

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

журнал для непрерывного
медицинского образования врачей

№ 1 (1), 2015

HEALTHCARE MANAGEMENT:
news, views, education



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Редакционная коллегия**Быковская Т.Ю. (Ростов-на-Дону)****Вафин А.Ю. (Казань)****Комаров Ю.М. (Москва)****Линденбрaten А.Л. (Москва)****Москвичева М.Г. (Челябинск)****Прохоренко Н.Ф. (Самара)****Стародубов В.И. (Москва)****Улумбекова Г.Э. (Москва)****Хабриев Р.У. (Москва)****Хальфин Р.А. (Москва)****Хайруллин И.И. (Набережные Челны)****Ответственный секретарь редакции**Калашникова Александра, divine8585@mail.ru

Научно-практический рецензируемый журнал
«ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение»

Scientific and practical peer-reviewed journal
«HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views,
education»

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца.

Редакция журнала доводит до сведения читателей, что в издании соблюдаются принципы международной организации «Комитет по издательской этике» (Committee On Publication Ethics – COPE).

Все права защищены. Никакая часть издания не может быть воспроизведена без согласия редакции.

При перепечатке публикаций с согласия редакции ссылка на журнал «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение» обязательна. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Ответственность за содержание рекламных материалов несут рекламодатели.

Адрес редакции: 119121, г. Москва, ул. Плющиха, д. 26/2

Журнал распространяется бесплатно по базам данных Российского общества организаторов здравоохранения и общественного здоровья.

Журнал и правила для авторов размещены на сайте: <http://www.rsph.ru>

Издатель

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»
115035, г. Москва, ул. Садовническая, д. 9, стр. 4
Телефон: (495) 921-39-07
www.geotar.ru

Верстка: Килимник А.И.

Корректор: Макеева Е.И.

Выпускающий редактор:

Попова Ольга, popova@geotar.ru

Подписано в печать 13.05.2015

Тираж 1000 экземпляров.

Формат 70 x 100^{1/16}.

Печать офсетная. Печ. л. 8.

Отпечатано в типографии «Наука»:

121009, г. Москва, Шубинский пер., д. 6

Заказ №

© 000 Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2015.

СОДЕРЖАНИЕ

- 4 **ОТ РЕДАКЦИИ**
- 6 **НОВОСТИ**
МИР, СТРАНА, РЕГИОН
- 12 *Стародубов В.И., Улумбекова Г.Э.*
Здравоохранение России: проблемы и решения
АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ
- 29 **Система диагностически связанных групп в странах Евросоюза: проблемы и результаты**
ЭФФЕКТИВНОСТЬ В УПРАВЛЕНИИ
- 49 *Хайруллин И.И., Курyleв В.А., Капустина И.О.*
Внутренний аудит медицинской организации и ее эффективность
- 58 *Москвичева М.Г., Белова С.А.*
Анализ эффективности организационных технологий совершенствования медицинской помощи при ишемической болезни сердца на региональном уровне
КАДРЫ И КАЧЕСТВО: БАЗОВЫЕ ПРИОРИТЕТЫ
- 71 *Найговзина Н.Б., Филатов В.Б., Бороздина О.А.*
История стандартизации в отечественном здравоохранении
ГЧП: ВЫЗОВЫ И РЕШЕНИЯ
- 90 *Борисов Д.А.*
Риски перехода с 1 января 2016 г. к аккредитации врачей и медсестер для частных медицинских организаций
- 94 *Балкизов З.З.*
Мнение эксперта к статье Д.А. Борисова
- 95 *Мелешко Е.В.*
Государственно-частное партнерство – механизм развития инфраструктуры здравоохранения
НАШИ ПАЦИЕНТЫ
- 101 *Сонькина А.А.*
Навыки профессионального общения в работе врача
НАБОЛЕЛО
- 108 *Чацкая Е.А.*
Дневники врача: «итальянская забастовка» в действии
СТАРОСТИ
- 116 **К 70-летию Победы**
- 120 *Комаров Ю.М.*
О научной основе Семашкинской модели здравоохранения

CONTENT

- 4 **EDITORIAL**
- 6 **NEWS**
WORLD, COUNTRY, REGION
- 12 *Starodubov V.I., Ulumbekova G.E.*
Russian healthcare: problems and solutions
ACTUALLY TODAY
- 29 **The system of Diagnoses Related Groups in the European Union: challenges and results**
MANAGEMENT EFFICIENCY
- 49 *Khayrullin I.I., Kurylev V.A., Kapustina I.O.*
The internal audit process of the medical organization and its efficiency
- 58 *Moskvicheva M.G., Belova S.A.*
Analysis of the effectiveness of organizational technologies improving medical care for coronary heart disease at the regional level
WORKFORCE AND QUALITY: BASIC PRIORITIES
- 71 *Naygovzina N.B., Filatov V.B., Borozdina O.A.*
History of standardization in the national healthcare system
PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIP: CHALLENGES AND DECISIONS
- 90 *Borisov D.A.*
The risks of switching from 1 January 2016 to the accreditation of doctors and nurses for private health organizations
- 94 *Balkizov Z.Z.*
Expert opinion on the article of D.A. Borisov
- 95 *Meleshko E.V.*
Public-private partnership – the mechanism of health care infrastructure development
OUR PATIENTS
- 101 *Sonkina A.A.*
Skills for professional communication in medical practice
BECAME PAINFUL
- 108 *Chatskaya E.A.*
Doctors' diaries: "Italian strike" in action
OLD TIMES
- 116 **70th anniversary of Victory**
- 120 *Komarov Yu.M.*
About a scientific basis of Semashko health care model

Уважаемые коллеги!

Президент
Российского
общества
организаторов
здравоохранения
и общественного
здоровья,
академик РАН
В.И. Стародубов

Ответственный
секретарь
Российского
общества
организаторов
здравоохранения
и общественного
здоровья, доктор
медицинских наук
Г.Э. Улумбекова

Вы держите в руках первый номер журнала Российского общества организаторов здравоохранения и общественного здоровья (ОПОЗиОЗ) «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение». Зачем в России еще один журнал в дополнение к уже 10 издаваемым в этой сфере? В чем будет его отличие?

Ответы на эти вопросы вытекают из роли нашего Общества в развитии отечественной системы здравоохранения. **Специфика нашей специальности накладывает на деятельность ОПОЗиОЗ особые обязательства.** Именно от организаторов здравоохранения зависит: какой будет российская система здравоохранения в условиях рыночной экономики – частной или государственной; как будут подготовлены и в каких условиях будут трудиться медицинские работники; будет ли широко доступна населению бесплатная медицинская помощь и, наконец, как все это отразится на здоровье народа. Мы все осознаем, что сегодня нет ясных ответов на эти вопросы и что результаты работы системы здравоохранения РФ требуют улучшения. Тем более высока наша общая ответственность, что время не ждет – цели по улучшению здоровья населения Президентом РФ В.В. Путиным поставлены: через 3 года ожидаемая продолжительность жизни российских граждан должна возрасти с нынешних 71 года до 74 лет.

Первая и главная задача, которую ставит ОПОЗиОЗ, – это активное содействие государственным органам власти в развитии российского здравоохранения. Мы все понимаем, что без честного анализа проблем, четкой постановки задач, обсуждения возможных путей их решения и получения обратной связи с мест эффективное управление отраслью невозможно. Нам необходимо не только реагировать на уже сложившиеся проблемы в сфере управления здравоохранением, как это сегодня зачастую происходит, но и уметь предвидеть возникновение этих проблем, научиться предотвращать их.

Вторая задача ОПОЗиОЗ – создание современной системы подготовки и повышения квалификации кадров по специальности «организации здравоохранения и общественное здоровье». Недопустимо, чтобы обучение руководящих кадров в отрасли превратилось в формальность. Цену ошибки одного врача несет один пациент, цену ошибки одного организатора здравоохранения – тысячи граждан. Нам надо ответить на вопросы: каким будет профессиональный стандарт по нашей специальности, какие должны быть программы подготовки специалистов в ординатуре (хотелось бы максимально приблизить эти программы к лучшим мировым стандартам – Master in healthcare administration – мастера в организации здравоохранения) и как должна быть реализована система непрерывного повышения квалификации руководящих кадров в здравоохранении.

Третья задача Общества – это содействие в возрождении научных основ нашей специальности. В советское время решения

в здравоохранении принимались на основе тщательного изучения демографических данных, заболеваемости населения, точных расчетов по территориальной и временной доступности медицинской помощи, обоснования нормативов оснащенности коечным фондом, кадрами, оборудованием и соблюдения баланса между этими составляющими. Социальная гигиена – научная основа нашей специальности – изучает влияние внешних средовых факторов на здоровье населения. Необходимо помнить, что, несмотря на огромную роль широкой доступности и качества медицинской помощи в восстановлении здоровья населения (особенно сегодня в нашей стране с недофинансированным здравоохранением), главным фактором было и будет создание благоприятных условий для жизни населения (здоровое питание, безопасные условия труда на производстве, активный образ жизни и др.). Ответственность за инициацию таких программ также несут организаторы здравоохранения, но реализовываться они должны на общегосударственном уровне, причем усилиями разных отраслей экономики. При решении этой задачи нам необходима тесная связь с кафедрами по организации здравоохранения и научными институтами.

Для реализации всех этих взаимосвязанных задач мы и возрождаем работу Общества. Инструменты нашей работы – вот уже 3-й год мы проводим международную конференцию «ОРГЗДРАВ: эффективное управление медицинской организацией» и съезд Общества. С 2014 г. начали подготовку электронных образовательных модулей для дистанционного обучения организаторов здравоохранения. В 2015 г. приступили к выпуску журнала, первый номер которого вы держите в руках. Далее на повестке 2015–2016 гг. – поиск оптимальных решений сложившихся оперативных проблем, подготовка проекта Стратегии охраны здоровья граждан России, а также разработка профессионального стандарта, актуализация программы ординатуры и повышения квалификации по специальности. Согласно этим направлениям, мы будем выстраивать содержание наших мероприятий и информационно-образовательных материалов.

Нам бы очень хотелось, чтобы этот журнал стал неформальной площадкой для обсуждения и принятия решений по вышеобозначенным задачам. А вы, наши коллеги, руководители здравоохранения всех уровней и профессорско-преподавательский состав кафедр организации здравоохранения активно участвовали в работе Общества. Просим вас задавать вопросы, предлагать решения, делиться опытом. Следующий номер журнала мы планируем посвятить теме «Кадры и качество медицинской помощи». Ждем ваших предложений по адресу: divine8585@mail.ru, popova@geotar.ru.

НОВОСТИ ПРАВИТЕЛЬСТВА

9 марта 2015 г.

<http://kremlin.ru/acts/47811>

Владимир Путин подписал Федеральный закон «О внесении изменений в статью 80 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”». Законом устанавливается, что предельные отпускные цены производителей на медицинские изделия, включенные в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также предельные размеры оптовых и розничных надбавок к фактическим отпускным ценам на указанные изделия подлежат государственному регулированию.

9 марта 2015 г.

<http://kremlin.ru/acts/47820#sel=6:108,6:107>

Владимир Путин подписал Федеральный закон «О внесении изменений в статью 61 Федерального закона “Об обращении лекарственных средств”». Это даст возможность Правительству Российской Федерации подготовить соответствующее решение по индексации цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты.

9 марта 2015 г.

<http://kremlin.ru/acts/47837>

Владимир Путин подписал Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” по вопросам организации медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации». Согласно Федеральному закону, клиническая апробация представляет собой практическое применение разработанных и ранее не применявшихся методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи для подтверждения доказательств их эффективности.

14 марта 2015 г.

<http://government.ru/activities/17202/>

В Госдуму внесен законопроект о внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг.». Объем доходов бюджета Фонда прогнозируется в 2015 г. в сумме 519,5 млрд рублей, что на 19,2 млрд рублей меньше предусмотренного ранее. Объем расходов бюджета Фонда прогнозируется в сумме 602,7 млрд рублей, что на 8,6 млрд рублей больше предусмотренного. При этом расходы на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством увеличиваются на 10,1 млрд рублей.

13 апреля 2015 г.

http://www.ach.gov.ru/press_center/news/21297

Счетная палата проверила оптимизацию в сфере здравоохранения, культуры, образования и социального обслуживания.

14 апреля 2015 г.

<http://kremlin.ru/events/president/news/49250>

Руководитель Минздрава информировала Президента об итогах деятельности Министерства за 2014 г. и текущей работе.

НОВОСТИ МИНЗДРАВА

5 марта 2015 г.

<http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/03/05/2250-minzdrav-rossii-zapuskaet-proekt-poliklinika-nachinaetsya-s-registratury>

Министерство здравоохранения РФ в целях совершенствования работы регистратур поликлиник объявляет конкурс «Поликлиника начинается с регистратуры». Критерии по определению победителя будут не только организационные, но и этические и эстетические.

13 марта 2015 г.

<http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/03/13/2256-ministr-veronika-skvortsova-provela-soveshanie-s-glavnymi-vneshtatnymi-spetsialistami-minzdrava-rossii>

Министр Вероника Скворцова провела совещание с главными внештатными специалистами Минздрава России. «Наша задача – составить консенсусный документ, который будет функционировать на территории всей страны», – сказала Вероника Скворцова. По плану до конца 2015 г. необходимо разработать 1242 клинические рекомендации.

18–19 марта 2015 г.

<http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/03/18/2258-zamestitel-ministra-tatyana-yakovleva-vystupila-na-otkrytii-i-mezhdunarodnogo-kongressa-sanatorno-kurortnoe-lechenie>

Государство будет финансировать санатории. Согласно «Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016–2017 гг.» государство впервые берет на себя обязанность финансирования полной медицинской реабилитации пациента, включая реабилитацию в условиях санаторно-курортной организации. К концу 2014 г. санаторно-курортное лечение получили 138 775 пациентов, из них 18 697 инвалидов и 55 842 детей, из них 5607 детей-инвалидов.

24 марта 2015 г.

<http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/03/24/2262-informatsiya-o-formirovanii-kadrovoy-politiki-v-regionah>

О формировании кадровой политики в регионах. Следуя «дорожной карте», регионами при методологическом руководстве Минздрава России должны быть достигнуты определенные показатели по здоровью населения, а также по оптимальному функционированию системы здравоохранения.

26 марта 2015 г.

<http://www.rosminzdrav.ru/news>

С 1 января 2016 г. вступает в силу статья 69 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, в соответствии с которой право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.

30 марта 2015 г.

<http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/03/30/2270-ministr-veronika-skvortsova-prinyala-uchastie-v-zasedanii-kollegii-schetnoy-palaty-rossiyskoy-federatsii>

Министр Вероника Скворцова уверена, что рост больничной летальности свидетельствует о позитивных переменах в отрасли. В Российской Федерации отмечается тенденция к росту

больничной летальности: если в 2003 г. она составляла 1,3%, то в 2014 г. – 1,62%. Рост больничной летальности наблюдается на фоне снижения показателей смертности населения и объясняется повышением возможности проведения оперативных вмешательств у пациентов с тяжелым течением болезни и в старших возрастных группах, которых несколько лет тому назад считали неоперабельными.

6 апреля 2015 г.

<http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/04/06/2286-ministr-veronika-skvortsova-prinyala-uchastie-v-soveschanii-o-razviti-gosudarstvenno-chastnogo-vzaimodeystviya-v-sfere-zdravoohraneniya>

О привлечении частного капитала в сферу здравоохранения. 6 апреля 2015 г. состоялось совещание «О развитии механизмов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения и реализации Минздравом России пилотного проекта путем заключения концессионного соглашения в отношении объекта здравоохранения федеральной собственности».

9 апреля 2015 г.

<http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/04/09/2291-zamestitel-ministra-tatyana-yakovleva-prinyala-uchastie-v-otkrytii-pervoy-seti-tsentrov-yadernoy-meditsiny>

Создание первой национальной сети диагностических центров как успешный пример ГЧП. 8 апреля 2015 г. в г. Ельце Липецкой области состоялось открытие первой в Центральном федеральном округе сети центров ядерной медицины. Цель проекта – обеспечить жителям России доступ к лучшей современной диагностике онкологических заболеваний. Это успешный пример государственно-частного партнерства в области медицины.

23 апреля 2015 г.

<http://ria-ami.ru/read/10988>

Утверждены новые национальные стандарты для специалистов в области медицины и здравоохранения. Приказом Росстандарта от 31.03.2015 № 199-ст утвержден ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода». Стандарт устанавливает требования к технологии выполнения простых медицинских услуг и манипуляций сестринского ухода.

НОВОСТИ РЕГИОНОВ

10 марта 2015 г.

<http://www.medvestnik.ru/content/V-FCN-Tumeni-otkryli-operacionnuu-novogo-pokoleniya.html>

В Федеральном центре нейрохирургии **Тюмени** открыли операционную, аналогов которой нет в России. Нейрохирургическая операционная дает возможность полностью контролировать ход выполнения операции с использованием компьютерного томографа, который визуализирует изображение головного и спинного мозга с очень высокой разрешающей способностью.

10 марта 2015 г.

<http://doctorpiter.ru/articles/11308/>

Жители активно застраивающегося Новодевяткина (**Ленинградская область**) остались практически без медицинской помощи. Из 11 участковых терапевтов в местной амбулатории осталось только 4. Тем временем в новой поликлинике, готовой к открытию, завершается установка медицин-

ского оборудования, но работать в ней некому. Решить эту проблему без существенного увеличения зарплаты невозможно.

10 марта 2015 г.

<http://ria-ami.ru/read/9260>

Столичные власти запустили в интернете площадку «Московская поликлиника» (crowd.mos.ru) для обсуждения проблем в городских поликлиниках, сообщает «Коммерсантъ». В первый же день работы нового сервиса 58 тыс. москвичей пожаловались на сервис в городских поликлиниках.

12 марта 2015 г.

<http://www.medvestnik.ru/content/V-Yakutii-bolshe-treti-naseleniya-ne-poluchaut-polnocennuu-medpomosh.html>

В **Якутии** больше трети населения не получают полноценную медпомощь. Низкая плотность населения, большое количество труднодоступных территорий, а также отсутствие на основной части северных территорий транспортной инфраструктуры создают трудности для обеспечения населения доступной и качественной медпомощью. Новый закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» практически устранил возможность оказания первичной медицинской помощи в стационарных условиях. Он не дает территориям права оказания такой помощи даже с привлечением собственных финансовых ресурсов.

13 марта 2015 г.

<http://www.pharmvestnik.ru/publs/lenta/obzory/planu-borjby-s-serdechno-sosudistymi-zabolevanijami-ne-xvataet-punkta-o-lekarstvax.html>

С 2013 г. в **Кировской области** реализуется проект по дополнительному льготному обеспечению жителей отдельных муниципальных образований, страдающих определенными заболеваниями системы кровообращения.

13 марта 2015 г.

<http://www.pharmvestnik.ru/publs/lenta/v-rossii/novosibirskij-minzdrav-dogovorilsja-o-zamorozke-tsen-na-farmproduktsiju.html>

Министерство здравоохранения **Новосибирской области** договорилось с поставщиками и производителями медицинских изделий о заморозке цен на все линейки препаратов. Соответствующее решение принято по итогам встречи представителей фармотрасли, аптечных сетей и регионального Минздрава.

13 марта 2015 г.

<http://ria-ami.ru/read/8842>

Создание выездных бригад наркологов в **Москве** утверждено специальным приказом Минздрава. Согласно этому документу, специализированные наркологические бригады рекомендуется организовывать на базе станций (подстанций) скорой медицинской помощи и отделений скорой медицинской помощи при районных и центральных районных больницах.

16 марта 2015 г.

<http://ria-ami.ru/read/9500>

Министр здравоохранения **Сахалинской области** встретился с жителями Корсакова, серьезно обеспокоенными состоянием районной медицины. Частных историй было рассказано много,

и сквозь каждую из них просвечивали системные проблемы: с врачебной этикой, с критической нехваткой узких специалистов и талонов на УЗИ, с выдачей жизненно необходимых лекарств, с записью на прием через инфоматы, после которой приходится все равно выстаивать очередь в регистратуру, потому что многие ее работники не могут освоить автоматизированную систему.

