на что следует обратить внимание так это на то, что каждый проверочный лист, являющийся самостоятельным приложением к указанному выше приказу, соответствует направлениям государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, указанным в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»





(далее Основы) и в Постановлении № 1152, а именно:

- проведение проверок соблюдения органами государственной власти Российской Федерации, органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, медицинскими организациями и фармацевтическими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья;

- проведение проверок применения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

- проведение проверок соблюдения медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

- проведение проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности;

- проведение проверок организации и осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Учитывая представленные выше направления проверок по проверочным листам, аналогичные направления контроля должны быть в приоритете внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в каждой медицинской организации. Подчеркнём, что данные направления внутреннего контроля, в качестве его обязательной и неотъемлемой части, неоднократно были названы и обоснованы нами в многочисленных публикациях [1–12, 14–16].

Второе. Тщательного анализа со стороны медицинских организаций, безусловно, требует содержание самих контрольных вопросов проверочных листов. Полагаем, что было бы заблуждением считать, что указанные вопросы являются вопросами исключительно технического характера, основное внимание которых

сконцентрировано только на факте наличия (отсутствия) или на оформлении (правильном/неправильном) того или иного документа. Хотя, конечно, и наличие, и качество оформления многочисленных документов уже само по себе является предметом контроля, тем не менее проверочные листы по каждому направлению контроля носят отчётливый системный и достаточно глубокий характер. В подтверждение этому дадим следующее обоснование.

Все контрольные вопросы проверочных листов условно можно объединить в четыре группы.

Первая группа контрольных вопросов

Это группа очень конкретных детализирующих вопросов. Например: «Имеется ли в медицинской организации письменное заявление гражданина или его представителя о выборе медицинской организации?». Или: «Имеются ли в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство или отказе от медицинского вмешательства подписи гражданина, одного из родителей или иного законного представителя?».

Нельзя не отметить, что, с одной стороны, представленные вопросы являются максимально конкретными, абсолютно понятными и естественно предполагают однозначный ответ. При этом, с другой стороны, их содержание полностью соответствует требованиям соответствующих приказов Минздрава РФ, Постановления № 1152, Основ, иных нормативно-правовых актов. И подобных вопросов, условно отнесённых нами к первой группе, в проверочных листах абсолютное большинство. В то же время в контексте каждого проверочного листа все эти детализирующие вопросы, касающиеся определённой тематики, или выделены в отдельную подгруппу тематических вопросов соответствующей нумерацией, или же размещены непосредственно друг за другом. Именно так, например, выглядят вопросы в проверочном листе по соблюдению прав граждан, касающиеся



случаев необоснованной оплаты за счет личных средств граждан услуг, оказываемых в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. То же самое касается и вопросов по теме рассмотрения обращений граждан, которые хоть и не составляют специально выделенной подгруппы вопросов, однако расположены весьма компактным блоком и в очевидной взаимосвязи друг с другом. В этой связи можно сделать важный вывод.

Очень конкретные, детализирующие контрольные вопросы, условно отнесённые нами к первой группе, внутри каждого проверочного листа легко объединяются в подгруппы (тематические блоки) в зависимости от их содержания, что обеспечивает и демонстрирует очевидный системный характер проверочных листов, а также делает весьма удобным их рассмотрение и анализ на этапе предварительной проработки в медицинской организации.

Вторая группа контрольных вопросов

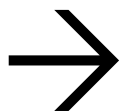
К данной группе мы отнесли те вопросы, которые только на первый взгляд кажутся техническими, односложными, но на самом деле таковыми не являются и требуют очень серьёзного глубокого анализа. Например: «Имеется ли в медицинской организации система регистрации обращений граждан?». Возможно, на первый взгляд кому-то покажется, что данный вопрос подразумевает только наличие журнала регистрации письменных обращений граждан. Однако это далеко не так. Здесь следует обратить внимание на то, что в графе проверочного листа о реквизитах нормативных правовых актов, содержащих соответствующие обязательные требования, напротив обозначенного выше вопроса, дана ссылка на подпункт «б» пункта 11 Постановлением № 1152. Напомним, что подпункт «б» пункта 11 данного документа указывает, что при проведении проверок, в том числе осуществляется «рассмотрение

документов и материалов, характеризующих организацию работы по рассмотрению обращений граждан». А это уже весьма широкая формулировка предъявляемых требований, обеспечить выполнение которых можно лишь тщательно проработав Федеральный закон от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации». Отметим, что одна только трактовка термина «обращение гражданина», данная в статье 4 указанного закона, прямо относит к таким обращениям как письменные, так и устные обращения граждан. Следовательно, в медицинской организации должна быть налажена регистрация абсолютно всех обращений, поступающих как Почтой России, так и переданных через различные электронные сервисы, а также устно при явке гражданина на личный приём или устно по телефону. В итоге действительно получается, что обеспечить выполнение требований Закона от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» может именно наличие системы регистрации обращений граждан.

Третья группа контрольных вопросов

К этой группе относятся вопросы, которые требуют наличия в медицинской организации того или иного локального нормативного акта. Типичным примером такого вопроса является вопрос из проверочного листа по теме соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья: «Имеется ли в медицинской организации локальный акт, регламентирующий порядок посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации?». Совершенно чётко в проверочном листе указано и основание для такой постановки вопроса, а именно пункт 6 части 1 статьи 6 Основ, который содержит соответствующие





требования. Вопросов, подобных приведённому нами примеру, в проверочных листах не так много, но все они являются абсолютно конкретными, понятными и не должны представлять для медицинских организаций каких-либо сложностей при подготовке необходимых документов. Главное в этой работе – предварительный анализ проверочных листов непосредственно в медицинской организации.

И, наконец, четвёртая группа контрольных вопросов

Полагаем, что эту группу контрольных вопросов, несмотря на её малочисленность, по праву можно назвать самой сложной группой. В качестве примера одного из вопросов данной группы можно представить вопрос из проверочного листа по проверке соблюдения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи: «Выполняются ли в медицинской организации критерии оценки качества медицинской помощи по условиям оказания медицинской помощи и группам заболеваний (состояний)?». Данный контрольный вопрос напрямую касается выполнения требований приказа МЗ РФ от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». С одной стороны, данный вопрос является абсолют-

но конкретным и предполагает однозначный ответ о том, выполняются ли в медицинской организации критерии оценки качества медицинской помощи или не выполняются. С другой стороны, проверка данного вопроса – это, по сути, тотальная проверка всей деятельности медицинской организации по оказанию медицинской помощи. Именно подобные вопросы требуют со стороны медицинской организации заблаговременной и при этом наиболее тщательной и комплексной проработки.

Таким образом, в каждой медицинской организации тщательная предварительная проработка Проверочных листов (списков контрольных вопросов), утверждённых приказом Росздравнадзора от 20 декабря 2017 г. № 10450, должна быть заранее определена в качестве обязательного компонента внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, обеспечивающего реальную преемственность между внутренним и государственным контролем качества и безопасности медицинской деятельности. Следует подчеркнуть, что эффективность работы с проверочными листами существенно повышается при использовании в медицинской организации предложений (практических рекомендаций) Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности [17, 18].



Литература

1. Кицул И.С., Пивень Д.В. О контроле качества и безопасности медицинской деятельности в современных условиях // Заместитель главного врача. – 2013. – № 2. – С. 48–52.
2. Кицул И.С., Пивень Д.В. Структура и содержание положения о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности // Заместитель главного врача. – 2013. – № 12. – С. 50–56.
3. Кицул И.С., Пивень Д.В. Методические подходы к созданию системы оценки качества деятельности медицинских организаций, ее структурных подразделений и медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг // Заместитель главного врача. – 2014. – № 1. – С. 40–46.
4. Кицул И.С., Пивень Д.В. Экспертиза или контроль качества? // Заместитель главного врача. – 2014. – № 3. – С. 52–55.
5. Кицул И.С., Пивень Д.В. Работа врачебной комиссии и контроль качества и безопасности медицинской деятельности // Здравоохранение. – 2015. – № 7. – С. 74–79.



6. Кицул И.С., Пивень Д.В. Приказ Минздрава России от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»: анализ документа и практические аспекты использования // Заместитель главного врача. – 2015. – № . 11. – С. 58–63.
7. Пивень Д.В., Кицул И.С. О формировании новой системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности в здравоохранении Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 2. – С. 16–26.
8. Пивень Д.В., Кицул И.С. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности: монография. – М.: Издательский дом «Менеджер здравоохранения», 2014. – 172 с.
9. Пивень Д.В., Кицул И.С. Содержание внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации: каким оно должно быть и что этому мешает // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 11. – С. 6–10.
10. Пивень Д.В., Кицул И.С. О формировании нового содержания работы руководителя медицинской организации по обеспечению и контролю качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 10. – С. 18–25.
11. Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Нормативно-правовое регулирование внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. – № 5. – 2016. – С. 38–46.
12. Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Новые задачи и направления работы врачебной комиссии в системе обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. – № 2. – 2017. – С. 6–13.
13. Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Новый инструмент контроля в сфере здравоохранения: контроль без взаимодействия с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями // Менеджер здравоохранения. – № 5. – 2017. – С. 6–11.
14. Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Стандарты медицинской помощи: обязательны ли они для соблюдения медицинскими организациями // Менеджер здравоохранения. – № 8. – 2017. – С. 6–12.
15. Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Критерии оценки качества медицинской помощи: что надо учесть и как обеспечить их соблюдение в медицинской организации // Менеджер здравоохранения. – № 10. – 2017. – С. 7–12.
16. Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. О требованиях приказа МЗ РФ от 10.05.2017 г. № 203н к установлению и оформлению предварительного и клинического диагнозов: на что необходимо обратить внимание в медицинской организации // Менеджер здравоохранения. – № 1. – 2018. – С. 20–26.
17. Предложения по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (в стационаре) // Вестник Росздравнадзора. – № 2 (2016). – С. 35. – Приложение 1.
18. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в поликлинике – М., 2017. – 121 с.

UDC 614.2

Piven D.V., Kitsul I.S., Ivanov I.V. *Checklists of healthcare quality control and safety of medical activity: new challenges of medical organizations* (Saint-Petersburg, Irkutsk, Moscow, Russia)

Abstract. The article substantiates the necessity of analysis and careful study by medical organizations Of checklists (lists of control issues), approved by the order of Roszdravnadzor of December 20, 2017 № 10450. To this end, the authors propose to identify in the test sheets four conditional groups of control issues that have certain features that need to be considered by medical organizations. The article contains a reasonable conclusion that the analysis and careful study of the test sheets should be pre-determined by medical organizations as a mandatory component of internal quality control and safety of medical activities, ensuring its real continuity with the state control of quality and safety of medical activities.

Keywords: checklists, lists of control questions, quality and safety of medical activity, medical organization.



М.Л. Свещинский,

д.м.н., Федерация лабораторной медицины, г. Москва, Россия, e-mail: sveschin@mail.ru

А.С. Гольдберг,

Национальный исследовательский университет Высшая школа экономики,
Москва, Россия, e-mail: goldarcadiy@gmail.com

ОЦЕНКИ ПРОЕКТОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ В РЕГИОНАХ РФ (пилотное исследование)

УДК 334.723

Свещинский М.Л., Гольдберг А.С. *Оценки проектов лабораторной централизации в регионах РФ* (Федерация лабораторной медицины, Национальный исследовательский университет Высшая школа экономики, г. Москва, Россия)

Аннотация. В течение многих лет в России реализовано много проектов централизации лабораторных исследований. На основе опроса главных специалистов по лабораторной медицине 65-ти регионов РФ проведен анализ целей, организационных моделей и достигнутых результатов. Показано, что постановка исходных целей в большинстве регионов не отвечает требованиям конкретности, достижимости, измеримости. Большая часть созданных централизованных лабораторий относится к категории мелких и средних. Региональные эффекты централизации в количественных категориях оцениваются редко. Выделены типичные организационные модели, используемые в стране. Предложены формулировки понятий и схемы оценки эффектов централизации.

Ключевые слова: консолидация, централизация, управление по целям, SMART, результативность, эффективность.

В 1968 году приказом № 63 Министерства здравоохранения СССР было предусмотрено развитие сети централизованных клиничко-диагностических лабораторий в стране. Второй, не менее известный приказ «О совершенствовании централизации клинических лабораторных исследований», и был выпущен Минздравом СССР в 1986 г. Таким образом, ориентир на консолидацию лабораторной службы был задан государственной властью пятьдесят лет назад. Столь впечатляющий срок дает основания для оценки достигнутых результатов.

За этот период в регионах страны было реализовано множество проектов по передаче выполнения лабораторных исследований сторонним организациям. Часть из них стали настолько привычными, что даже в профессиональных кругах подчас забывают, что, например, диагностика ВИЧ, скрининг врожденных заболеваний у новорожденных изначально организованы на принципах централизованного выполнения и обеспечены соответствующей нормативной, ресурсной, информационной и логистической базой. Дополнением к государственным проектам стали региональные инициативы. Со временем в проекты централизации стали вовлекаться и частные структуры. Часть централизованных лабораторий (ЦЛ) развивалась как специализированные. Заметно различалась

© М.Л. Свещинский, А.С. Гольдберг, 2018 г.



их производственная мощность, уровень технической и информационной оснащенности. Однако, несмотря на выраженный интерес органов региональной власти и лабораторных специалистов, анализ результатов российских проектов централизации пока остается малоизученной темой. Авторы чаще уделяют внимание показателям работы самих лабораторий, оценивая объемы и спектр проводимых исследований, оснащение, значительно реже – характеристики себестоимости тестов. [1, 2, 3]. Но лишь единичные публикации посвящены комплексной оценке эффектов [4, 5]. Таким образом, несмотря на многолетнюю практику централизации в лабораторной службе, так и не был проведен детальный критический анализ достигнутых результатов, не найден консенсус по вопросам выбора критериев успеха таких проектов. Более того, само понятие централизации не получило своего разъяснения и единого толкования ни в кругах профессионалов, ни в нормативных документах.

Целью настоящего исследования стал анализ результативности и эффективности моделей лабораторной централизации в регионах РФ

Материал и методы. Исследование было проведено под патронажем и при помощи Федерации лабораторной медицины России¹. Данные собирались посредством анкетирования главных специалистов органов управления здравоохранением всех российских регионов, проведенного с апреля по июнь 2017 г. с помощью интернет-ресурса SurveyMonkey. Предложенная участникам анкета предполагала выбор любого количества заранее предлагаемых вариантов, а также возможность собственной версии ответа.

Пятнадцать вопросов были предназначены для оценки объемов отдельных групп лабораторных тестов, которые выполнялись

централизованно в 2016 году. Восемнадцать вопросов с вариантами множественных ответов задавались для изучения организационной модели региональной централизации, поставленных целей и достигнутых результатов, механизмов реализации, масштабов проектов и наличия объективных индикаторов достижения запланированных результатов.

Были получены ответы от руководителей лабораторных служб 65 из 85 российских регионов. Не более двух третей анкет содержали информацию по всем заданным вопросам. В семи ответах нами были обнаружены явные технические ошибки количественных показателей, подтвержденные и исправленные респондентами в процессе анализа материала. Статистическая обработка проводилась с применением пакета StatPlus Pro версии (macPro) версии 6.1.10. Характер распределения данных оценивался методом Колмогорова-Смирнова-Лиллифорса. В случаях, когда оно отличалось от нормального, для описания центрального значения выборки использовалась медиана. Исходя из фактического объема выборки основные расчеты выполнялись для доверительной вероятности 90% при уровне значимости 5%². В случаях, когда число полученных ответов было меньше 65, доверительные значения рассчитывались дополнительно. Доверительный интервал для долей рассчитывался методом Клоппера-Пирсона.

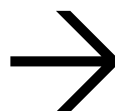
Результаты:

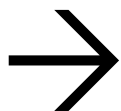
Мы получили данные от главных специалистов 65 (из 85) регионов страны.

Специалисты из 49 субъектов РФ подтвердили наличие централизованных лабораторий (ЦЛ) в своих территориях. Стартовый блок наших вопросов был ориентирован на изучение побудительных причин проводимой реформы и роль органов власти в этом процессе.

¹ Выражаем глубокую признательность и благодарность за поддержку и личную помощь в организации исследования Президенту ФЛМ проф. А.Г. Кочетову. Благодарим проф. И.В. Пикалова за рецензию анкеты и полученные рекомендации.

² Для повышения доверительной вероятности до 95% при погрешности 5%, выборка должна быть представлена данными, как минимум, 70 регионов.





Оказалось, что запуску проектов централизации в 30 из 49 территорий предшествовало издание распорядительных документов регионального органа управления здравоохранением. В 18 случаях из 30 в качестве такого акта был назван приказ о создании многоуровневой системы организации службы. В девятнадцати территориях старт проекта сопровождался приказом, устанавливающим порядок взаимодействия учреждений лечебной сети с ЦЛ. Лишь в отдельных случаях основные принципы новой организации службы были представлены в документах не директивного характера – концепциях, стратегиях и т.д.

Наибольший интерес представляла практика выбора методологии преобразования службы и прежде всего – целеполагание. Данные показали, что ориентиры и ожидаемые результаты перехода к централизованным формам были сформулированы в 35 из 49 регионов.

Исходно заявленные цели подразделялись на две группы. Первая была связана с необходимостью повышения результативности лабораторной службы, в частности качества исследований, доступности, сроков выдачи результатов. Здесь же были и амбициозные системные ориентиры, в том числе повышение качества и доступности медицинской

помощи или улучшение ранней диагностики онкологических заболеваний.

Вторая группа декларируемых целей была ориентирована на повышение операционной эффективности служб: преодоление кадрового дефицита, снижение затрат на обновление оборудования, сокращение расходов на службу или на отдельные тесты, освобождение площадей и пр. Цели обеих групп ставились с одинаковой частотой.

В тридцати двух субъектах было определено по несколько целей создания ЦЛ (медиана –5, ДИ 95% 4–7). Чаще всего, в 29 случаях, в качестве приоритетов называлась необходимость повышения качества диагностических результатов. Также часто ставились задачи улучшения качества и доступности медицинской помощи в целом или расширение доступности исследований. Детально структура заявленных целей представлена на *рис. 1*.

В рамках исследования нами изучалась региональная практика выбора исполнителей лабораторных услуг. По сообщениям респондентов оказалось, что в 28 субъектах РФ выбор медицинских организаций, на базе которых развивались ЦЛ, определялся органом управления здравоохранением, в семи устанавливался по результатам конкурсных процедур, еще в семи сформировалась практика

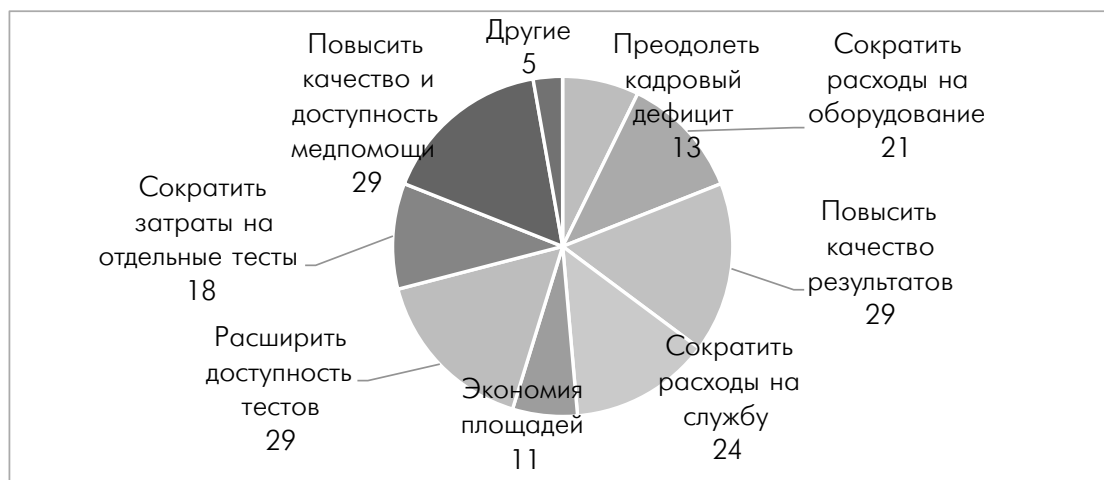


Рис. 1. Приоритетные цели создания централизованных лабораторий (число регионов, поставивших цель)



их самостоятельного выбора лечебным учреждением. Примечательно, что в половине из 42 территорий одновременно действует несколько ЦЛ и лишь в восьми к этой работе привлечена единственная лаборатория.

Специалисты сорока пяти субъектов РФ ответили на вопросы о профилизации ЦЛ. В четырнадцати из них лабораторное меню ограничено клинико-диагностическими тестами, а еще в 15-ти к этому добавлены и микробиологические исследования. В шестнадцати областях ЦЛ созданы для консолидации выполнения лишь отдельных видов исследований (гормоны, гликированный гемоглобин, маркеры инфекционных или онкологических заболеваний и пр.). В тридцати семи территориях в качестве ЦЛ действовали только государственные структуры, а в двенадцати в проектах принимали участие и частные медицинские организации. В девяти субъектах ЦЛ работали исключительно для амбулаторно-поликлинических учреждений. В двенадцати – для поликлиник и ЦРБ, а в тридцати – их услугами пользовались как стационары различных типов, так и поликлиники.

Следующей группой вопросов мы попытались выяснить, как долго в территориальных службах используется практика централизации. В двадцати четырех из них опыт централизации превышал 7 лет, в том числе в 21-м – десять. От года до трех работали ЦЛ в 15-ти территориях, и лишь три субъекта РФ начали подобную работу в последний год.

В стране до настоящего времени не сформировался единый подход к необходимости установления единых цен на услуги ЦЛ в рамках тарифных соглашений. Оказалось, что из сорока пяти субъектов, указавших на опыт централизации, такие тарифы действовали в двадцати девяти, а в шести они отсутствовали. Информации еще из десяти субъектов получено не было.

Рассматривая вопросы целеполагания как основу последующего измерения эффектов проводимых преобразований, мы изучили степень соответствия заявленных целей

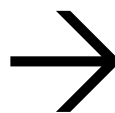
критериям их достижимости. В качестве последних использовались категории измеримости и ограниченности во времени.

На вопрос о прогнозируемых сроках достижения желаемых эффектов смогли ответить представители только 31-й области. При этом выявлено, что 12 регионов планировали преодоление кадрового дефицита в неопределенной перспективе. Семь из восемнадцати не прогнозировали период планируемого сокращения расходов на лабораторный сервис, а не менее, чем две трети – сроки для повышения лабораторного качества и сокращения расходов на обновление приборного парка. В более, чем половине случаев успехи модернизации ожидалось за один-два года.

Вторая часть опроса была предназначена для анализа достигнутых эффектов. Прежде всего нас интересовало, как главные специалисты субъектов РФ оценивают успех проектов централизации.

Так 17 из 21 специалиста сообщили о преодолении кадрового дефицита, а 16 из 24 – о сокращении расходов на лабораторную службу. В 21 из 29 субъектов как достигнутый результат назвали повышение качества оказания медицинской помощи. В то же время подтвердить факт достижения отдельных успехов цифрами удалось лишь в 12–38% случаев (рис. 2). Это означает, что подавляющее количество оценок не являлось результатом прямых измерений и, вероятно, было основано на предположениях.

Третья часть опроса предназначалась для оценок влияния ЦЛ на лабораторную службу территории в целом. Исследовательская гипотеза здесь предполагала прямую связь масштаба централизации с достигаемыми эффектами. Понимая, что одним из возможных следствий централизации может быть сокращение числа действующих в регионе лабораторий, мы запросили данные о численности ЛПУ, не имеющих этих структур в своем составе. Такие данные получены из сорока двух субъектов – участников централизации и пятнадцати – сохранивших децентрализованную



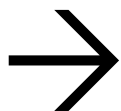


Рис. 2. Доля представивших данные в доказательство достижения запланированных результатов централизации (%)

форму организации. Рассматривая в качестве индикатора отношение количества ЛПУ, не имеющих собственной лаборатории к общему количеству медицинских организаций в территории, мы не обнаружили различий для этих групп (рис. 3). В первой группе медиана показателя составила 14,6%, во второй – 16,7% ($p = 0,38$ в тесте Колмогорова-Смирнова). Таким образом, мы не получили доказательств, что централизация в регионе непременно приводит к сокращению количества лабораторий.

В качестве фактора возможных изменений лабораторной службы мы рассматривали

производственную мощность действующих ЦЛ. Анализировалась информация о годовых объемах исследований в 48 централизованных лабораториях. В числе представивших свои данные не оказалось нескольких субъектов, известных наиболее масштабными проектами, в том числе Москва, Краснодарский край, Санкт-Петербург и несколько других. При этом оказалось, что 29 ЦЛ в 2016 г. выполнили до 2 млн. исследований, а еще двенадцать – от двух до четырех млн. Только 4 из 48 ЦЛ имели практику работы с объемами более 6 млн. тестов в год.

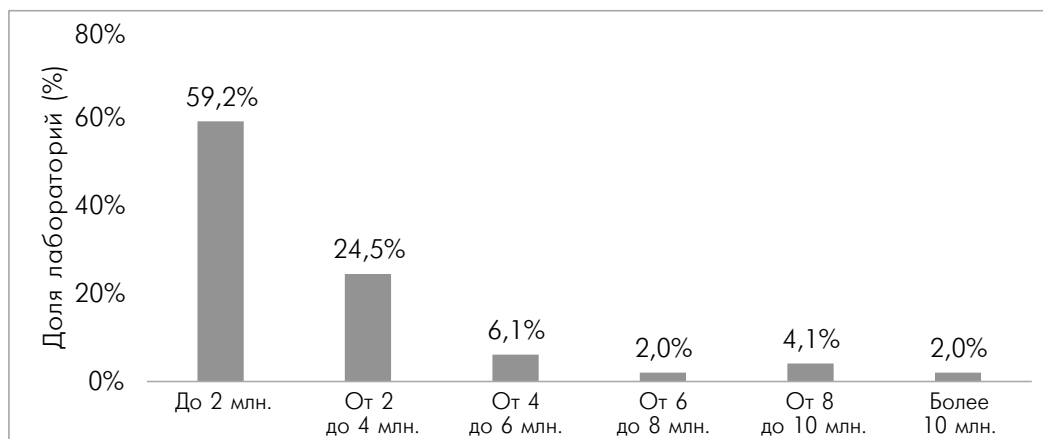


Рис. 3. Сегментация централизованных лабораторий по мощности, процентная доля в выборке (без учета данных Москвы, СПб, Краснодарского края)



Здесь наши данные вполне корреспондируются с информацией аналитического центра Vademecum, оценившим мощность ЦЛ через закупки в 2016 г. реагентов в 28 территориях страны. Оказалось, что лишь в четырех из них эти расходы превышали 440 млн. рублей, еще в двух составили от 130 до 160 млн. рублей. В прочих субъектах страны объем потребления реагентов оценивался несоизмеримо меньшими объемами [6]. Таким образом, лишь малая часть ЦЛ пока относится к категории крупных.

Более точные оценки масштаба централизации в регионах нами были получены путем сопоставления объемов исследований в ЦЛ с аналогичными показателями по территории в целом. Медиана доли централизованно выполняемых исследований в изучаемых субъектах РФ составила 11,2% (ДИ 95% 3,4–17,0). Можно предположить, что при столь скромной роли ЦЛ вряд ли можно ожидать существенных системных эффектов для административной территории. По нашим данным, лишь в десяти субъектах-участниках опроса доля централизованно проводимых исследований превысила 15%. При этом в Кировской области степень концентрации достигла 39%, а в Москве даже превысила 50%.

Обсуждение

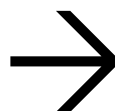
Выявленные нами значительные различия между поставленными целями и полученными эффектами реорганизации лабораторной службы заставили задуматься о их возможном изначальном несоответствии. Причин такого разрыва может быть несколько. Одна из них – недостаточная идентификация существовавших проблем, а как результат – неадекватный выбор инструментов их преодоления. Другая группа возможных причин – неопределенность заявленных целей с позиций идеологии SMART или наличие скрытых задач, а следовательно – невозможность оценить степень их достижения. И, конечно, еще одной группой факторов могут быть неудачи в реализации самих реинжиниринговых проектов.

Анализируя российскую практику централизации, мы выявили значительное разнообразие использованных моделей. Эти различия проявляются в масштабе проектов, схемах взаимодействия, типах вовлеченных медицинских организаций, организационно-правовой форме исполнителей, специализации лабораторий и спектре предлагаемых тестов, наборе сервисных функций, стоимости услуг и т.д.

В этой связи считаем первоочередными задачами формирование единого понятийного аппарата, а также ключевых принципов планирования и оценки подобных проектов.

В том же контексте, как и лабораторная централизация, в литературе используются несколько понятий. В качестве технологий повышения качества медицинской помощи, основанных на эффекте масштаба, называется консолидация, интеграция, аутсорсинг, создание сетей и стратегических альянсов, в том числе виртуальных [10]. Другие авторы в своих публикациях упоминают лишь три первые [11]. В последние годы список бизнес-моделей дополнен еще и интегрированными сетями [12]. В отдельных случаях понятия интеграции и консолидации в практике лабораторного укрупнения употребляются как синонимы [14], но с нашей позицией это не совпадает. Различия перечисленных моделей основаны на функциональных принципах взаимодействия, способах управления и институциональных особенностях лабораторий. При этом аутсорсинг в литературе упоминается не только как способ, реализующий эффект масштаба в системе регионального здравоохранения, но и как результат выбора внешнего исполнителя услуг в противовес их самостоятельному выполнению в модели двустороннего взаимодействия [7, 13]. Детальной характеристике вышеперечисленных управленческих инструментов, их классификации и практике применения в разных странах мы планируем посвятить отдельную публикацию.

Таким образом, можно предположить, что распространенный в стране термин «централизация», пока не имеющий своего





исчерпывающего разъяснения и устойчивого общепринятого толкования, является обобщающим понятием группы управленческих технологий, ориентированных на повышение ценности результата за счет эффекта масштаба.

Сопоставляя цели, результаты и формы организации проектов централизации в регионах РФ мы не обнаружили даже двух, полностью идентичных решений. При этом попытки их классификации выявили наличие ряда существенных для типологизации признаков. В их числе:

- Уровень принятия решения о смене модели лабораторного обеспечения (органы управления здравоохранением для лечебной сети или независимый выбор каждого ЛПУ).
- Распространение деятельности ЦЛ на уровень амбулаторной и/или стационарной помощи.
- Способ выбора исполнителя услуг (конкурс или решение властей).
- Широта охвата лечебной сети (отдельные ЛПУ, отдельные муниципальные образования, субъект Федерации в целом).
- Организационно-правовая форма исполнителя и форма его взаимоотношения с заказчиком (договор покупки услуг, государственно-частное партнерство, инвестиционный контракт и т.д.).
- Профиль централизованной лаборатории (КДЛ, микробиологическая, специализированная).
- Масштаб вовлечения внешнего исполнителя (отдельные тесты или полный переход к его услугам).
- Статус собственных лабораторий ЛПУ-заказчиков (ликвидация, сокращение меню тестов, трансформация в специализированные и т.д.).

К настоящему времени в России имеется опыт использования нескольких моделей организации региональных лабораторных служб, основанных на эффекте масштаба:

1. Глубокая реорганизация службы с ее преобразованием в двух-трех уровневую систему и созданием нескольких

мега-лабораторий на базе государственных ЛПУ и формированием единого центра методического, информационного и технического обеспечения.

2. В рамках муниципального образования полная ликвидация небольших лабораторий и организация единой диагностической структуры на базе государственной или частной медицинской организации.

3. Создание лабораторной сети на базе негосударственной медицинской организации с ликвидацией КДЛ в лечебных учреждениях.

4. Выполнение отдельных групп исследований (ВИЧ, тесты пре- и постнатального скрининга и др.) в специализированных лабораториях в соответствии с отраслевыми или иными регламентами.

5. Передача части объемов исследований в одну или несколько крупных государственных или частных лабораторий с сохранением медицинскими организациями собственных диагностических подразделений.

По-видимому последний вариант наиболее распространен в нашей стране. Вполне возможно, что причина этого заключается в переоценке руководителями возможных рисков и вероятности их возникновения в случаях полной ликвидации лабораторий в подведомственных медицинских организациях.

Оценка успешности стратегий представляет собой самостоятельную крупную задачу. К сожалению, ранее проведенные исследования в основном были ориентированы на изучение показателей деятельности самих централизованных лабораторий, таких как производительность труда персонала, динамика объемов исследований, структура потребления тестов. Более того, до недавнего времени значительное число публикаций содержали лишь очень общие описательные характеристики результатов централизации, большее внимание уделяя характеристике используемых технологий или концепции. Попытки охарактеризовать системные эффекты изменения способа организации диагностической службы пока предпринимались лишь



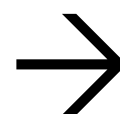
в отдельных работах [5]. Минимальное количество ответов респондентов, представивших в ходе опроса числовые оценки достигнутых результатов, подтверждает отсутствие сложившейся практики обязательного их мониторинга. По нашему мнению, отсутствие системы объективной оценки результативности проектов централизации является одной из причин до сих пор не сформированного в профессиональном сообществе мнения об их месте, роли и возможностях. Полагаем, что в такой системе оценок, свое место должно быть найдено как для финансовых, так и немонетарных характеристик. Экономические сравнения при этом должны проводиться для альтернатив, сопоставимых по набору своей потребительской ценности. На важность такого подхода прямо указывает Минцберг [8], призывая к поиску баланса между возможной операционной эффективностью бизнес-ориентированных моделей управления в здравоохранении и высоким уровнем равенства доступа к медицинской помощи. В практике бизнеса многие инструменты оценки результатов хорошо известны, но возможность их применения, как и самих бизнес-технологий, в здравоохранении до сих пор обсуждается. Более того, в обсуждение места и необходимости их применения теперь вовлечены несомненные авторитеты в области менеджмента, в том числе М. Портер, Г. Минцберг, Т. Мармор и др. Так, Портер, Тайсберг [15] считают перспективными для здравоохранения ключевые общепринятые методы управления и наиболее эффективные методы реформирования. Противоположной точки зрения придерживается Мармор [16], использующий термин «управленческие причуды» в отношении перспективы их применения для достижения высокого уровня медицинской помощи по адекватной цене. При этом он считает, что цели медицинских организаций могут быть настолько многочисленными и противоречащими друг другу, что на первый план выходит способность руководителя эти потребности и цели сбалансировать.

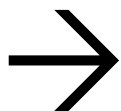
Мы поддерживаем позицию известных специалистов в области лабораторной медицины, доказывающих, что требования достижения максимальной операционной эффективности при централизации не должно быть единственным или главным критерием достижения успеха [13, 17, 18].

Этот успех может измеряться результатами обеспечения потребностей общества, медицинского учреждения, врача и пациента.

Набор метрик, предлагаемый в том числе и в отраслевых документах по оценке качества весьма широк, но далеко не всегда позволяет применить их в практической деятельности на регулярной основе, объективизируя в форме цифр. Вероятно набор критериев сравнения может быть найден и через конкретизацию основных целей по качеству. Для этого можно оценивать безопасность для пациента, пациентоориентированность, своевременность, эффективность использования ресурсов, равенство в получении помощи [19]. При этом в качестве индикаторов безопасности могут быть такие показатели, как задержка в диагностике, неиспользование необходимого теста, применение устаревших тестов или тестов с недоказанной эффективностью, а также отсутствие реакций врача на полученный результат [20]. Явно, что сравнения на основе подобного набора параметров можно получить лишь при наличии развитых и взаимосвязанных госпитальной и лабораторной информационных систем.

Одной из наиболее частых целей централизации в российских регионах объявлялось повышение доступности. В то же время числовых характеристик ее динамики никто из респондентов не представил. Чаще всего доказательством роста доступности считают сам факт создания более мощной диагностической структуры и расширение меню предлагаемых тестов. Лишь в отдельных случаях предпринимаются попытки объективизации, в том числе через опрос врачей и пациентов или анализ потребления лабораторных тестов в расчете на душу населения [5].





Принципиально иной набор метрик основан на представлении о доступности, как комплексной категории [21]. Теперь этот подход известен под названием «5А» и рассматривается как базовый в Евросоюзе [22]. Ключевые его понятия представлены в *таблице 1*.

Таким образом, для объективизации эффектов централизации целесообразно

проведение регулярных комплексных оценок. Часть из них разумно проводить силами независимых экспертов.

Применяемые индикаторы должны отражать не только и не столько характеристики самой централизованной лаборатории, но и эффекты для медицинских учреждений, лабораторной службы и регионального здраво-

Таблица 1

Критерии доступности медицинской помощи

Критерий	Содержание критерия
Наличие	Существует инфраструктура, обеспечивающая возможность получения услуг
Достоверность	Представляемые услуги отвечают требованиям качества
Постоянство	Услуги можно получить всегда, когда это требуется
Равенство	Услуги одинаково доступны для всех групп населения
Адекватность затрат	Оказание услуг не приводит к избыточным расходам для пациента или системы здравоохранения

Таблица 2

Возможные индикаторы для оценки эффектов централизации

Группа	Индикатор
Экономические оценки	Динамика затрат региона на лабораторную службу
	Динамика затрат медицинских организаций-участников на лабораторную службу
	Динамика затрат медицинских организаций-участников по отдельным группам исследований
	Затраты на лабораторное обеспечение на 1000 человек прикрепленного населения
	Динамика затрат на выполнение одного теста
	Динамика расходов бюджета на обновление приборного парка
	Доля тестов, переданных внешним исполнителям
Оценки доступности	Динамика числа методов, доступных для назначения в системе первичной медико-санитарной помощи
	Доступность отдельных тестов для массовой диагностики (например, Hb1C для больных сахарным диабетом и т.д.)
	Межучрежденческая вариабельность частоты применения тестов в однотипных МО региона
	Время ожидания для отдельных видов диагностических тестов
	Динамика соотношения личных платежей к расходам на лабораторную службу региона на душу населения
	Динамика затрат времени на визит в процедурный кабинет
	Динамика доли отказов в структуре назначений
Оценки удовлетворенности потребителей	Врачи – меню тестов, время получения и надежность результатов, доступность консультативной поддержки, реакция на запросы
	Пациенты – время ожидания исследования, время ожидания взятия биоматериала, простота получения услуги
	Руководители МО – жалобы пациентов и персонала, затраты времени на управление лабораторией
	Органы управления – жалобы пациентов и МО





охранения в целом. Вариант такого набора нами сформирован и возможность его применения вскоре будет исследована (таблица 2)³. Получаемые оценки должны удовлетворить запросы различных сторон – органов власти, страховщиков, руководителей медицинских учреждений, врачей, пациентов и лаборатории.

Выводы

Понятие «лабораторная централизация» является обобщенным названием комплекса моделей организации службы, использующих эффект масштаба. Логистическим принципом этих моделей, вне зависимости от цели, является передача выполнения исследований в любом объеме и составе внешнему исполнителю.

Формы реализации известных моделей имеют выраженную, но пока трудно-объяснимую специфику в каждом регионе.

Практика планирования проектов модернизации лабораторной службы во многих регионах не предполагает конкретизации поставленных целей в понятиях SMART.

Не удалось обнаружить взаимосвязи между целями планируемых изменений и использованными моделями, реализующими эффект масштаба.

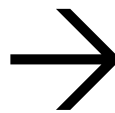
Практика корректной публичной оценки результатов реорганизации лабораторной службы не является правилом и касается преимущественно отдельных аспектов работы созданной централизованной лаборатории.

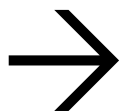


Литература

1. Орлова Н.И., Долгих Т.И. Централизация лабораторных исследований в Омской области при реализации программы государственных гарантий. *Лабораторная служба*. – 2016. – 5: 21–23. <https://doi.org/10.17116/labs20165421-23>.
2. Лазарева С.И., Ширданина. Опыт применения стратегии централизации клиничко-диагностических исследований в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Детская городская поликлиника № 133 Департамента здравоохранения Москвы» как эффективное направление развития. *Лабораторная служба*. – 2017. – № 1. – С. 37–41. <http://Doi: 10.17116/labs20176137-41>.
3. Пучинская Т.Ф. Централизация лабораторных исследования региона на основе модели государственно-частного партнерства. *Лабораторная служба*. – 2016. – 4: 24–30. <https://doi.org/10.17116/labs20165424-30>.
4. Цибин А.Н., Годков М.А., Латыпова М.Ф., Ефимушкина О.А. Оптимизация лабораторной службы мегаполиса: опыт города Москвы. *Лабораторная служба*. – 2016. – 5: 15–20. <https://doi.org/10.17116/labs20165415-20>.
5. Билалов Ф.С., Сквирская Г.П., Шарфутдинова Н.Х. Доступность медицинской диагностической помощи на примере медицинских организаций Республики Башкортостан. *Менеджер здравоохранения*. – 2018. – № 1. – С. 41–51.
6. Что национальная лабораторная служба выиграет от централизации. *Vademecum* Ноябрь, 2017. Ссылка активна на 03.03.2018. https://vademec.ru/article/chto_natsionalnaya_laboratornaya_sluzhba_vyigraet_ot_tsentralizatsii/.
7. Д.Б. Хейвуд *Аутсорсинг*. В поисках конкурентных преимуществ. М.: Вильямс. – 2004. – 174 с.

³ Набор индикаторов составлен с участием В.И. Кукушкина, управляющего партнера консалтинговой группы «Эвентус»





8. Минцберг Г. Что не так в здравоохранении? Мифы. Проблемы. Решения. М: МИФ. – 2017.
9. Власов В.В. Эффективность диагностических исследований. М.: Медицина. – 1988. – 254 с.
10. Bossuyt X., Verweire K., Blanckaert N. Laboratory medicine: challenges and opportunities. *Clinical Chemistry*. 2007;53(10):1730–33. <https://doi.org/10.1373/clinchem.2007.093989>.
11. Plebani M., Laboratory Medicine: Value for Patients Is the Goal. *Clinical Chemistry*. 2007, 53(10): 1873–1874. <https://doi.org/10.1373/clinchem.2007.090563>.
12. Garsia L.S. *Clinical laboratory Management*. Second edition. W: American society for microbiology. <http://doi.org/10.1128/9781555817282>.
13. Langlois M.R., Wallemacq P. The future of hospital laboratories. Position statement from the Royal Belgian Society of Clinical Chemistry (RBSCC). *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine* 2009, 47(10):1195–1201 <http://doi.org/10.1515/cclm.2009.271>.
14. Cook J. Laboratory Integration and Consolidation in a Regional Health System. *Laboratory Medicine* 2017,48(3):43–52. <https://doi.org/10.1093/labmed/lmw069>.
15. Porter M.E., Teisberg E.O. Redefining competition in healthcare. *Harvard Business Revue*. 2004, 82:64–76.
16. Marmor T., *Fads, Fallacies and foolishness in Medical Care Management and Policy*. Singapore: World Scientific. 2007.
17. Lippi G., Matiuzy C. Testing volume is not synonymous of cost, value and efficacy in laboratory diagnostics. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine* 2013, 51(2): 243–245. <http://doi.org/10.1515/cclm-2012-0502>.
18. Plebani M. Clinical laboratories: production industry or medical services? *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine* 2015, 53(7): 995-1004. <http://doi.org/10.1515/cclm-2014-1007>.
19. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press. 2001. Ссылка доступна на 03.03.2018. <https://www.nap.edu/catalog/10027/crossing-the-quality-chasm-a-new-health-system-for-the>.
20. Balogh E., Miller B. and Ball J. Editors. *Improving Diagnosis in Healthcare*, Committee of Diagnostic Error in Healthcare. The National Academies Press 2015. Ссылка активна на 3.03.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK338596/>.
21. Levesque J.F., Harris M.F., Russel G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*. 2013, p 12(1):18. <http://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>.
22. *Defining and Measuring Access to Healthcare: the Patients' Perspective*. European Patients Forum. 2016. Ссылка активна на 03.03.2018. http://www.eupatient.eu/globalassets/policy/access/epf_position_defining_and_measuring_access_010316.pdf.

UDC 334.723

Sveshchinskiy M.L., Goldberg A.S. *Assessments of laboratory centralization projects in the Russian regions (pilot study)* (Association of laboratory specialists and organizations "Federation of laboratory medicine", State university – Higher school of economics, Moscow, Russia)

Abstract. In the past years, a great amount of centralization projects took place in laboratory medicine in Russia. Advisors' opinion of 65 Russian regional healthcare departments on the goals, models and results was investigated in the research. It was identified, that goals for such projects are rarely specific, measurable and achievable. The majority of laboratories are small or middle sized. The effects for regional healthcare systems are estimated rarely. In the paper a few typical models are identified, that are used in the country, and a few definitions and methods of project estimation are offered.

Keywords: consolidation, centralization, goal setting process, SMART, effectiveness, efficiency.

**В.Ю. Семёнов,**

д.м.н., профессор, главный врач ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава РФ, Москва, Россия, semenov.opora@gmail.com

И.В. Самородская,

д.м.н., профессор, руководитель лаборатории демографических аспектов здоровья населения ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России, samor2000@yandex.ru

М.А. Старинская,

м.н.с. лаборатории демографических аспектов здоровья населения ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России, maryvatolina@yandex.ru

С.А. Бойцов,

д.м.н., профессор, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, prof.boytsov@gmail.com

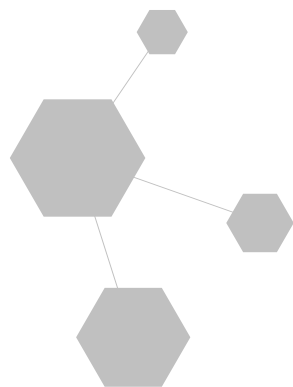
НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ТРЕХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

УДК 614.2

Семёнов В.Ю.¹, Самородская И.В.², Старинская М.А.², Бойцов С.А.³ *Нозологическая структура смертности населения Российской Федерации от болезней системы кровообращения в трех возрастных группах* (1ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава РФ, Москва, Россия; 2ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России; 3ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России)

Аннотация. В статье обсуждается влияние погрешностей при кодировании причин смерти и неадекватного заполнения свидетельств о смерти на статистику смертности от болезней системы кровообращения (БСК). На примере ABC-анализа нозологической структуры смертности населения Российской Федерации от БСК в трех возрастных группах в 2014 году рассматривается возможность применения такого подхода для оптимизации программ профилактики и лечения в целях снижения смертности от данной патологии.

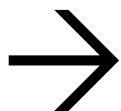
Ключевые слова: смертность, болезни системы кровообращения, причины смертности, возрастная структура смертности.



Смертность от болезней системы кровообращения (БСК) является основной в структуре причин смерти практически во всех странах мира и в Российской Федерации [1–4]. Именно это явилось причиной разработки в числе одной из первых федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации», утверждённой Постановлением Правительства РФ от 17.06.01 № 540 «О федеральной целевой программе «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации» [5]. Таким образом, начиная с 2002 года в течение 15 лет задача профилактики и лечения гипертонической болезни присутствует во всех программах, реализуемых Минздравом России и органами



© В.Ю. Семёнов, И.В. Самородская, М.А. Старинская, С.А. Бойцов, 2018 г.



управления здравоохранением субъектов РФ. В результате активной работы получены конкретные результаты, выразившиеся в снижении доли умерших от БСК от общего числа умерших с 56,9% в 2006 г. до 49% в 2016 г. При этом проведено достаточно большое число исследований, посвящённых анализу смертности от БСК [6–10]. Однако, несмотря на многочисленные исследования различных аспектов смертности, обусловленной БСК, не проводился ABC-анализ нозологической структуры смертности от БСК в разрезе Краткой номенклатуры причин смерти Росстата в отдельных возрастно-половых группах.

Цель исследования – провести ABC-анализ нозологической структуры смертности от БСК в трёх возрастных группах и рассмотреть возможность применения такого подхода для оптимизации программ профилактики и лечения в целях снижения смертности от данной патологии.