18 марта 2015 г.

<http://vrachirf.ru/company-announce-single/11375>

В **Калининграде** следствие возбудило уголовное дело по факту использования сотрудниками Детской областной больницы просроченного лекарства для лечения детей. Пресс-служба СУ СКР сообщает, что в настоящее время проводится комплекс следственных мероприятий для установления всех обстоятельств совершенного преступления.

23 марта 2015 г.

<http://www.kommersant.ru/doc/2692649?isSearch=True>

Власти **Москвы** могут сократить около 14 тыс. врачей с 2015 по 2017 г., следует из соглашения между федеральным Министерством здравоохранения и правительством Москвы.

24 марта 2015 г.

<http://www.medvestnik.ru/content/V-Sverdlovskoi-oblasti-za-god-na-tret-snizilas-zabolevaemost-tuberkulezom-sredi-detei.html>

По словам главного фтизиатра **Свердловской области**, за год заболеваемость туберкулезом среди детей снизилась на треть; за последние два года меньше больных туберкулезом стало и среди взрослого населения.

26 марта 2015 г.

<http://doctorpiter.ru/articles/11427/>

В **Санкт-Петербургской** системе здравоохранения продолжатся «структурные преобразования стационарной сети». Будут сокращаться койки и создаваться отделения экстренной помощи. В прошлом году в петербургских больницах закрыли 1036 коек: 410 – в психиатрических больницах, 220 – в туберкулезных, 55 – в наркологической больнице и 363 – в многопрофильных клиниках.

30 марта 2015 г.

<http://ria-ami.ru/read/9991>

В **Ярославле** прошла конференция регионального отделения Общероссийского народного фронта, где обсуждались проблемы здравоохранения Ярославской области. Эксперты обратили внимание на несколько болевых точек. И подготовили своеобразный рейтинг «медицинских» проблем Ярославской области: сокращение коек в стационарах, рост смертности от ряда заболеваний и «игры» со статистикой, очереди, кадровый голод и «электронные дыры».

3 апреля 2015 г.

<http://www.mgzt.ru/content/на-мушке-у-власти>

Столичные власти намерены изменить ключевые показатели эффективности главных врачей (КПИ) поликлиник и больниц города. Примечательно, что данный показатель планируется рассчитывать без участия главврачей. В настоящее время они сами направляют властям информацию о своей работе и достижениях. С мая показатель будет рассчитываться на основе данных системы электронной записи к врачу (ЕМИАС).

НОВОСТИ ЗАРУБЕЖЬЯ

13 марта 2015 г.

<http://vrachirf.ru/company-announce-single/11235>

Пациентские сообщества ряда **американских штатов** выступили против завышенной стоимости лекарств от онкологических заболеваний. Цены на новые препараты, по их мнению, резко подскочили в последние годы. Под влиянием лобби пациентов 4 американских штата в 2014 г. приняли законы, ограничивающие сумму, которую пациенты должны доплачивать за дорогостоящее лечение, 150 долларами в месяц. Аналогичные законы обсуждаются еще в 9 американских штатах.

15 марта 2015 г.

<http://ru.rfi.fr/frantsiya/20150315-v-parizhe-nachalas-manifestatsiya-medikov/>

В Париже прошла массовая манифестация врачей: тысячи медиков вышли на улицы, чтобы выступить против новой правительственной реформы в сфере здравоохранения.

15 марта 2015 г.

<http://www.kommersant.ru/doc/2674086>

85,2% британцев довольны качеством обслуживания в государственных поликлиниках. Таковы данные опроса, проведенного Национальной службой здравоохранения Великобритании, отвечающей за государственные поликлиники и больницы.

Здравоохранение России: проблемы и решения



В.И. Стародубов¹,
Г.Э. Улумбекова²

¹ Российская академия наук, Москва

² Ассоциация профессиональных медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), Москва

В статье обсуждаются сложившиеся мнения о системе здравоохранения РФ: о ее незначительном влиянии на смертность населения, о том, что можно напрямую экстраполировать данные по обеспеченности медицинскими кадрами и стационарными койками развитых стран на российскую систему здравоохранения, а также о том, что врачи участковой службы могут взять на себя дополнительную нагрузку по наблюдению пациентов на дому, профилактике и другим видам помощи. Обосновывается заключение, что в 2015 г. в стране складывается серьезная ситуация, которая приводит к росту смертности населения и требует принятия решений в системе охраны здоровья граждан. Для развития российского здравоохранения предложен управленческий и бюджетный маневр. Суть этого маневра – направление средств от неприоритетных и неэффективных расходов в здравоохранении, а также привлечение дополнительных ресурсов федерального бюджета на решение главной проблемы отрасли – улучшение ситуации с медицинскими кадрами. Приводятся 2 сценария развития и финансирования здравоохранения РФ: «выживание» и «базовый». Показано, что для сохранения общего коэффициента смертности на уровне 2013 г. – 13,1 случая на 1000 населения – государственное финансирование здравоохранения также должно сохраниться на уровне 2013 г. – это сценарий «выживание». Базовый сценарий развития отрасли предусматривает поэтапный рост к 2020 г. государственного финансирования с 3,7 до 5,2% ВВП (или в 1,4 раза больше по сравнению с 2013 г.), что позволит снизить смертность до 11,8 случаев на 1000 населения и таким образом достичь целевого значения ожидаемой продолжительности жизни – 74 года. Описаны последствия непринятия мер по увеличению финансирования здравоохранения.

Ключевые слова:

система здравоохранения РФ, демографические показатели РФ, проблемы системы здравоохранения, государственное финансирование системы здравоохранения, варианты развития системы здравоохранения РФ

Russian healthcare: problems and solutions

V.I. Starodubov¹, G.E. Ulumbekova²

¹ Russian Academy of Sciences, Moscow

² Association of Medical Societies for Quality of Medical Care and Medical Education (ASMOK), Moscow

The article describes common misconceptions about the health care system of the Russian Federation – on its non significant influence on mortality of the population; that it's possible to extrapolate the data on medical personnel and hospital beds availability from developed countries to the Russian healthcare system directly; as well as the fact that primary care doctors can take any additional workload (for example on patient monitoring at their homes, prevention and other care). The authors prove the conclusion, that situation in Russia with mortality increase is becoming serious, so immediate interventions in healthcare system are necessary. To improve the situation «budget and managerial maneuver» is proposed. The essence of this maneuver – redirection of the expenditures from non-priority and inefficient health spending, and additional Federal budget resources, to solve the main problem – medical personnel evolution. Two scenarios (plans) of Russian healthcare strategic development are given: survival and basic. It is shown, that for the conservation of total mortality at the level of 2013 (13.1 cases per 1000 population) the public healthcare financing should also remain at the 2013 level – it's the scenario survival. The basic scenario provides step-by-step to the year 2020 public healthcare expenditures growth from 3.7 to 5.2% of GDP (or 1.4 times more than in 2013). This will allow to reduce the mortality rate to 11.8 cases per 1000 population, so to achieve the target value of life expectancy – 74 years. The article also describes the consequences of not taking any actions to increase public healthcare expenditures.

Keywords:

healthcare system in Russia, demographic indicators of the Russian Federation, healthcare system objectives, public health expenditures, strategies of the healthcare system development

Сложившиеся мнения о системе здравоохранения

Первое распространенное мнение заключается в том, что здоровье населения незначительно (только на 15%) зависит от деятельности системы здравоохранения, остальное определяют образ жизни, генетические факторы и состояние внешней среды. Такое утверждение может быть верным только в том случае, когда система здравоохранения уже обеспечила максимально возможные доступность и качество медицинской помощи для населения. Так, например, было в Советском Союзе или так сегодня в «старых» странах Евросоюза (ЕС). Но если финансирование бесплатной медицинской помощи недостаточное и, как следствие, доступность медицинской помощи низкая, как это сегодня в РФ (пояснения см. ниже), роль системы здравоохранения в сохранении и укреплении здоровья населения существенно возрастает. В РФ на периоде 2005–2012 гг. показано, что даже минимальные вложения в увеличение государственного финансирования здравоохра-

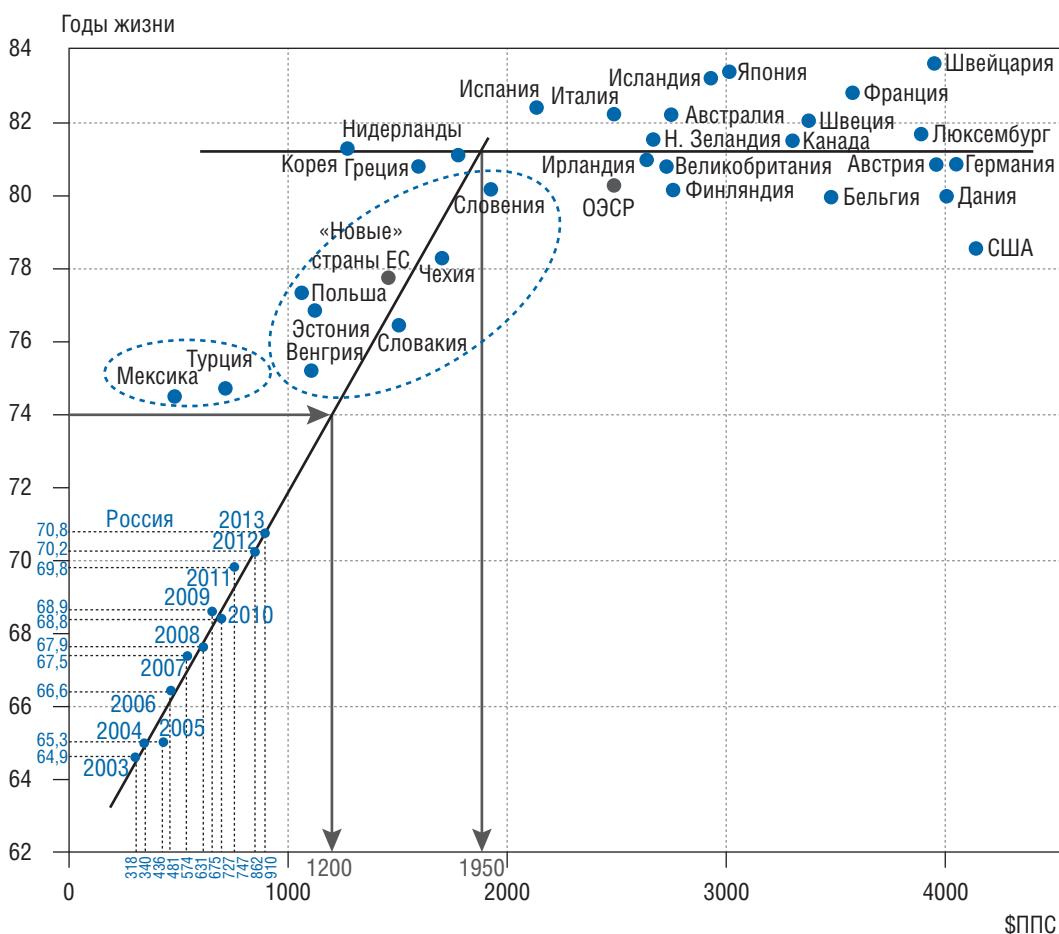
нения позволили существенно сократить смертность и, соответственно, увеличить ожидаемую продолжительность жизни российских граждан. В этот период снижению смертности на 1% соответствовало увеличение государственного финансирования в постоянных ценах в среднем на 2% (см. ниже рис. 3). Это влияние на примере увеличения ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) показано на рис. 1.

Видно, что при государственных расходах на душу населения в диапазоне от 0 до 1950 \$ППС (паритет покупательной способности доллара) существует прямо пропорциональная зависимость ОПЖ от этих расходов. Как следует из этого рисунка, для достижения ОПЖ в 74 года необходимо, чтобы подушевые государственные расходы на здравоохранение составляли не менее чем 1200 \$ППС, т.е. были в 1,32 раза больше расходов 2013 г. (910 \$ППС).

Представим себе, что поэтапно будут существенно сокращены или отменены базовые достижения, которые сегодня предоставляет система здравоохранения: доступные врачи

в поликлиниках, проведение вакцинации, назначения современных лекарств, оказание экстренной медицинской помощи в стационарах, – и станет ясно, что за несколько месяцев существенно возрастет смертность. Именно поэтому в развитых странах из государственных источников в систему здравоохранения вкладывается более 7% валового внутреннего продукта (ВВП). В нашей стране в 2013 г. это было в 2 раза меньше – только **3,6% ВВП**. Низкий запас прочности рос-

сийской системы здравоохранения и сокращение государственного финансирования здравоохранения в постоянных ценах по отношению к 2013 г. (на 9% в 2014 г. и на 13% в 2015 г., а с учетом девальвации рубля – на 20%) привели к тому, что снижение смертности в 2014 г. впервые за последние 8 лет остановилось, а за I квартал 2015 г. она возросла на 5,2% по сравнению с аналогичным периодом прошлого года (данные Росстата).



«Новые» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Венгрию, Польшу, Словакию, Словению (близкие к РФ по ВВП – 23–25 тыс. \$ППС на душу населения в год).

Источники: база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts»; Минздрав России, Доклад о реализации ПГГ в деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ за 2013 г.

Рис. 1. Ожидаемая продолжительность жизни в зависимости от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год в разных странах

Второе мнение: обеспеченность врачами и стационарными койками в РФ намного выше, чем в развитых странах. Действительно, несколько выше: в расчете на 1000 населения практикующих врачей в РФ на 15% больше, чем в «новых» странах ЕС (3,5 и 3,0 соответственно), а всех коек – на 20% (7,7 и 6,1 соответственно). Однако есть одно НО: мощности системы здравоохранения, т.е. возможность обслужить потоки больных в единицу времени, определяются обеспеченностью медицинскими кадрами и стационарными койками. И эти мощности должны соответствовать размерам потоков заболевших. А в РФ число больных, приходящееся на 100 тыс. населения на 30–50% больше, чем в развитых странах (см. раздел «Состояние здоровья населения РФ...»), соответственно, выше должны быть и мощности системы здравоохранения. С учетом этого, а также огромных российских территорий врачей в первичном звене нам не хватает в 1,6 раза от необходимого, а коек в стационарах – на 25% (пояснения даны ниже).

Третье мнение: врачи поликлиник смогут взять на себя дополнительную нагрузку по приему больных, не попавших в стационар, по оказанию неотложной медицинской помощи, по обслуживанию коек дневного стационара, по проведению диспансеризации и другим видам помощи. В ситуации дефицита врачей в первичном звене это крайне сложно. Врачам участковой службы сегодня даже по приему сложившихся потоков пациентов приходится работать с большой нагрузкой – на 1,5–2 ставки, не говоря уже о дополнительных обязанностях. Поэтому без предварительного решения проблемы с их дефицитом, а также с нехваткой средних медицинских работников, работающих с ними (на каждого врача участковой службы приходится

1,2 медицинской сестры вместо необходимых 2) увеличивать нагрузку на врачей этой службы неэффективно.

Заключение по ситуации в системе здравоохранения РФ

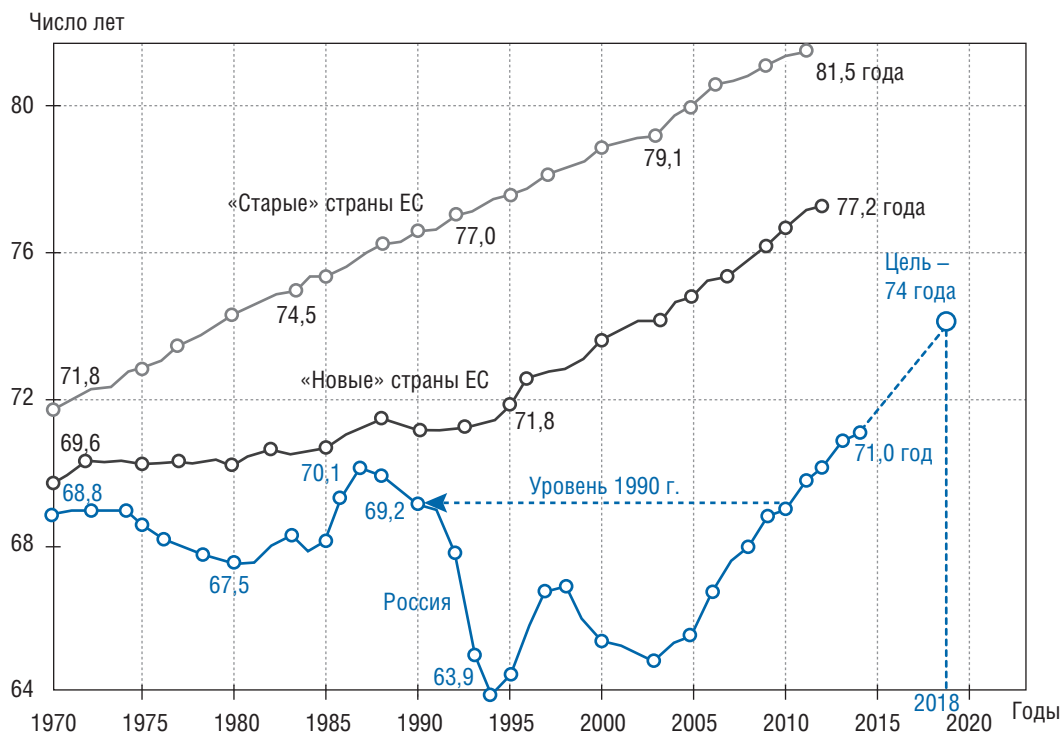
В заключении следует выделить следующие пункты: 1) состояние здоровья населения РФ; 2) проблемы системы здравоохранения РФ; 3) внешние вызовы системе здравоохранения РФ; 4) главные выводы о зависимости государственного финансирования здравоохранения и показателей здоровья населения в РФ и развитых странах; 5) анализ имеющихся предложений по развитию здравоохранения.

1. Состояние здоровья населения РФ остается неудовлетворительным.

Несмотря на то что в последние 8 лет в РФ было достигнуто некоторое улучшение состояния здоровья населения, по большинству показателей мы отстаем от развитых стран. Так, ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ)* в 2014 г. была на 6,2 года ниже, чем в «новых» странах ЕС (Чехии, Эстонии, Венгрии, Польше, Словакии, Словении) – соответственно 71 и 77,2 года (рис. 2). Эти 6 стран здесь и далее были выбраны для сравнений с РФ, поскольку они имеют близкий ВВП на душу населения в год: 23–25 тыс. \$ППС, т.е. они сопоставимы по уровню экономического развития с нашей страной.

Общий коэффициент смертности (ОКС, число умерших от всех причин на 1000 населения) с 2005 г. в РФ уменьшился на 19% и в 2014 г. составил 13,1 (рис. 3). Тем не менее ОКС остается в 1,2 раза выше, чем в «новых» странах ЕС, и в 1,4 раза выше, чем в «старых» странах ЕС. Следует отметить, что в 1986 г. смертность в России была ниже, чем в «новых» странах ЕС, и такой же, как в «старых» странах ЕС; ОКС в те годы

* Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) при рождении – это число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из некоего гипотетического поколения, родившегося при условии, что на протяжении всей жизни данного поколения уровень смертности в каждом возрасте остается таким, как в год, для которого вычислен показатель. Это наиболее адекватная обобщающая характеристика соответствующего уровня смертности во всех возрастах.



«Новые» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Венгрию, Польшу, Словакию, Словению (близкие к РФ по ВВП – 23–25 тыс. \$ППС на душу населения в год).

Источники: база данных Росстата – ЕМИСС; база данных ВОЗ «Здоровье для всех»; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts»; Демографический ежегодник России (2014).

Рис. 2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России, «новых» и «старых» странах ЕС с 1970 г.