Материал и методы исследования

В исследовании использованы данные, представленные Росстатом по запросу ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России, о среднегодовой численности

населения и числе умерших по причинам смерти на основе Краткой номенклатуры причин смерти, которая введена в России в 1999 г. и в свою очередь основана на десятом переосмотре Международной классификации болезней травм и причин смерти (МКБ-10).

Учитывая, что ранее такой подход к анализу смертности не применялся, мы выбрали 3 возрастные группы, которые с нашей точки зрения могут значительно отличаться не только по показателям смертности, но и по нозологической структуре причин смерти. Анализу были подвергнуты возрастные группы: 20–40 лет, 41–60 лет, 61–80 лет. Для каждой возрастной группы рассчитаны показатели смертности от (БСК) в РФ с помощью разработанной в ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России программы для ЭВМ «Расчёт и анализ показателей смертности и потерянных лет жизни в результате преждевременной смертности в субъектах РФ». Затем был проведён ABC-анализ причин смерти от БСК: группу «А» составили причины, на которые приходится 80% всех смертей; группу «В» – 15%; группу «С» – 5%. Для изучения были взяты показатели смертности в 2014 г. – последний год, по которому доступны официальные данные к моменту написания статьи.

Таблица 1

Показатели смертности от БСК и доля этих смертей от всех БСК в возрастно-половых группах в 2014 г.

Возраст		Население обоих полов	Мужчины	Женщины
До 20 лет	Смертность от БСК на 100 тыс.	2,25	2,73	1,74
	% в структуре смертности от БСК	0,07%	0,10%	0,05%
20–40 лет	Смертность от БСК на 100 тыс.	50,25	77,50	22,96
	% в структуре смертности от БСК	2,51%	4,24%	1,06%
41–60 лет	Смертность от БСК на 100 тыс.	366,26	587,12	177,11
	% в структуре смертности от БСК	16,01%	25,86%	7,69%
61–80 лет	Смертность от БСК на 100 тыс.	1938,48	2666,67	1522,50
	% в структуре смертности от БСК	47,66%	52,07%	43,95%
Старше 80 лет	Смертность от БСК на 100 тыс.	8119,33	8308,483	8061,19
	% в структуре смертности от БСК	33,74%	17,73%	47,25%
Итого	Смертность от БСК на 100 тыс.	642,28	634,63	648,89
	% в структуре смертности от БСК	100,00%	100,00%	100,00%



Результаты

Из таблицы 1 видно, что показатели смертности от БСК достигают пика к 61–80 годам у мужчин и населения обоих полов, но среди женщин продолжают увеличиваться – у женского населения основная доля смертей от БСК приходится на открытый возрастной интервал старше 80 лет. Вклад средней возрастной группы (41–60 лет) в смертность от БСК у мужчин более 25%, что в 3 раза больше, чем у женщин.

Следует отметить, что итоговый показатель смертности от БСК в 2014 г. (642,28 на 100 тыс. населения) был даже лучше, чем целевой показатель, установленный в государственной Программе «Развитие здравоохранения» на 2018 г. (649,4 на 100 тыс. населения).

В соответствии с классификацией Росстата в настоящее время используется 35 причин смерти от БСК. В возрастной группе 20–40 лет в группу «А» (82,53% всех смертей) вошли 8 причин смерти (таблица 2). Группу

Таблица 2

Смертность населения от БСК по причинам в группе «А» (на 100 тыс. населения) и их доля в структуре смертности по возрастным группам

Группа «А»								
20–40 лет			41–60 лет			61–80 лет		
Причина смерти	Смертность	%	Причина смерти	Смертность	%	Причина смерти	Смертность	%
Прочие болезни сердца	8,97	17,93	Атеросклеротическая болезнь сердца	62,75	17,17	Атеросклеротическая болезнь сердца	487,26	24,80
Алкогольная кардиомиопатия	8,54	17,12	Другие формы острой ИБС	43,69	11,95	Прочие формы хронической ИБС	216,59	11,02
Другие формы острой ИБС*	8,17	16,37	Прочие формы хронической ИБС	33,20	9,08	Инфаркт мозга	215,58	10,97
Кардиомиопатия неуточненная	6,18	12,38	Внутричерепные и другие кровоизлияния	32,61	8,92	Острый ИМ	107,23	5,46
Внутричерепные и другие кровоизлияния	3,96	7,94	Алкогольная кардиомиопатия	27,86	7,62	Церебральный атеросклероз	100,84	5,13
Атеросклеротическая болезнь сердца	2,25	4,51	Прочие болезни сердца	26,19	7,17	Другие формы острой ИБС	93,15	4,74
Острый ИМ**	1,73	3,46	Острый ИМ	24,57	6,72	Хроническая ИБС неуточненная	85,53	4,25
Субарахноидальное кровоизлияние	1,40	2,81	Инфаркт мозга	23,95	6,55	Внутричерепные и другие кровоизлияния	83,06	4,23
			Кардиомиопатия неуточненная	15,12	4,14	Другие уточненные поражения сосудов мозга	77,73	3,96
			Хроническая ИБС неуточненная	10,85	2,97	Последствия цереброваскулярных болезней	64,93	3,30
						Прочие болезни сердца	63,25	3,22

* инфаркт миокарда

** ишемическая болезнь сердца

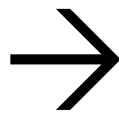




Таблица 3

Смертность населения от болезней системы кровообращения по причинам в группах «В» и «С» (на 100 тыс. населения) и их доля в структуре смертности по возрастным группам

Группа «В»		
20–40 лет	41–60 лет	61–80 лет
Внезапная смерть, так описанная (2,43%)	Повторный инфаркт миокарда (2,29%)	Инсульт, неуточненный как кровоизлияние или инфаркт (2,31%)
Инфаркт мозга (2,34%)	Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек (1,60%)	Повторный инфаркт миокарда (2,22%)
Прочие формы хронической ИБС (2,28%)	Другие болезни артерий, артериол и капилляров (1,57%)	Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца (1,93%)
Легочное сердце и нарушения легочного кровообращения (1,68%)	Субарахноидальное кровоизлияние (1,52%)	Атеросклероз (1,90%)
Другие болезни артерий, артериол и капилляров (1,45%)	Легочное сердце и нарушения легочного кровообращения (1,27%)	Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная (1,64%)
Флебит и тромбоз, тромбозы и эмболии (1,33%)	Последствия цереброваскулярных болезней (1,17%)	Другие болезни артерий, артериол и капилляров (1,26%)
Хроническая ИБС неуточненная (0,81%)	Инсульт, неуточненный как кровоизлияние или инфаркт (1,14%)	Дегенерация миокарда (1,10%)
	Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная (1,11%)	Цереброваскулярная болезнь неуточненная (0,95%)
	Церебральный атеросклероз (0,92%)	
Группа «С»		
Сердечная недостаточность неуточненная (0,79%)	Другие уточненные поражения сосудов мозга (0,83%)	Легочное сердце и нарушения легочного кровообращения (0,86%)
Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца (0,68%)	Флебит и тромбоз, тромбозы и эмболии (0,79%)	Алкогольная кардиомиопатия (0,85%)
Повторный инфаркт миокарда (0,67%)	Атеросклероз (0,61%)	Сердечная недостаточность неуточненная (0,65%)
Другие болезни вен и лимфатических сосудов (0,53%)	Хронические ревматические болезни сердца (0,52%)	Кардиомиопатия неуточненная (0,61%)
Инсульт, неуточненный как кровоизлияние или инфаркт (0,43%)	Сердечная недостаточность неуточненная (0,50%)	Флебит и тромбоз, тромбозы и эмболии (0,51%)
Хронические ревматические болезни сердца (0,39%)	Внезапная смерть, так описанная (0,44%)	Гипертензивная энцефалопатия (0,45%)
Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная (0,28%)	Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек (0,35%)	Субарахноидальное кровоизлияние (0,43%)
Последствия цереброваскулярных болезней (0,27%)	Цереброваскулярная болезнь неуточненная (0,30%)	Хронические ревматические болезни сердца (0,37%)
Другие уточненные поражения сосудов мозга (0,27%)	Другие болезни вен и лимфатических сосудов (0,21%)	Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек (0,28%)
Дегенерация миокарда (0,25%)	Дегенерация миокарда (0,18%)	Прочие цереброваскулярные болезни (0,18%)
Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца и почек (0,14%)	Гипертензивная энцефалопатия (0,12%)	Другие формы гипертензии (0,14%)
Цереброваскулярная болезнь неуточненная (0,14%)	Другие формы гипертензии (0,09%)	Внезапная смерть, так описанная (0,11%)
Церебральный атеросклероз (0,11%)	Прочие цереброваскулярные болезни (0,08%)	Другие болезни вен и лимфатических сосудов (0,07%)



Продолжение таблицы 3

Прочие цереброваскулярные болезни (0,08%)	Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек (0,05%)	Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек (0,06%)
Атеросклероз (0,08%)	Другие и неуточненные БСК (0,02%)	Другие и неуточненные БСК (0,04%)
Гипертензивная энцефалопатия (0,06%)	Острая ревматическая лихорадка (0,01%)	Острая ревматическая лихорадка (0,01%)
Другие формы гипертензии (0,05%)		
Другие и неуточненные БСК (0,04%)		
Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек (0,03%)		
Острая ревматическая лихорадка (0,02%)		

«В» составили 7 причин, группу «С» – 20 (таблица 3). Среди всего населения в возрасте 41–60 лет на группу «А» (82,29%) причин смерти от БСК пришлось 10 причин (таблица 2). В группу «В» вошли 9 причин, в группу «С» – 16 (таблица 3). Среди причин смерти от БСК населения в возрасте 61–80 лет в группу «А» (81,09%) вошли 11 причин смерти (таблица 2). Группу «В» составили 8 причин, группу «С» – 16 (таблица 3).

Обсуждение результатов

Одной из первых целей подпрограммы 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» в Государственной программе «Развитие здравоохранения» является снижение заболеваемости инфарктом миокарда и инсультами. Аналогично одной из целей подпрограммы 2 «Совершенствование специализированной, включая высокотехнологическую, медицинской помощи, скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации» также является снижение смертности от ИБС и инсульта.

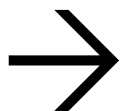
При этом Программой в качестве индикаторов на 2020 г. предусматривалось, что смертность от ИБС составит 355,8, а от цереброваскулярных болезней (ЦВБ) – 203,2 на 100 тыс. населения. Фактические показатели 2014 г. составили 260,3 и 153,2 от ИБС и ЦВБ соответственно. С учётом достигнутых в ходе реализации программы результатов в 2017 г. в неё были внесены уточнения,

и целевые показатели составили 205 и 172 на 100 тыс. населения соответственно [11].

В то же время, как свидетельствуют представленные данные, подавляющее число случаев смертей от ИБС – это случаи смерти, не связанные с острыми коронарными событиями (острый коронарный синдром (ОКС) и ИМ). С одной стороны, такие результаты могут свидетельствовать об эффективности проводимых в последние годы интенсивных мер профилактики, борьбы с факторами риска развития БСК и их осложнений, широким внедрением программ лечения и использования высокотехнологических методов лечения ОКС. С другой стороны, вероятно, в РФ существует проблема с определением и последующим кодированием ведущей причины смерти (например, гиподиагностика острого ИМ).

В пользу такого предположения говорит показатель общей смертности населения в 2014 г., который составил 13,0 на 1000 чел. при плановом показателе Программы – 12,8. В то же время, как уже отмечалось выше, показатель смертности от БСК был значительно лучше целевого. Таким образом, видимо имела место практика указания иных причин смерти, отличных от БСК, в аналогичных ранее имевшихся случаях. Жёсткий административный контроль и требования достижения целевых показателей смертности от БСК, а также рекомендации МЗРФ по порядку заполнения свидетельств и кодировании причин смерти с использованием, в частности, термина «Старость» сыграли определённую роль в формировании указанных результатов [12].





Полученные результаты подтверждают предположение об ожидаемом увеличении с возрастом числа причин смерти от БСК (с 8 в возрастной группе 20–40 лет до 11 в группе 61–80 лет). Суммарный показатель смертности от БСК в группе «А» составил в группе 20–40 лет всего 41,20 случаев на 100 тыс. населения и затем драматично возрастал до 300,79 в средней группе и до 1595,15 (т.е. в 39 раз) в старшей группе. При этом в первых двух группах среди причин смерти преобладала ИБС (ЦВБ были представлены 2 причинами из 8 и 10 соответственно), а в старшей возрастной группе ЦВБ составили уже 5 из 11 причин.

У молодых первое место среди причин смерти заняли «Прочие болезни сердца», тогда как в двух других возрастных группах эта причина заняла 6 и 11 место соответственно, хотя в абсолютном выражении показатель был выше в 2,9 и 7,1 раза. В возрастных группах 41–60 лет и 61–80 лет на первом месте оказалась «Атеросклеротическая болезнь сердца», которая в первой возрастной группе была на шестом месте. Показатель смертности от этой причины в старшей возрастной группе был в 217 раз больше, чем в группе молодых, и в 7,1 раза выше, чем в средней группе.

При этом уровень смертности в группе 20–40 лет у мужчин был в 3,3 раза выше, чем у женщин (13,69 и 4,23 на 100 тыс. жителей соответственно). В возрастной группе 41–60 лет разница между мужчинами и женщинами была ещё существенней – в 3,6 раза (102,85 и 26,48 соответственно). А в старшей возрастной группе разница между показателями смертности между мужчинами и женщинами от атеросклеротической болезни сердца была всего в 1,7 раза (650,87 и 393,96 соответственно).

Обращает на себя внимание то, что в группе 20–40 лет на втором месте по значимости оказалась «Алкогольная кардиомиопатия». Во второй группе она заняла 5-е место (превысив показатель первой группы

в расчете на 100 тыс. населения в 3,3 раза), а в группе 61–80 лет эта причина смерти в группу «А» не вошла совсем. При этом в возрастной группе 20–40 лет смертность от алкогольной кардиомиопатии у мужчин была хотя и выше, чем у женщин в 3,1 раза (12,92 и 4,17 соответственно), но занимала третье место в структуре причин смертности. На втором месте были другие формы острой ИБС.

Следует отметить, что, несмотря на огромное число больных алкоголизмом, данные официальной статистики не свидетельствуют об увеличении числа алкогольных кардиомиопатий, хотя резко возросло число алкогольных психозов и алкогольных циррозов печени. Почти никогда не устанавливается алкогольная этиология аритмий, артериальной гипертонии. С одной стороны, это делается во избежание конфликтной ситуации, т.к. еще надо доказать факт злоупотребления алкоголем. С другой стороны, роль и значение алкоголизма в смерти от БСК значительно недооценивают умышленно, в интересах прижизненного и посмертного имиджа больного и его семьи, то есть на причину смерти, указываемую в свидетельстве, оказывает влияние социально-экономический статус покойного.

В группе 41–60 лет второе место среди причин смерти заняли «Другие формы острой ИБС», а в группе 61–80 лет – «Другие формы хронической ИБС». Такие данные представляются логичными, т.к. у перенесших острую форму ИБС впоследствии развивается хроническая ишемическая болезнь, которая и обуславливает преимущественно смерть у лиц старшего возраста. При этом у женщин эта причина смерти в структуре причин смерти от БСК в обеих возрастных группах занимала третье место (17,94 и 141,32 на 100 тыс. населения соответственно) и была ниже показателей у мужчин в 4,1 и 2,5 раза (73,78 и 348,58 на 100 тыс. населения соответственно). На втором месте среди причин смерти от БСК у женщин в возрасте 41–60 лет были «Внутричерепные и другие внутричерепные



кровоизлияния» (20,66 на 100 тыс. населения), а в возрасте 61–80 лет – инфаркт мозга (183,60).

На третьем месте среди причин смерти от БСК в группе 20–40 лет находятся «Другие формы острой ИБС», которые принимают хронический характер у выживших и обеспечивают также третье место во второй группе. У лиц старшего возраста на третьем месте находится «Инфаркт мозга». В первой группе разница показателей между мужчинами и женщинами составила 5,0 раз (12,92 и 2,71 на 100 тыс. населения соответственно). Во второй и третьей группах – 5,8 и 1,5 раза (59,98 и 10,72; 271,66 и 183,60 соответственно).

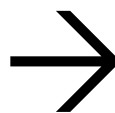
Как видно, наибольшие различия в уровнях смертности от первых трёх причин между мужчинами и женщинами отмечается в возрастной группе 41–60 лет, что следует учитывать при планировании мероприятий по снижению смертности от БСК.

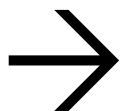
Следует отметить, что ИБС играет определённую роль также в группах причин смерти «В» и «С». Суммарно в группе «В» доля причин смерти от ИБС в первых двух возрастных группах практически не отличалась и составила 3,1% и 3,4% соответственно. В старшей возрастной группе значение ИБС было более существенным и достигало 8,8%. В то же время доля ЦВБ была выше, чем ИБС только в средней возрастной группе (4,75%), тогда как в первой она была меньше, а в третьей – существенно меньше (2,3% и 3,3% соответственно). В группе причин смерти «С» ЦВБ составляли около 1% во всех возрастных группах. Доля ИБС составила 2,9% в группе 20–40 лет и снижалась с возрастом, составив 1,7% и 0,9% в двух других группах.

Как известно, в России большинство пожилых людей умирают дома [13], и высокий процент смертей от сердечно-сосудистых заболеваний в общем числе смертей (от 70% до 75%) в пожилом возрасте среди мужчин и женщин вызывает сомнение. Во-первых, с возрастом сокращается доля диагнозов, полученных на основе вскрытий. Можно предположить, что

в России критически снижается уровень диагностического поиска у пожилых людей, и наличие хронической патологии, наблюдение или даже единичные обращения в поликлинику, в связи с хроническими заболеваниями даёт основание заполнить свидетельство о смерти при отсутствии патологоанатомического исследования. Во-вторых, у пожилых чаще регистрируется множественная коморбидная патология, что затрудняет выбор основной причины смерти. В-третьих, амбулаторно нередко нет возможности выявить истинную причину смерти. Ряд заболеваний (например, эндокардит, пороки сердца, аневризма аорты, острый ИМ) требуют верификации диагноза с помощью специальных современных методов диагностики, часто недоступных в сельской местности и районах с недостаточным ресурсным обеспечением. А диспропорция между мужской и женской сердечно-сосудистой смертностью после 80 лет отчасти связана с тем, что большинство мужчин не доживает до этого возраста.

Обращает внимание, что значительная доля смертей от ИБС приходится на причины, которые не используются в клинической практике в качестве диагнозов при обращении за медицинской помощью или при выписке из стационара. Так, например, такие причины смерти как «Атеросклеротическая болезнь сердца» (I25.1 МКБ-10) и «Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная» (I25.0 МКБ-10) не имеют клинических критериев для постановки данных диагнозов. С точки зрения патологоанатомов, термин «Атеросклеротическая болезнь сердца» соответствует понятию атеросклеротический (диффузный мелкоочаговый) кардиосклероз, который по старым классификациям ИБС в России и рекомендациям зарубежных морфологов является морфологическим субстратом клинических форм – стенокардии или хронических форм ИБС без постинфарктного кардиосклероза. Патологоанатомы до сих пор придерживаются именно такого подхода, хотя в клинической практике эти термины





почти не используются [14]. Такие формулировки диагнозов не применяются и в современных научных публикациях по клинической кардиологии. Тем не менее эти коды, судя по данным статистики при заполнении свидетельств о смерти, используются в России достаточно часто, особенно I25.1 («Атеросклеротическая болезнь сердца»), подразумевающая атеросклеротический кардиосклероз. При этом иногда ошибочно используется код I25.0 («Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная»), несмотря на запрет всех рекомендаций, особенно патологоанатомических. Кроме того, эти коды активно используются участковыми врачами, фельдшерами в сельской местности, в случаях смерти пожилых лиц без заболеваний с четко очерченной симптоматикой, не получивших лечение по поводу этих заболеваний и не обращавшихся за медицинской помощью в медицинские учреждения.

Использование того или иного кода в качестве первоначальной причины смерти в значительной степени зависит от принятых в стране правил формулирования диагнозов (в том числе основного, сопутствующего и осложненных) и организации системы кодирования болезней. Так, хорошо известно, что осложнениями сахарного диабета является широкий спектр самых разных сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт, инсульт, сосудистая энцефалопатия, почечная недостаточность, атеросклероз сосудов нижних конечностей, микро- и макроангиопатии), которые фактически являются непосредственной причиной смерти. И в России традиционно эти причины регистрируются как первоначальная причина смерти, в то время как сахарный диабет фигурирует как сопутствующее заболевание. Однако, правила МКБ предписывают именно сахарный диабет указывать в качестве первоначальной причины смерти. Согласно результатам анализа свидетельств о смерти, доля сахарного диабета в структуре смертности значительно изменяется в зависимости от применения правил МКБ-10 [15–16].

Учитывая, что согласно Краткой номенклатуре причин смерти Росстата несколько причин смерти и кодов МКБ-10 объединены в одну группу (например, «Прочие формы хронической ишемической болезни сердца») включают согласно номенклатуре Росстата коды МКБ-10 I25.2–6,8 МКБ-10), трудно понять вклад каждой отдельной причины в нозологическую структуру смертности и соответственно включать меры по снижению смертности от этих причин. Например, ежегодно в России (как и в большинстве стран мира) выполняется значительное число операций при пороках сердца, однако эти причины не выделены в отдельную рубрику. Следовательно, трудно понять, насколько значима данная проблема, и какие меры необходимы для снижения смертности от пороков разной этиологии.

Если говорить о том, что сахарный диабет является первоначальной причиной смерти, то логичным кажется вопрос о тех случаях смерти, которые вызваны заболеваниями, тесно ассоциированными со злоупотреблением алкоголем. В многочисленных публикациях неоднократно поднимался вопрос использования в качестве причин смерти таких кодов МКБ, как «алкогольная кардиомиопатия» и «другие формы острой ИБС» [17–21]. Следует отметить, что проблема адекватной оценки и учета «алкоголь-ассоциированных смертей» существует не только в России – в мета-анализе было показано, что далеко не все случаи смерти, связанные с алкоголем, указываются как таковые в связи со стигматизацией, и социально-экономический статус покойного оказывает влияние на причину смерти, указываемую в свидетельстве [22]. По мнению ряда исследователей, «алкоголь-ассоциированные» причины обычно фигурируют в свидетельствах о смерти в основном среди социально-неблагополучных лиц, а остальная часть смертей маскируется другими причинами. Фактически исключением являются случаи, когда еще при жизни пациенту врачом-наркологом установлен диагноз синдрома зависимости от алкоголя,



а также отравления алкоголем и его суррогатами, подтвержденные судебно-медицинскими вскрытиями. Проблема еще и в том, что даже при вскрытии можно не выявить специфических признаков алкоголь-ассоциированной смерти, или алкоголь может выступать как фактор риска, но не как причина смерти. Отсутствие четких критериев алкоголь-ассоциированной смерти возможно способствует формированию чрезвычайно высоких показателей от «Других форм острой ИБС» (код I24) и, в частности, от «Острой ИБС неуточненной» (код I24.9), для которых тоже нет общепринятых и описанных в МКБ-10 критериев. Нельзя исключить, что на практике нередко используют код «Другие формы острой ИБС» не только для доказанной внезапной коронарной смерти (недостаточности), как этого требуют рекомендации патологоанатомов, но и для неуточненной внезапной смерти, в том числе при подозрении на ИМ, т.е. фактически это групповое понятие используется для случаев преимущественно с неуточненным диагнозом. Нельзя исключить также их ошибочное использование для случаев «внезапной смерти» на фоне злоупотребления алкоголем. До сих пор нет однозначного мнения среди специалистов о роли алкоголя в показателях смертности, особенно кардиальной смертности [17, 22].

ИМ как причина смерти занимает в первых двух группах 7-е место, а в группе старшего возраста – 4-е. При этом в расчёте на 100 тыс. населения он в 14 раз выше во второй группе, чем в первой, а в группе старшего возраста – в 62 и 4,4 раза больше чем в первой и второй группах соответственно.

Представленный анализ требует проведения углубленных исследований на основе персонифицированных данных, поскольку выявленная нозологическая структура может потребовать существенных изменений в формировании программ профилактики и лечения, а также составлении клинических рекомендаций (то есть принципов диагностики и тактики ведения пациентов,

с заболеваниями, которые составляют группу «А» причин смерти).

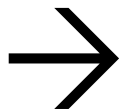
Заключение

Высокая смертность от БСК требует внедрения эффективных программ, их профилактики и лечения. В то же время, для разработки целевых программ снижения смертности от всех причин, в том числе от сердечно-сосудистых заболеваний, оценки потребности в медицинской, психологической, социальной помощи, полноценной оценки эффективности программ в целевых группах населения, необходимы знания о реальной ситуации о распространенности отдельных заболеваний и смертности от них, эффективности организации медицинской помощи.

Проведенный нами анализ показал, что доля смертей от БСК от общего числа умерших составляет 50,15%. В то же время следует отметить, что среди лиц пожилого возраста (60 лет и старше) эта доля равна 63,31%. Согласно данным, указанным в медицинских свидетельствах о смерти, 85% смертей от БСК приходится на лиц старше 60 лет. Среди женщин, умерших от БСК, доля лиц старше 80 лет составляет почти половину. Среди мужчин доля лиц, умерших от БСК, в возрасте до 40 лет – менее 5%. Четверть мужских смертей в результате БСК приходится на средний возраст 41–60 лет, а немногим более половины составляют лица старше 60 лет, но не достигшие 80 лет.

Во всех возрастных группах и у мужчин, и у женщин в причины смерти (указанные в классификации Росстата), которые формируют группу «А», входят: 1) «атеросклеротическая болезнь сердца» (код по Краткой номенклатуре причин смерти Росстата – I29; включённые коды по МКБ-10 – I 25.1); 2) «другие формы острой ИБС» (I33; I 20, I 24.1–9 по МКБ-10); 3) «прочие болезни сердца» (I40; I 30-I 41, I 42.0–5,7,8, I 43-I 45, I 46.0,9, I 47-I 49, I 50.0,1, I 51.0–4, I 51.6–9 по МКБ-10); 4) «внутричерепные и другие нетравматические внутричерепные





кровоизлияния» (142; I 61–62 по МКБ-10). Кроме того можно выделить ещё 4 причины, встречающиеся в группе «А» в большинстве исследуемых групп: 1) «инфаркт мозга» (143; I 63 по МКБ-10) – за исключением населения обоих полов 20–40 лет и мужчин 20–40 лет; 2) «острый ИМ» (127; I 21 по МКБ-10) – за исключением женщин 20–40 лет; 3) «кардиомиопатия неуточненная» (136; I 42.9 по МКБ-10) – за исключением возрастной группы 61–80 лет; 4) «прочие формы хронической ИБС» (132; I 25.2–6,8) – за исключением возрастной группы 20–40 лет; 5) «алкогольная кардиомиопатия» (135; I 42.6 по МКБ-10). Последняя входит в группу «А» причин смерти в возрастных группах с 20 до 60 лет (в возрастных группах 61–80 лет – в группу В).

Следует отметить также то, что в отличие от мужского населения, у женщин 20–40 лет в состав группы «А» не входит острый ИМ, но входит субарахноидальное кровоизлияние. Доля кровоизлияний у женщин в данной возрастной группе существенно выше, чем доля ишемических инсультов. В то же время этой проблеме также не уделяется внимание в программах профилактики.

Чрезвычайно высокая доля смертей от БСК в пожилом возрасте, наличие высокой доли причин смерти, указанных в соответствии

с кодами МКБ, не имеющих определенных клинических характеристик, требуют детального изучения проблемы на уровне каждого региона с целью последующей разработки программ профилактики и организации медико-социальной помощи с учетом выявленной патологии.

Таким образом, представляется целесообразным дополнить индикаторы результативности реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения» показателями заболеваемости и смертности от БСК, дифференцированными по возрастным группам и по конкретным нозологиям, наиболее важным с точки зрения их значения в структуре причин смертности. Также с учётом значимости сахарного диабета в формировании сосудистой патологии важным представляется дополнить индикаторы программы «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи» двумя дополнительными показателями: «Доля граждан с установленным диагнозом сахарного диабета, взятых на учёт эндокринологами» и «Доля таких граждан с установленным диагнозом сахарного диабета, обеспеченных сахароснижающими препаратами».



Литература

1. Лисицин В.И. Тенденции, причины, возрастные и гендерные особенности смертности от болезней системы кровообращения в Новгородской области // Вестник Новгородского государственного университета. – 2013. – № 71. – Т. 1: 132–138.
2. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / Под ред. акад. РАМН, проф. О.П. Щепина, чл.-корр. РАМН, проф. В.А. Медика. М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – С. 120–139.
3. <http://data.euro.who.int/hfad/>.
4. The world health report 2015 http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/
5. <http://base.garant.ru/4177616/>.
6. Оганов Р.Г. Сердечно-сосудистые заболевания в начале XXI века: медицинские, социальные, демографические аспекты и пути профилактики. Доступно на <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2013/IV/Oganov.pdf>.
7. Семенова В.Г., Окунев О.Б., Антонюк В.В., Евдокушкина Г.Н. Возрастные и нозологические особенности смертности населения России на фоне западноевропейских государств в 1990–2009 гг. // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» 08.10.2012.



8. *Галявич А.С., Самородская И.В., Шамес Д.В.* Сравнительные показатели региональной смертности от болезней системы кровообращения в 2006 и 2014 годах в нозологическом и возрастном аспектах // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2016. – 15 (6): 58–65.
9. *Щепин В.О.* Госпитализированная заболеваемость и смертность взрослого населения Российской Федерации. Сообщение 1. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 2: 3–8.
10. *Щепин В.О.* Госпитализированная заболеваемость и смертность взрослого населения Российской Федерации. Сообщение 2. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 3: 6–10.
11. <http://base.garant.ru/70643470/> Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
12. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 апреля 2011 г. № 14–9/10/2–4150 «Об особенностях кодирования некоторых заболеваний класса DC МКБ-10». <http://base.garant.ru/4192897/#ixzz3vVPeEucS>.
13. *Перхов В.И., Гриднев О.В., Балувев Е.Е.* Сравнительный анализ смертности и госпитальной летальности населения Российской Федерации от болезней системы кровообращения // Бюллетень СО РАМН. – 2010. – № 2. – Т. 30. – С. 139–143.
14. *Франк Г.А., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. (ред.).* Формулировка патологоанатомического диагноза. Клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов – М., Практическая медицина, 2016.
15. *Рощин Д.О., Сабгайда Т.П., Евдокушина Г.Н.* Проблема учета наличия сахарного диабета при диагностике причин смерти // Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник – 2012, № 5 (27) Доступно на /URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/430/27/lang,ru/>.
16. *Сабгайда Т.П., Рощин Д.О., Секриеру Э.М., Никитина С.Ю.* Качество кодирования причин смерти от сахарного диабета в России // Здравоохранение Российской Федерации. – 2013. – № 1 – С. 11–15.
17. *Leon D.A., Shkolnikov V.M., McKee M., Kiryanov N., Andreev E.* Alcohol increases circulatory disease mortality in Russia: acute and chronic effects or misattribution of cause? // International Journal of Epidemiology. – 2010. – № 39(5). – P. 1279–1290.
18. *McKee M., Britton A.* The positive relationship between alcohol and heart disease in eastern Europe: potential physiological mechanisms // Journal of the Royal Society of Medicine/ – 1998. – № 91(8). – P. 402–407.
19. *McKee M., Shkolnikov V., Leon D.A.* Alcohol is implicated in the fluctuations in cardiovascular diseases in Russia since the 1980s // Annals of Epidemiology. – 2001. – № 11. – P. 1–6.
20. *Zaridze D., Maximovitch D., Lazarev A. et al.* Alcohol poisoning is a main determinant of recent mortality trends in Russia: evidence from a detailed analysis of mortality statistics and autopsies // International Journal of Epidemiology. – 2009. – № 38. – P. 143–53.
21. *Zaridze D., Lewington S., Boroda A. et al.* Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151000 adults // Lancet. – 2014. – № 383. – P. 1465–73.
22. *Norström T., Ramstedt M.* Mortality and population drinking: a review of the literature // Drug Alcohol Rev. – 2005. – № 6. – Т. 24 – P. 537–547.

UDC 614.2

Semenov V.Yu.¹, Samorodskaya I.V.², Starinskaya M.A.², Boytsov S.A.³ Nosological structure of mortality from diseases of the circulatory system of the population in three age groups of the population of the Russian Federation (A.N. Bakulev National Medical Research Center for Cardiovascular Surgery of the Ministry of Health, Moscow; ²National Medical Research Center for Preventive Medicine, Moscow; ³National Medical Research Center for Cardiology, Moscow)

Abstract. The article discusses the influence of errors in coding the causes of death and the inadequate filling of death certificates on the statistics of mortality from circulatory system diseases. Using the example of the ABC-analysis of the nosological structure of mortality in the Russian Federation from the circulatory system diseases in three age groups in 2014, the possibility of using this approach to optimize prevention and treatment programs to reduce mortality from this pathology is being considered.

Keywords: mortality, circulatory system diseases, causes of mortality, mortality age structure.



Р.В. Куприянов,

к.п.с.н, доцент Казанского национального исследовательского технологического университета; психолог Межрегионального клиничко-диагностического центра, г. Казань, Россия, e-mail: kroman1@mail.ru

Е.В. Жаркова,

начальник отдела социологических исследований, Межрегиональный клиничко-диагностический центр, г. Казань, Россия, e-mail: elena.v_zharkova@mail.ru

Р.Н. Хайруллин,

д.м.н., Межрегиональный клиничко-диагностический центр, г. Казань, Россия, e-mail: dr.kharu@gmail.com

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ В МЕДОРГАНИЗАЦИИ (ОПЫТ МКДЦ)

УДК 614.2, 005.7

Куприянов Р.В., Жаркова Е.В., Хайруллин Р.Н. *Оценка удовлетворенности пациентов в медорганизации (опыт МКДЦ)* (Межрегиональный клиничко-диагностический центр, г. Казань, Россия)

Аннотация. В статье рассмотрен опыт «Межрегионального клиничко-диагностического центра (МКДЦ)» в области оценки уровня удовлетворенности пациентов, раскрыта специфика оценки удовлетворенности в медицинской сфере. Цель данной статьи: выявление системообразующих компонентов в оценке удовлетворенности пациентов. Материалы и методы: анализ научной литературы, статистических данных оценки удовлетворенности пациентов и результатов медико-экономической деятельности МКДЦ. Результаты и выводы: обнаружено, что наибольшее количество сильных корреляционных связей имеют четыре компонента анкеты по оценке удовлетворенности: «Профессионализм врача», «Отношение к Вам врача», «Внешний вид врача» и «Результативность оперативного лечения». Наличие большого количества сильных связей этих компонентов с другими позволяет сделать вывод о системообразующем характере данных компонентов в структуре удовлетворенности. Было выявлено значительное влияние внешних субъективных факторов на результаты оценки пациентов удовлетворенностью лечением, таких как: вежливость, тактичность врача и медсестры, их внешний вид. Установлено, что уровень удовлетворенности пациентов связан с показателями экономической деятельности медорганизации, между этими показателями существует сильная положительная корреляционная связь.

Ключевые слова: *удовлетворенность пациентов, плацебо, ноцебо, лечебно-профилактические учреждения.*

В области здравоохранения первые попытки оценки удовлетворенности пациентов были предприняты в 1970 году, когда был разработан опросник «Satisfaction with Physician and Primary Care Scale (Шкала удовлетворенности работой терапевта и звена первичной медицинской помощи)» [16]. Коммерческое измерение удовлетворенности пациентов впервые было введено в практику в 1985 году, когда компания «Press Ganey Associates» начала предлагать услуги по научно-обоснованной оценке удовлетворенности пациентов больниц посредством опросника HCAHPS [13].

Чем обусловлен такой интерес к вопросу удовлетворенности пациентов? Он отражает общую тенденцию в развитии экономики, когда все больше компаний и организаций внедряют

© Р.В. Куприянов, Е.В. Жаркова, Р.Н. Хайруллин, 2018 г.



клиентоориентированный подход, позволяющий добиться конкурентных преимуществ. В этом случае оценка удовлетворенности становится инструментом обратной связи между медорганизацией и пациентом. Наличие такой обратной связи позволяет медучреждению динамично реагировать на изменившиеся внешние условия и потребности клиентов и дает возможность своевременно вносить коррективы в организацию процесса оказания медицинских услуг.

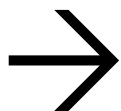
С другой стороны, «удовлетворенность» – это психологическая категория, которая означает «состояние удовлетворения – чувства удовольствия, испытываемого субъектом, чьи потребности, желания удовлетворены, исполнены» [9]. Следовательно, оценивая удовлетворенность, мы оцениваем психическое состояние пациента, связанное с процессом лечения в медорганизации.

В научной литературе идет дискуссия относительно взаимного влияния психики и тела [2, 3, 5, 7, 8]. Согласно холистическому подходу, в процессе лечения необходим учет физических, психических и социальных факторов. Ярким примером тому являются психосоматические заболевания, где изменения в теле обусловлены психическим компонентом. Поэтому специфика медицинской сферы заключается в том, что удовлетворенность пациента может оказать влияние на процесс его лечения, что является очень важным моментом. Механизмом такого воздействия могут стать эффекты «плацебо» (от лат. placebo – нравиться, угождать) и «ноцебо» (от лат. nocere – вредить). Эти эффекты возникают под влиянием позитивных или негативных установок и убеждений пациента относительно результата лечения и связаны с его внушаемостью. Например, если уровень медицинских услуг превосходит ожидания пациента, то под влиянием впечатлений и самовнушения его положительная реакция способствует возникновению эффекта «плацебо» и способствует излечению. Если же существуют негативные ожидания, то может

развиться эффект «ноцебо», что проявится в увеличении негативных побочных эффектов от лечения. Этот эффект может стать источником парадоксальной ситуации: несмотря на выполнение медорганизацией всех стандартов оказания медицинской помощи в случае негативных ожиданий и низком уровне удовлетворенности пациентов происходит снижение показателей результативности медицинской помощи. Завышенные ожидания и обманутые надежды также приводят к снижению уровня удовлетворенности пациентов, даже в том случае, если медицинская помощь была оказана в соответствии со всеми стандартами. Поэтому учет ожиданий пациентов в медорганизации, а также их коррекция очень важны. Наиболее сильное корректирующее воздействие можно оказать, воздействуя на системообразующие компоненты удовлетворенности. На основании вышесказанного, целью данной статьи является определение системообразующих компонентов в оценке удовлетворенности.

Материалы и методы исследования: анализ научной литературы, статистических данных оценки удовлетворенности пациентов и результатов медико-экономической деятельности Межрегионального клинико-диагностического центра (МКДЦ). Для исследования взаимосвязи уровня удовлетворенности пациентов и медико-экономической деятельности медорганизации были проанализированы финансовые показатели МКДЦ за 2012–2016 гг. и уровень удовлетворенности за эти годы. Для выявления системообразующих факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов, были проанализированы анкеты пациентов стационара за 2016 г. Данная анкета представляет собой опросник, разработанный на основе отечественных и зарубежных методик, по оценке удовлетворенности. Измерение факторов удовлетворенности проводится на основе пятибалльной шкалы Ликерта. В исследовании приняли участие 1230 респондентов, проходящих лечение в 2016 г. в МКДЦ. Из них 52%





женщин и 48% мужчин. Возрастной состав группы респондентов: от 18 до 30 лет – 4%, от 31 до 41 года – 7%, от 41 до 50 лет – 13%, от 51 до 60 лет – 30%, от 61 до 70 лет – 32%, старше 71 года – 14%. Преобладание в группе пациентов пожилого возраста объясняется профилем лечебного заведения. Анализ проводился при помощи программного обеспечения Statistica 10.0

Результаты исследования.

Анализ по методу Колмогорова-Смирнова не выявил достоверных различий в ответах пациентов в зависимости от их пола. Таким образом, мужчины и женщины в целом одинаково оценивают свою удовлетворенность лечением в стационаре. Аналогичные результаты были получены при сравнении разных возрастных групп. Полученные данные согласуются с результатами исследования Л.И. Меньшиковой, М.Г. Дьячковой и Э.А. Мордовского, где было выявлено, что на удовлетворенность «практически не оказывают влияние социально-демографические характеристики респондентов» [6, С. 18]. Выявление системообразующих факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов, проводилось на основе корреляционного анализа по методу Спирмана между разными компонентами анкеты. Результаты корреляционного анализа ответов пациентов, поступивших по неотложной помощи, представлены в *таблице 1*;

пациентов, проходящих лечение в стационаре – в *таблице 2*.

По приемному отделению получены следующие результаты. Все выявленные корреляционные связи имеют статистическую значимость на уровне $p < 0,05$. Можно выделить три сильных корреляционных связи (более 0,7) между компонентами удовлетворенности. Такие критерии удовлетворенности, как «вежливость врача» и «вежливость медсестры» имеют прямую сильную корреляционную связь с критерием «Условия оказания медицинской помощи» (сила связи 0,84 и 0,70 соответственно). Следовательно, чем выше пациент оценивает вежливость и тактичность врача и медсестры, тем лучше он оценивает условия оказания медицинской помощи и наоборот. Также выявлена сильная корреляционная взаимосвязь (сила связи 0,80) между внешним видом врача и медсестры. Что интересно, в стационаре сила этой связи снижается до 0,58. Рассмотрим результаты корреляционного анализа ответов пациентов, проходящих лечение в стационаре.

Как видно из таблицы практически все корреляционные связи имеют статистическую значимость на уровне $p < 0,05$, и только в одном случае она отсутствует: между компонентами удовлетворенности «отношение медперсонала к вашим близким» и «внешний вид врача». Таким образом, изучение этой

Таблица 1

Результаты корреляционного анализа ответов пациентов, поступивших по неотложной помощи

Факторы удовлетворенности	Врач: вежливость и тактичность	Внешний вид врача	Медсестра: вежливость и тактичность	Внешний вид м/с	Условия оказания мед помощи
Врач: вежливость и тактичность	1,00	0,60*	0,63*	0,60*	0,84*
Внешний вид врача	0,60*	1,00	0,47*	0,80*	0,50*
Медсестра: вежливость и тактичность	0,63*	0,47*	1,00	0,63*	0,70*
Внешний вид м/с	0,60*	0,80*	0,63*	1,00	0,67*
Условия оказания мед помощи	0,84*	0,50*	0,70*	0,67*	1,00

* уровень статистической достоверности $p < 0,05$



Таблица 2

Результаты корреляционного анализа ответов пациентов, проходящих лечение в стационаре

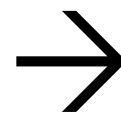
Компоненты удовлетворенности	Профессионализм врачей	Объяснение врача назначений и лечения	Отношение к Вам врача	Внешний вид врача	Профессионализм м/с	Помощь в организации назначений врача	Отношение к Вам м/с	Внешний вид м/с	Лекарственная терапия	Результативность оперативного лечения	Работа физиотерапевтического отделения	Отношение медперсонала к вашим близким
Профессионализм врачей	1,00	0,67*	0,56*	0,51*	0,31*	0,33*	0,26*	0,37*	0,40*	0,43*	0,18*	0,33*
Объяснение врача назначений и лечения	0,67*	1,00	0,54*	0,41*	0,28*	0,31*	0,26*	0,38*	0,34*	0,29*	0,18*	0,32*
Отношение к Вам врача	0,56*	0,54*	1,00	0,77*	0,20*	0,28*	0,30*	0,40*	0,22*	0,35*	0,13*	0,11*
Внешний вид врача	0,51*	0,41*	0,77*	1,00	0,29*	0,31*	0,42*	0,58*	0,29*	0,53*	0,27*	-0,01
Профессионализм м/сестры	0,31*	0,28*	0,20*	0,29*	1,00	0,60*	0,46*	0,45*	0,29*	0,37*	0,32*	0,31*
Помощь м/с в организации назначений врача	0,33*	0,31*	0,28*	0,31*	0,60*	1,00	0,56*	0,47*	0,35*	0,39*	0,45*	0,39*
Отношение к Вам м/сестры	0,26*	0,26*	0,30*	0,42*	0,46*	0,56*	1,00	0,73*	0,22*	0,28*	0,33*	0,34*
Внешний вид м/сестры	0,37*	0,38*	0,40*	0,58*	0,45*	0,47*	0,73*	1,00	0,26*	0,41*	0,23*	0,28*
Лекарственная терапия	0,40*	0,34*	0,22*	0,29*	0,29*	0,35*	0,22*	0,26*	1,00	0,44*	0,29*	0,45*
Результативность оперативного лечения	0,43*	0,29*	0,35*	0,53*	0,37*	0,39*	0,28*	0,41*	0,44*	1,00	0,67*	0,54*
Работа физиотерапевтического отделения	0,18*	0,18*	0,13*	0,27*	0,32*	0,45*	0,33*	0,23*	0,29*	0,67*	1,00	0,25*
Отношение медперсонала к вашим близким	0,33*	0,32*	0,11*	-0,01	0,31*	0,39*	0,34*	0,28*	0,45*	0,54*	0,25*	1,00

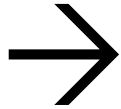
* уровень статистической достоверности $p < 0,05$

таблицы позволяет сделать статистически обоснованные выводы. Анализ таблицы показывает, что присутствует сильная прямая корреляционная связь (сила связи – 0,77) между внешним видом врача и оценкой вежливости и тактичности врача. Это означает, что чем выше пациент оценивает внешний вид врача, тем выше он оценивает отношение врача к нему и наоборот. Следовательно, можно сказать, что внешнее впечатление от врача накладывает значимый отпечаток на оценку его отношения к пациенту. Аналогичная взаимосвязь между этими параметрами наблюдается у медсестер (сила связи 0,73), высокая оценка вежливости и тактичности медсестры тесно связана с высокой оценкой внешнего вида. Полученные данные хорошо

соотносятся с многочисленными исследованиями, в которых показано влияние внешнего вида человека на отношение окружающих людей [10, 12, 14, 15]. В этой связи можно вспомнить высказывания известного врача древности – Гиппократы, который говорил, что: «... врач должен быть чистоплотным, ходить в хорошей одежде, ибо все это вызывает доверие больных...» [1, С. 45].

Остальные корреляции в таблице 2 имеют менее выраженный характер. Для дальнейшего анализа корреляционных взаимосвязей воспользуемся допущением, высказанным Б.Д. Карвасарским: «В социально-психологических исследованиях полная корреляция не встречается. Здесь коэффициент корреляции редко превышает 0,60. Корреляции от 0,50





до 0,60 рассматриваются как сильные ...» [4, С. 167]. Поэтому для дальнейшего анализа мы будем рассматривать коэффициенты корреляции до 0,50, как сильные связи. Рассмотрим с этих позиций полученные данные. Блок анкеты, связанный с оценкой врача, имеет сильные корреляционные связи между всеми компонентами. Как видно из таблицы, такой параметр, как «Профессионализм врачей» имеет сильные корреляционные связи с параметрами «Объяснение врача назначений и лечения», «Отношения к Вам врача», «Внешний вид врача». Таким образом, если пациент высоко оценил три последних параметра, то он также высоко оценивает профессионализм врача и наоборот. Данные результаты можно объяснить следующим образом: пациент, находясь в стационаре, не всегда может оценить профессионализм врача, только основываясь на своих физических ощущениях и симптомах; зачастую в процессе лечения его самочувствие может быть нестабильным, в какие-то моменты даже ухудшаться вследствие терапии. Поэтому большое значение для пациента в оценке профессионализма приобретают внешние признаки: как ведет себя врач по отношению к пациенту, как общается с ним и даже как он одет. При оценке профессионализма медсестры роль таких субъективных факторов снижается. Как видно из *таблицы 2*, коэффициенты корреляции факторов «Отношение к Вам медсестры» и «Внешний вид» с фактором «Профессионализм медсестры» меньше 0,5. По-видимому, это можно объяснить тем, что деятельность медсестры более наглядна и понятна для пациента, он может непосредственно видеть и ощущать результаты этой деятельности. Поэтому параметр «Профессионализм медсестры» имеет сильную корреляционную связь только с параметром «Помощь в организации назначений врача», который является наглядным показателем. Таким образом, можно сделать вывод, что для пациента важно видеть продуктивное взаимодействие между врачом и медсестрой,

насколько слаженно они работают, и как медсестра организует процесс лечения на основании назначений врача.