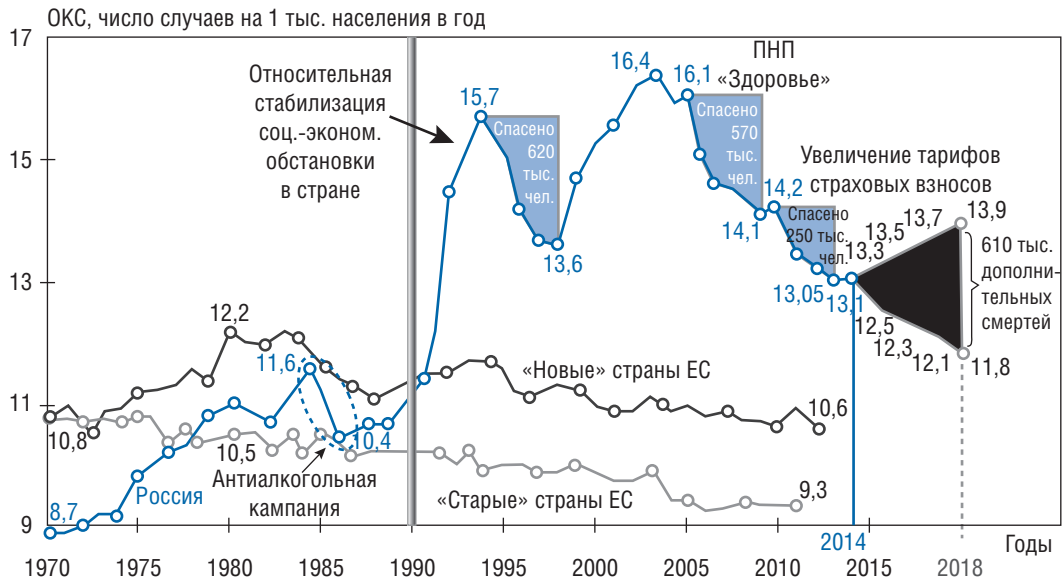
в РФ равнялся 10,4. А в 1970 г. показатель ОКС в России был даже ниже, чем в «старых» странах ЕС, в 1,2 раза (соответственно 8,7 и 10,8).

На рис. 3 также видно, что снижение ОКС в РФ с 1980 г. происходило 4 раза: с 1984 по 1987 г. в период реализации антиалкогольной кампании – на 10%; с 1994 по 1998 г. во время относительной стабилизации социально-экономической обстановки в стране – на 13%; с 2005 по 2009 г. в период реализации ПНП «Здоровье» – на 12% и с 2010 по 2013 г. – на 8%, что совпадает с реализацией целевых программ по снижению смертности от предотвратимых причин и увеличением государственного финансирования здравоохранения, которое было предпринято руководством страны. Благодаря этим мерам с 1994 по 1998 г. было спасено около 620 тыс. жизней

наших граждан, с 2005 по 2009 г. – 570 тыс. жизней, а с 2010 по 2013 г. – 250 тыс. чел., т.е. всего **1,4 млн человек.**

На рис. 3 также показано, сколько дополнительных смертей произойдет, если смертность будет расти теми же темпами, что и в 2015 г., соответствующие пояснения даны в разделе «Последствия снижения объемов государственного финансирования здравоохранения РФ».

Стандартизованный коэффициент смертности (СКС). Стандартизация смертности с учетом возрастной структуры населения даст еще большую разницу значений со странами ЕС, чем сравнение по ОКС. СКС от всех причин в РФ **в 1,5 раза выше**, чем в указанных «новых» странах ЕС, и **в 2,1 раза выше**, чем в «старых» стра-



Данные с 2014 по 2018 г., верхняя пунктирная линия построена согласно прогнозам (если ситуация не улучшится), а нижняя – согласно прогнозам Государственной программы «Развитие здравоохранения» «Новые» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Венгрию, Польшу, Словакию, Словению (близкие к РФ по ВВП – 23–25 тыс. \$ППС на душу населения в год).

Источники: база данных Росстата – ЕМИСС; база данных ВОЗ «Здоровье для всех»; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts»; Демографический ежегодник России (2014).

Рис. 3. Динамика общего коэффициента смертности (ОКС) в России, «новых» и «старых» странах ЕС с 1970 г.

Важнейший урок этих периодов – улучшение социально-экономического положения граждан, увеличение государственного финансирования здравоохранения, реализация целевых программ по охране здоровья и политическая воля руководителей страны – позволяет добиться заметного улучшения демографических показателей в стране.

нах ЕС (соответственно 1109, 755 и 523 случаев на 100 тыс. населения). При этом СКС от болезней системы кровообращения – в 1,7 раза выше, чем в «новых», и в 3,6 раза выше, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 570, 345 и 160 случаев на 100 тыс. населения).

Заболеваемость населения. В последние 16 лет общая заболеваемость населения РФ постоянно растет, что объясняется, с одной стороны, ростом доли пожилого населения и более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики, а с дру-

гой – ухудшением здоровья населения и неэффективностью системы профилактики и лечения заболеваний.

В 1990 г. было зарегистрировано (выявлено) 158,3 млн случаев заболеваний, в 2013 г. – 231,1 млн, т.е. рост составил 46% (а в пересчете на 100 тыс. населения заболеваемость увеличилась на 51%) (рис. 4). Наблюдаемый рост заболеваемости коррелирует с ростом смертности населения за этот период.

На рис. 4 видно, что с 1990 по 2013 г. возросло число случаев заболеваний, приводящих

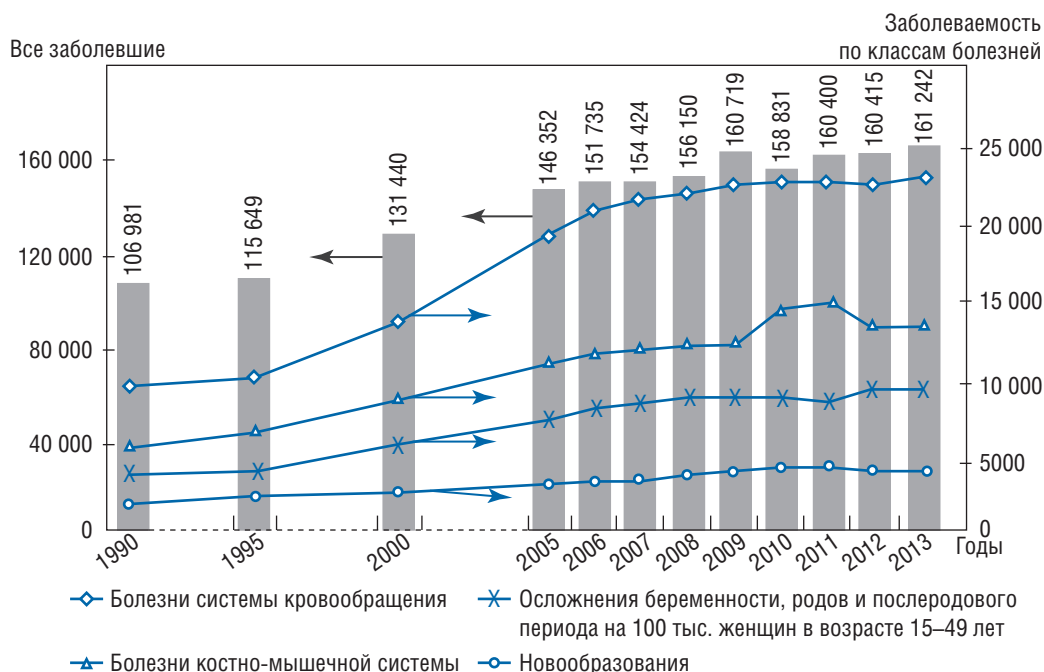


Рис. 4. Динамика общей заболеваемости в РФ на 100 тыс. населения (всего населения и по классам болезней) с 1990 по 2013 г.

к смерти, например, количество заболеваний системы кровообращения увеличилось в 2,3 раза, онкологических – в 2 раза. Частота приводящей к инвалидности патологии костно-мышечной системы и соединительной ткани – в 2,3 раза, а также осложнения беременности, родов и послеродового периода возросли в 2,2 раза.

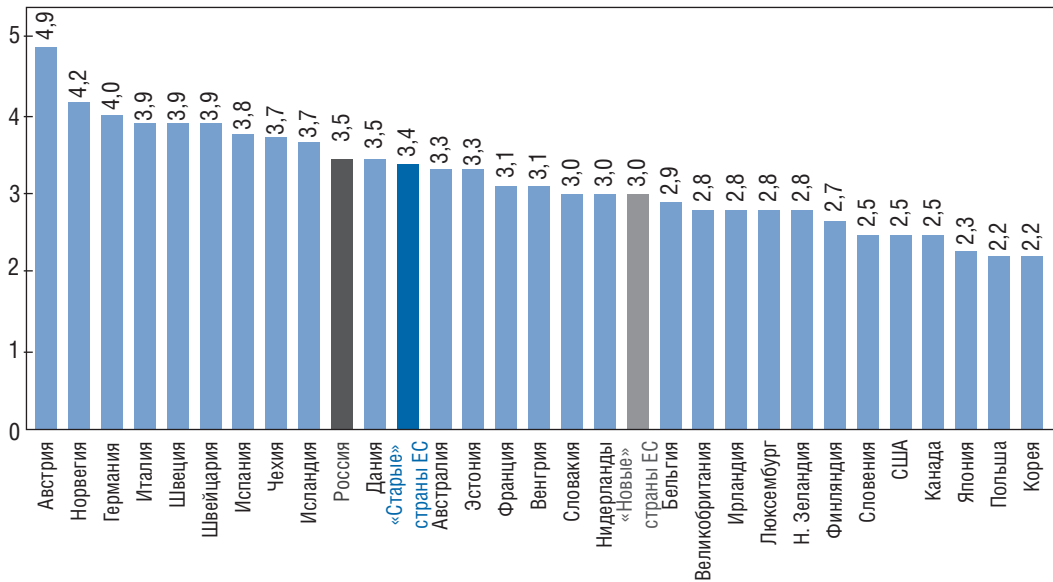
Следует отметить, что реальная заболеваемость, требующая врачебного вмешательства, может быть еще выше, чем регистрируемая. Связано это с тем, что часть населения из-за низкой доступности медицинской помощи, особенно первичной медико-санитарной, просто не обращается в медицинские учреждения. Это подтверждают результаты проведенной в 2013 г. диспансеризации, когда было осмотрено 34,6 млн человек и число лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, увеличилось в 2 раза*.

2. Нарастают базовые проблемы системы здравоохранения РФ.

■ **Дефицит и неоптимальная структура медицинских кадров.** В 2013 г. обеспеченность практикующими врачами в РФ была практически на уровне стран ЕС (рис. 5). При этом, как показано выше, потоки больных в РФ на 30–50% выше, чем в этих странах, соответственно должна быть выше обеспеченность врачами. В РФ особенно низкая обеспеченность врачами сложилась в участковой службе: в 2013 г. она была в 1,6 раза ниже от необходимого и за 2012–2013 гг. сократилась на 8%.

Расчеты. В среднем численность населения на одном терапевтическом участке (при условии, что в расчет не берется плотность проживания населения) составляет 1700 чел. взрослого населения (18 лет и старше) в городских условиях и 1300 чел. взрослого населения в сельских условиях. Это означает, что участковым врачам-терапевтам в городе необходимо 51,3 тыс. врачей ($87,2 \text{ млн} \div 1700$), а для сельской местности необходимо 22,5 тыс. врачей ($29,2 \text{ млн} \div 1300$).

* Доклад министра здравоохранения РФ об итогах 2013 г.



«Новые» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Венгрию, Польшу, Словакию, Словению (близкие к РФ по ВВП – 23–25 тыс. \$ППС на душу населения в год).

Источники: база данных Росстата – ЕМИСС; база данных ВОЗ «Здоровье для всех»; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts»; Федеральная форма статистического наблюдения № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических работниках в РФ за 2013 г.», ЦНИИОИЗ.

Рис. 5. Обеспеченность практикующими врачами в РФ (2013) и развитых странах (2012)

Соответственно, всего необходимо 73,8 тыс. участковых врачей-терапевтов. Участковых врачей-педиатров необходимо 33,8 тыс. врачей (27 млн ÷ 800), где 27 млн – численность детского населения в возрасте от 0 до 17 лет, 800 – численность детей на одном педиатрическом участке. Итого необходимо врачей первичного контакта – 107,6 тыс. (73,8 тыс. + 33,8 тыс.), а в 2013 г. в РФ было 66,9 тыс. врачей первичного контакта, т.е. в 1,6 раза меньше.

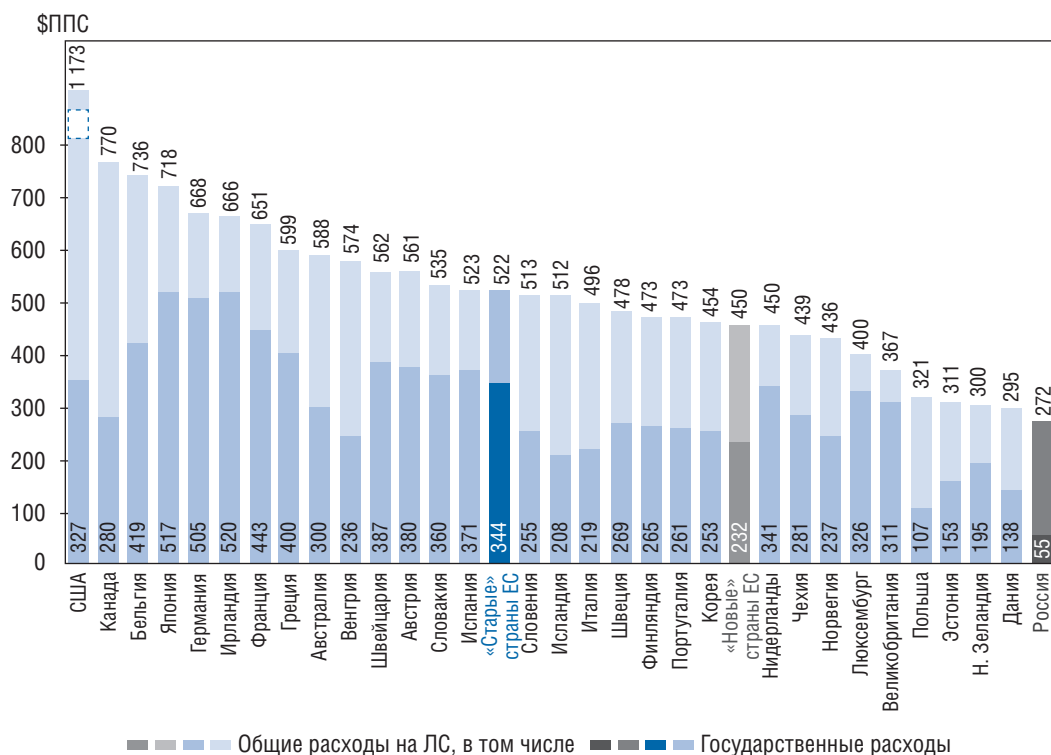
■ **Недостаточное лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях** – в РФ в 4,2 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС (рис. 6).

■ **Неоптимальная структура и дефицит коек в РФ.** В 2013 г. обеспеченность койками в РФ была на 25% ниже от расчетного норматива (соответственно 7,7 и 9,6 на 1000 населения). Расчетный норматив сформирован на основании

обеспеченности койками в «старых» странах ЕС с учетом бóльшей потребности населения РФ в медицинской помощи (рассчитано с коррекцией по СКС*). Следует отметить, что за 2012–2013 гг. обеспеченность коечным фондом сократилась на 6%. При этом коек реабилитации в РФ в 5,7 раза меньше, чем в «новых» странах ЕС (соответственно 0,10 и 0,57 на 1000 населения), коек длительного ухода (паллиативных и сестринского ухода) – в 3,9 раза меньше, чем у них (соответственно 0,18 и 0,71 на 1000 населения).

■ **Недостаточная оснащенность и неэффективное использование дорогостоящего оборудования.** Оснащенность компьютерными томографами в РФ в 1,2 раза ниже в расчете на 1 млн населения, чем в «новых» странах ЕС (соответственно 11,3 и 13,8), магнитно-резо-

* Улумбекова Г.Э. *Здравоохранение России. Что надо делать.* 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 704 с.



«Новые» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Венгрию, Польшу, Словакию, Словению (близкие к РФ по ВВП – 23–25 тыс. \$ППС на душу населения в год).

Источники: база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts»; Минздрав России, Доклад о реализации ПГГ в 2013 г., Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ за 2013 г.

Рис. 6. Подушевые расходы на лекарственные средства, потребляемые в амбулаторных условиях, в том числе оплачиваемые из государственных источников, в России (2013) и в развитых странах (2012)

нансными томографами – в 1,7 раза ниже (соответственно 4,0 и 6,7). При этом число исследований на этом оборудовании в 3,5–3,7 раза ниже (в расчете на 1000 населения в год), т.е. интенсивность использования – **в 2 раза ниже**. Такая недостаточная материально-техническая оснащенность и неэффективное использование оборудования снижают качество и доступность диагностической и лечебной помощи пациентам.

■ **Низкие объемы ВМП** – в 3–5 раз ниже, чем в «новых» странах ЕС. Например, операций реваскуляризации делается в 3 раза меньше (соответственно 89,4 и 253,2 на 100 тыс. населения),

операций замены коленного и тазобедренного суставов – в 3,8 раза меньше (соответственно 58 и 220 на 100 тыс. населения).

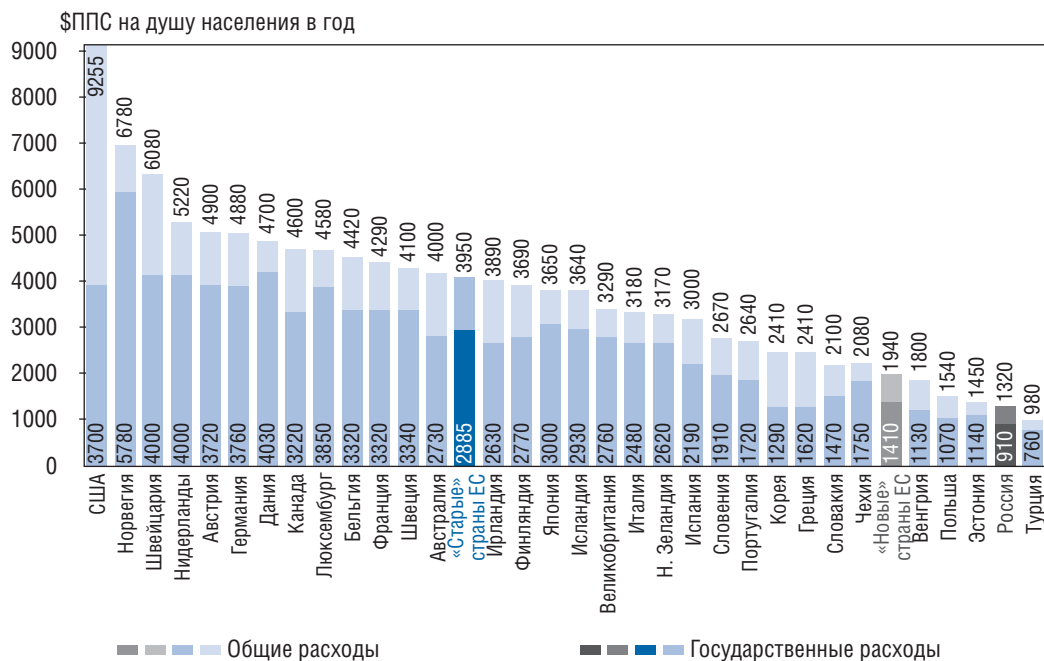
■ **Сохраняется неудовлетворительное качество медицинской помощи.** Показатели качества медицинской помощи в РФ в хуже, чем в странах ЕС, что вызвано критическим ослаблением системы подготовки кадров в медицинских вузах и недостаточным внедрением современной системы непрерывного медицинского образования. Например, показатель внутрибольничной летальности пациентов с инфарктом миокарда в РФ **в 2,4 раза выше**, чем в странах ЕС в среднем (соответственно 17 и 7%). В РФ несоответствие

оказанной медицинской помощи установленным стандартам и правилам, по данным ФОМС, встречается в каждом шестом случае лечения (17%), в развитых странах следование установленным стандартам лечения (клиническим рекомендациям) составляет 90%* (и только в 10% случаев имеются факты отклонений), т.е. у нас этот показатель почти **в 2 раза хуже**.

■ Сокращается и без того недостаточное государственное финансирование системы здравоохранения

В 2013 г. государственные расходы на здравоохранение были в 1,5 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС (соответственно 910 и 1410 \$ППС на душу населения в год, рис. 7).

В 2014 г. по сравнению с 2013 г. государственные расходы в постоянных ценах сократились на 9%, а в 2015 г. дефицит средств с учетом инфляции (12,2%), девальвации рубля (60%) и уже задекларированных Минздравом дополнительных расходов по сравнению с 2014 г. составит почти 30% (без учета необходимости повышения заработной платы медицинским работникам – 20%). Дополнительные расходы складываются из средств, необходимых на увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) 162,5 тыс. гражданам, на оказание гарантий бесплатной медицинской помощи новым гражданам РФ – 2,3 млн чел., на повышение оплаты труда медицинских работников



«Новые» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Венгрию, Польшу, Словакию, Словению (близкие к РФ по ВВП – 23–25 тыс. \$ППС на душу населения в год).

Источники: база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts»; Минздрав России, Доклад о реализации ПГГ в 2013 г., Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ за 2013 г.

Рис. 7. Общие и государственные подушевые расходы на здравоохранение в России (2013) и странах ЕС (2012)

* National Healthcare Quality Report 2013. U.S. Department of health and human services. AHRQ Publication N 14-0005. May, 2014. Электронный доступ: www.ahrq.gov/research/findings/nhqrd/index.html.

в соответствии с Указом Президента РФ № 597 от 7 мая 2012 г., а также на покрытие накопленного дефицита 2014 г. Вместе эти расходы составляют 873 млрд руб. (без увеличения оплаты труда медицинских работников – 645 млрд руб.). А запланированное увеличение расходов на Программу государственных гарантий (ПГГ) в 2015 г. по сравнению с 2014 г. составляет всего 173 млрд руб. Разница (дефицит) – 700 млрд руб. {873 – 173}, это и есть 30% от всех расходов на ПГГ в 2015 г. (2205 млрд руб.). Другими словами, запланировали средств на 30% меньше, чем необходимо.

■ **Снижается эффективность расходования ресурсов системы здравоохранения РФ.** В 2014 г. средства здравоохранения направляются на капитальные и на другие не первоочередные расходы. Например, на строительство перинатальных центров за счет средств ОМС, что снижает расходы в самой дефицитной системе ОМС. Развитие диспансеризации в ситуации дефицита кадров в первичном звене малоэффективно, поскольку врачи не могут взять на себя дополнительную нагрузку.

3. Имеются существенные внешние вызовы до 2020 г., которые необходимо учесть при формировании политики развития здравоохранения.

Демографические: снижение численности трудоспособного населения в среднем на **1 млн чел.** в год; рост числа граждан старше трудоспособного возраста на **4,3 млн**; рост числа детей на **7%**. Как следствие, необходимо предусмотреть специальные программы для оказания медицинской помощи этим категориям населения.

Экономические: ухудшение социально-экономических показателей развития страны в 2015 г. – падение ВВП на 3%, инфляция до 12,2%, девальвация среднегодового курса ру-

бля по отношению к доллару на 60% (в 2015 г. по отношению к 2014 г.), падение реальных доходов населения на 4%.

4. Главные выводы о зависимости государственного финансирования здравоохранения и показателей здоровья населения в РФ и развитых странах.

В научных исследованиях* на разных массивах данных доказана зависимость ОПЖ и ОКС от уровня государственного финансирования здравоохранения и, соответственно, проведены расчеты необходимых объемов финансирования для достижения целевых значений ОПЖ и ОКС к 2018–2020 гг. Сводные данные по этим исследованиям представлены в табл. 1. Таким образом, доказано, что для достижения ОПЖ 74 года и ОКС 11,8, уровень государственного финансирования здравоохранения в РФ должен увеличиться в ценах 2013 г. в 1,2–1,6 раза. В среднем эта величина составляет 1,4 раза, погрешность расчетов составляет ±15%. Это соответствует **5,2% ВВП 2015 г.**, что почти на уровне «новых» стран ЕС сегодня (5,5% ВВП) (табл. 2).

5. Анализ имеющихся предложений по развитию здравоохранения показывает, что их реализация не позволит добиться улучшения показателей здоровья населения РФ к 2018 г.

7 мая 2012 г. были приняты важнейшие для отрасли указы Президента РФ (№ 596, 597, 598 и 606), направленные на повышение оплаты труда медицинских работников и профессорско-преподавательского состава медицинских вузов, увеличение лекарственного обеспечения населения и развитие профилактики. В них также поставлена цель для здравоохранения – достижение ОПЖ 74 года к 2018 г. Однако меры по реализации этих указов, предложенные в «дорожных картах»**, не позволят повысить качество и доступность медицинской помощи

* Улумбекова Г.Э. Научные основы стратегии развития здравоохранения на среднесрочную перспективу: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2013.

** Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 № 2599-р «О плане мероприятий “Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения”».

Таблица 1. Расчеты средней величины увеличения финансирования здравоохранения РФ

| Показатель | Коэффициент увеличения финансирования здравоохранения | Средне-арифметическое | Погрешность |
|---|---|-----------------------|-------------|
| Зависимость ОКС от государственных расходов на здравоохранение и ВВП в постоянных ценах (1991 г. – 100%) | 1,22 | 1,4 | -15% |
| Сравнение государственных расходов на здравоохранение в РФ и «новых» странах ЕС (имеющих с РФ близкий ВВП) в абсолютных величинах (\$ППС) | 1,55 | | +11% |
| Сравнение государственных расходов на здравоохранение в РФ и «новых» странах ЕС (имеющих с РФ близкий ВВП) в доле ВВП | 1,49 | | +6% |
| Зависимость ОПЖ от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год в разных странах | 1,32 | | -6% |
| Зависимость СКС от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год | 1,32 | | -6% |
| Зависимость ОКС от государственных расходов на здравоохранение на душу населения в год в регионах РФ | 1,26 | | -11% |

и улучшить показатели здоровья населения РФ. Так, «дорожные карты», напротив, предусматривают снижение объемов скорой и стационарной медицинской помощи по ПГГ, сокращение медицинских кадров, наращивание платных медицинских услуг в государственных медицинских организациях.

Управленческий и бюджетный маневр в развитии системы здравоохранения РФ до 2018 г.

Суть управленческого и бюджетного маневра заключается в том, что средства от су-

щественного сокращения инвестиционных статей и экономии от неэффективных расходов в здравоохранении, а также дополнительные бюджетные средства направляются в сохранение и развитие человеческого капитала отрасли – **медицинские кадры**. Этот маневр может быть реализован по двум **сценариям** (программам) развития и финансирования здравоохранения РФ – «выживание» и «базовый» (рис. 8).

Программа «выживание» предусматривает, что государственные расходы на здравоохранение с 2015 по 2020 г. сохранятся на уровне **4,2% ВВП**. Эта доля соответствует расходам на

Проведенный анализ показывает, что сегодня ситуация в здравоохранении РФ достаточно сложная. Необходимо приступить к решению базовых проблем отрасли, а главные из них – неоптимальное государственное финансирование, дефицит и недостаточная подготовка медицинских кадров.

Таблица 2. Сводные данные фактических (2013–2014 гг.) и необходимых (2015–2020 гг.) расходов на здравоохранение РФ

| № | Наименование статьи расходов | 2013 г. | | 2014 г. | | 2015 г. | | 2016 г. | | 2017 г. | | 2018 г. | | 2019 г. | | 2020 г. | | |
|---|--|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|---------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|--|
| | | факт | оценка | факт | оценка | факт | оценка | факт | оценка | факт | оценка | факт | оценка | факт | оценка | факт | оценка | |
| Социально-экономические прогнозы* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Динамика ВВП (в текущих ценах), млрд руб. | 66 194 | 70 976 | 73 119 | 79 261 | 86 712 | 94 862 | 103 685 | 113 327 | | | | | | | | | |
| 2. | Темп роста ВВП (в ценах предыдущего года), % | 101,3 | 100,6 | 97,0 | 98,0 | 100,0 | 101,0 | 102,0 | 103,0 | | | | | | | | | |
| 3. | Индекс потребительских цен (на конец года), % | 106,5 | 111,4 | 112,2 | 110,2 | 109,2 | 108,2 | 107,2 | 106,2 | | | | | | | | | |
| Объемы государственного финансирования здравоохранения | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Запланированные расходы на здравоохранение в текущих ценах (Минфин, сентябрь 2014 г.), млрд руб. | 2478,0 | 2547,6 | 2764,4 | 2956,6 | 3276,7 | 3630,6 | - | - | | | | | | | | | |
| 5. | Запланированные расходы на здравоохранение в постоянных ценах (2013 г. – 100%), млрд руб. | 2478,0 | 2257,2 | 2150,4 | 2065,4 | 2078,4 | 2114,0 | - | - | | | | | | | | | |
| 6. | Необходимые государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП по базовому варианту, % | 3,7 | 3,6 | 4,2 | 4,2 | 4,4 | 4,7 | 5,0 | 5,2 | | | | | | | | | |
| 7. | Необходимые государственные расходы на здравоохранение по базовому варианту в текущих ценах, млрд руб. | 2478,0 | 2547,6 | 3097,0 | 3329,0 | 3815,3 | 4458,5 | 5184,3 | 5893,0 | | | | | | | | | |
| Источники покрытия необходимых объемов финансирования здравоохранения | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | Запланированные расходы на здравоохранение в текущих ценах (Минфин, сентябрь 2014 г.), млрд руб. | 2478,0 | 2547,6 | 2764,4 | 2956,6 | 3276,7 | 3630,6 | - | - | | | | | | | | | |
| 9. | Внутренние источники экономики, млрд руб. | | | 74,3 | 255,6 | 279,1 | 301,9 | - | - | | | | | | | | | |
| 10. | Дополнительные средства из федерального бюджета (дефицит бюджетных средств), млрд руб. | | | 258,3 | 116,8 | 259,5 | 526,0 | - | - | | | | | | | | | |
| 11. | Дополнительные средства к распределению на приоритетные статьи затрат (внутренние источники экономики + дополнительные бюджетные средства при условии, что они будут выделены), млрд руб. | | | 332,6 | 372,4 | 538,6 | 827,9 | - | - | | | | | | | | | |

* Данные по динамике ВВП, темпу роста ВВП, индексу потребительских цен, индексу-дефлятору ВВП на 2015 г. представлены согласно информации Минэкономразвития от 16.02.2015 (<http://econopoly.gov.ru/mines/activity/sections/macro/prognoz/20150216>).

здравоохранение в ценах 2013 г., соотношенных к ВВП 2015 г.

Расчеты расходов на здравоохранение в ценах 2013 г. в доле ВВП 2015 г. {2478 млрд руб. + 11,4% + 12,2% = 3097 млрд руб., где 2478 млрд руб. – расходы на здравоохранение в 2013 г., а 11,4 и 12,2% – это индекс потребительских цен в 2014 и 2015 гг. соответственно}. Полученное число 3097 млрд руб. и есть искомые 4,2% прогнозируемого ВВП 2015 г. {3097 ÷ 73 119, где 73 119 млрд руб. – ВВП 2015 г.}.

Этот вариант развития здравоохранения при условии эффективного управления и распределения ресурсов в отрасли (см. базовую программу) позволит **отсрочить** ее разрушение и **стабилизировать** показатели здоровья населения на уровне 2013 г.: смертность – **13,1 случая** на 1000 населения, а ОПЖ – **70–71** года.

Реализация **«базовой» программы** позволит в 2015–2020 гг. вывести систему здравоохранения из сложившейся ситуации. По этому варианту государственные расходы на здравоохранение с 2013 по 2020 г. должны вырасти в 1,4 раза – с 3,7 до **5,2% ВВП**. При этом в 2015 и 2016 гг. они, как и в варианте «выживание», сохранятся на уровне 4,2% ВВП (табл. 2). Увеличение государственных расходов на здравоохранение до уровня 5,2% ВВП (что близко сегодняшним объемам государственного финансирования «новых» стран ЕС – 5,5% ВВП) позволит к 2020–2021 гг. достичь ОПЖ, равную **74 годам**, и снизить ОКС до **11,8 случая** на 1000 населения.

В табл. 2 представлены сводные значения государственного финансирования здравоохранения, запланированные Минздравом (Минфином) и предусмотренные по «базовому» варианту, а также даны объемы и источники необходимых дополнительных средств для финансирования здравоохранения, включая средства от внутриотраслевой экономики.

Из табл. 2 видно, что запланированные Минздравом (Минфином) государственные рас-

В доле ВВП, %

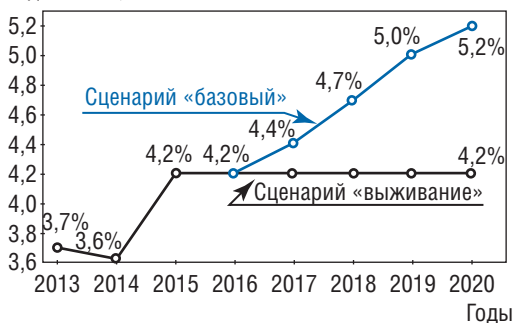


Рис. 8. Два сценария финансирования здравоохранения РФ до 2020 г. – «выживание» и «базовый»

ходы на здравоохранение в постоянных ценах (2013 г. – 100%) к 2018 г. сокращаются на 15%. Также видно, что для реализации базового сценария развития отрасли даже с учетом средств, которые могут поступить от внутриотраслевой экономики, потребуются дополнительные бюджетные средства. Следует отметить, что в ситуации дефицита средств на здравоохранение в консолидированных бюджетах большинства регионов (в 2014 г. – 102 млрд руб., в 2015 г. – 127 млрд руб.*) и средств ОМС (в 2014 г. – 55 млрд руб.**, в 2015 г., по экспертным оценкам, – 150 млрд руб.) этим дополнительным источником финансирования может стать **только федеральный бюджет**. Для реализации «базового» сценария в 2015 г. из федерального бюджета дополнительно потребуется 258,3 млрд руб., в 2016 г. – 116,8 млрд руб., в 2017 г. – 259,5 млрд руб., в 2018 г. – 526,0 млрд руб.

Экономия финансовых средств внутри отрасли может быть сформирована путем сокращения инвестиционных расходов (капитальное строительство и закупка дорогостоящего оборудования), повышения эффективности закупочной политики (установление референтных цен на лекарственные средства и медицинские изделия), а также из сокращения административных

* http://www.ach.gov.ru/press_center/news/21297.

** http://audit.gov.ru/press_center/news/18265.

расходов в системе ОМС (например, исключение страховых медицинских организаций из цепочки доведения средств до государственных медицинских организаций).

Предлагается средства от внутриотраслевой экономии и дополнительные бюджетные средства здравоохранения (при условии, что они будут выделены) распределить на следующие статьи затрат (частично или полностью).

- Выполнение Указов Президента по повышению заработной платы работникам государственных и муниципальных медицинских организаций.

- Предоставление льгот медицинским работникам первичного звена здравоохранения по приобретению жилья.

- Индексация заработной платы сельским медицинским работникам (коэффициент 1,4 к средней оплате медицинских работников по стране).

- Подготовка кадров в медицинских и фармацевтических вузах: на повышение оплаты труда профессорско-преподавательского состава (коэффициент 2,0 к средней оплате труда врачей по стране), на повышение их квалификации (10% от фонда оплаты труда (ФОТ) профессорско-преподавательского состава), на субсидии медицинским организациям для размещения клинических баз вузов, а также на материально-техническое оснащение вузов.

- Развитие системы непрерывного медицинского образования – повышения квалификации (1% от ФОТ медицинских работников, как принято в большинстве развитых странах).

- Включение в тариф по оплате медицинской помощи статьи расходов на амортизацию и техническое обслуживание дорогостоящего оборудования и поддержание программно-аппаратного комплекса (ПАК) медицинских организаций.

- Лекарственное обеспечение детей в возрасте от 0 до 15 лет в амбулаторных условиях.

- Лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях граждан трудоспособного возраста, страдающих болезнями системы кровообращения.

Последствия снижения объемов государственного финансирования здравоохранения РФ

В табл. 2 показано, что предусмотренные Минздравом средства на здравоохранение в постоянных ценах (2013 г. – 100%) в 2015 г. сокращаются на 13% (без учета задекларированных дополнительных расходов 2015 г. и девальвации рубля), в 2016 г. – на 17%, в 2017 г. – на 16%, в 2018 г. – на 15%. Это означает, что настолько же снизятся и гарантированные объемы медицинской помощи. Все это в ситуации снижения реальных доходов большинства граждан РФ (на 4% в 2015 г., согласно прогнозам Минэкономразвития) приведет к снижению доступности и качества медицинской помощи населению РФ, а значит, и к ухудшению показателей здоровья населения.

Ухудшение социально-экономического положения граждан, нарастание дефицита финансирования и сокращение мощностей системы здравоохранения в 2015 г. уже привело к росту смертности на 5,2% в I квартале. В последующие годы, если базовые проблемы отрасли не будут решены, вместо запланированного снижения смертность будет расти. По самым оптимистичным прогнозам в 2018 г. она вырастет до уровня 13,9 случая на 1000 населения (см. рис. 3). Из этого следует, что к 2018 г. вместо достижения ОПЖ в **74 года** этот показатель упадет с нынешних **71 года** до уровня **69–69,5 года**. Это означает, что РФ уже не попадет в список **50** развитых стран мира, у которых ОПЖ составляет **более 70 лет**. А мы так гордились этим достижением в 2013–2014 гг.!

Следует отметить, что для реализации базовой программы потребуются политическая воля руководства страны. Залог успешной реализации программ – ускоренное и массовое повышение квалификации руководящих кадров в здравоохранении, а также формализация и ужесточение требований к их назначению на управленческие посты.

Таким образом, для сохранения жизней российских граждан, а значит, и для обеспечения национальной безопасности нашей страны необходимо увеличить государственное финансирование здравоохранения и сосредоточиться на решении базовых проблем отрасли.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Стародубов Владимир Иванович – академик РАН, академик-секретарь отделения медицинских наук РАН, доктор медицинских наук, профессор, президент Российского общества по организации здравоохранения и общественного здоровья (Москва)

E-mail: starodubov@ramn.ru

Улумбекова Гузель Эрнстовна – доктор медицинских наук, председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), ответственный секретарь Российского общества по организации здравоохранения и общественного здоровья, руководитель комиссии по непрерывному медицинскому образованию Национальной медицинской палаты (Москва)

E-mail: nmo@asmok.ru

Г.Э. Улумбекова

Здравоохранение России. Что надо делать



2015 г., 704 с.