Анализ третьего блока анкеты, посвященный процессу лечения, показал, что такой параметр как «Результативность оперативного лечения» имеет сильные корреляционные связи с параметрами: «Внешний вид врача», «Работа физиотерапевтического отделения» и «Отношение медперсонала к вашим близким». Полученные данные показывают большое влияние субъективных факторов на оценку результативности оперативного вмешательства, таких как: «Внешний вид врача», «Отношение медперсонала к вашим близким». По-видимому это связано с тем, что пациенту в стационаре зачастую сложно объективно оценить результат оперативного вмешательства, т.к. операция зачастую проходит под наркозом, а после операции необходимо время для полного восстановления. Именно поэтому большое значение приобретает роль физиотерапевтического отделения, когда пациент начинает чувствовать улучшение самочувствия после сеансов физиотерапии. Поэтому реабилитационные мероприятия связаны с оценкой результативности оперативного лечения. Интересно, что параметр «Лекарственная терапия» не имеет сильных корреляционных связей с другими компонентами удовлетворенности в данной таблице. По-видимому пациенты считают, что возможность лекарственной терапии обусловлена не столько профессионализмом персонала клиники, сколько каким-то другим фактором, например, наличием финансирования, ценами на рынке лекарств и т.д.

Анализируя таблицу в целом, можно сделать следующие выводы: наибольшее количество сильных корреляционных связей (выше 0,5) имеют четыре компонента удовлетворенности: «Профессионализм врача», «Отношение к Вам врача», «Внешний вид врача» и «Результативность оперативного лечения». Наличие большого количества сильных связей этих компонентов с другими



позволяет сделать вывод о системообразующем характере данных компонентов в структуре удовлетворенности пациента, т.к. они сильно связаны с остальными компонентами удовлетворенности. Это означает, что изменения значений этих факторов приведет к изменению большинства факторов из этой таблицы, что в конечном итоге скажется на общей оценке удовлетворенности. Другими словами, чтобы повысить общий уровень удовлетворенности нам необходимо прицельно воздействовать на выявленные системообразующие факторы.

На следующем этапе исследования была выявлена взаимосвязь удовлетворенности пациентов и экономическими показателями деятельности медорганизации (рис. 1).

Как видно из диаграммы, доход организации и удовлетворенность пациентов в целом увеличиваются синхронно. Только в 2014 г. отмечается падение уровня удовлетворенности на фоне роста доходов организации. Это можно объяснить проведением в это время капитального ремонта в пищеблоке, что могло стать причиной снижения общего уровня удовлетворенности. Однако в целом можно констатировать наличие сильной взаимосвязи между уровнем удовлетворенности пациента и доходом организации, коэффициент

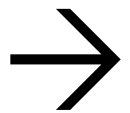
корреляции в данном случае составляет 0,7. Полученные данные хорошо согласуются с результатами других исследований, в которых дается оценка уровня корреляции между этими параметрами в диапазоне от 0,58 до 0,76 в зависимости от отрасли экономики [11]. Таким образом, можно сделать вывод, что уровень удовлетворенности пациентов является значимым критерием, позволяющим оценить и предсказать экономические показатели медорганизации. Чем больше показатель удовлетворенности, тем выше финансовые показатели учреждения.

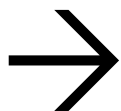
Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

- Во-первых, раскрыта специфика оценки удовлетворенности пациентов в медорганизации. В данном случае удовлетворенность является не только инструментом обратной связи, но еще отражает психическое состояние пациентов, которое может оказать влияние на исход лечения.
- Во-вторых, изучение факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов, позволило выявить системообразующие компоненты в оценке удовлетворенности. Большой вклад в оценку уровня удовлетворенности вносят следующие компоненты: «Профессионализм врача», «Отношение к Вам врача»,



Рис. 1. Взаимосвязь удовлетворенности пациентов и доходности организации





«Внешний вид врача», и «Результативность оперативного лечения». Таким образом, целенаправленная работа с этими факторами в медорганизации приводит к значительному повышению общего уровня удовлетворенности пациентов стационара.

- В-третьих, было выявлено большое влияние внешних субъективных факторов на результаты оценки пациентов удовлетворенностью лечением, таких как: вежливость, тактичность врача и медсестры, их внешний вид. По нашему мнению, это обусловлено тем,

что лечение в стационаре не сразу приводит к улучшению состояния пациентов, они также не могут оценить правильность назначений и схемы лечения, поэтому больше ориентируются на свои ощущения и впечатления от взаимодействия с медперсоналом.

- В-четвертых, повышение удовлетворенности пациентов приводит к увеличению показателей экономической деятельности медорганизации, между этими показателями существует сильная положительная корреляционная связь.



Литература

1. Афоризмы великих врачей/ под ред. В.П. Бутромеева, В.В. Бутромеева. – М, 2015. – 304 с.
2. Дубинкин В.А., Котельников В.Н., Гельцер Б.И. Роль психологического фактора в формировании заболеваний внутренних органов/ Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1–2. – С. 256–259.
3. Зельнер В. Психика и рак. Могут ли психосоциальные факторы вызывать рак или оказывать влияние на течение онкологического заболевания?/ Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 1 (80). – С. 24–39.
4. Клиническая психология/ под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2011. – 864 с.
5. Койнова И.А., Белобородова Е.В., Бурковская В.А., Рачковский М.И., Чернявская Г.М., Черногорюк Г.Э. и др. Особенности течения воспалительных заболеваний кишечника в зависимости от психологического статуса пациента/Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6. – С. 92.
6. Меньшикова Л.И., Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А. Оценка достоверности мнения пациентов о качестве стационарной медицинской помощи/ Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 5. – С. 18–25.
7. Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э., Рукавишников Г.В., Кибитов А.О. Депрессия как предиктор соматических заболеваний: патофизиологические предпосылки и генетический риск/ Успехи физиологических наук. – 2017. – Т. 48. – № 4. – С. 29–39.
8. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Ромасенко Л.В., Деев А.Д., Юферева Ю.М. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца/ Кардиология. – 2011. – Т. 51. – № 2. – С. 59–66.
9. Словарь практического психолога. – М.: АСТ, Харвест. С.Ю. Головин. 1998.
10. Brase, Gary & Taylor, Jill. (2004). The White-Coat Effect: Physician Attire and Perceived Authority, Friendliness, and Attractiveness. *Journal of Applied Social Psychology*. 34. doi. 2469–2481. 10.1111/j.1559–1816.2004.tb01987.x.
11. Bruce Coolil, Timothy L. Keiningham, Lerzan Aksoy and Michael Hsu (2007). A Longitudinal Analysis of Customer Satisfaction and Share of Wallet: Investigating the Moderating Effect of Cus-



tomer Characteristics. Journal of Marketing: January 2007. – Vol. 71. – № 1. – Pp. 67–83.

12. Fortenberry, J.H., MacLean, J., Morris, P., & O'Connell (1978). Modes of dress as a perceptual cue to deference. Journal of Personality and Social Psychology, 104, 139–140.

13. Giordano L.A., Elliott M.N., Goldstein E., Lehrman W.G., Spencer P.A. Development, implementation, and public reporting of the HCAHPS survey. Med Care Res Rev. 2010 Feb; 67(1): 27–37.

14. Lefkowitz M., Blake R.R., Mouton J.S. Status factors in pedestrian violation of traffic signals. J Abnorm Psychol. 1955 Nov; 51(3):704–6. PubMed PMID: 13286027.

15. Levine L.R., Bluni T.D. & Hochman S.H. (1998). Attire and charitable behavior. Psychological Reports, 83, 15–18.

16. Ware J.E., Snyder M.K., Wright W.R. Development and Validation of Scales to Measure Patient Satisfaction with Medical Care Services. Vol I, Part A: Review of Literature, Overview of Methods and Results Regarding Construction of Scales. National Technical Information Service. 1976; № PB288–329.

UDC 614.2, 005.7

Kupriyanov R.V., Zharkova E.V., Khairullin R.N. *Patients satisfaction evaluation in healthcare organization (ICDC experience) (the Interregional clinic and diagnostic center, Kazan, Russia)*

Abstract. This article studies the experience of the 'Interregional clinic and diagnostic center' (ICDC) in the area of patients satisfaction level evaluation and the specific character of satisfaction evaluation in healthcare. The object: to find out frameworks in the patients satisfaction evaluation. Materials and methods: analysis of scientific literature, statistic data of the patients satisfaction evaluation and results of medical and economic activity of the ICDC. Results and conclusions: it was found out that the biggest amount of strong correlations have 4 components of survey on satisfaction evaluation: 'Professionalism of doctor', 'Attitude of doctor', 'Appearance of doctor' and 'Results of surgical treatment'. The presence of big amount of strong correlations between these and others components allows us to draw a conclusion about systemic character of these components in the satisfaction structure. A significant effect of external subjective factors on the results of patient's satisfaction evaluation was observed, such as politeness, tactfulness of doctor and nurse, their appearance. It was determined that the level of patients evaluation is associated with figures of economic activity of a healthcare institution. There is a strong positive correlation between them.

Keywords: patients' satisfaction, placebo, nocebo, healthcare institutions.

Здравоохранение-2018



КОЛИЧЕСТВО ЭКСТРЕННЫХ СТЕНТИРОВАНИЙ УВЕЛИЧИЛОСЬ ЗА ПЯТЬ ЛЕТ В 9,5 РАЗА

В России благодаря работе сети сосудистых и травмоцентров удалось существенно повысить качество оказываемой медицинской помощи. Об этом сообщила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова в выступлении на ПМЭФ-2018. «Вся система организована так, чтобы в течение «золотого часа» из любой точки страны можно было доехать до кардио-, сосудистого или травмоцентра, где могут оказать необходимую медицинскую помощь. В 2012 году у нас было чуть меньше 200 таких центров, а сейчас 609 сосудистых и более 1,5 тысячи травмоцентров, этой сетью охвачена вся страна», – отметила Вероника Скворцова. Глава Минздрава добавила, что благодаря работе системы удалось нарастить объемы использования новых технологий, таких как, например, экстренное стентирование, которое увеличилось в 9,5 раза за пять лет.

Источник: Медвестник.ру



В.В. Шкарин,

к.м.н., доцент, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения факультета усовершенствования врачей, председатель Комитета здравоохранения Волгоградской области, oblzdrav@volganet.ru

Е.А. Берсенева,

д.м.н., руководитель Центра высшего и дополнительного профессионального образования ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко», eaberseneva@gmail.com

Д.А. Кураков,

начальник отдела демографической политики комитета здравоохранения Волгоградской области, dkur@volganet.ru

А.Б. Покатилов,

к.м.н., доцент, главный врач ГБУЗ «Волгоградский областной центр медицинской профилактики, oblzdrav@volganet.ru

Е.А. Савостина,

д.м.н., доцент кафедры медицинской статистики и информатики, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, eas-m@mail.ru

ЕДИНАЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ СИСТЕМА СКРИНИНГА БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

УДК 614.2

Шкарин В.В., Берсенева Е.А., Кураков Д.А., Покатилов А.Б., Савостина Е.А. Единая территориальная система скрининга болезней системы кровообращения у сельского населения с использованием телемедицинских технологий Волгоградской области (Кафедра общественного здоровья и здравоохранения факультета усовершенствования врачей, г. Волгоград; Комитет здравоохранения Волгоградской области, г. Волгоград; ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, г. Москва; ГБУЗ «Волгоградский областной центр медицинской профилактики», г. Волгоград; кафедра медицинской статистики и информатики Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, г. Москва)

Аннотация. В статье обоснована целесообразность организации единой территориальной системы скрининга болезней системы кровообращения у сельского населения с использованием телемедицинских технологий в Волгоградской области, выбор метода электрокардиографии для проведения удаленного скрининга, представлена принципиальная схема организации телекардиоскрининга сельского населения, результаты пилотной реализации проекта.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, скрининг, телемедицинские технологии, организация медицинской помощи сельскому населению.

Высокая преждевременная смертность от болезней системы кровообращения (далее – БСК) – одна из главных причин отставания России от развитых стран по продолжительности жизни. Несмотря

© В.В. Шкарин, Е.А. Берсенева, Д.А. Кураков, А.Б. Покатилов, Е.А. Савостина, 2018 г.



Таблица 1

Коэффициенты смертности от болезней системы кровообращения городского и сельского населения (по полу)

Население	Мужчины			Женщины		
	2005 г.	2009 г.	2014 г.	2005 г.	2009 г.	2014 г.
Городское	860,3	747,9	633,8	843,3	768,2	682,0
Сельское	1024,8	872,0	646,0	1094,5	954,2	702,9

на постепенное снижение, коэффициенты смертности от БСК в ряде ключевых возрастных групп (30–74 года у мужчин и 30–49 лет у женщин) остаются достаточно высокими. Характерным явлением для смертности населения России от БСК является существенная разница в показателях смертности городского и сельского населения (таблица 1). Более половины смертей приходится на ишемическую болезнь сердца, включая инфаркт миокарда (1, 2, 3).

В Волгоградской области наблюдаются аналогичные тенденции. Смертность трудоспособного населения от БСК имеет тенденцию к снижению (за исключением роста в 2014 году), но показатели остаются достаточно высокими. При этом показатели смертности об БСК трудоспособного населения Волгоградской области в целом выше,

чем населения крупных городов (Волгоград, Волжский). Это свидетельствует о более высокой смертности сельского населения трудоспособного возраста от БСК (рис. 1). При этом отмечается более высокая заболеваемость городского населения болезнями системы кровообращения, что, в свою очередь, свидетельствует о недостаточном уровне диагностики заболеваний на селе (рис. 2).

Таким образом, один из основных резервов снижения смертности от БСК в Волгоградской области – это снижение смертности сельского населения путем повышения качества и своевременности диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы (включая инфаркт миокарда).

Одним из основных методов диагностики заболеваний сердца является электрокардиография. Развитие информационных технологий

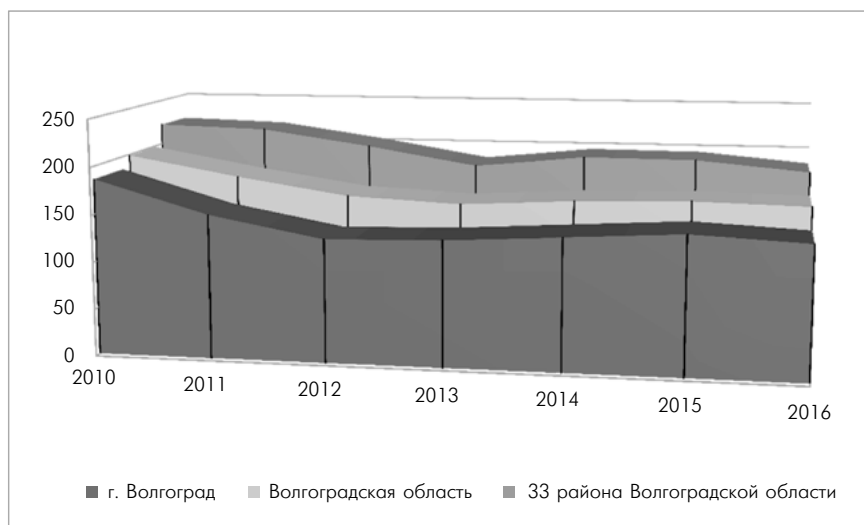


Рис. 1. Смертность на 100 тыс. трудоспособного населения Волгоградской области от БСК



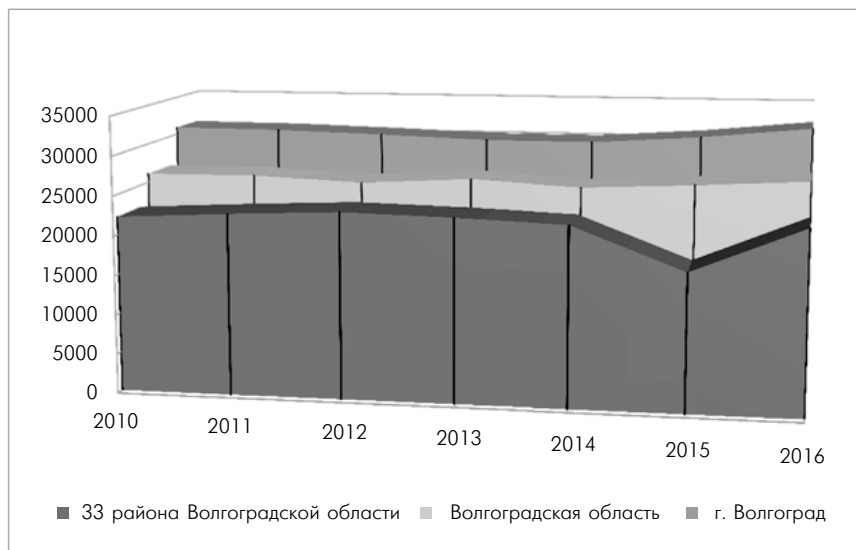
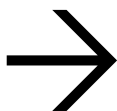


Рис. 2. Заболеваемость на 100 тыс. трудоспособного населения Волгоградской области БСК

позволяет в настоящее время осуществлять регистрацию ЭКГ в любой точке Волгоградской области в любое время, передать ее специалисту по каналам связи для анализа и диагностики и обеспечить последующее хранение в электронной медицинской карте. Принятие Федерального закона № 242-ФЗ от 29.07.2017 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья»

обеспечивает особый приоритет дистанционным методам диагностики.

Метод удаленного контроля состояния пациента с заболеванием системы кровообращения, основанный на передаче цифровой ЭКГ через интернет-коммуникации в удаленный call-центр для формирования квалифицированного заключения показал свою несомненную эффективность как на этапе диагностики, так и при реализации программ удаленного наблюдения за

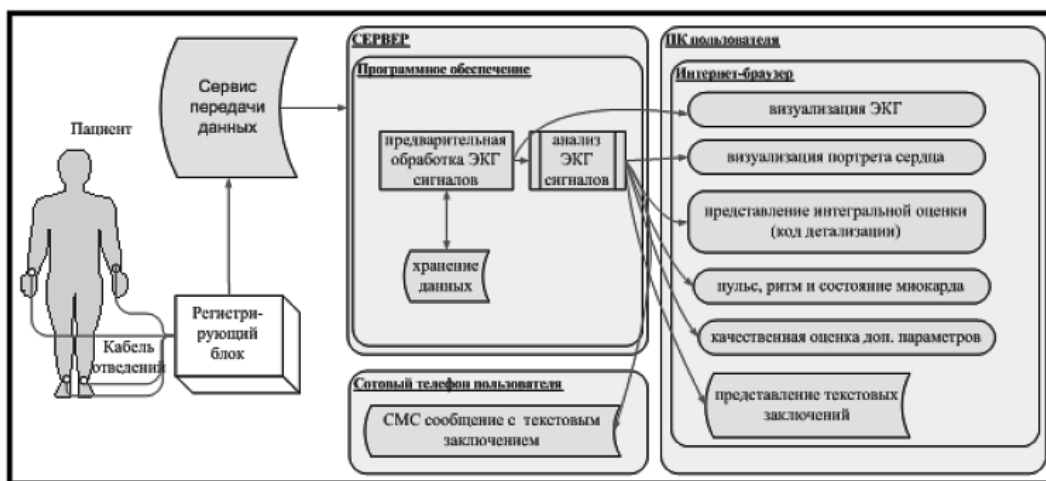


Рис. 3. Принципиальная схема дистанционной диагностики ЭКГ



больными в постреабилитационный период (5). Но, как подчеркивают специалисты, основной проблемой является организация данного процесса (5).

Принципиальная схема дистанционной диагностики ЭКГ представлена на рисунке (рис. 3).

Одним из новых методов, используемых для раннего выявления электрофизиологических изменений в миокарде, является дисперсионное картирование электрокардиограммы (далее – ДК ЭКГ). В основе метода лежит измерение низкоамплитудных колебаний ЭКГ-сигнала, которые могут свидетельствовать о нарушении ионно-транспортной функции кардиомиоцитов, структуры их клеточных мембран и митохондриального энергообразования, а также о нарушениях микроциркуляции и ряде других факторах (6). Приборы, проводящие ДК ЭКГ, принципиально отличаются от стандартных ЭКГ-анализаторов и интерпретирующих электрокардиографов: измеряются и анализируются не морфологические признаки зубцов ЭКГ (контурный анализ), а микроскопическое «дрожание» ЭКГ-сигналов. Главное преимущество данного метода исследования – возможность ранней диагностики угрожающих состояний сердечно-сосудистой системы, низкая себестоимость, простота и информативность исследования. Автоматически сформированный результат исследования позволяет четко разграничить состояния между «с нормой» и «с патологией», и, как следствие, выявлять острые коронарные состояния на самых ранних стадиях их развития (7). Применение ДК ЭКГ с использованием нескольких аппаратов позволяет в автоматическом режиме проводить сортировку пациентов на категории в зависимости от потребности в госпитализации.

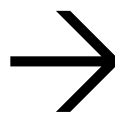
Комитетом здравоохранения Волгоградской области разработан проект по дистанционной диагностике болезней кровообращения у сельского населения с использованием телемедицинских технологий – телекардиоскрининг (далее – ТКСк).

Целью проекта является повышение качества оказания медицинской помощи при заболеваниях системы кровообращения сельскому населению за счет своевременной диагностики и, при необходимости, госпитализации. Использование информационных технологий обеспечивает приближение высококвалифицированной медицинской помощи к сельскому населению на этапе диагностики и последующего наблюдения и реабилитации.

Блок-схема скринингового обследования населения в сельской местности с использованием ДК ЭКГ и схема организации телекардиоскрининга с использованием ДК ЭКГ может быть представлена следующим образом (рис. 4).

Регистрация ЭКГ проводится врачами и средним медицинским персоналом медицинских организаций, включая расположенные в сельской местности бригады скорой помощи и фельдшерско-акушерские пункты. По GPRS-каналу ЭКГ передается в базу данных центра диагностики для расшифровки и формирования заключения. Информация всех проведенных исследований включается в базу данных функциональной диагностики консультативно-диагностического центра. У медицинского персонала, курирующего пациентов, на рабочих местах имеется удаленный доступ к результатам ЭКГ исследований. На экране формируются данные не всех выполненных исследований, а только тех, которые требуют принятия решения о госпитализации и оказании медицинской помощи (рис. 5). Данное решение способствует снижению нагрузки на врача функциональной диагностики, что, в свою очередь, повышает качество диагностики.

Результаты ДК ЭКГ видят как медицинский работник района Волгоградской области, так и специалист консультативно-диагностического центра функциональной диагностики (далее – КДЦ ФЦ). Решения, которые должен принять медицинский персонал в зависимости от результатов ДК ЭКГ можно представить в виде следующей таблицы (таблица 2).