Во втором издании монографии представлен анализ демографических показателей и показателей здоровья населения с 1970 по 2014 г. Проанализирована деятельность системы здравоохранения РФ: финансирование, кадровые и материально-технические ресурсы, организация медицинской помощи и ее объемы, управление качеством медицинской помощи и системой здравоохранения, действующая нормативная база. Все показатели по РФ даны в сравнении с предшествующими периодами, а также показателями в «новых» и «старых» странах ЕС. Описано влияние внешних демографических и экономических факторов на систему здравоохранения РФ до 2020 г. Проведен анализ «уроков» отечественного и зарубежного здравоохранения, а также имеющихся предложений по реформированию отрасли. По сравнению с первым изданием монография существенно дополнена по таким вопросам, как управление качеством медицинской помощи, структура коечного фонда, медицинское образование, Программа государственных гарантий, деятельность системы ОМС, бюджет здравоохранения на 2015–2017 гг. и др. Представлены предложения (Стратегия) по развитию отрасли до 2020 г. по двум вариантам: «выживание» и «базовый». Подробно изложены механизмы реализации ряда приоритетных задач: обновление объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий, нормативы обеспеченности коечным фондом, показатели качества медицинской помощи. Представлен антикризисный план по управлению здравоохранением в 2015–2016 гг.

Книга предназначена организаторам здравоохранения, медицинским работникам, экономистам, а также широкому кругу читателей.

Контакты

Фирменные магазины «Медицинская литература»:

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»
115035, Москва,
ул. Садовническая, д. 9, стр. 4.
Тел./факс: (495) 921-39-07,
(499) 246-39-47.
www.geotar.ru.

Интернет-магазин «Медкнигасервис»:
www.medknigaservis.ru
Тел.: 8-800-555-999-2.

м. «Фрунзенская»
г. Москва, Комсомольский
просп., д. 28 (здание Московского дворца молодежи).
Тел.: 8 (916) 877-06-84,
(499) 685-12-47;

**м. «Коньково»,
м. «Юго-Западная»**
г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.
Тел.: (495) 434-55-29;

м. «Новокузнецкая»
(по раб. дням с 9-00 до 18-00)
г. Москва, ул. Садовническая,
д. 9, стр. 4.
Тел.: (495) 921-39-07,
(495) 228-09-74;

м. «Цветной бульвар»
г. Москва, ул. Троицкая, д. 9, стр. 1.
Тел.: 8 (985) 387-14-57.

Система диагностически связанных групп* в странах Евросоюза: проблемы и результаты



От редакции

Предлагаемый перевод 4 статей из «Бюллетеня в сфере здравоохранения Европейской обсерватории** по анализу политик и систем здравоохранения» представляет российским организаторам здравоохранения опыт некоторых стран Европейского союза по внедрению системы диагностически связанных групп (ДСГ), которая повышает прозрачность деятельности медицинских организаций и стимулирует повышение эффективности их деятельности.

Ключевые слова:

диагностически связанные группы, здравоохранение, фармакоэкономика, механизмы ценообразования

The system of Diagnoses Related Groups in the European Union: challenges and results

The proposed translation of four articles from “The Health Policy Bulletin of the European Observatory** on Health Systems and Policies” represent to Russian public health managers experience of several countries of the European Union in the implementation of Diagnoses Related Groups (DRG) system, which increases health care organizations transparency and promotes improvement of their effectiveness.

Keywords:

diagnoses related groups, healthcare, pharmacoeconomics, pricing models

*DRG (*diagnosis related group*) – диагностически связанные группы (ДСГ) – метод оплаты стационарной медицинской помощи, предусматривающий фиксированную компенсацию за определенное заболевание (диагноз по МКБ-10). В целях упрощения расчетов диагнозы со схожей тактикой лечения и потреблением ресурсов объединены в группы, имеющие одинаковую стоимость компенсации. Применяется практически во всех развитых странах.

**Европейская обсерватория – это партнерство между региональным отделением Всемирной организации здравоохранения для Европы, правительствами Бельгии, Финляндии, Норвегии, Словении, Испании и Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Лондонской школой экономики и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Азбука ДСГ

**Д. Шеллер-Крейнсен,
А. Гейслер, Р. Буссе**

С тех пор как Конгресс США в 1983 г. принял систему диагностически связанных групп (ДСГ) как способ оплаты больницам за пациентов, лечение которых покрывается «Медикэр» (государственная страховая программа), этот метод оплаты постепенно стал основным средством возмещения расходов больницы в большинстве промышленно развитых стран. Тем не менее цели, лежащие в основе внедрения и развития, а также конкретные особенности систем ДСГ значительно различаются в разных странах [1]. В этой статье дан всесторонний обзор основных вопросов, которые касаются систем ДСГ и их сравнительного анализа в разных странах. Информация касается целей и причин внедрения данной системы, описания ее основных составных блоков и подходов к внедрению. В данной статье также кратко обобщаются пока ограниченные эмпирические данные о влиянии DRG на эффективность использования ресурсов больниц и качество медицинской помощи. Более подробные исследования проводятся в рамках проекта EuroDRG (www.eurodrdg.eu), который сравнивает системы ДСГ, издержки, эффективность и качество медицинской помощи в европейских странах, применяющих способ возмещения медицинской помощи по ДСГ, а также анализирует перспективы создания скоординированной или единой европейской системы ДСГ.

Цели использования систем диагностически связанных групп

ДСГ часто рассматриваются прежде всего как способ оплаты услуг, предоставляемых медицинскими учреждениями. Однако первоначально система ДСГ была предназначена для решения гораздо более широкого спектра задач, которые могут быть сгруппированы в 3 категории: повы-

шение прозрачности деятельности, стимулирование эффективности и помощь в управлении учреждениями здравоохранения.

Повышение прозрачности – сравнение производительности

Центральной, в первоначальной формулировке, научной концепцией ДСГ была идея, общая для всех систем классификации: обобщить чрезвычайно большое количество элементов, которые имеют уникальный характер (здесь – больничные случаи или диагнозы), в несколько групп с определенными общими характеристиками [2]. Главное преимущество такого подхода заключается в том, что он позволяет провести определенный анализ, который в противном случае был бы невозможен: например, сравнить затраты, эффективность и качество. Таким образом, считается, что система ДСГ повышает прозрачность показателей работы поставщика медицинских услуг (больницы), в том числе потребления им ресурсов. Раньше регуляторы, страхователи и другие плательщики медицинской помощи очень мало знали о внутренних процессах, происходящих в учреждениях здравоохранения, и, как следствие, не имели возможности проводить сравнения. Таким образом, концептуально одним из основных преимуществ ДСГ является то, что эти системы предлагают некие рамки для точной оценки расходов на лечение конкретного пациента с учетом наблюдаемых и измеряемых характеристик последнего. Аналогично ДСГ-системы могут использоваться для оценки других аспектов – производительности, качества или эффективности деятельности больниц. Ключевой технической задачей для всех этих целей является проведение адекватных сравнений между больницами с учетом различных факторов, например, характеристик пациента, а также определенных переменных условий, таких как заработная плата.

Влияние на эффективность – оплата и распределение ресурсов

Вторая причина внедрения ДСГ – они используются при распределении финансовых ресурсов больницам. В этой роли применение и настройка ДСГ-системы носит гораздо более сложный характер, поскольку целями являются не только адекватная компенсация затрат поставщиков за выполненную ими работу по оказанию медицинских услуг, но и мотивация их к отказу от ненужных медицинских услуг и оказанию необходимых. Подход, основанный на оплате больницам за объем оказанных услуг, который ранее, до внедрения ДСГ, использовался в Соединенных Штатах, считался неадекватным и дорогим, поскольку он позволял больницам оказывать ненужные или малоэффективные медицинские услуги и выставять за них счета. Система ДСГ привлекла внимание управленцев в первую очередь потому, что она позволила сдерживать расходы на больницы. В этом контексте был введен термин «перспективные выплаты» (как противопоставление ретроспективному характеру оплаты за уже оказанные услуги). В Европе до введения ДСГ существовали другие способы оплаты поставщиков медицинских услуг – глобальные бюджеты (*общий бюджет на год*) и выплаты по принципу *per-diem* (*за день нахождения пациента в клинике*). Таким образом, отправная точка внедрения ДСГ в Европе – другая: не столько сдерживание расходов, сколько справедливость и эффективность в распределении ресурсов, а также уточнение перспективности, поскольку ДСГ в отличие от глобального бюджета корректируются по объему пациентов. Сначала в США, а позднее во многих европейских странах системы типа ДСГ хорошо соответствовали парадигме разработки государственной политики согласно общим экономическим принципам, поскольку их можно было использовать для финансового давления, чтобы стимулировать эффективное использование ресурсов и тем самым имитировать товарные рынки, производящие услуги с минимальной маржинальной доходностью [3]. Однако эта роль ДСГ требует тщательно сба-

лансированных стимулов, а также методологически четкой системы (*например, контроля качества медицинской помощи – КМП*).

Поддержка процесса управления больницами и отчетности врачей

Структуры управления (если они и были) имели очень мало информации о том, какие типы услуг и с какой стоимостью предоставлялись клиницистами в их палатах или отделениях, особенно в странах, использующих глобальные бюджеты или способ оплаты за день в качестве метода финансирования больниц. Хотим мы того или нет, ДСГ вместе с сопровождающей их документацией явно поддерживают руководство больниц, предоставляя возможность мониторинга и даже контроля работы врачей.

Основные компоненты систем диагностически связанных систем

Все платежные больничные системы типа ДСГ опираются преимущественно на 2 блока: описание медицинских услуг, предоставляемых пациентам в сопоставимых группах, т.е. определение предоставляемых больницей категорий (групп) продуктов (услуг) или собственно КСГ, а также определение веса или цены для каждой группы услуг (рис. 1).

Определение больничных продуктов (услуг)

В системе типа ДСГ продукт определяется через системы классификации пациентов, по типам случаев, с которыми сталкивается больница, при этом в однородные группы попадают диагнозы с однородным потреблением ресурсов. Больничные услуги изначально были основаны на ограниченном наборе клинических признаков (диагнозы и несколько хирургических процедур) и демографических данных (возраст, пол), а также мерах потребления ресурсов (стоимость, продолжительность пребывания в больнице). Дальнейшие усовершенствования ДСГ, особенно системы, разработанной в Австралии и впоследствии внедренной в Германии, а также последу-

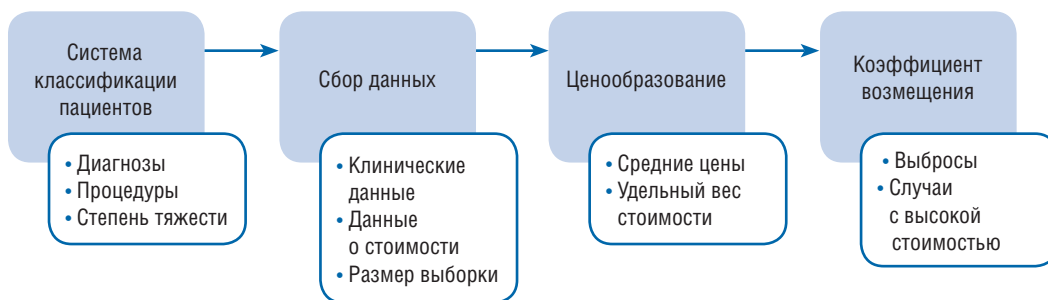


Рис. 1. Основные компоненты систем диагностически связанных групп

ющие разработки в Европе, например, во Франции или Нидерландах, уделяли больше внимания видам процедур, используемых во время пребывания пациента в больнице, и тяжести диагноза. Группы в таких системах по существу больше не формируются по диагнозу, они привязаны к объему потребления ресурсов и тяжести заболевания, поэтому, например, в Нидерландах они справедливо названы группы «диагноз–лечение». Тогда как системы, разработанные в США, делают различие между категориями пациентов только по критерию *без* сопутствующих заболеваний и с таковыми. Французская система, например, использует 4 уровня тяжести, а немецкая даже 9 для некоторых ДСГ. Технически этот процесс весьма сложен, поскольку группирование должно быть клинически и экономически значимым. Клинические случаи, отнесенные к одной группе, должны формировать различимый объект, основанный на диагнозе и лечебных процедурах. Последние важны для измерения и документирования клинической деятельности таким образом, чтобы это было понятно тем, кто работает с данной информацией, т.е. врачам и медсестрам, и для облегчения контроля качества. С экономической точки зрения лечебные процедуры в пределах одного ДСГ должны характеризоваться однородными затратами, особенно если система используется для оплаты. Разработка системы классификации пациентов требует не только систем кодирования диагнозов и процедур и четко разработанной методологии учета расходов, но и фактических данных из всех или некоторого числа больниц, использующих эти коды и методологию. Поэтому страны, вне-

дряющие системы ДСГ, часто заимствуют однородные группы и систему кодирования из другой страны, часто из США, даже несмотря на то, что она не отражает особенности их практики. Позже они адаптируют ее, используя собственные данные. Однако во многих странах данные о расходах по конкретным случаям неточные, поскольку системы учета затрат в больницах развиты плохо. Поэтому в странах с менее зрелыми системами ДСГ часто используют подробные клинические данные для отнесения того или иного случая к однородной группе с одинаковым потреблением ресурсов.

Оценка (взвешивание) результата или определение стоимости

Безусловно, механизмы взвешивания и ценообразования для ДСГ различаются в разных странах, но они имеют и общие признаки. Поскольку ДСГ должны отражать эмпирически наблюдаемые затраты на лечение, первый шаг заключается в определении выборки данных, т.е. определении нескольких больниц, из которых собираются и объединяются в группы (надежные) данные о стоимости. На следующем этапе учреждение, ответственное за обработку данных, рассчитывает ДСГ-взвешенную стоимость или ДСГ-цены [4]. Можно выделить два разных подхода для определения стоимости или ставки возмещения. Прямой подход, при котором рассчитывают средние затраты на определенную группу ДСГ, используется реже. Чаще применяется косвенный подход, при котором вычисляют так называемую взвешенную стоимость, которая определяет коэффициенты

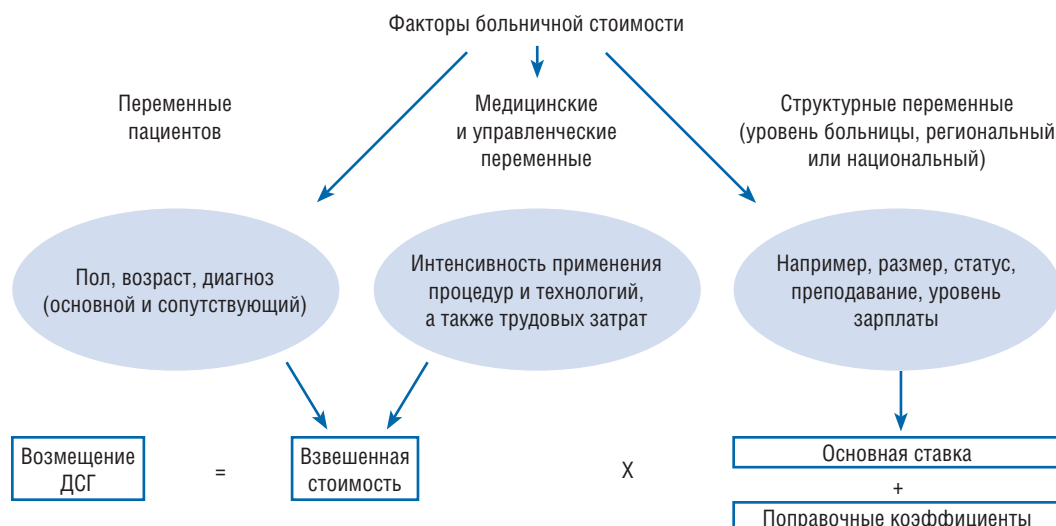


Рис. 2. Регулировка ДСГ-системы и определение больничной стоимости

отношения между различными группами ДСГ в соответствии с интенсивностью использования ресурсов. С помощью этого подхода на переговорах или иным способом устанавливается цена для референтной или средней группы лечения со взвешенной стоимостью, равной 1,0. А потом цены на все другие ДСГ автоматически рассчитываются путем умножения взвешенной стоимости ДСГ (коэффициент), приданной каждой ДСГ, на цену, установленную для референтной группы со взвешенной стоимостью 1,0. Взвешенная стоимость каждой ДСГ-группы отражает потребление ресурсов относительно референтной группы. Все системы ДСГ сталкиваются с проблемой, что некоторые группы включают виды лечения с потреблением ресурсов, которое намного выше (или ниже), чем цена или вес, назначенные для этой группы. Таким образом, во всех системах разработали так называемые методы обрезки для учета случаев с гораздо большим или гораздо меньшим потреблением ресурсов – так называемые выбросы. В целом такие экстремальные случаи, как правило, подлежат выделению и получают дополнительные выплаты для адекватного возмещения оставшихся случаев в пределах одной ДСГ. Следует, однако, отметить, что выбросы могут быть следствием характеристик пациента или лечения, которые не были

учтены должным образом в ДСГ-системе классификации пациентов. Кроме того, последние исследования показывают, что может понадобиться второй раунд настройки для отражения различий в организационных характеристиках больниц (обучение студентов, размер, специализация) и во внешних условиях (различия в заработной плате, инвестиционных и страховых расходах) [5, 6], поскольку они могут создавать неизбежные различия в затратах. На рис. 2 показана взаимосвязь между детерминантами стоимости пребывания в больнице и их идеальной адаптацией в системе ДСГ, работающей с взвешенной стоимостью.

На практике большинство ДСГ-систем принимают во внимание некоторые организационные различия и предоставляют дополнительные ресурсы, например для обучения студентов или определенной специализации. В нескольких системах, однако, корректировка ставок возмещения расходов применяется для внешних факторов, не зависящих от больниц, таких, как различия в региональных уровнях заработной платы или капитальных затрат. Заметными исключениями являются индекс заработной платы «Медикэр», который регулирует различия в уровне заработной платы в здравоохранении с помощью коэффициента, отражающего относи-

тельный уровень больничной заработной платы в данном географическом районе по сравнению со средним значением по США, а также фактор рыночных сил (MFF) в Англии, который выравнивает колебания цен и учитывает различия в ценах на землю и недвижимость.

Стимулы и диагностически связанные группы

В большинстве стран больницы относятся к государственным или частным некоммерческим организациям, в которых труд медицинских работников оплачивается на основе заработной платы. В этих условиях конкуренция между больницами ограничена [7]. Есть предположение, что ДСГ увеличивают стимулы для предоставления более эффективных для лечения пациентов услуг. Однако ДСГ также могут стимулировать непреднамеренное поведение, например, широко известны примеры ранней выписки из больницы пациентов, которым может грозить кровотечение (чтобы госпитализировать следующего пациента). Таким образом, успех любой системы ДСГ в конечном итоге за-

висит от баланса между производительностью и социальными целями. Как уже отмечалось, главной желаемой целью ДСГ является стимулирование больниц к эффективному использованию ресурсов, поскольку возмещение больничных затрат связано как с объемом случаев, так и с конкретной фиксированной оплатой каждого случая. В результате предполагается, что врачи будут иметь стимул для минимизации ресурсов, используемых на каждый случай из ДСГ. Однако системы ДСГ могут провоцировать и другое непреднамеренное поведение поставщиков услуг. Оно включает 2 основных аспекта: качество предоставляемых медицинских услуг и документация о предоставлении услуг. В таблице приведен обзор этих непреднамеренных стимулов.

Степень, в которой ДСГ мотивируют преднамеренное или непреднамеренное поведение и общий нетто-эффект в отношении стоимости и качества нельзя определить концептуально, поскольку они сильно зависят от контекста и практической реализации, поэтому они должны рассматриваться в конкретных условиях.

Соотношение качества предоставляемых медицинских услуг и предоставляемой документации

| Качество услуг | Документация о предоставлении услуг |
|--|--|
| Увеличение числа случаев лечения пациентов, у которых ожидаемые затраты ниже предполагаемого возмещения | Поощрение кодирования более дорогостоящих процедур или диагнозов (upcoding), если это приводит к увеличению возмещения |
| Уменьшение числа случаев лечения пациентов, у которых ожидаемые затраты выше предполагаемого возмещения (отказ от пациентов, требующих длительного и комплексного лечения) | Сложность системы классификации пациентов может привести к неправильному кодированию |
| Более интенсивное лечение больных («игра с лечением»), если это приводит к увеличению компенсации (только если увеличенное возмещение превышает расходы) | Бюрократические усилия по документации отвлекают ресурсы и внимание от основного бизнеса – лечения |
| Поощрение минимизации затрат внутри группы без учета качества лечения (при оплате за «чистый» случай без учета осложнений) | |
| Поощрение перекалывания затрат на третьи стороны (другие больницы) | |

Диагностически связанные группы и результаты – доказательства из практики

В научных и политических кругах общепризнано, что введение системы ДСГ влияет на поведение поставщика услуг. Тем не менее пока удивительно мало упоминаний в литературе о воздействии реформы оплаты услуг на работу больниц в промышленно развитых странах [8]. Существующие исследования, как правило, сосредоточены исключительно на примерах из США, при этом в них рассматривается воздействие только на больничные затраты. Влияние введения ДСГ в других странах и их воздействие на состояние здоровья населения оцениваются гораздо реже.

Стоимость и эффективность

В отношении стоимости и эффективности большинство исследований в 1990-х гг., главным образом из США, обнаружили, что введение ДСГ вызвало сокращение средней продолжительности пребывания в больнице и уменьшение общих затрат на каждый случай. Однако отмечалось увеличение затрат, приходящихся на день в стационаре, и общее количество пролеченных больных [7]. В целом темпы роста расходов больниц стали меньше, и показатели рентабельности больниц уменьшились. Недавние международные исследования по внедрению ДСГ в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии показывают, что эти системы и системы оплаты «за услуги» с 1990 по 2004 г. имели практически одинаковое влияние на общие затраты на здравоохранение [8].

Показатели здоровья и качество услуг

Систематические данные о воздействии ДСГ на показатели здоровья и качество медицинской помощи крайне ограничены. Предыдущие исследования в США обнаружили, что ДСГ не увеличивают смертность и показатели повторной госпитализации [9]. Аналогичным образом более ранние эмпирические исследования показали незначительное влияние на медицинские результаты или отсутствии такового

[8, 10, 11]. Понятно, что результаты в отношении здоровья пациентов трудно измерить, базируясь на рутинных данных, особенно с учетом того, что объективные сравнения должны быть сделаны сообразно способам оплаты и необходимой документации. Это одна из причин отсутствия обоснованных эмпирических данных по странам. Как следствие, результаты должны интерпретироваться с осторожностью.

Вывод: проблемы и трудности

Концептуально ДСГ очень привлекательны для политиков, поскольку они позволяют сравнивать показатели деятельности больниц и использования ресурсов. Кроме того, если их использовать как инструменты оплаты и распределения ресурсов, они могут вызвать квазирыночное финансовое давление в секторе здравоохранения, который ранее был защищен от конкурентного давления. Как уже отмечалось, для получения значимых сравнений показателей деятельности больниц большое внимание необходимо уделять техническим деталям и балансу между эффективностью деятельности и социальными целями. По большинству стран эмпирические данные о воздействии ДСГ весьма ограничены. В отсутствие таких четких доказательств при внедрении и адаптации системы ДСГ необходимо главным образом полагаться на концептуальные соображения. Они показывают, что управляющие структуры в здравоохранении должны уделять особое внимание всем факторам настройки системы ДСГ, поскольку пока лишь немногие системы учитывали организационные и средовые факторы. Кроме того, управленцы должны рассмотреть вопрос о том, как учитывать вопросы качества медицинской помощи, которое является проблемной областью при внедрении систем ДСГ. К тому же административное бремя, связанное с внедрением ДСГ, должно быть управляемым, чтобы позволить больницам сосредоточиться на их основной деятельности, поскольку операционные издержки, связанные с ДСГ, весьма высоки [12]. И, наконец, управленцы должны подумать о том, как учитывать применение новых высокозатратных и высокоэффективных

технологий, которые часто применяются только у очень узкой группы пациентов. В настоящее время после запуска новой технологии она сначала часто покрывается за счет дополнительного возмещения, а затем, если получены достаточные доказательства эффективности, включается

в ДСГ-систему [13]. Этот подход облегчает, но не принуждает к принятию инновационных медицинских технологий. Кроме того, это может привести к все возрастающей сложности систем ДСГ, которые могут стать непригодными и неустойчивыми в долгосрочной перспективе.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Шеллер-Крейнсен Дэвид (Scheller-Kreinsen David) – научный сотрудник кафедры управления здравоохранением Берлинского технологического университета

Гейслер Александр (Geissler Alexander) – научный сотрудник кафедры управления здравоохранением Берлинского технологического университета

Буссе Рейнхард (Busse Reinhard) – профессор кафедры управления здравоохранением Берлинского технологического университета, которые координируют проект «ЕвроDRG: однородные группы пациентов в Европе – на пути к эффективности и качеству»

Scheller-Kreinsen D., Geissler A., Busse R. The ABC of DRGs // EuroObserver (The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies). 2009. Vol. 11 (4). P. 1–5.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Busse R., Schreyogg J., Smith P.C. Hospital case payment systems in Europe. *Health Care Manag Sci.* 2006; Vol. 9 (3): 211–13.
2. Fetter J., Shin Y., Freeman J.L., Averill R.F., Thompson J.D. Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups. *Med Care.* 1980; Vol. 18 (2 Suppl.): 1–53.
3. Shleifer A. A Theory of Yardstick Competition. *RAND Journal of Economics.* 1985; Vol. 16 (3): 319–27.
4. Schreyogg J, Stargardt T, Tiemann O, Busse R. Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): a comparison of nine European countries. *Health Care Management Science.* 2006; Vol. 9 (3): 215–23.
5. Antioch K.M., Walsh M K. The riskadjusted vision beyond casemix (DRG) funding in Australia. *International lessons in high complexity and capitation.* *Eur J Health Econom.* 2004; Vol. 5(2): 95–109.
6. Busse R., Schreyogg J., Smith P.C. Variability in healthcare treatment costs amongst nine EU countries – results from the HealthBASKET project. *Health Economics.* 2008; Vol. 17 (1 Suppl): S1–S8.
7. Barnum H., Kutzin J., Saxenian H. Incentives and provider payment methods. *Int J Health Plan Manag.* 1995; Vol. 10 (1): 23–45.
8. Moreno-Serra R., Wagstaff A. System wide Impacts of Hospital Payment Reforms – Evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia, The World Bank, Washington DC, 2009.
9. Davis C., Rhodes D.J. The impact of DRG on the cost and quality of health care in the United States. *Health Policy.* 1988; Vol. 9 (2): 117–31.
10. Cutler D. The incidence of adverse medical outcomes under prospective payment. *Econometrica.* 1995; Vol. 63 (1): 29–50.
11. Dafny L. How do hospitals respond to price changes? *American Economic Review.* 2005; Vol. 95 (5): 1525–47.
12. Marini G., Street A. A transaction costs analysis of changing contractual relations in the

English NHS. Health Policy. 2007; Vol. 83 (1): 17–26.

13. Henschke C., Baumler M., Weid S., Gaskins M., Busse R. Extrabudgetary ('NUB') payments –

a gateway for introducing new medical devices into the German inpatient reimbursement system? Journal of Management and Marketing in Healthcare, 2010 (in press).

Оплата за активную деятельность во Франции

3. Оп

Французская больничная система характеризуется широким выбором государственных и частных поставщиков услуг. Более 33% всей стационарной и 56% всей хирургической помощи предоставляется частными некоммерческими больницами. Пациенты могут свободно выбирать между государственными и частными больницами. Оплата за активную деятельность (ABP – activity based payment, далее – ОАД) была впервые введена в 2004/2005 г. для оплаты за неотложные услуги (включая стационар на дому) с целью повышения эффективности, создания единых правил игры для выплат государственным и частным больницам, повышения прозрачности деятельности больницы, управления ими и улучшения качества медицинской помощи. До введения ОАД для оплаты государственных и частных больниц использовались два различных способа. Государственные и большинство частных некоммерческих больниц имели глобальные бюджеты, которые устанавливались главным образом на основе затрат в предшествующие периоды, тогда как частные коммерческие больницы использовали детальные системы счетов, учитывающие различные компоненты: тарифы за день пребывания, покрывающие расходы на проживание, уход и повседневные процедуры, и отдельные платежи за каждую диагностическую и терапевтическую процедуру, причем для дорогостоящих лекарств и гонораров врачей выстав-

лялись отдельные счета. Применение системы ОАД было прогрессивным шагом. В государственных больницах доля всех видов деятельности, оплачиваемых по принципу ОАД, с каждым годом постепенно увеличивалась: от 10% в 2004 г., 25% в 2005 г. до 100% в 2008 г. Частные некоммерческие больницы с февраля 2005 г. полностью финансируются посредством системы ОАД. До 2012 г. имел место переходный период, когда национальные тарифы корректировались для каждого поставщика, принимая во внимание его исторические затраты/цены.

Классификации пациентов

Согласно системе ОАД, доход каждой больницы непосредственно связан с системой типологии больных по диагностически связанным группам (ДСГ), по однородным категориям групп пациентов, получающих схожее лечение (GHM, *Groupe Homogene des Malades – однородные группы пациентов, далее – ОГП*). Система классификации, используемая во Франции, была сделана по аналогии с классификацией, которая использовалась американской медицинской финансовой администрацией (HCFA-DRG) с адаптацией к французской системе. Распределение пациентов по группам ОГП основывается на первичном диагнозе, а также на любых выполненных хирургических вмешательствах. Для определения тяжести случая используются данные о возрасте,

продолжительности пребывания в больнице и режиме выписки (смерть, перевод). Текущая версия (v11) классификации ОПП, которая была введена в январе 2009 г., насчитывает 2291 групп по сравнению с 784 в предыдущей версии.

Ценообразование

Цены ОПП (тарифы) для каждой услуги устанавливаются ежегодно на национальном уровне на основе средних расходов по различным больницам. Тем не менее существует два различных вида тарифов: один для государственных (включая частные некоммерческие) больниц и один для частных коммерческих больниц. Первоначально к 2012 г. ставилась цель достичь ценового выравнивания между этими 2 секторами, недавно этот срок был перенесен на 2018 г. Методы расчета стоимости, лежащие в основе цен и ее компонентов, различаются между государственным и частным секторами. Тарифы для государственных больниц покрывают все расходы, связанные с пребыванием (в том числе на медицинский персонал, все предоставляемые исследования и процедуры и т.д.), тогда как цены для частного сектора не покрывают стоимость оплаты услуг врачей (которые получают оплату по принципу «за услугу») и стоимости биологических и визуальных исследований (которые тарифицируются отдельно).

Общее финансирование и оплата за активную деятельность

Государственные (и частные больницы, участвующие в так называемых миссиях) получают дополнительные выплаты для компенсации конкретных общественных миссий, включая образование, научные исследования, инновационную и другую деятельность, представляющую общенациональные интересы (например, оказание профилактической помощи). Отдельно от ОАД финансируются инвестиции в инфраструктуру, которые осуществляются через региональные больничные агентства (департаменты). Расходы на содержание скорой медицинской помощи

и связанных с ней мероприятий оплачиваются из ежегодных фиксированных грантов, однако некоторые медицинские услуги оплачиваются отдельно, с учетом годовой деятельности поставщиков. Наконец, ретроспективно оплачивается ограниченный список дорогих лекарств и медицинских приборов, в соответствии с фактическим уровнем сделанных назначений. Расходы на эти препараты и устройства с 2005 по 2007 г. увеличились на 37%.

Эффективность под вопросом

С 2004 по 2007 г. финансовое положение государственных больниц в целом ухудшилось, а частных улучшилось [1]. В 2007 г. каждая третья государственная больница имела дефицит, при этом общий дефицит бюджета составил около 500 млн евро. Государственные больницы, как представляется, испытывают трудности с сокращением своих расходов, несмотря на увеличение их активности. С точки зрения повышения производительности положение пока неясно. В целом государственные и частные больницы, по-видимому, отреагировали на ОАД путем увеличения объемов своей деятельности в 2005 г., год его введения. В государственных больницах стационарные и дневные случаи увеличились на 1,5 и 5% соответственно, в то время как в частном секторе, похоже, имел место сдвиг от стационарной к амбулаторной хирургии со снижением объемов стационарной помощи на 3% и с 9,5% увеличением числа случаев однодневного лечения. Пока неясно, насколько это возрастание амбулаторной активности представляет собой увеличение эффективности и сколько приходится на неправильное кодирование или избыточное предложение услуг. Внешние аудиты, проведенные фондами обязательного медицинского страхования, показали, что частично это увеличение было обусловлено избыточным кодированием амбулаторных консультаций. В 2006 г. Министерство здравоохранения издало указ, обеспечивающий более строгое определение критериев оказания «хирургии одного дня». Впоследствии общее количество дневных случаев в 2007 г. снизилось на 8%

(4 и 10% в государственном и частном секторе соответственно).

Контроль объема и цены услуг на макроуровне

Для того чтобы сдерживать уровень расходов больниц, парламент устанавливает целевые показатели для национального уровня расходов по оказанию активной медицинской помощи (с отдельными показателями для государственного и частного сектора). Если фактический рост объемов этой помощи превышает целевые показатели, цены на услуги снижаются. Поскольку увеличение активности в 2005 г. было выше предусмотренного показателя, правительство в 2006 г. сократило ОГП-цены на 1%. Впоследствии в 2007 г. общие объемы помощи снизились примерно на 3,5%, но трудно сказать, насколько это было обусловлено реакцией на снижение ОГП-цен. Однако этот макроуровневый механизм регулирования создает путаницу и крайне непрозрачную среду для больниц, в которой невозможно прогнозировать рыночные тенденции и цены. ОГП-цены устанавливаются в зависимости от глобальных изменений в больничной деятельности независимо от изменения затрат на уровне отдельных больниц. Таким образом, если имеет место глобальный подъем в активности (который согласно национальному регулированию приводит к падению ОГП-цен), у некоторых больниц доход может снизиться, даже если их собственный уровень и спектр деятельности останутся неизменными.

Недостаточность информации о воздействии

Пока еще нет национальных оценок воздействия ОАД на измеримые результаты, такие, как показатели активности, повторной госпитализации и показатели работы койки (продолжитель-

ности пребывания и т.д.). Но в недавнем отчете Ревизионной палаты (*Cour de comptes*) сделан вывод о том, что ОАД стал очень непрозрачным механизмом контроля для руководства больниц и что наблюдение за доходами больниц неадекватное. Отчет также критикует неоднозначный процесс формирования ОГП-цен, потому что не всегда ясно, что входит в стоимость, а что нет. В целом расходы на деятельность больниц (которая не связана с ОГП) с 2005 по 2007 г. существенно возросли: расходы на дорогостоящие лекарства и медицинские приборы увеличились на 37%, другие ежедневные дополнительные выплаты – на 21% против 4% увеличения расходов, связанных с ОГП.

Заключение

До настоящего времени внедрение системы ОГП во Франции не позволило добиться всех поставленных целей с точки зрения повышения эффективности, прозрачности, справедливости финансирования и повышения КМП. Не хватает данных для уточнения себестоимости медицинских услуг, чтобы определить эффективных поставщиков, для выявления различий в лечении пациентов и отслеживания любых изменений в поведении различных участников системы. Показатели КМП, например, по повторной госпитализации и смертности, также отсутствуют. Да и правила игры стали не намного более справедливыми, поскольку цены ОГП по-разному покрывают одни и те же расходы в государственных и частных больницах, а расходы за пределами ОГП по-прежнему непрозрачные. Требуется более качественный мониторинг больничных расходов, которые не входят в систему ОГП. Кроме того, контроль объемов и цен, установленный на макроуровне, контрпродуктивен или неэффективен. Возможно, эффективность может повысить договорный подход, дающий отдельным поставщикам четкие сигналы по объему и качеству, оказываемых услуг.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Ор Зейнеп (Or Zeuner) – старший научный сотрудник IRDES (Париж, Франция)

Or Zeynep. Activity based payment in France // EuroObserver (The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies). 2009. Vol. 11 (4). P. 5–6.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Mission T2A (2009), Rapport d'activite du Comite d'evaluation de la T2A, DREES, September 2009.

Финансирование стационарной медицинской помощи в Австрии

К. Кобел, К.-П. Пфайфер

Здравоохранение в Австрии реализуется посредством обязательного медицинского страхования, которое охватывает почти 99% жителей. Существуют различные источники поступлений в бюджет здравоохранения. Комбинированные выплаты работников и работодателей в фонды обязательного медицинского страхования составляют 46% от общего объема расходов на здравоохранение. Еще 30% обеспечиваются за счет налогов, оставшиеся 24% – из доплат, выплачиваемых наличными самими пациентами или покрываемых за счет дополнительного добровольного медицинского страхования [1]. Федеральное правительство отвечает за принятие основных законов в области здравоохранения, за их реализацию отвечают 9 провинций страны. Однако фактически эта политика реализуется через так называемые платформы здравоохранения на федеральном и провинциальном уровнях. Платформы здравоохранения – это советы, которые представлены различными участниками системы здравоохранения, в том числе соответствующими государственными фондами здравоохранения, которые обязаны реализовывать и контролировать выполнения установленных планов по объемам и показателям КМП (более подробно – см. Hofmarcher M.M., Rack H.-M., 2006). В рамках реформы здравоохранения в 2005 г. в каждой

провинции были созданы государственные фонды здравоохранения для финансирования стационарной медицинской помощи и контроля исполнения нормативной базы в здравоохранении [2].

В Австрии имеются 183 больницы неотложной (активной) помощи (2006) с коечным фондом на 52 894 мест [3]. Из числа этих больниц 140 (92% коек) являются государственными или частными некоммерческими больницами, финансируемыми главным образом за счет государственных фондов здравоохранения. Бюджеты государственных фондов здравоохранения состоят из ресурсов, выделяемых федеральным правительством, провинциями и муниципалитетами на основании фиксированного процента налогов на добавленную стоимость. Кроме того, фиксированную плату вносят фонды обязательного медицинского страхования. В большинстве провинций взносы муниципалитетов и местных органов, покрывающие операционный дефицит больниц, также добавляются в государственные фонды здравоохранения. Частные коммерческие больницы финансируются главным образом через прямые взносы пациентов или систему добровольного медицинского страхования. Кроме того, для медицинских услуг, покрываемых за счет средств обязательного медицинского страхования, затраты этих частных больниц воз-

мещаются через фонд финансирования частных больниц (PRIKRAF). Хотя средняя продолжительность пребывания пациентов в больницах постоянно сокращается, показатели госпитализации остаются на высоком уровне. Однако сравнение с другими странами проблематично, поскольку амбулаторные медицинские услуги, выполняемые в больницах (т.е. при 0 дней госпитализации), которые весьма распространены в австрийских больницах, для получения оплаты все равно фиксируются и учитываются как полноценные госпитализации.

Австрийская система диагностически связанных групп

До 1996 г. больницы финансировались на основе посуточных выплат, и стимулов для повышения рентабельности или прозрачности деятельности у них не было. Поэтому после многих лет реформирования нормативно-правовой базы была введена система финансирования больниц, ориентированная на производительность, называемая *Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung* (далее – LKF, или методика финансирования больничных учреждений), которая стала обязательной в 1997 г. для всех больниц, финансируемых нынешними государственными фондами здравоохранения. Кроме того, LKF стала обязательной даже для частных коммерческих больниц, которые работали в системе обязательного медицинского страхования. LKF не является ни воспроизведением, ни дальнейшим развитием существующих систем ДСГ. Она была разработана и до сих пор находится в ведении группы экспертов Министерства здравоохранения Австрии. Подробная информация и программное обеспечение для группирования находятся в свободном доступе на сайте www.bmg.gv.at.

Цели

Основные задачи, связанные с введением системы финансирования на основе отдельных случаев или LKF [4]:

- повышение прозрачности расходов и активности больниц;
- снижение частоты госпитализации;
- сокращение ежегодного роста расходов на здравоохранение и средней продолжительности пребывания;
- мотивация к переходу от оказания услуг в стационарных условиях к амбулаторным условиям;
- сокращение числа больничных коек;
- внедрение простого инструмента управления и планирования больницами.