**Блок-схема
скринингового обследования населения в сельской местности
с использованием дисперсного картирования ЭКГ**

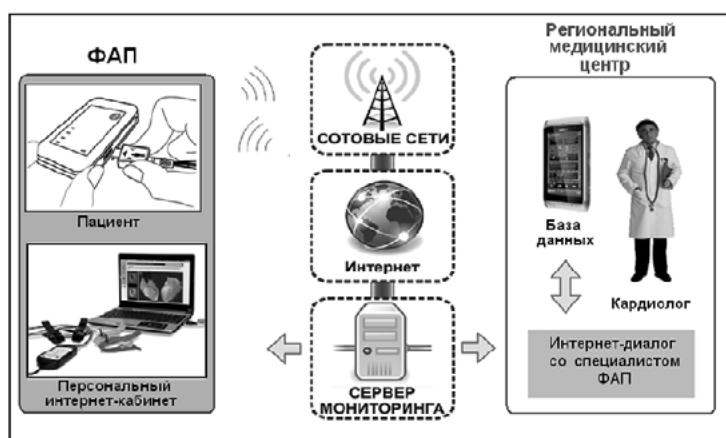
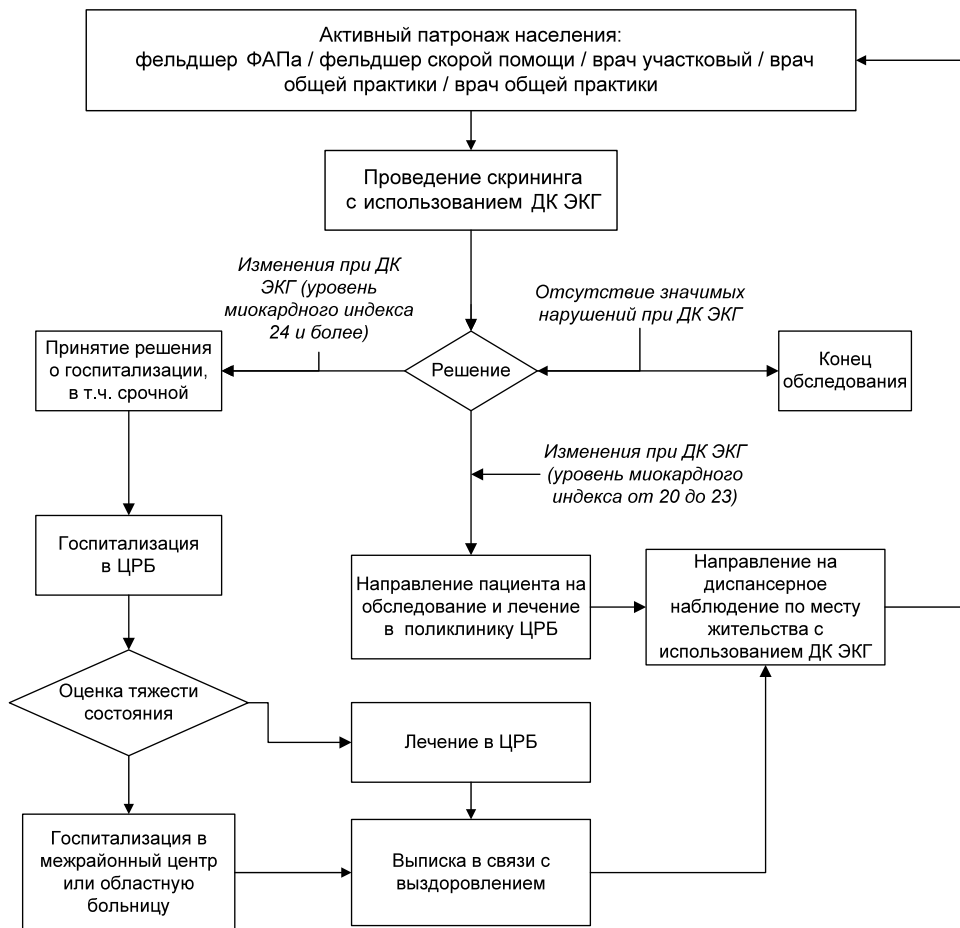


Рис. 4. Принципиальная схема организации кардиоскрининга на территории Волгоградской области



Выбрать обследования — За сегодня — За вчера

От 01-08-2017 (дд-мм-гггг) До 25-08-2017 (дд-мм-гггг) Количество записей на странице 25

Изменить

Обследования [282]

дата обследования	Клиент	Показатели
25.08.2017 16:14 Пятница	Полов Юрий (ФАП Мирный Новониколаевская ЦРБ) Николаевич 01.06.1967	Миокард: 17% Ритм: 61% Пульс: 96 уд/мин
25.08.2017 14:19 Пятница	Токина Марина (Первомайский ФАП) Павловна 01.04.1979	Миокард: 26% Ритм: 100% Пульс: 73 уд/мин
25.08.2017 13:46 Пятница	Токина Марина (Первомайский ФАП) Павловна 01.04.1979	Миокард: 15% Ритм: 75% Пульс: 103 уд/мин
25.08.2017 12:30 Пятница	Гуз КЛП№28 ОПМУ 3 23.11.1984	Миокард: 17% Ритм: 4% Пульс: 67 уд/мин
25.08.2017 12:24 Пятница	Токина Марина (Первомайский ФАП) Павловна 01.04.1979	Миокард: 15% Ритм: 18% Пульс: 68 уд/мин
25.08.2017 11:20 Пятница	Гуз КЛП№28 ОПМУ 3 23.11.1984	Миокард: 14% Ритм: 62% Пульс: 81 уд/мин
25.08.2017 10:36 Пятница	Щиганова Александра (Ильевский ФАП) Петровна 01.04.1980	Миокард: 16% Ритм: 30% Пульс: 68 уд/мин
25.08.2017 10:29 Пятница	Щиганова Александра (Ильевский ФАП) Петровна 01.04.1980	Миокард: 15% Ритм: 42% Пульс: 69 уд/мин
25.08.2017 10:24 Пятница	Токина Марина (Первомайский ФАП) Павловна 01.04.1979	Миокард: 14% Ритм: 24% Пульс: 51 уд/мин
25.08.2017 10:10 Пятница	Щиганова Александра (Ильевский ФАП) Петровна 01.04.1980	Миокард: 15% Ритм: 44% Пульс: 74 уд/мин
25.08.2017 09:58 Пятница	Гуз КЛП№28 ОПМУ 3 23.11.1984	Миокард: 14% Ритм: 66% Пульс: 82 уд/мин
25.08.2017 09:57 Пятница	Токина Марина (Первомайский ФАП) Павловна 01.04.1979	Миокард: 15% Ритм: 38% Пульс: 69 уд/мин

Рис. 5. Вид экрана с данными ДК ЭКГ

Специалист КДЦ ФЦ в случае выявления экстренной ситуации у пациента связывается с медицинским работником ФАПа или врачебной амбулатории и совместно с ним принимает решение о дальнейшей тактике ведения пациента. Таким образом, работает принцип военно-полевой хирургии: обеспечение высокого качества сортировки пациентов, которая не требует глубоких знаний по кардиологии.

Позитивным аспектом данного проекта является также формирование архива ЭКГ и заключений, что обеспечивает их сохранность, доступность и возможности сравнения в динамике.

Пилотная реализация проекта проведена в 7-ми удаленных районах Волгоградской области. В 7-ми ФАПах и в 7-ми ЦРБ установлено 10 приборов КардиРУ. Единый консультативно-диагностический центр функциональной диагностики организован на базе ГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Волгоградский областной».

При организации пилотного внедрения системы дистанционной диагностики БСК к инструментальным средствам дистанционной диагностики состояния сердца был предъявлен ряд специфических требований. Среди них основными, по нашему мнению, являются следующие:

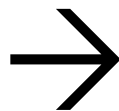
- обеспечение функциональной устойчивости комплекса в условиях неустойчивой или низкоскоростной цифровой связи;
- независимость результатов инструментальных обследований от квалификации персонала при достаточном числе отведений, при которых регистрируется ЭКГ – 6–12 отведений (обеспечивается простотой и надежностью измерительной процедуры, допускающей его использование персоналом с низкой квалификацией в области кардиологии, а также, по возможности, самим пациентом);
- методическая возможность прогнозировать динамику изменения состояния миокарда в автоматическом режиме;

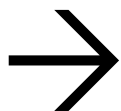
Таблица 2

Таблица решений медицинского персонала по результатам ДК ЭКГ

Уровень миокардного индекса ¹	Управленческое решение медицинского персонала
Норма (0–15)	действий не требуется
Пограничное состояние (16–19)	повторные исследования не реже 1 раза в год
Выраженные отклонения	
20–23	консультация терапевта и кардиолога, подбор терапии амбулаторно
24–29	неотложные мероприятия, решение вопроса о госпитализации
30 и выше	вызов скорой помощи и решение вопроса о срочной госпитализации

¹ Интегральный индекс оценки нарушений ионно-транспортной функции кардиомиоцитов на основе дисперсного картирования ЭКГ





• инфраструктурная привязка комплекса к действующим в комитете здравоохранения Волгоградской области методическим и организационным нормативам автоматизированной отчетности (по возможности).

Только в этом случае достижима основная цель системы ТКСк: на основании инструментальных данных, практически не зависящих от квалификации персонала, выделять группу риска и своевременно отправлять эту группу в региональный медицинский центр для квалифицированной постановки диагноза и лечения.

Объем исследований, выполняемых на всех приборах, составил 225 ДК ЭКГ в месяц. Каждое 20-е исследование имеет признаки нарушений сердечной деятельности, требующих госпитализации и углубленного обследования в центральной районной больнице или межрайонном сосудистом центре. Нагрузка на врача функциональной диагностики единого консультативно-диагностического центра составляет два – три ДК ЭКГ в сутки (с признаками острого коронарного синдрома).

Среднее время реагирования при экстренном проведении ДК ЭКГ составило 10–15 минут, в том числе с рекомендациями специалиста диагностического центра по телефону или интернету, что значительно сокращает время для принятия необходимых решений и способно значительно сократить уровень смертности от болезней системы кровообращения в сельской местности.

Высокая эффективность

Результаты пилотного проекта телекардиоскрининга были представлены на областных совещаниях с участием главных врачей медицинских организаций, на которых была признана его высокая эффективность. В настоящее время начата работа по реализации проекта на всей территории Волгоградской области.

Пилотная реализация проекта позволила провести расчеты потребности сельского населения в приборах для снятия ДК ЭКГ и услугах. Для реализации проекта на территории всей Волгоградской области требуется оснащение приборами КардиРУ 69 участковых больниц, 69 врачебных амбулаторий и 689 ФАПов (итого – 827 приборов).

Расчетная потребность сельского населения Волгоградской области в дистанционных услугах составляет примерно 4000 исследований в сутки и 150–200 консультаций в сутки.

Ориентировочная стоимость внедрения решения на базе КардиРу представлена в *таблице 3*.

Нормативное регулирование финансового обеспечения оказания медицинской помощи населению, на наш взгляд, позволяет осуществлять указанные затраты возможно из средств системы ОМС.

Полноценное внедрение системы ДК ЭКГ в сельской местности может улучшить качество жизни на селе, сократить смертность, уменьшить стоимость лечения и будет иметь

Таблица 3

Ориентировочная стоимость реализации проекта по дистанционной кардиологической диагностике

	Ед. изм.	Кол-во АРМ, шт.	Цена за единицу	Стоимость, итого
Единовременные расходы				
Организация АРМ медицинского персонала в комплекте с прибором КардиРу	руб.	350	52 670	18 434 500
Ежемесячные расходы				
Сервисная поддержка АРМ, включая предоставление каналов связи	руб./мес.	350	1 271	444 850



положительный социальный и экономический эффект. Применяемый метод скрининговой диагностики не требует высокого уровня квалификации медицинского персонала, может выполняться на территории домохозяйств, что особенно актуально в части кадровой

обеспеченности медицинскими специалистами в сельской местности. По нашему мнению, реализация проекта телекардиоскрининга для сельского населения станет новым этапом развития кардиологической службы в системе здравоохранения Волгоградской области.



Литература

1. Демографический ежегодник России 2010 [Электронный ресурс]. Москва, 2010. URL: http://www.gks.ru/doc_2010/demo.pdf (Дата обращения: 10.10.2017 г.).
2. Демографический ежегодник России [Электронный ресурс]. Москва, 2015. URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/demo15.pdf. (Дата обращения: 10.10.2017 г.).
3. Вишневский А.Г., Андреев Е., Тимонин С. Смертность от болезней системы кровообращения и продолжительность жизни в России//Демографическое обозрение. – 2016. – Т.3. – № 1. – С. 6–34.
4. Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья». URL: <http://pravo.gov.ru/laws/acts/60/5052504510601047.html> (Дата обращения: 10.10.2017 г.).
5. Дистанционная передача ЭКГ и системы централизованного анализа и архивирования ЭКГ. Опыт использования системы в ФГБУ «РКНПК» МЗСР России. Методическое пособие для врачей. Москва. – 2012. – 40 с.
6. Иванов Г.Г., Сула А.С. Дисперсионное ЭКГ-картирование. Теоретические основы и клиническая практика. Москва, 2009. Издательство «Техносфера». 190 с.
7. Гази М.Х. 2017 Электрофизиологические и хронобиологические методы в ранней диагностике поражения миокарда (по данным обследования в Ливане и РФ. Автореф. дис. на соискание степени докт.мед.наук. Москва, 2017. – 46 с.

UDC 614.2

Shkarin V.V., Berseneva E.A., Kurakov D.A., Pokatilov A.B., Savostina E.A. *The Volgograd region uniform territorial system of the blood circulatory system diseases screening at country people with use of telemedicine technologies* (Department of public health and health care of doctors improvement faculty, Volgograd; Healthcare Committee of the Volgograd region, Volgograd; FGBNU "National research institute of public health of N.A. Semashko, Moscow; GBUZ Volgograd Regional Center of Medical Prevention, Volgograd; department of medical statistics and informatics of the Russian medical academy of continuous professional education, Moscow)

Abstract. In article the expediency of the organization of the uniform territorial system of screening of diseases of the blood circulatory system diseases screening at country people with use of telemedicine technologies in the Volgograd region, the choice of a method of an electrocardiography for carrying out remote screening is proved, the schematic diagram of the organization of telecardioscreening of country people, results of pilot implementation of the project is submitted.

Keywords: *blood circulatory system diseases, screening, telemedicine technologies, organization of medical care to country people.*



А.А. Старченко,

д.м.н., профессор, эксперт качества медицинской помощи

О.В. Тарасова,

к.м.н., доцент, эксперт качества медицинской помощи

ДЕФЕКТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ИХ КВАЛИФИКАЦИЯ В СИСТЕМЕ ОМС: ПРИНЦИПЫ ЕДИНООБРАЗИЯ ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКИ

С 01 января 2018 года вступил в силу приказ Минздрава России от 26.10.2017 г. № 869-н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», при этом приказ Минздрава России от 03.02.2015 г. № 36ан с указанной даты признается утратившим силу.

Вновь утвержденным порядком предусмотрены следующие основные изменения:

1. Из обязательного перечня 1-го этапа диспансеризации (скрининга) исключены: клинический анализ крови (в том числе развернутый), биохимический анализ крови, общий анализ мочи, УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Сделано дополнение: определение ПСА в крови мужчин в возрасте 45 лет и 51 года, а также обязательной позицией по проведению индивидуального профилактического консультирования.

2. Внесены изменения по возрастным группам, подлежащим тем или иным исследованиям, а также кратности их проведения (1 раз в 3 года, 1 раз в 2 года).

3. Из обязательного перечня 2-го этапа диспансеризации исключены: ЭГДС, определение липидного спектра крови, гликированного гемоглобина, ПСА по назначению врача-хирурга или врача-уролога. Дополнено: консультация врача-хирурга и врача-уролога мужчин в возрасте 45 лет и 51 года при повышении ПСА, очерчены целевые группы для углубленного профилактического консультирования.

4. Изменены критерии эффективности диспансеризации: охват диспансеризацией населения, подлежащего диспансеризации в текущем году – плановое значение НЕ МЕНЕЕ 63% (ранее – 21%); охват индивидуальным профилактическим консультированием не менее 90% (ранее – 60%) и т.д.

В последние три года в системе ОМС страховыми медицинскими организациями проводятся массовые контрольные мероприятия по проверке качества выполнения диспансеризации и ее отдельных составляющих [1–4]. В настоящее время интенсивно разрабатываются теория и практика выполнения контрольных мероприятий, в том числе публикуемая на страницах журнала «Менеджер здравоохранения» [5–7]. Опубликованы методические подходы к картированию дефектов медицинской помощи [8, 9]. Предлагаемая читателю статья создает предпосылки единого экспертного подхода к мероприятиям второго этапа диспансеризации.

Основными задачами **врача-терапевта** при проведении диспансеризации являются:

- проведение медицинского осмотра гражданина по итогам первого и второго этапов диспансеризации;
- установление диагноза заболевания (состояния);
- определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного

© А.А. Старченко, О.В. Тарасова, 2018 г.



суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 42 до 65 лет;

- определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов);

- назначение необходимого лечения;

- при наличии медицинских показаний направление на дополнительные диагностические исследования граждан с выявленными факторами риска развития хронических заболеваний, не входящие в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение;

- проведение краткого профилактического консультирования, включающего рекомендации по здоровому питанию, по уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя;

- ионных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья, а также фельдшерский здравпункт или фельдшерско-акушерский пункт для оказания медицинской помощи по коррекции указанных факторов риска.

Прием (осмотр) врача-терапевта, завершающий 2 этап диспансеризации **в обязательном порядке должен включать:**

- 1) установление (уточнение) диагноза;

- 2) определение (уточнение) группы состояния здоровья;

- 3) определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов);

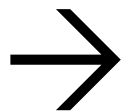
- 4) направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

Перечень необходимых/обязательных исследований/консультаций согласно 2-ому этапу ДВН по целевым группам населения и код дефекта оказания медицинской помощи, применяемый за невыполнение требований

порядка проведения второго этапа диспансеризации по приложению № 8 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденному приказом ФОМС от 01.12.10 г. № 230, приведен в *таблице 1*.

Отказ от выполнения или выполнение не в полном объеме предусмотренных Порядком дополнительных исследований/консультаций в рамках 2-го этапа диспансеризации (*таблица*) влечет создание риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания либо риска возникновения нового заболевания, что, в свою очередь, влечет за собой риски усугубления и необратимости патологических процессов и, как следствие, более существенные затраты на организацию и оказание медицинской помощи и нерациональное использование ресурсов системы здравоохранения. В этих случаях эксперт СМО в акте экспертизы указывает наличие дефекта медицинской помощи с кодом 3.2.3 приложения № 8 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденному приказом ФОМС от 01.12.10 г. № 230: «3.2.3. *Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, 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)*».

Таким образом, при проведении 2-ого этапа диспансеризации **дефектом оказания медицинской помощи** является:





- невыполнение требований Перечня исследований\консультаций согласно 2-ому этапу диспансеризации (см. таблицу 1);
- непроведение врачом-терапевтом медицинского осмотра гражданина по итогам второго этапа диспансеризации;
- отсутствие полноценного диагноза заболевания (состояния);
- отсутствие определения/уточнения относительного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 21 до 39 лет и абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска у граждан в возрасте от 42 до 65 лет;
- отсутствие определения группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов);
- неназначение необходимого лечения или назначение неадекватного лечения;

- при наличии медицинских показаний направление на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение;
- непроведение краткого профилактического консультирования, включающего рекомендации по здоровому питанию, по уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя;
- отсутствие направления граждан с выявленными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья, а также фельдшерский здравпункт или фельдшерско-акушерский пункт для оказания медицинской помощи по коррекции указанных факторов риска.

Таблица 1

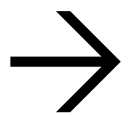
Дефекты оказания медицинской помощи при проведении второго этапа диспансеризации

Выявленный по результатам 1 этапа диспансеризации критерий	Обязательный перечень исследований/консультаций	Целевая группа	Код дефекта при отказе от выполнения требования
1	2	3	4
1. Впервые выявленные указания или подозрения на ранее перенесенное ОНМК для граждан, не находящихся по этому поводу под диспансерным наблюдением (ДН)	Осмотр (консультация) врача-невролога	Для всех лиц из данной категории	3.2.3 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания
2. Выявление по результатам анкетирования нарушений двигательной функции, когнитивных нарушений и подозрений на депрессию	Осмотр (консультация) врача-невролога	Граждане в возрасте 75 лет и старше, не находящиеся по этому поводу на ДН	3.2.3-создание риска прогрессирования имеющегося заболевания
3. Наличие комбинации 3-х факторов риска развития ХНИЗ: – повышенный уровень АД; – гиперхолестеринемия; – избыточная масса тела или ожирение	Дуплексное сканирование брахицефальных артерий	Мужчины в возрасте от 45 до 72 лет; женщины в возрасте от 54 до 72 лет	3.2.3-создание риска прогрессирования имеющегося заболевания
4. Впервые выявленное указание или подозрение на ранее перенесенное ОНМК при направлении врачом-неврологом	Дуплексное сканирование брахицефальных артерий	Граждане в возрасте 75–90 лет, не находящиеся по этому поводу под ДН	3.2.3 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания
5. Повышение уровня ПСА более 1 нг/мл	Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-урологом	Мужчины в возрасте 45 лет и 51 год	3.2.3 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания



Продолжение таблицы 1

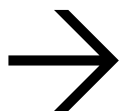
6.	Положительный анализ кала на скрытую кровь	Осмотр (консультация) врача-хирурга или врача-колопроктолога; ректороманоскопия	Для всех лиц из данной категории	3.2.3 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания
7.	Отягощенная наследственность по семейному аденоматозу, онкологическим заболеваниям колоректальной области, при выявлении других мед.показаний – по результатам анкетирования	Осмотр (консультация) врача-хирурга или врача-колопроктолога; ректороманоскопия	Граждане в возрасте от 49 лет и старше	3.2.3 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания
8.	Выявление симптомов онкологических заболеваний колоректальной области – по назначению врача-терапевта, уролога, акушера-гинеколога	Осмотр (консультация) врача-хирурга или врача-колопроктолога; ректороманоскопия	Для всех лиц из данной категории	3.2.3 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания
9.	Подозрение на онкологическое заболевание толстой кишки – по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога	Колоноскопия	Для всех лиц из данной категории	3.2.3 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания
10.	Подозрение на хроническое бронхо-легочное заболевание – по результатам анкетирования; курящие лица – по направлению врача-терапевта	Спирометрия	Для всех лиц из данной категории	3.2.3 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания
11.	Выявление патологических изменений по результатам цитологического исследования мазка с шейки матки и (или) маммографии	Осмотр (консультация) врача-акушера-гинеколога	Женщины в возрасте от 30 до 69 лет	3.2.3 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания
12.	Наличие медицинских показаний – по результатам анкетирования или осмотра врача-терапевта	Осмотр (консультация) врача-оториноларинголога	Для лиц в возрасте 75 лет и старше	3.2.3 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания
13.	Повышенное внутриглазное давление	Осмотр (консультация) врача-офтальмолога	Для лиц в возрасте 60 лет и старше	3.2.3 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания
14.	Снижение остроты зрения, не поддающееся очковой коррекции, выявленное по результатам анкетирования	Осмотр (консультация) врача-офтальмолога	Для лиц в возрасте 75 лет и старше	3.2.3 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания
15.	Выявление ИБС, цереброваскулярных заболеваний, хронической ишемии нижних конечностей атеросклеротического генеза или болезней с повышенным АД	Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте)	Для лиц до 72 лет	3.2.3 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания
16.	Выявление по результатам опроса (анкетирования) риска пагубного потребления алкоголя и (или) потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача	Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте)	Для всех лиц из данной категории	3.2.3 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания
17.	Коррекция выявленных факторов риска и (или) профилактика старческой астении	Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центр	Граждане в возрасте 75 лет и старше	3.2.3 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания





Продолжение таблицы 1

18. Вне зависимости от критерия	Прием (осмотр) врача-терапевта, включающий установление (уточнение) диагноза, определение (уточнение) группы состояния здоровья, определение группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), а также направление граждан при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи на санаторно-курортное лечение	Для всех лиц, прошедших 2-ой этап диспансеризации	3.2.3 – создание риска прогрессирования имеющегося заболевания
---------------------------------	---	---	--



Литература

1. Старченко А.А., Тарасова О.В. Страховой представитель 3 уровня – шаг по пути управления объемами и качеством медпомощи. – Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 1. – С. 59–61.
2. Старченко А.А. Реализация рекомендаций комитета по социальной политике Совета Федерации по контролю за деятельностью СМО // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 4. – С. 56–61.
3. Старченко А.А. Поручения Президента России: обязательства медицинских страховщиков по действенной защите прав граждан в сфере здравоохранения // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 4. – С. 64–67.
4. Старченко А.А. Экспертная деятельность СМО как вариант реализации предоставления страхового обеспечения по обязательному медицинскому страхованию // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 6. – С. 47–53.
5. Пивень Д.В., Кицун И.С., Иванов И.В. Критерии оценки качества медицинской помощи: что надо учесть и как обеспечить их соблюдение в медицинской организации // Менеджер здравоохранения. – 2017 – № 10. – С. 7–12.
6. Пивень Д.В., Кицун И.С., Иванов И.В. Порядок экспертизы качества медицинской помощи // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 6. – С. 6–16.
7. Старченко А.А. Медицинская документация: для прокурора или для адвоката, для пациента или для врача? // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 4. – С. 58–68.
8. Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В., Гуженко М.Д. Карта дефектов медицинской помощи: пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи. – М., 2016. – 501 с.
9. Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В., Гуженко М.Д. Карта дефектов медицинской помощи: пособие для тематических экспертиз медицинской помощи с целью снижения смертности населения: Том 2. – М., 2017, – 184 с.