Характеристики системы

Сегодня LKF главным образом является механизмом возмещения затрат больниц. Вместе с австрийским планом структурных преобразований в здравоохранении она используется в целях управления и планирования оказания госпитальной помощи путем определения минимальных требований для определенных медицинских услуг, которые подлежат возмещению. LKF представляет собой двухкомпонентную систему с основной (фиксированной) частью и дополнительной (управляемой). Классификация пациентов на группы и выделение соответствующих коэффициентов соотношений между группами содержатся в основной части, тарифы устанавливаются Министерством здравоохранения на федеральном уровне единообразно для всех провинций и больниц. Дополнительная часть управляется на уровне провинций и регулирует процессы получения больницами конкретного возмещения в рамках системы LKF.

Классификация пациентов основана на том, получали ли они или нет одну из дорогих или очень часто используемых услуг по Австрийскому каталогу процедур (список всех стационарных услуг, покрываемых системой обязательного медицинского страхования). Пациенты классифицируются либо в одну из 204 групп единичных (простых) медицинских процедур (MEL), либо в одну из 219 групп основного диагноза (HDG). Эти группы были созданы для объединения аналогичных в медицинском отношении больничных случаев в экономически однород-

ные группы. В каждой из этих групп (в соответствии с диаграммой принятия решений) пациентов распределяют в одну из 979 подгрупп или случаев (в зависимости от объема и сложности медицинских процедур или по диагнозу), называемых LDF-группами. Информация, используемая при формировании LDF-группы, связана или с длительностью пребывания пациента в стационаре (в разрезе диагнозов по МКБ-10 или перечня медицинских услуг), или с характеристиками самого пациента (например, возрастными группами). Каждая LDF-группа имеет определенный балл, состоящий из компонента, связанного с собственно оказанием услуги (например, получаемое лечение и диагностические процедуры), и компонента времени в днях (например, уход, стоимость размещения, так называемые отельные услуги стационара). К компоненту времени добавляются скидки или надбавки на выбросы (отдельные случаи, которые не укладываются в среднюю цену). При нахождении в палатах интенсивной терапии или специальных отделениях (например, психиатрических или гериатрических/реанимационных отделениях) назначаются дополнительные баллы на суточной основе [5].

Первоначально дополнительная часть LKF-системы была введена для формирования в провинциях плавного перехода к новой модели финансирования и созданию стимулов для достижения высокого КМП. Некоторые провинции, относительно свободные в управлении ресурсами, использовали этот компонент для распределения средств по собственным критериям. Две провинции (Нижняя и Верхняя Австрия) вообще не использовали или исполь-

зовали незначительно этот дополнительный компонент для распределения ресурсов. Однако большинство провинций использовало его либо путем установления фиксированного процента от бюджета больниц исходя из конкретных показателей их деятельности или уровня оплаты персонала (Форарльберг, Тироль, Бургенланд), либо путем взвешивания LKF-баллов (нахождение среднеарифметического коэффициента) в отношении определенных показателей деятельности больниц или оплаты персонала (Каринтия, Штирия, Вена). В Зальцбурге применялась комбинация обоих подходов [6].

Заключительные замечания

После введения LKF-системы наблюдалось увеличение объема амбулаторных услуг по отношению к стационарным, хотя изначально ставилась противоположная цель. Это частично объясняется отсутствием четкого взаимодействия между этими двумя секторами. В настоящее время прилагаются усилия по достижению интегрированного оказания медицинской помощи и продолжается разработка общего перечня услуг для стационарной и амбулаторной помощи. С лучшей интеграцией медицинской помощи необходимость госпитализаций уменьшается, при этом возможно сочетание стационарной и амбулаторной медицинской помощи. Однако действующая система оплаты амбулаторной медицинской помощи значительно отличается от используемой в больницах, поэтому необходимо принять решение, как будет оплачиваться эта комплексная интегрированная медицинская помощь.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Кобел Конрад (Kobel Conrad) – научный сотрудник отдела медицинской статистики, информатики и экономики здравоохранения в Медицинском университете Инсбрука (Австрия)

Пфайфер Карл-Петер (Pfeiffer Karl-Peter) – профессор кафедры медицинской статистики, информатики и экономики здравоохранения Медицинского университета Инсбрука (Австрия)

Kobel C., Pfeiffer K.-P. Financing inpatient health care in Austria // EuroObserver (The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies). 2009. Vol. 11 (4). P. 7–8.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Thomson S. et al. Financing health care in the European Union. Challenges and Policy Responses. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.
2. Hofmarcher M.M., Rack H.-M. Health Systems in Transition: Austria. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2006; Vol. 8 (3): 1–247.
3. BMGFJ. Krankenanstalten в Österreich больницах в Австрии 2008. Fur Bundesministerium Gesundheit, Familie und Jugend, 2008.
4. Olensky E. Die Funktionsweise des osterreichischen LKF-Systems. Bundesministerium fur Gesundheit und Frauen, 2004.
5. BMGFJ. Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – LKF –Systembeschreibung 2009. Fur Bundesministerium Gesundheit, Familie und Jugend, 2008.
6. Hofmarcher M.M., Riedel M. Gesundheit-sausgaben in der EU: Ohne Privat kein Staat, Schwerpunktthema. Das osterreichische Krankenanstaltenwesen – eines oder neun Systeme? Health System Watch. 2001; Vol. 1/ Fruhjahr.

Система диагностически связанных групп в Испании – каталонский опыт

Ф. Котс, К. Сальвадор,
П. Чиарелло, М. Бустинс,
К. Кагельс

В 1980-х гг. в здравоохранении Испании произошло много изменений. Отправной точкой было объединение раздробленной системы финансирования медицинской помощи. Одна часть этой системы покрывала медицинскую страховку только для работающих и пенсионеров, а другая – за счет обществ взаимного страхования и частных средств обеспечивала оказание базовых медицинских услуг для остальной части населения. Демократические перемены в конце 1970-х гг. привели к созданию единой системы здравоохранения на основе равного доступа с единым объемом покрытия для всех (Закон о здравоохранении 1986 г.).

В Каталонии после передачи обязанностей за организацию медицинской помощи этому автономному образованию с 1981 по 1986 г. большинство больниц были сведены воедино

для образования сети государственных больниц (*Publica Xarxa Hospitalaria d'Utilizacio*, ХНУР). Это позволило единому государственному закупщику (автономному образованию) закупать медицинские услуги в одной сети для всего населения. В настоящее время в Каталонии имеются две сети больниц: государственная (ХНУР), включающая 73% стационарных учреждений, оказывающих активную медицинскую помощь, и составляющая 84% от общего коечного фонда, и частная, включающая оставшиеся 27% учреждений и 16% коечного фонда [1]. В Каталонии 24,1% населения наряду с государственным покрытием медицинских услуг использует и частные источники (добровольное медицинское страхование и собственные средства) [2]. К частным средствам, как правило, прибегают для оказания акушерских услуг: многие люди

выбирают частные центры из-за более высокого качества, комфорта и уровня обслуживания, а также для проведения плановых операций, чтобы избежать длинных очередей в государственном секторе или для получения медицинских услуг, которые не имеют государственного покрытия, например, для косметической хирургии и стоматологии.

Деятельность сети общественного (государственного) здравоохранения

В середине 1980-х гг. сектор общественного здравоохранения в Каталонии был просто совокупностью разнородных типов организаций, принадлежащих различным учреждениям: правительству, муниципалитетам, фондам, предоставляющим пособия по болезни, религиозным организациям и обществам взаимного страхования. Каталонский орган здравоохранения (который был преобразован в Каталонскую службу здравоохранения, CatSalut) не знал о типах и количестве закупаемых услуг, о размерах их возмещения и как это все сказывается на финансовой устойчивости системы здравоохранения. Это привело к использованию инструментов, способных определять активность лечебных учреждений. Для больниц ХНУР, чтобы убедиться, что услуги в области здравоохранения предоставляются согласно принципам справедливости и адекватности, была создана информационная система, охватывающая 60 больниц в среднем на 220 мест, оказывающих активную медицинскую помощь [3]. В 1990 г. все государственные и частные больницы в Каталонии обязали подготовить минимальный основной набор данных (*Conjunt Mínim Bàsic de Dades*, CMBD) о пациентах, выписанных из больниц, и об услугах, которые они получили. В 1995 г. минимальный набор ис-

ходных данных позволил CatSalut получить достаточно информации обо всех ХНУР-больницах, чтобы сгруппировать случаи (пролеченных пациентов) с помощью ДСГ-системы кодирования. CMBD использует диагноз и коды процедур, включая МКБ-9, той же версии, которая используется во всех испанских больницах.

Система ДСГ в Испании

До 1997 г. ДСГ кодирование не использовалось в системе оплаты медицинской помощи больницам. Возмещение строилось по системе «за контакт», основанной на единицах базовой помощи (*Unitat Bàsica d'Assistència*, UBA) [4]. Каждая услуга оценивалась как доля от пребывания пациента в стационаре, которая была принята за 1. Каждому случаю амбулаторной хирургии присваивали значение 0,75, каждый контакт с врачом в экстренных случаях оценивался в 0,50, первое амбулаторное посещение – 0,4, последующее посещение – 0,2. Все другие испанские автономные области использовали аналогичную систему возмещения [5].

Платежные системы ДСГ впервые были использованы в Каталонии в 1997 г. Система, введенная для группирования информации при выписке, была определена с помощью CMS-DRG* версии кодирования [6]. Эта оригинальная версия кодирования пациентов, которая использовалась в США. Больницы получают определенную сумму за случай, зависящую от среднего ДСГ-веса всех выписок по этой больнице. Этот средневзвешенный ДСГ сравнивается со средневзвешенным ДСГ в государственной сети. Этот применимый к больнице относительный коэффициент умножают на фиксированную сумму, которая публикуется ежегодно для каждой группы случаев [7]. Тарифы по оплате случаев также зависят от 2 конкретных показателей: IRR (relative resources intensity – коэффициент интенсивности потребления ресурсов) и IRE

* Система CMS-DRG (*Content management system – Система управления содержимым*) является оригинальной DRG-классификацией, которая разработана для группирования услуг больниц, предоставляемых населению США в рамках системы медицинской помощи «Медикэр».

(structure relative index – структурный коэффициент). CatSalut устанавливает средние тарифы для показателей IRR и IRE (цены Pirr и Pire) а также два взвешивающих процента (доли) для этих показателей:

$$\text{Цена при выписке} = (\text{IRE} \times \text{Pire} \times 65\%) + (\text{IRR} \times \text{Pirr} \times 35\%),$$

где IRE и IRR – это коэффициенты, устанавливаемые для каждой больницы. Pirr и Pire – цены по случаям – остались почти такими же с момента их введения. Последний показатель, в свою очередь, устанавливается по весу каждой ДСГ относительно средневзвешенной ДСГ.

Невыполненные цели

После первоначального введения новой системы возмещения расходов ставилась задача постепенного уменьшения доли структурного коэффициента (IRE) и увеличение доли индекса потребления ресурсов (IRR) как показателя уровня сложности, который должен быть основным показателем для установления размеров возмещения для каталонских больниц. Однако удельный вес IRR и IRE не изменился с 2008 г. (табл. 1). Очевидно, что текущий взвешивающий коэффициент (65% для IRE и 35% для IRR) не стимулирует больницы к оказанию более комплексной и сложной медицинской помощи, таким образом, увеличить возмещение в зависимости от сложности лечения не удалось. Независимо от различий в ДСГ-удельном весе случаев при выписке общий конечный результат возмещения расходов практически не изменился.

При расчете больничных возмещений вместе со стационарной помощью оплачивается и крупномасштабная амбулаторная хирургия (MAS), которая составляет около 40% от всей

хирургической активности (37% к 2006 г.) [8]. В каталонскую систему здравоохранения в 1990 г. была введена амбулаторная хирургия для оптимизации использования ресурсов и сокращения списков очередников на плановые стационарные хирургические вмешательства. Ее использование неуклонно растет, достигнув сегодняшнего значительного уровня. Наиболее частыми процедурами в амбулаторной хирургии являются операции, связанные с катарактой, освобождением запястного (карпального) туннеля, обрешением, вправлением паховой грыжи, лечебным и диагностическим выскабливанием матки, а также артроскопией. Группирование амбулаторной и стационарной помощи в рамках единой системы возмещения расходов было политическим решением, принятым для придания мощного стимула к проведению операций в амбулаторных условиях с целью уменьшения очередности, а также для сокращения расходов. Это было большим стимулом для замены стационарной хирургии, но этот стимул оказался чрезмерно интенсивным. Таким образом, основной задачей стало создание соответствующей инфраструктуры в амбулаторных центрах (табл. 2) [3].

Непредвиденные результаты

В первые годы своего появления эта система не работала должным образом. Первым субоптимальным результатом было то, что в CMS-DRG американские весовые значения для групп случаев не могли объяснить изменчивость стоимости случаев в Каталонии [9]. Это показало, что необходимо вводить для каждой страны коррективы удельного веса групп случаев, а также развивать системы учета данных по оценке затрачиваемых ресурсов на каждый случай в больницах.

Система возмещения расходов создала сильные стимулы для изменения клинической

Таблица 1. Взвешивающие коэффициенты IRE и IRR

| Взвешивающие коэффициенты | IRE | IRR |
|---------------------------|-----|-----|
| 1998–1999 гг. | 70% | 30% |
| 2000–2009 гг. | 65% | 35% |

Таблица 2. Структура случаев в больницах ХНУР [3]

| ХНУР | Количество случаев | | | | | | | Динамика 2001/2007, % |
|---|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------------|
| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | |
| Стационарная помощь (более 1 дня) | 734 | 730 | 732 | 733 | 736 | 737 | 764 | 4,1 |
| | 662 | 060 | 164 | 020 | 493 | 338 | 536 | |
| Масштабная амбулаторная хирургия | 104 | 117 | 159 | 173 | 128 | 144 | 183 | 75,1 |
| | 887 | 115 | 434 | 060 | 400 | 854 | 608 | |
| Другие виды помощи (включая дневной стационар)* | 152 | 171 | 217 | 234 | 184 | 189 | 262 | 72,1 |
| | 604 | 367 | 788 | 599 | 495 | 549 | 623 | |
| Всего | 992 | 1 018 | 1 045 | 1 067 | 1 113 | 1 144 | 1 210 | 22,0 |
| | 153 | 542 | 059 | 423 | 715 | 997 | 767 | |

*Данные не являются исчерпывающими, так как некоторые вариации могут зависеть от изменения качества больничной информации, предоставленной ХНУР.

практики в рамках каталонской системы здравоохранения. Поскольку цены на амбулаторную хирургию определяются по той же методике, что и при оплате стационарной помощи, деятельность больниц была ориентирована на расширение использования масштабной амбулаторной хирургии. Увеличение (табл. 2) активности и расходов (особенно в амбулаторной сфере) стало причиной диспропорций и искажений в финансовом балансе системы здравоохранения, что во многом связано с отсутствием информации о деятельности больниц и затратах, которые не могли быть выявлены с помощью ДСГ [10].

Задачи на будущее

Существуют два основных направления, на которых нужно сосредоточиться: во-первых, определение новой структуры удельных весов, которая отражает затраты на деятельность больниц более точно, чем американские удельные веса ДСГ. Во-вторых, развитие и единообразие систем учета стоимости услуг, для того чтобы сделать больничную информацию более сопоставимой, по крайней мере на региональном уровне. Испания решила использовать систему ДСГ без корректировки или изменения (табл. 3).

Таким образом, переход на другую ДСГ-систему или корректировка существующей системы для Испании проще, чем для большинства европейских стран, они могут быть сделаны при относительно низких затратах. В Европе только Португалия поддерживает американский стандарт в своей системе ДСГ, тогда как все другие страны разработали собственные модифицированные системы. Вследствие этого в схемах корректировок удельного веса ДСГ в специальном исполнении, которые были внедрены в ряде европейских стран, существует высокая степень несопоставимости показателей между разными странами, что уменьшает полезность ДСГ-системы как стандарта для сравнений в Европе. Ситуация в Испании показывает, что текущие версии ДСГ не могут отразить возрастающее значение масштабной амбулаторной хирургии и других амбулаторных услуг. Таким образом, Министерство здравоохранения Испании разработало проекты, направленные на проверку полезности системы IR-ДСГ [11] (группировка случаев с учетом интенсивности потребления ресурсов и качества оказания медицинской помощи), собирая данные от участвующих больниц. Цель этого проекта заключается в запуске экспериментального исследования для определения структуры расходов в стац-

Таблица 3. Введение DRG систем в Каталонии

| Каталония | 1-я версия DRG | 2-я версия DRG |
|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Дата введения | 1997 | 2006 |
| Основная цель | Возмещение расходов больниц | Сопоставление показателей больниц |
| DRG-система | CMS-DRG | AP-DRG модифицированная* |
| Данные, использованные для разработки | Отсутствуют (т.е. полностью импортированы) | Нет (т.е. полностью импортированы) |
| Номер DRG | 520 | 670 |
| Применяется к | государственным больницам (стационарным и амбулаторным центрам, оказывающим хирургические вмешательства и неотложную мед. помощь) | государственным и частным больницам |

*Система AP-DRG является модификацией CMS-DRG. Она охватывает более широкий спектр процедур и распространяется и на другие группы населения, кроме тех, что пользуются услугами «Медикэр».

онарных и амбулаторных условиях. В контексте каталонского здравоохранения улучшение качества также является текущим стратегическим аспектом, связанным с системами ДСГ. Движение за безопасность пациентов (*Aliança per la Seguretat*) – проект, продвигаемый Департаментом здравоохранения Каталонии, с участием больниц ХНУР (он реализуется на основе руководящих принципов ВОЗ «Всемирное движение за безопасность пациентов»). Это движение направлено на создание системы высокого качества и безопасности пациентов в стационарах, смещая акцент с эффективности

на улучшение безопасности пациентов. Это начинание повысило актуальность систем ДСГ для оценки качественных показателей и способствовало получению информации для принятия клинических и управленческих решений.

Кроме того, проект EuroДСГ (www.eurodrdg.eu), в котором участвуют некоторые каталонские больницы, позволит сравнить европейские системы ДСГ и покажет, можно ли будет достичь общего европейского стандарта по оплате стационарной медицинской помощи, масштабной амбулаторной хирургии и других видов амбулаторной помощи.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Котс Фрэнсеск (Cots Francesc) – глава службы здравоохранения при Департаменте оценки и клинической эпидемиологии, координатор здравоохранения IMAS, научный сотрудник CIBER Epidemiologia Salut Publica (CIBERESP), профессор Открытого университета Каталонии (Барселона, Испания)

Сальвадор Ксавье (Salvador Xavier) – аналитик в Divisio de Gestio dels Registres d'Activitat, Servei Catala de la Salut (Барселона, Испания)

Чиарелло Пьетро (Chiarello Pietro) – исследователь Департамента оценки и клинической эпидемиологии, Больница Дель-Мар (Барселона, Испания)

Бустинс Монтсеррат (Bustins Montse) – глава Divisio de Gestio dels Registres d'Activitat, Servei Catala de la Salut (Барселона, Испания)

Кастельс Ксавье (Castells Xavier) – медицинский директор IMAS, исследователь в Publica CIBER Epidemiologia Salut Publica (CIBERESP) и профессор Автономного университета Барселоны (Испания)

Cots F., Salvador X., Chiarello P., Bustins M., Castells X. DRGs in Spain – the Catalan experience // EuroObserver (The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies). 2009. Vol. 11 (4). P. 8–11.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Servei d'Informacio i Estudis (EESRI). Informacio estadística de l'assistència hospitalària. Catalunya, 2006. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2008. Available at: http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/xifres/eesrii_2006.pdf
2. Lopez Casasnovas G. El paper de l'assegurament sanitari i de la medicina privada en els sistemes públics de salut. Working Paper. Barcelona: Fundacio Catalunya Oberta.
3. CatSalut. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya (2001–2007). Barcelona: CatSalut, 2008. http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/prov_cmbdpublicacions.htm
4. Lopez Casasnovas G., Wagstaff A. La financiación hospitalaria basada en la actividad en sistemas sanitarios públicos, regulación de tarifas y eficiencia: el caso de la concentración hospitalaria en Cataluña. In: Lopez Casasnovas G., Rodriguez D. (eds). La regulación de los servicios sanitarios en España. Madrid: Civitas (editorial), 1997: 213–42.
5. Sanchez-Martinez F. et al. Cost accounting and public reimbursement schemes in Spanish hospitals. Health Care Management Science. 2006; Vol. (9): 225–32.
6. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Modalitat de pagament que regeixen la contractació de serveis sanitaris en l'àmbit del Servei Català de la Salut. DOGC: decret 179/1997. Barcelona, 1997: 8720–1.
7. Cots F., Castells X. Como pagamos a nuestros hospitales. La referencia de Cataluña y el contrapunto desde Andalucía. Gaceta Sanitaria 2001; Vol. 15 (2): 172–81.
8. Secretaria Técnica UCH. Anàlisi de l'evolució del preu alta i dels valors IRR I IRE període 1999–2009 en el conjunt de centres de la XHUP. Butlletí de la Unió catalana d'Hospitals. Barcelona, 2009.
9. Cots F. et al. Medicare's DRG Weights in a European environment: the Spanish experience. Health Policy. 2000; Vol. 51: 31–47.
10. Cots F. La sostenibilitat en-delta-Sistema hospitalari Catalunya. El balance de una decada. Gaceta Sanitaria 2004; 18 (1): 64–7.
11. Berlinguet et al. Case-mix analysis across patient populations and boundaries: A refined classification system designed specifically for international quality and performance use. 3M, 2007.