От редакции:

Одним из важнейших документов, определяющим правовую и экономическую основу деятельности медицинской организации, является штатное расписание. Государственные (муниципальные) учреждения, в силу своего организационно-правового статуса, имеют специфику формирования штатных расписаний, которая рассматривается в предлагаемом нами материале.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

В.И. Стародубов,

д.м.н., профессор, академик РАН, директор Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия

Ф.Н. Кадыров,

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

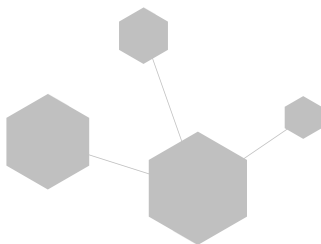
ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ШТАТНЫХ РАСПИСАНИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ (МУНИЦИПАЛЬНЫХ) УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.257

Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н. Порядок формирования штатных расписаний государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения (Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия)

Аннотация. Штатное расписание, определяя состав и структуру должностей, является важным инструментом регулирования трудовых отношений в коллективе. Но, одновременно, это и важный экономический инструмент. Поэтому полномочия руководителя медицинской организации во многом определяются его правами по формированию штатного расписания. При этом штатное расписание зачастую становится объектом споров и конфликтов не только с учредителями, но и с различными контролирующими органами. В статье рассматриваются правовые основы формирования штатных расписаний в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения.

Ключевые слова: штатное расписание, штатные нормативы, нормирование, полномочия государственных (муниципальных) учреждений, устав.



Полномочия по утверждению штатного расписания

Изменение правового положения государственных (муниципальных) учреждений (далее также – учреждения) – это один из элементов реализации реформы бюджетной сферы в соответствии с Федеральным законом от 08.05.2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием



© В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров, 2018 г.



правового положения государственных (муниципальных) учреждений». Суть этих изменений вкратце заключается в следующем: учреждения получили больше полномочий, но, одновременно, стали нести и большую ответственность за результаты своей деятельности. К числу таких полномочий, безусловно, относится и право руководителя формировать кадровый состав своего учреждения – утверждать штатное расписание.

Логичным продолжением этого стал эффективный контракт, предоставляющий руководителям больше персональных прав и устанавливающий большую персональную ответственность.

Между тем во многих случаях позиция вышестоящих органов в вопросах кадрового обеспечения ужесточается – вводятся всевозможные ограничения, согласования и т.д. Поэтому актуальным является вопрос о том, какова ныне нормативная база, касающаяся утверждения штатных расписаний государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения (для частных медицинских организаций проблема обычно не стоит так остро).

Применительно к автономным учреждениям полномочия его руководителя по утверждению штатных расписаний прямо прописаны в федеральном законе. Статья 13 Федерального закона от 03.11.2006 № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» устанавливает: «Руководитель автономного учреждения ... утверждает штатное расписание автономного учреждения».

Однако руководители бюджетных и казенных учреждений также обладают подобными правами. Действующие нормативные правовые акты не предусматривают различий прав руководителей учреждений по утверждению штатных расписаний в зависимости от типов государственных (муниципальных) учреждений.

Право на утверждение штатного расписания государственного (муниципального) учреждения принадлежит руководителю этого учреждения. Это, в частности, определяется приказом Министерства здравоохранения

и медицинской промышленности Российской Федерации от 18.01.1996 № 16 «О введении форм штатных расписаний учреждений здравоохранения».

Постановлением Правительства Российской Федерации от 12.04.2013 № 329 «О типовой форме трудового договора с руководителем государственного (муниципального) учреждения» (далее – Постановление № 329) утверждена Типовая форма трудового договора с руководителем государственного (муниципального) учреждения (далее – Типовая форма трудового договора). Подпункт е пункта 8 Типовой формы трудового договора, утвержденной данным постановлением, устанавливает, что к полномочиям руководителя относится **«утверждение в установленном порядке структуры и штатного расписания учреждения**, принятие локальных нормативных актов, утверждение положений о структурных подразделениях, а также о филиалах и представительствах учреждения (при их наличии)».

Итак, право на утверждение штатного расписания руководителем учреждения закреплено не только министерским приказом, но и Правительственным документом. Более того, обязанность следования типовой форме трудового договора с руководителем государственного (муниципального) учреждения закреплена частью второй статьи 59 Трудового кодекса. Она устанавливает: «Трудовой договор с руководителем государственного (муниципального) учреждения заключается на основе типовой формы трудового договора, утверждаемой Правительством Российской Федерации с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений».

Подпункт д пункта 32 Единых рекомендаций по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2018 год (*Утверждены решением Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых*



отношений от 22 декабря 2017 г., протокол № 11) предусматривает, что утверждение штатного расписания осуществляется руководителем учреждения.

Таким образом, ограничение прав руководителя государственного (муниципального) учреждения на самостоятельное утверждение штатного расписания учреждения фактически означает нарушение требований Трудового кодекса.

В соответствии со ст. 72 Конституции Российской Федерации, здравоохранение относится к предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Еще и поэтому не только министерства и ведомства федерального уровня, но и региональные и муниципальные власти не вправе игнорировать положение Постановления № 329.

Соответственно, и требования о соблюдении соотношения должностей врачебного/среднего медицинского/прочего персонала в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения противоречат вышеуказанным документам.

Необходимость согласования штатных расписаний

Согласование штатных расписаний с кем бы то ни было, в том числе с вышестоящими органами, действующими федеральными нормативными правовыми актами не предусмотрено.

Тем не менее на практике во многих случаях вышестоящие органы требуют предоставлять им штатное расписание на согласование. Но, во-первых, подобное требование нарушает полномочия руководителя, устанавливаемые Постановлением Правительства № 329 и другими нормативными правовыми актами. Во-вторых, никаких негативных **правовых** последствий для учреждения в случае, если вышестоящий орган не согласовал штатное расписание, не наступает. То есть, если даже вышестоящий орган не согласовал штатное расписание (например, настаивая

на его пересмотре), то оно действует в полном объеме. Другое дело, что на руководителей учреждений может оказываться негласное давление со стороны вышестоящих органов, что, конечно же, выходит за рамки правового поля.

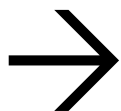
В ряде случаев органы власти субъектов Российской Федерации, муниципальных образований пытаются соблюсти внешнюю видимость законности и включают требования о согласовании штатного расписания в уставы государственных (муниципальных) учреждений. Казалось бы, правовая основа для этого есть. Пункт 7 Типовой формы трудового договора устанавливает: «Руководитель самостоятельно осуществляет руководство деятельностью учреждения в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъекта Российской Федерации, нормативными правовыми актами органов местного самоуправления, **уставом учреждения**, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, настоящим трудовым договором, за исключением вопросов, принятие решений по которым отнесено законодательством Российской Федерации к ведению иных органов и должностных лиц».

Однако, как уже отмечалось, право руководителей учреждения на утверждение штатного расписания прямо прописано в Постановлении № 329. Поэтому в уставах не должно содержаться положений, ограничивающих права руководителей учреждений по сравнению с предусмотренными в Постановлении № 329 и других документах.

Кроме того, имеются рекомендации по формированию уставов учреждений здравоохранения.

Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 1995 года № 2510/3499-95-19 и Комитета Российской Федерации по управлению государственным имуществом от 29 декабря 1995 года № ОК-6/10860 «О порядке разработки и утверждения уставов учреждений





системы здравоохранения» посвящено уставам учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации, а также местного самоуправления и содержит Примерный устав государственного (муниципального) учреждения здравоохранения.

Письмо Минздравмедпрома Российской Федерации от 25.06.1996 № 2510/2926-96-27, Госкомимущества РФ от 11.07.1996 № ОК-6/5435 «О порядке разработки и утверждения уставов учреждений системы здравоохранения» содержит Примерный устав федерального государственного учреждения системы здравоохранения.

Примерные уставы, приведенные в обоих письмах, содержат фразы о том, что руководитель учреждения утверждает его штатное расписание.

Обращаем внимание на то, что сам по себе статус «вышестоящих» органов (органов управления здравоохранением) не дает им оснований предъявлять какие-либо требования к подведомственным учреждениям (например, о согласовании штатных расписаний с ними) – они могут это делать только в рамках полномочий, которыми их наделили в соответствии с положениями об этих органах. Неслучайно в настоящее время в нормативных документах говорится не о вышестоящем органе, а об «органе, осуществляющем функции и полномочия учредителя».

Еще раз приведем пункт 7 Типовой формы трудового договора с акцентом на ограничения полномочий руководителя учреждения: «Руководитель самостоятельно осуществляет руководство деятельностью учреждения в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъекта Российской Федерации, нормативными правовыми актами органов местного самоуправления, уставом учреждения, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, настоящим трудовым договором, *за исключением вопросов, принятие решений*

по которым отнесено законодательством Российской Федерации к ведению иных органов и должностных лиц».

То есть, положения о соответствующих органах власти, ограничивающие права руководителей учреждений (в т.ч. и в вопросах утверждения штатных расписаний) могут содержать подобные пункты только если это прямо предусмотрено законодательством, причем только федеральным. Однако федеральным законодательством такие положения не предусмотрены.

В некоторых регионах штатные расписания требуют согласовывать не только с вышестоящими органами, но и с территориальным фондом обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) – как минимум штатное расписание в части ОМС.

Никаких правовых оснований для этого нет. Территориальные фонды ОМС не обладают соответствующими полномочиями.

Очевидно, эти неправомерные требования не остались незамеченными со стороны Федерального фонда ОМС (далее – ФФОМС). По этому поводу вышло специальное письмо ФФОМС от 6 апреля 2015 г. № 1726/30–4 «О порядке формирования штатных расписаний». В нем, в частности, говорится: «Структура и **штатная численность устанавливаются руководителем медицинской организации** исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи».

Как видим, позиция ФФОМС изложена предельно четко. Поэтому ни территориальные фонды ОМС, ни страховые медицинские организации, ни другие контролирующие органы не вправе вмешиваться в вопросы формирования штатных расписаний, осуществлять их контроль и т.д. И уж тем более, никакого согласования штатного расписания с территориальным фондом ОМС быть не должно.



Степень обязательности соблюдения рекомендуемых штатных нормативов, содержащихся в порядках оказания медицинской помощи

Приказы Минздрава России, утверждающие порядки оказания медицинской помощи, содержат рекомендуемые штатные нормативы.

Часть 3 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 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».

Сами порядки оказания медицинской помощи являются обязательными для исполнения. Закономерен вопрос о том, являются ли обязательными и содержащиеся в них рекомендуемые штатные нормативы?

Как видно из самого текста закона, штатные нормативы носят рекомендуемый характер. Необходимо строго руководствоваться нормами закона: порядки оказания медицинской помощи обязательны для исполнения, следовательно, в обязательном порядке рекомендуемые штатные нормативы следует рассматривать именно как рекомендуемые. Эту позицию, в частности, не раз озвучивал Росздравнадзор, отвечающий за соблюдение порядков оказания медицинской помощи.

Тем не менее остается еще один важный аспект – лицензирование. Для получения лицензии учреждение должно подтвердить, что оно обладает возможностями для оказания заявленных видов, профилей 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 имеется менее 4,0 ставок

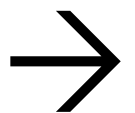
соответствующих должностей и т.д. Подобные отклонения в штатном расписании могут служить основанием для того, чтобы лицензия не была выдана.

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.

Вообще, еще со времен Советского союза все штатные нормативы носят рекомендательный характер.

Согласно Приказу Минздрава СССР от 10 февраля 1988 г. № 90 «О расширении прав руководителей учреждений здравоохранения», в целях рационального использования кадров медицинских работников в учреждениях здравоохранения, придания большей самостоятельности руководителям этих учреждений в вопросах расстановки кадров руководителям учреждений здравоохранения разрешается исходя из производственной необходимости, усиливать отдельные структурные подразделения или вводить должности, не предусмотренные для них действующими штатными нормативами, за счет должностей других структурных подразделений в пределах установленных учреждению численности должностей и фонда заработной платы. При этом допускается замена должностей в любом порядке. ***Произведенные изменения вносятся в штатные расписания без согласования с вышестоящим органом здравоохранения.***

Пункт 2 Указа Президента РСФСР от 15 ноября 1991 г. № 211 «О повышении заработной платы работников бюджетных организаций и учреждений предусматривает: ***«Предоставить право организациям и учреждениям, находящимся на бюджетном финансировании, самостоятельно устанавливать формы и системы оплаты труда, определять размеры надбавок, доплат,***





премий и других выплат стимулирующего характера, а также *структуру и штаты без учета соотношений численности работников различных категорий*.

Формирование штатного расписания – как результат нормирования труда

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» (далее – Распоряжение № 2190-р) говорится: «*Формирование штатной численности учреждений следует проводить с применением систем нормирования труда* с учетом необходимости качественного оказания государственных (муниципальных) услуг (выполнения работ)».

Распоряжение Правительства Российской Федерации по статусу выше любых приказов любых министерств, в частности, тех приказов, которыми утверждаются порядки оказания медицинской помощи. Это ее одно подтверждение того, что рекомендуемые штатные нормативы, содержащиеся в порядках оказания медицинской помощи, носят лишь рекомендательный характер и от них можно отклоняться.

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.

Поэтому в положении о нормировании труда, утверждаемом приказом по учреждению, в соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30 сентября 2013 г. № 504 «Об

утверждении методических рекомендаций по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях», целесообразно со ссылкой на вышеприведенное Распоряжение Правительства № 2190-р 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 формирование штатного расписания выступает в качестве результата штатного нормирования – составной частью расчета численности персонала, необходимого для выполнения определенного объема работ. В данном случае нормой труда выступают нормы численности.

Важный момент заключается в том, что в рамках нормирования труда штатное расписание может формироваться в соответствии с совершенно иными принципами, чем предлагается в порядках оказания медицинской помощи. Например, в соответствии с объемом оказанных услуг (количество посещений, исследований, пролеченных пациентов и т.д.), по итогам хронометража, фотографии рабочего времени и других методов нормирования.

Соответственно, по итогам нормирования штатная численность работников, утверждаемая руководителем учреждения в рамках штатного расписания, может отличаться от той, которая предусмотрена соответствующими штатными нормативами.

Дополнительные полномочия учреждений при формировании штатных расписаний за счет приносящей доходы деятельности

Что касается штатных должностей, вводимых за счет приносящей доходы деятельности (платных медицинских и иных услуг), то



в эти вопросы «со стороны» вообще никто не вправе вмешиваться. Абзац второй п. 3 ст. 298 Гражданского кодекса Российской Федерации устанавливает: «Бюджетное учреждение вправе осуществлять приносящую доходы деятельность... **Доходы, полученные от такой деятельности**, и приобретенное за счет этих доходов имущество **поступают в самостоятельное распоряжение бюджетного учреждения**».

Соответственно, бюджетное учреждение вправе вводить за счет доходов от приносящей доходы деятельности любые штатные должности в любом количестве. Это же касается автономных учреждений.

В связи с этим обращаем внимание на письмо Минздрава России от 25.10.2012 № 16-5/10/2-3238 «О направлении методических рекомендаций «Определение оптимального соотношения врачебного/среднего медицинского/прочего персонала в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения общей лечебной сети и специализированных служб». В письме говорится **о целесообразности учитывать и такой фактор**, как «наличие штатных и занятых должностей, содержащихся за счет приносящей доходы деятельности (платных услуг). Эта деятельность является самокупаемой и **нет необходимости осуществлять контроль за наличием и соотношением должностей, финансируемых за счет платных медицинских услуг и других направлений приносящей доходы деятельности**. Например, дополнительные должности прочего персонала способствуют улучшению качества обслуживания пациентов при оказании платных медицинских услуг. Кроме того, распространена практика, когда ряд должностей прочего персонала, обслуживающего учреждение в целом, содержится за счет доходов от платных услуг. В условиях ограниченности бюджетного финансирования и средств обязательного медицинского страхования это можно рассматривать как **положительный фактор**».

Формирование штатных расписаний по различным источникам финансирования

Часто возникает вопрос о том, должны ли в учреждении утверждаться отдельные штатные расписания по источникам финансирования (бюджет, ОМС, приносящая доходы деятельность)?

В пункте 34 «Единых рекомендаций по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2018 год» (утверждены решением Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений от 22 декабря 2017 г., протокол № 11) записано: «При применении систем оплаты труда работников учреждений следует обращать внимание на: ... в) формирование единого штатного расписания в учреждении независимо от того, к каким видам экономической деятельности относятся структурные подразделения учреждения».

В письме ФФОМС от 6 апреля 2015 г. № 1726/30-4 «О порядке формирования штатных расписаний» говорится: «Отдельного установления штатного расписания в рамках деятельности в сфере обязательного медицинского страхования не предусмотрено и не требуется».

Как видим, составление отдельного штатного расписания по различным источникам финансирования не требуется. Либо в штатном расписании для каждой штатной должности указывается количество ставок соответственно, за счет бюджета, ОМС и приносящей доходы деятельности (при их отсутствии в графе ставится прочерк), либо в составе общего штатного расписания выделяются подразделения, финансируемые за счет соответствующего источника.

Экономические аспекты превышения штатных нормативов

В современных условиях руководитель учреждения должен иметь достаточную свободу





в различных сферах для того, чтобы решать сложные профессиональные, хозяйственные, финансовые и иные вопросы. Это может быть не только так называемая «оптимизация» кадров (по сути дела сокращение), но и увеличение (для выполнения функции госзакупок, организация сервиса при оказании платных услуг и т.д.).

Одним из актуальных в последнее время становится вопрос о том, является ли нецелевым (неэффективным и т.д.) использованием средств превышение числа штатных должностей по сравнению с предусмотренными приказами и т.д.?

В условиях ухудшающейся экономической ситуации и необходимости повышения заработной платы медицинских работников в соответствии с «майскими» Указами Президента 2012 года, активизировались проверки целевого (эффективного, рационального и т.д.) использования как бюджетных средств, так и средств ОМС. Особенно много претензий учреждения получают по поводу превышения штатных должностей по сравнению с предусмотренными приказом Минздрава России от 9 июня 2003 г. № 230 «Об утверждении штатных нормативов служащих и рабочих государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и служащих централизованных бухгалтерий при государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения» (далее – Приказ № 230).

Однако данный приказ вовсе не ограничивает учреждения в введении дополнительных должностей, сверх предусмотренных самим этим приказом. Приказ № 230 устанавливает: *«Введение дополнительных должностей сверх действующих штатных нормативов допускается только при наличии должностной инструкции о функциональных обязанностях работника, дополнительно вводимого в штат учреждения, и экономического обоснования целесообразности введения указанной должности».*

Кроме того, в Письме Минздрава России от 08.01.2004 № 14-04/9846 говорится, что приказ Минздрава России от 09.06.2003

№ 230 признан Минюстом России (письмо от 26.06.2003 № 07/6476-ЮД) не нуждающимся в государственной регистрации, поскольку носит организационный характер и не содержит правовых норм. Соответственно, как следует из вышеуказанных писем, приказ Минздрава России от 09.06.2003 № 230 носит рекомендательный характер, т.к. не содержит обязательных для исполнения правовых норм.

Как видим, введение дополнительных должностей прочего персонала сверх Приказа № 230 допустимо. Требуется лишь соответствующее обоснование. Это формальная сторона. По сути же, как было показано выше, Постановление № 329, определяющее права руководителей учреждений по утверждению штатного расписания, выше по статусу, чем данный приказ и соблюдение положений данного приказа не является обязательным. Следует учесть и то, что приказ пятнадцатилетней давности не учитывает роста потребности в должностях «прочего» персонала как в силу требований законодательства (например, «контрактная служба» в рамках Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд»), так и других факторов (например, технологический прогресс требует увеличение числа сотрудников службы информатизации) и т.д.

Вообще, в рамках современного статуса бюджетных и автономных учреждений, они самостоятельно распоряжаются средствами в соответствии со штатным расписанием и планом финансово-хозяйственной деятельности.

Следует отметить, что контроль за формированием штатных расписаний федеральными нормативными документами не предусмотрен также в отношении штатных расписаний казенных учреждений.

Отметим еще одну сторону проблемы. По своей сути контроль за штатными расписаниями не только незаконен, нерационален, он является еще и бессмысленным. В рамках современной углубленной специализации все



большее развитие получает аутсорсинг работ и услуг. Учреждения могут (с учетом оценки эффективности и других факторов) либо содержать в штате сотрудников собственной клинично-диагностической лаборатории, пищеблока, бухгалтеров, уборщиков служебных или производственных лабораторий и т.д., либо передать соответствующие функции на аутсорсинг. Конечное значение имеют не количество штатных должностей, не затраты на оплату труда, а суммарные затраты при том или ином варианте. Поэтому жесткий контроль за штатным расписанием может соседствовать с неэффективными дорогостоящими аутсорсинговыми контрактами.

Эти факторы нужно учитывать и при контроле за бюджетными расходами со стороны Минфина России при предоставлении дотаций и субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации. Минфин обычно требует от субъектов установления предельной штатной численности работников бюджетной сферы. Но, как было показано выше, это не является действенным механизмом финансового контроля,

поскольку не обеспечивает достижения эффективности использования бюджетных средств.

Заключение

Итак, федеральные нормативные акты четко устанавливают право руководителей государственных (муниципальных) учреждений всех типов самостоятельно устанавливать штатные расписания; не предполагают согласования штатного расписания с кем бы то ни было. Это исключительно право самого учреждения. Это касается любых органов власти любого уровня. Превышение любых штатных нормативов само по себе не является финансовым или иным нарушением. Региональные и муниципальные власти не вправе устанавливать иное.

Поэтому для успешной реализации реформы бюджетной сферы, выполнения «майских» Указов Президента 2012 и 2018 годов необходимо неукоснительное соблюдение прав руководителей любых типов государственных (муниципальных) учреждений на самостоятельное утверждение штатного расписания.



Литература

1. Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н. Эффективный контракт в здравоохранении: возможности и риски // Менеджер здравоохранения, 2013. – № 3. – С. 6–15.
2. Хайруллина И.С., Кадыров Ф.Н. Разработка методики по определению штатной численности работников государственных учреждений здравоохранения (опыт Санкт-Петербурга) // Менеджер здравоохранения, 2009. – № 5. – С. 38–46.
3. Шадрин Т.В. Все о штатном расписании // Отдел кадров государственного (муниципального) учреждения, 2015. – № 4.
4. Шипова В.М., Гаджиева С.М. Расчет штатной обеспеченности: что меняется в 2017 году // Главная медицинская сестра, 2017. – № 10. – С. 14–21.

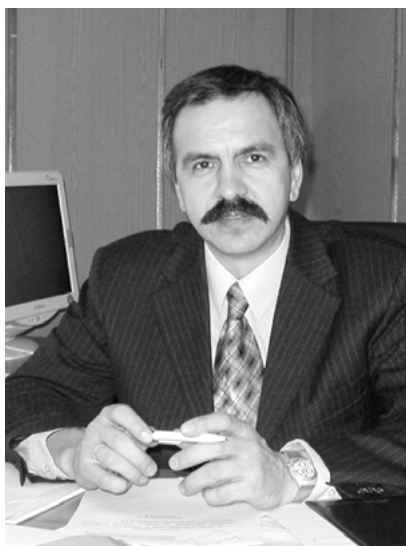
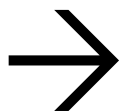
UDC 614.257

Starodubov V.I., Kadyrov F.N. *The procedure for the formation of staff lists of state (municipal) health care institutions* (Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health of Russian Federation, Moscow, Russia)

Annotation. The staff schedule determines the composition and structure of positions, is an important tool for regulating labor relations in the team. At the same time, it is an important economic tool. The powers of the head of the medical organization depend on its rights on the formation of the staffing structure. Often the staff list becomes the object of disputes and conflicts with the founders and various regulatory authorities. The article discusses the legal basis for the formation of staffing in state (municipal) health care institutions.

Keywords: staff list, staff standards, regulation, powers of state (municipal) institutions.





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



Являются ли профессиональные стандарты обязательными для применения?

Статья 195.3 Трудового кодекса посвящена порядку применения профессиональных стандартов. Она устанавливает: «Если настоящим Кодексом, другими федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации установлены требования к квалификации, необходимой работнику для выполнения определенной трудовой функции, профессиональные стандарты в части указанных требований обязательны для применения работодателями».

Таким образом, для того, чтобы профессиональные стандарты превратились для работодателей в обязательные для применения документы в части требований к квалификации, законодательство, нормативные правовые акты должны содержать дополнительное указание на это.

Профессиональные стандарты обязательны только в случаях и в части, предусмотренных нормативными правовыми актами. Если речь идет о требованиях к квалификации, то это могут быть требования Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» о наличии медицинского образования, свидетельства об аккредитации (статья 69), сертификата (статья 100) и т.д.

Вышеуказанная статья 195.3 Трудового кодекса говорит об обязательности только в части требований к квалификации. Однако это универсальное требование: обязательной становится любая часть профессионального стандарта, если этого требует законодательство или иные нормативные правовые акты (если профессиональные стандарты дублируют требования этих документов).

Например, статья 57 Трудового кодекса устанавливает требования в части наименования должностей (они должны соответствовать предусмотренным профстандартами или Квалификационными справочниками), если по этим должностям предусмотрены льготы и ограничения (что характерно для врачей).



Требования об отсутствии судимости, содержащиеся в профессиональных стандартах для медицинских работников тоже обязательны не в силу требований профстандартов, а в силу требований статьи 351.1 Трудового кодекса и т.д.

Проще говоря, профстандарт сам по себе – необязательный документ. Но если есть нормативные акты, заставляющие выполнять определяющие составляющие стандарта или требующие то же самое, что содержится в профессиональном стандарте, то обязательны вся равно не профстандарты, а требования нормативных актов, совпадающие с требованием профстандартов.



Должна ли реклама быть как-то связана с целями деятельности учреждения? С кем нужно согласовывать размещение рекламы? Какую формулировку внести в устав, если учреждение хочет начать зарабатывать на рекламе (как обозначить этот вид деятельности)?

В соответствии с частью 4 статьи 9.2 Федерального закона от 12 января 1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» бюджетное учреждение вправе осуществлять иные виды деятельности, не являющиеся основными видами деятельности, лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых оно создано, и соответствующие указанным целям при условии, что такая деятельность указана в его учредительных документах.

Следовательно, рекламная деятельность должна быть указана в уставе бюджетного учреждения. Что касается связи с целями деятельности учреждения, то нет жесткой привязки к ним рекламной деятельности. Соответствует или не соответствует рекламная деятельность целям деятельности учреждения, решает учредитель.

С учетом всего вышесказанного оптимальным является включение в устав примерно следующей формулировки: «Для достижения целей деятельности учреждения, указанных в пункте ..., учреждение в соответствии с частью 4 статьи 9.2 Федерального закона от 12 января 1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» вправе осуществлять за плату следующие виды деятельности, не являющиеся основными:

- ...;
- рекламная деятельность».

Если речь идет о размещении наружной рекламы на стенах здания учреждения, то в общем случае требуется согласование:

- с собственником;
- с органами местного самоуправления;
- с архитектурной службой.

Подробнее этот порядок определен статьей 19 Федерального закона № 38-ФЗ «О рекламе».





Подскажите пожалуйста, в соответствии с каким нормативным документом в настоящее время применяется коэффициент использования рабочего времени?

Коэффициент использования рабочего времени – экономический расчетный показатель подобный прибыли, рентабельности, балансу рабочего времени и т.д. Поэтому само понятие «коэффициент использования рабочего времени» никакими нормативными документами не регламентировано. А вот значение показателя для конкретных врачей и т.д. может определяться на основе методических материалов и рекомендаций (например, в свое время эти показатели фигурировали в рекомендациях НИИ им. Н.А. Семашко) или на основе нормирования (по итогам фотографии рабочего дня, фотохронометража и т.д.).

В частности, «Номенклатура работ и услуг в здравоохранении», утвержденная заместителем Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Стародубовым 12 июля 2004 года (далее – Номенклатура-2004), содержит нормативные коэффициенты использования рабочего времени (таблица 5), которые приведены ниже.

Наименование должности (специальности)	Нормативный коэффициент К
Врач-терапевт, врач-хирург (амбулаторно-клинического учреждения или больничного учреждения)	0,923
Врач клинической лабораторной диагностики	0,750
Медицинская сестра по специальности «Лабораторная диагностика»	0,800
Врач-рентгенолог, медицинская сестра по специальности «Рентгенология»	0,900
Врач-радиолог	1,000
Врач функциональной диагностики	0,840
Врач ультразвуковой диагностики	0,850
Врач-эндоскопист	0,850
Врач по лечебной физкультуре	0,923
Врач-физиотерапевт	0,923
Медицинская сестра по специальности «Медицинский массаж»	0,770
Медицинская сестра по специальности «Физиотерапия»	1,120
Врач-психиатр, врач психиатр-нарколог	0,923
Врач судебно-медицинский эксперт	0,900

Это действующий документ, который не был отменен. Однако позже были изданы приказы Минздрава, утверждающие новые номенклатуры медицинских услуг. Поэтому данная Номенклатура-2004 может применяться в части, не противоречащей действующему законодательству и другим нормативным правовым актам, принятым позже. В данном случае, не применяется та часть Номенклатуры-2004, в которой приводится перечень услуг, но все остальное можно применять.

Об этом, в частности, говорится в Письме Минздрава России от 28.07.2016 г. № 12-3/3060709-65, в соответствии с которым Номенклатура-2004 не является нормативным правовым актом и носит рекомендательный характер, и применять ее можно в части, не противоречащей действующему законодательству.



В.И. Перхов,

д.м.н., г.н.с., Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия;
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», г. Москва, Россия.

ОБ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЭКСТРЕННОЙ ФОРМЕ ЗА ПЛАТУ

УДК 614.2

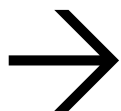
Перхов В.И. Об оказании медицинской помощи в экстренной форме за плату (Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия; Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», г. Москва, Россия)

Аннотация. В журнале «Менеджер здравоохранения» опубликована статья Кадырова Ф.Н. и Сорокиной Ю.А., в которой содержится утверждение, что в экстренной форме медицинскую помощь можно оказывать за счет личных средств граждан. Часто неопределенность правовых норм влечет неоднозначное их понимание и создает возможность различного их применения. Однако в отношении возможности оказания медицинской помощи в экстренной форме за плату существующие правовые нормы однозначно не допускают такую возможность. Автор полагает, что в рассматриваемой публикации содержится неверная трактовка правовых норм, способствующая интенсивной коммерциализации государственных медицинских учреждений, но не поддерживающая граждан особой категории – находящихся в опасности и в беспомощном состоянии.

Ключевые слова: виды, формы и условия оказания медицинской помощи, обязательное медицинское страхование, скорая медицинская помощь, оказание медицинской помощи в экстренной форме.

В № 4 от 2018 г. журнала «Менеджер здравоохранения» была опубликована статья «Источники финансового обеспечения оказания экстренной медицинской помощи», в которой содержится утверждение, что в экстренной форме медицинскую помощь можно оказывать за счет личных средств граждан [1].

В частности, авторы считают, что несмотря на то, что законодательство гарантирует бесплатное получение медицинской помощи в экстренной форме, «за гражданами сохраняется право на получение экстренной медицинской помощи на платной основе...основанием для оказания экстренной медицинской помощи за плату может быть желание самого пациента..., ...медицинская организация не может ограничить права пациента на получение медицинской помощи в экстренной форме за плату...пациент, которому требуется экстренная медицинская помощь, имеет такое же право на получение медицинских услуг за плату, как и пациент, нуждающийся в оказании медицинской помощи в плановой форме...пациент может пожелать получить медицинскую помощь в экстренной форме на условиях, при которых медицинская помощь, в соответствии



с законодательством, по определению является платной».

Сформулированные положения считаем весьма дискуссионными.

Во-первых, авторы противоречат сами себе. С одной стороны, они указывают, что в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ (п. 2 ст. 11) «Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается». С другой стороны, утверждают, что в экстренной форме медицинскую помощь можно оказывать за счет личных средств граждан.

Во-вторых, прямой запрет на оказание за плату скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме, содержится в Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (пп. «г» п. 7 Правил, утв. постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006).

В-третьих, существует три основных канала финансирования медицинской помощи – средства ОМС, средства бюджета и иные источники. При этом законодательство ограничивает возможность использования иных источников финансирования, куда входят личные средства граждан, при оказании разных видов медицинской помощи. В частности, в соответствии со ст. 83 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ, скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь, может быть оказана только за счет ОМС или бюджета, в отличие от других видов медицинской помощи, которые могут быть оказаны также за счет иных источников финансирования (кроме клинической апробации).

В-четвертых, существует перечень состояний, при которых медицинская помощь оказывается в экстренной форме (приказ МЗиСР РФ № 194н): шок тяжелой (III–IV) степени;

кома II–III степени различной этиологии; острая, обильная или массивная кровопотеря; острая сердечная и (или) сосудистая недостаточность тяжелой степени или тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения; острая почечная или острая печеночная, или острая надпочечниковая недостаточность тяжелой степени, или острый панкреонекроз; острая дыхательная недостаточность тяжелой степени; гнойно-септическое состояние: сепсис или перитонит, или гнойный плеврит, или флегмона; острое отравление химическими и биологическими веществами; различные виды механической асфиксии; последствия общего воздействия высокой или низкой температуры (тепловой удар, солнечный удар, общее перегревание, переохлаждение организма); последствия воздействия высокого или низкого атмосферного давления (баротравма, кессонная болезнь); последствия воздействия технического или атмосферного электричества (электротравма); последствия других форм неблагоприятного воздействия (обезвоживание, истощение, перенапряжение организма), вызвавшие угрожающее жизни состояние.

В соответствии с приказом Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (пункт 11), поводами для вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме являются внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, представляющие угрозу жизни пациента, в том числе: а) нарушения сознания; б) нарушения дыхания; в) нарушения системы кровообращения; г) психические расстройства, сопровождающиеся действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц; д) болевой синдром; е) травмы любой этиологии, отравления, ранения (сопровожденные кровотечением, представляющим угрозу жизни, или повреждением внутренних органов); ж) термические и химические ожоги;



з) кровотечения любой этиологии; и) роды, угроза прерывания беременности.

Мы согласны с авторами статьи в том, что законодательство не устанавливает ограничений на право граждан получать медицинскую помощь за плату по признаку формы оказания медицинской помощи (плановая, неотложная, экстренная). Законодательство вообще по признаку формы оказания медицинской помощи никаких ограничений не устанавливает, т.е. любой вид медицинской помощи может быть оказан в любой форме. Однако каждому врачу известно, что, когда человек находится в любом из перечисленных выше состояний, у него нарушаются жизненно важные функции организма, исчезает самостоятельное дыхание и речь. При этом у несчастного не только не может появиться желание «...получить медицинскую помощь в экстренной форме на условиях, при которых медицинская помощь, в соответствии с законодательством, по определению является платной». Как правило, у пациента, нуждающегося в экстренной медицинской помощи, либо вообще нет никаких желаний в связи с отсутствием сознания, либо все желания сводятся к стремлению как можно быстрее избавиться от боли.

Состояния, при которых медицинская помощь оказывается в экстренной форме, часто приводят к смерти пациента. Например, почти каждый третий пациент с диагнозом «черепно-мозговая травма» погибает. Остаются одними из наиболее острых вызовов современности для России – дорожные аварии, уносящие тысячи жизней. Число погибших в ДТП (на 100000 легковых автомобилей) в России в 10 раз больше (53,4), чем, например, в Финляндии (4,4), в Швеции (4,7), в Норвегии (5,2) [2].

Поэтому тезис авторов статьи о том, что «основанием для оказания экстренной медицинской помощи за плату может быть желание самого пациента», а также «...пациент может пожелать получить медицинскую помощь в экстренной форме на условиях, при которых медицинская помощь в соответствии

с законодательством по определению является платной...», выглядит недостаточно обоснованным и негуманным.

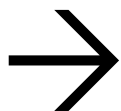
Все состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме случаются внезапно, поэтому основной вид медицинской помощи, оказываемой населению в экстренной форме – это скорая медицинская помощь.

Скорая медицинская помощь (СМП) является одним из самых востребованных, наиболее массовым и доступным видом медицинской помощи, из всех видов медицинской помощи. Состояние службы скорой медицинской помощи рассматривается как фактор национальной безопасности, а доступность этого вида медицинской помощи законодательно обеспечивается запретом на её оказание за плату.

Скорая медицинская помощь – одна из самых важных медицинских служб, которая должна финансироваться из бюджета, работать в режиме дежурства, то есть в ожидании беды. При этом, при очевидной и многолетней декларативности государственных гарантий медицинской помощи, лишь скорая медицинская помощь остается полностью бесплатной для граждан, благодаря не только усилиям органов власти, но и самих медицинских работников.

Этот вид медицинской помощи очень чувствителен к любым переменам. Переход к финансированию СМП через систему обязательного медицинского страхования (ОМС) с 01.01.2013 был осуществлён неожиданно для врачебного сообщества и породил множество вопросов. Почему финансирование такой жизнесохраняющей медицинской деятельности, как оказание скорой медицинской помощи ставится в зависимость от количества вызовов? Разве объем финансирования МЧС зависит от количества чрезвычайных ситуаций, а полиция – от количества раскрытых преступлений? Возник также вопрос о том, как это отразится на пациентах, не имеющих полиса ОМС. Высказывались даже мнения,





что переход на финансирование через обязательное медицинское страхование окончательно уничтожит в России службу скорой медицинской помощи. Позже стало очевидным, что в России реализуется не страховая и «передаточно-распределительная» модель ОМС, в которой тарификация осуществляется не классическим, а обратным счетом в зависимости от имеющегося бюджета. При этом деньги в виде субвенций распределяются по государственным территориальным фондам ОМС и затем через частных посредников передаются в государственные медицинские организации в соответствии с годовым финансовым планом. С одной стороны, такая модель пошла на пользу. Принципы финансирования радикально не изменились, а единственным каналом финансирования остался государственный источник, причем более защищенный от секвестирования, чем бюджет. С другой стороны, региональные органы власти освободились от ответственности за обеспечение населения этим видом медицинской помощи.

Цена медицинских услуг исключительно неэластична. Люди могут отказаться от покупки многих потребительских товаров, но ради своего здоровья готовы заплатить любые деньги. Поэтому считаем, что оказание любого вида медицинской помощи в экстренной форме за плату противоречит не только правовым нормам, но и нравственной сущности врачебной работы.

Выводы, к которым приходят авторы статьи, также противоречат научным основам организации скорой медицинской помощи. За последние годы наиболее серьезной научной работой по вопросам организации и финансирования СМП является диссертация И.М. Барсуковой [3], в которой вопросы оказания СМП за счет личных средств граждан автор даже не затрагивает, так как невозможность оказания СМП за плату является аксиомой. При этом И.М. Барсукова

обоснованно считает, что основными современными направлениями развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации являются структурная реорганизация службы, оптимизация затрат на ее оказание, переход от экстенсивного к интенсивному пути развития.

В статье есть и другие требующие уточнения положения, например, о том, что оказание медицинской помощи в экстренной форме незастрахованным гражданам является нецелевым использованием средств ОМС. За нецелевое расходование финансов, выделяемых фондом ОМС, учреждения несут особую ответственность в виде санкций и штрафов. Можно ли представить, что на учреждение накладывается штраф за спасение человека? Это также не согласуется с предыдущими предложениями того же уважаемого и очень авторитетного автора, который еще в 2014 году предлагал вообще удалить из Федерального закона № 326-ФЗ норму о нецелевом использовании средств обязательного медицинского страхования и приводил убедительные доказательства необоснованности и неправомочности этой нормы [4].

Безусловно, бывает и так, что неопределенность правовых норм влечет неоднозначное их понимание и, следовательно, создает возможность различного их применения. В отношении возможности оказания медицинской помощи в экстренной форме за плату это не так. Существующие правовые нормы однозначно не допускают такую возможность.

Убежден, что в статье «Источники финансового обеспечения оказания экстренной медицинской помощи» содержится неверная трактовка правовых норм, причем в пользу интенсивно коммерциализирующихся государственных медицинских учреждений, а не в пользу граждан, причем граждан особой категории – находящихся в опасности и в беспомощном состоянии.



Литература

1. Кадыров Ф.Н., Сорокина Ю.А. Источники финансового обеспечения оказания экстренной медицинской помощи // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 4. – С. 69–76.
2. Источник: Statistical database of the UN Economic Commission for Europe (UNECE). <http://w3.unece.org/prxweb/>.
3. Барсукова И.М. Организационные и финансово-экономические механизмы совершенствования скорой медицинской помощи в новых экономических условиях: дис. ... докт. мед. наук: 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение / Барсукова Ирина Михайловна. – М., 2016.
4. Богданов С. В., Трофимов А.Б., Буянов Е.Н., Кадыров Ф.Н. Проблема целевого использования средств ОМС // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 1.

UDC 614.2

Perkhov V.I. *About the legality of the payment for the provision of medical care in the emergency form* (National medical research center of neurosurgery named after academician N.N. Burdenko" Ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia; Federal scientific clinical center of emergency medicine and rehabilitation", Moscow, Russia)

Abstract. The journal "Health Manager" published an article by Kadyrov F.N. and Sorokina Yu. A, which contains the statement that in the emergency form of medical care can be provided at the expense of personal funds of citizens. Often the uncertainty of legal norms leads to their ambiguous understanding and creates the possibility of their various applications. However, with regard to the possibility of providing medical assistance in an emergency form for a fee, the existing legal norms clearly do not allow such a possibility. The author believes that the publication contains a wrong interpretation of the legal norms that promotes intensive commercialization of public health institutions, but does not support citizens of a special category – who are in danger and in a helpless state.

Keywords: types, forms and terms of rendering of medical aid, obligatory medical insurance, emergency medical assistance, providing medical assistance in emergency form.

Здравоохранение-2018



УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ ДО 80-ТИ ЛЕТ ВОЗМОЖНО С ПОМОЩЬЮ КОМПЛЕКСА МЕР

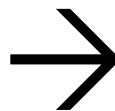
Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова сообщила, что увеличить продолжительность жизни россиян до 80-ти лет к 2030 году (такую задачу поставил Владимир Путин в майском указе) реально, но только с помощью комплекса мер.

По словам главы Минздрава, в первую очередь – это формирование здорового образа жизни. «Культура здоровой жизни должна прививаться в детском саду, школе, в университетах и колледжах. Примерно 60% успеха дают именно эти достаточно простые меры, которые уводят человека от вредных привычек и корректируют его образ жизни».

Вторым условием министр назвала персональные скрининги здоровья – диспансеризация и профилактические осмотры. «Эта система будет развиваться в том числе в сторону персонализированных генетических современных технологий», – сказала она в интервью изданию.

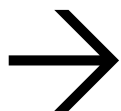
«Третье направление – повышение качества медицинской помощи и ее доступности в том случае, если человек уже заболел. Есть несколько основных причин смертности. На первом месте – сосудистые заболевания. На них в России приходится примерно 48% всех смертей. На втором месте – онкология (15%)». По словам министра, над созданием программы борьбы с онкологическими заболеваниями работают более 60 ведущих специалистов страны. Документ будет готов к концу лета.

Источник: «Известия»





РЕЗУЛЬТАТЫ ГЛОБАЛЬНОГО МЕЖДУНАРОДНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ



Представлены результаты крупнейшего пролонгированного международно-го исследования исследования SOAR (Survey of antibiotic resistance) по мониторингу устойчивости бактерий, вызывающих внебольничные инфекции дыхательных путей, принадлежащих (или относящихся) к основным классам антибиотиков, наиболее часто применяемых для лечения инфекций дыхательных путей, в том числе в амбулаторной практике.

Результаты продемонстрировали высокий уровень чувствительности основных бактериальных патогенов, вызывающих инфекции респираторного тракта, к амоксицилину/клавуланату во многих странах мира и в Российской Федерации, где к нему были чувствительны 95% штаммов пневмококка (*Streptococcus pneumoniae*) и 97,5–100% штаммов гемофильной палочки (*Haemophilus influenzae*).

Исследование было начато в 2002 г., с 2014 г. к нему присоединилась Россия. К настоящему моменту в исследовании приняли участие более 50 центров в 30 странах, в том числе три в РФ: НИИ антимикробной химиотерапии Смоленского государственного медицинского университета, ФГБУ «Детский научно-клинический центр ФМБА России» (Санкт-Петербург) и ФГАУ «Национальный научно-практический центр здоровья детей Минздрава России».

«Бактерии меняют свою чувствительность очень быстро, иногда даже в течение одного курса терапии. Без понимания того, насколько быстро бактерии становятся устойчивыми к антибиотикам, и те или иные препараты, которые есть в нашем арсенале, работают, говорить об их эффективном использовании невозможно», – сообщил главный внештатный специалист Минздрава по направлению «Клиническая микробиология

и антимикробная резистентность», президент Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ) Роман Козлов на пресс-конференции 25 мая.

Сегодня подготовлена «дорожная карта» по реализации Национальной стратегии по предупреждению развития устойчивости к антимикробным препаратам. Сама стратегия была принята Правительством РФ в прошлом году. Одним из основных ее пунктов является информирование населения и образовательные мероприятия для фармацевтов и врачей. В том числе, как считают специалисты, необходимо продолжать развивать программы мониторинга резистентности, вовлекая в их финансирование государство, академические учреждения, международные организации и фармацевтические компании. Лечение устойчивых к препаратам штаммов бьет по экономике. Например, в США расходы на лечение антибиотикорезистентных инфекций уже превышают 2 млрд. долл. в год.

Особенно остро проблема резистентности к антимикробным препаратам стоит в педиатрии. «В некоторых случаях мы уже приближаемся к той ситуации, когда нет ни одного эффективного антибиотика. Плюс не все антибиотики разрешены к применению в детском возрасте. Иногда приходится собирать что-то вроде ученого совета и на местном уровне разрешать off label применение, например, колистина», – уточнил руководитель лабораторного отдела Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей.

Подробнее: <https://medvestnik.ru/content/news/Obnarodovany-rezultaty-globalnogo-mejdunarodnogo-issledovaniya-antibiotikorezistentnosti.html>



Продолжается подписка на журнал «Врач и информационные технологии» на 2018 год



Периодичность – 4 выпуска в год

КАК ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ*

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:

Подписной индекс: **82615** на полугодие

20103 на год

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

ООО «Агентство «Урал-Пресс»

<http://www.ural-press.ru/>, тел. (495) 789-86-36

ЗАО «ПРЕССИНФОРМ»

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

Подписка на электронную версию журнала:

Для физических лиц открыта подписка через редакцию на электронную версию журнала в формате PDF (точная копия бумажной версии журнала).

Стоимость годовой подписки на 2018 г. – 1400 рублей.

После оплаты просьба прислать на нашу электронную почту idmz@mednet.ru копию квитанции об оплате.

Реквизиты для оплаты подписки:

Получатель: ООО Издательский Дом «Менеджер Здравоохранения»
ИНН 7715376090 КПП 771501001 ПАО «Сбербанк», г. Москва
р/с 40702810638050105256 к/с 30101810400000000225 БИК 044525225

Уважаемые читатели!

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

****Уважаемые подписчики!***

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

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

Менеджер здравоохранения