Внутренний аудит медицинской организации и ее эффективность



И.И. Хайруллин,
В.А. Курылев,
И.О. Капустина

ГАУЗ Республики Татарстан «Больница скорой
медицинской помощи», Набережные Челны

При рассмотрении деятельности медицинской организации (МО) с точки зрения повышения ее результативности и эффективности важное значение имеют процессы контроля. Контроль является одним из основополагающих элементов цикла PDCA* и построения системы управления качеством. Внедрение прозрачной системы управления, ориентированной на достижение показателей результативности и эффективности, предполагает построение системы аудита.

Аудит – это систематический, независимый и документированный процесс получения и объективной оценки информации с целью установления степени соответствия согласованным критериям качества (совокупность политик, процедур или требований) [4]. В ГОСТ Р ИСО 9001-2001 определен регламент их проведения [3]. Важность процессов внутреннего аудита обусловлена необходимостью поддержания в МО системы управления качеством в режиме непрерывного улучшения. И в этой связи аудит должен носить регулярный характер.

Система аудита МО включает два базовых элемента: службу внутреннего аудита и документированные процедуры его проведения. Цель службы внутреннего аудита – организация контроля качества процесса оказания медицинской услуги, а также качества конечного продукта в виде удовлетворенного пациента и (или) счета-реестра, оплаченного страховой организацией.

Внутренний аудит является инструментом контроля результативности, эффективности и безопасности функционирования как отдельных сотрудников и подразделений, так и организации в целом.

Ключевые слова:

процесс,
эффективность,
результативность,
управление,
медицинская
организация, аудит

The internal audit process of the medical organization and its efficiency

I.I. Khayrullin, V.A. Kurylev, I.O. Kapustina

Emergency Hospital, Naberezhnye Chelny

* PDCA (англ. Plan–Do–Check–Act – планирование–действие–проверка–корректировка) циклически повторяющийся процесс принятия решения, используемый в управлении качеством.

In reviewing the activities of the medical organization in terms of improving its effectiveness and efficiency are important control processes. Control is one of the fundamental elements of PDCA cycle and building a quality management system. The introduction of a transparent system of governance aimed at the achievement of performance indicators and efficiency involves building a system audit.

Audit – a systematic, independent and documented process for obtaining an objective assessment of the information and to establish the degree of compliance with agreed quality criteria (a set of policies, procedures or requirements) [4]. The ISO 9001-2001 defined the rules of conduct [3]. The importance of building internal audit processes due to the need to achieve the main goal – maintenance of Defense Quality Management System in continuous improvement. In this regard, the audit should be regular.

Defense System audit involves two basic elements, the internal audit and the documented procedures of the meeting. The purpose of the internal audit organization is the quality control of medical services, as well as the quality of the final product, in the form of patient satisfaction and (or) paid invoice register an insurance company.

Internal audit is a tool for monitoring the efficiency, effectiveness and safety of both individual employees, departments and the organization as a whole

Keywords:

process, efficiency, effectiveness, management, medical organization, audit

По нашему мнению, ключевым фактором успеха для построения системы качества в медицинской организации (МО) и прохождения объективной сертификации на соответствие требованиям ISO 9001 является создание самостоятельной службы качества. Основные направления деятельности этой службы сосредоточены на процессах внутреннего аудита.

Аудит – это систематический, независимый и документированный процесс получения информации и объективной ее оценки с целью установления степени соответствия согласованным критериям качества [3]. Внутренний аудит системы управления качеством является одним из ключевых процессов, он обеспечивает системе режим постоянного улучшения и должен носить регулярный характер.

Аудиты делятся на плановые (на основании программы аудитов) и внеплановые (на основании распоряжения главного врача). Периодич-

ность проведения планового аудита должна составлять не реже 1 раза в год.

Помимо этого аудиты могут быть внутренними и внешними.

Внутренний аудит (аудит первой стороны) осуществляет МО. При внутреннем аудите изучаются собственная система, процедуры и деятельность, определяются их адекватность и соответствие критериям и индикаторам результативности и эффективности.

Аудит качества ориентирован на выявление объективных причин возникновения несоответствий в системе качества, процессах или продуктах (услугах) организации.

Внутренние аудиты позволяют проверить собственную систему менеджмента качества на соответствие требованиям международного стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2008, а также определить соответствие деятельности МО в области качества запланированным мероприятиям и направлениям для их улучшения.

Внутренний аудит как процесс

На примере ГАУЗ Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи» (БСМП) внутренний аудит преследует следующие цели:

- 1) установление соответствия или несоответствия текущих процессов требованиям стандарта и внутренним требованиям;
- 2) определение причин выявленных несоответствий;
- 3) определение результативности и эффективности внедренной системы управления качеством с точки зрения достижения целей, установленных в области качества;
- 4) получение объективных данных для улучшения деятельности;
- 5) проверка выполнения и оценка результативности и эффективности корректирующих действий, проведенных по результатам предыдущих проверок.

Главный результат аудита – определение практических шагов для улучшения работы подразделения, организации. Поэтому в любом аудите существенное значение имеют объективные свидетельства, которые аудиторы обнаруживают в ходе проведения аудита. Получить такие свидетельства можно только в том случае, когда критерии аудита и правила оценки несоответствий задокументированы, а значит, прозрачны и не допускают двоякого толкования.

Объективными критериями соответствия при проведении внутреннего аудита являются:

- 1) требования ИСО 9001 (ГОСТ Р ИСО 9001-2008);
- 2) политика и цели в области качества МО;
- 3) требования документации системы менеджмента качества (СМК) МО.

По мнению В.В. Репина (2013), «процесс – это устойчивая, целенаправленная совокупность взаимосвязанных видов деятельности, которая по определенной технологии преобразует входы в выходы, представляющие ценность для потребителя (клиента)» [6].

В п. 2.4 ГОСТ ISO 9000-2011 указывается: «Для того чтобы результативней функционировать, организация должна определять и осуществлять менеджмент многочисленных взаимосвязанных и взаимодействующих процессов. Часто выход одного процесса является непосредственным входом следующего. Систематическое определение и менеджмент процессов, применяемых организацией, и, особенно, взаимодействие этих процессов могут рассматриваться как “процессный подход” [2]». На рис. 1 представлена базовая схема процесса, согласно ISO [9].

Из представленной схемы видно, что выходом процесса могут быть показатели результативности либо показатели эффективности. Показатели результативности могут быть трех видов: материальные, финансовые, информационные. Показатели эффективности определяют затраты финансовых средств и временные затраты для достижения конечных (установленных, плановых) показателей результативности.

Проведение внутреннего аудита основных и вспомогательных процессов – относительно новое направление в деятельности МО РФ. Предпосылкой для его развития стала клиничко-экспертная работа (КЭР) лечебно-профи-

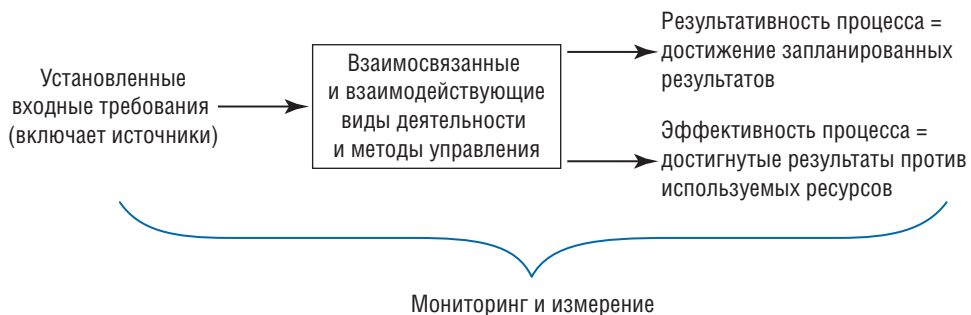


Рис. 1. Базовая схема процесса согласно ISO

лактического учреждения. Новый качественный скачок в понимании этого процесса связан с широким внедрением в последние годы стандарта ISO 9001. Ключевое отличие между аудитом и КЭР кроется в наличии либо в отсутствии документированных процессов и прозрачных индикаторов деятельности подразделений, а также организации в целом.

Аудит – это систематический независимый документированный процесс объективной оценки процесса с целью установления степени достижения согласованных индикаторов.

Остановимся на базовых понятиях данного определения.

Систематический – внутренний аудит проводится с определенной установленной запланированной последовательностью. Так, плановый внутренний аудит проводится во всех подразделениях нашей больницы не реже одного раза в год.

Независимый – специалисты, проводящие аудит, не должны отвечать за результаты той работы, которую они проверяют. В формируемую аудиторскую группу не включаются аудиторы, которые работают в данном подразделении или как-то причастны к его работе.

Документированный – все этапы аудита, начиная с критериев оценки, а также процесс проведения и результаты аудита представлены документально.

Под *согласованными индикаторами аудита* понимаются требования действующих внешних и внутренних нормативных документов.

Внутренний аудит является одним из процессов системы менеджмента, и, следовательно, управление им должно осуществляться в соответствии с циклом PDCA, т.е. должны быть проведены планирование, выполнение, контроль, корректировка улучшений.

На первом этапе – планирование аудита – составляют программы внутренних аудитов на год, готовят опросный лист, составляют план проведения внутреннего аудита, проводят предварительное совещание.

К этапу выполнения относятся проведение аудита в подразделениях и заключительного совещания по итогам аудита, анализ и выявление

причины несоответствия, разработка корректирующих действий, оформление аудит-протокола несоответствия.

Во время этапа контроля проводится повторный аудит для оценки выполнения корректирующих действий.

К этапу улучшения относятся результаты работы подразделения либо организации, которые были достигнуты в процессе проведения внутреннего аудита при устранении несоответствий. Улучшением работы подразделения может являться факт устранения несоответствий.

Однако стратегическая цель руководства – не только устранить несоответствие, но и добиться, чтобы это несоответствие не повторялось впоследствии. В связи с этим на заключительном совещании вместе с сотрудниками и руководителями проверяющих подразделений надо постараться выявить причину выявленного несоответствия. С этой целью проводится корневой анализ и выявляется корневая причина. Если этого не сделать, то несоответствие в дальнейшем повторится.

При проведении внутреннего аудита преследуется цель не наказать, а прежде всего обучить руководство и сотрудников, чтобы это несоответствие больше не повторялось.

Процесс аудита включает несколько подпроцессов. Нами разработана процессная карта, в которой задокументированы все процедуры и операции как главного аудитора, так и всей аудиторской группы. Это позволило четко определить задачи всем участникам аудита: они знают, что нужно выполнять на определенном этапе процесса, а также в какой последовательности (рис. 2).

С целью создания прозрачной и надежной системы управления службой качества совместно с руководителями подразделений были разработаны процессные карты каждого подразделения. Теперь конкретно каждый сотрудник знает последовательность своих действий, действий своего коллеги и их взаимодействие в рамках определенного процесса. Все это способствовало улучшению работы как отделений, так и отдельных сотрудников за счет повышения их процессной мотивации.

Ниже представлен процесс проведения лечебно-диагностических мероприятий в отделении нейрохирургии ГАУЗ РТ БСМП (рис. 3).

Оценка результативности проведения внутреннего аудита

Проверка деятельности в области качества проводится внутренними аудиторами. Приказом ГАУЗ РТ «БСМП» № 513 от 01.12.2011 назначена группа внутренних аудиторов в количестве 26 человек. Все аудиторы имеют соответствующие сертификаты: они прошли специальную подготовку в рамках семинара «ISO 9001 (ГОСТ Р ИСО 9001-2008). Внутренние аудиты системы менеджмента качества организации» в объеме 18 академических часов и обладают необходимой компетентностью для проведения внутреннего аудита. Сформирован институт уполномоченных по качеству из ведущих специалистов больницы (52 врача, 28 медицинских сестер).

На основе проведенных аудитов проанализирована результативность деятельности трех отделений хирургического профиля ГАУЗ РТ БСМП с 2012 по 2014 г.

В отделении А в 2012 г. были выявлены 10 несоответствий, в 2013 г. – 5, в 2014 г. – 3 (рис. 4а).

В отделении Б в 2012 г. выявлены 15 несоответствий, в 2013 г. – 5, в 2014 г. – 3 (рис. 4б).

В отделении В в 2012 г. выявлены 7 несоответствий, в 2013 г. – 7, в 2014 г. не выявлено ни одного несоответствия (рис. 4в).

На примере отделений А, Б, В наблюдается динамика непрерывного улучшения деятельности.

Проведение корневого анализа и нежелательных событий

При проведении внутреннего аудита аудиторской группой совместно с руководителем структурного подразделения на итоговом совещании проводится корневой анализ и выявляется корневая причина выявленного несоответствия.

При выявлении корневой причины можно использовать аналитический инструмент, который называется «5 Why?», или «Пять почему?».

Лишь выявив корневую причину, можно добиться повышения результативности или эффективности процессов. Сложность применения данного инструмента заключается в субъективно зависимом ходе анализа и возможной попытке сотрудников сослаться на внешние неблагоприятные условия без тщательного анализа внутренних возможностей для улучшения.

Нежелательное событие – это любое событие или обстоятельство, которое случилось в процессе предоставления медицинской услуги и привело или могло привести к нежелательным и(или) неожиданным потерям, убыткам и(или) повреждениям.

В каждой МО должен быть список нежелательных событий, которые не должны произойти **никогда!**

Службой качества ГАУЗ РТ разработан каталог из 30 нежелательных событий, который затем был разослан в структурные подразделения руководителям. Руководители провели анализ и дополнили каталог событиями, которые происходили или могут произойти при определенных ситуациях.

Цели разработки данного документа – уменьшение риска нанесения вреда будущим пациентам через улучшение безопасности пациентов и качества медицинской услуги

Самыми важными шагами при внедрении системы управления рисками, по нашему мнению, являются создание корпоративной культуры, где все нежелательные события регистрируются, а также создание постоянно функционирующей системы обмена информацией о нежелательных событиях.

Причины нежелательных событий:

- сложность процессов оказания медицинской помощи;
- отсутствие коммуникации, искажение или потеря информации, неясные записи;
- слишком большая нагрузка персонала, усталость, эмоциональное выгорание;
- отсутствие культуры самоконтроля и системы контроля персонала;
- выход из строя критически важного оборудования;
- ограничения в ресурсном обеспечении, нехватка времени и/или денег;
- характеристики самих пациентов.

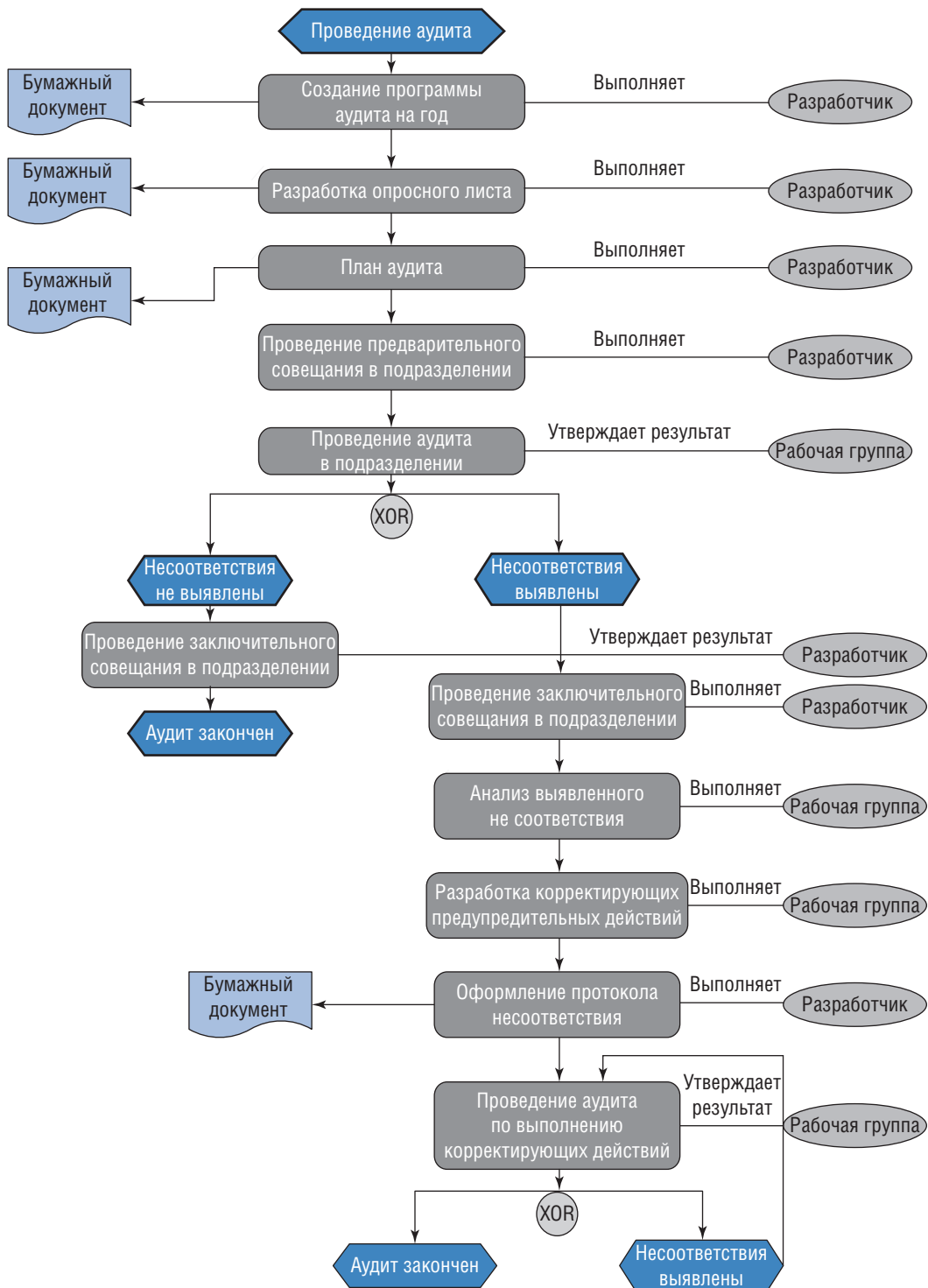


Рис. 2. Алгоритм проведения внутреннего аудита

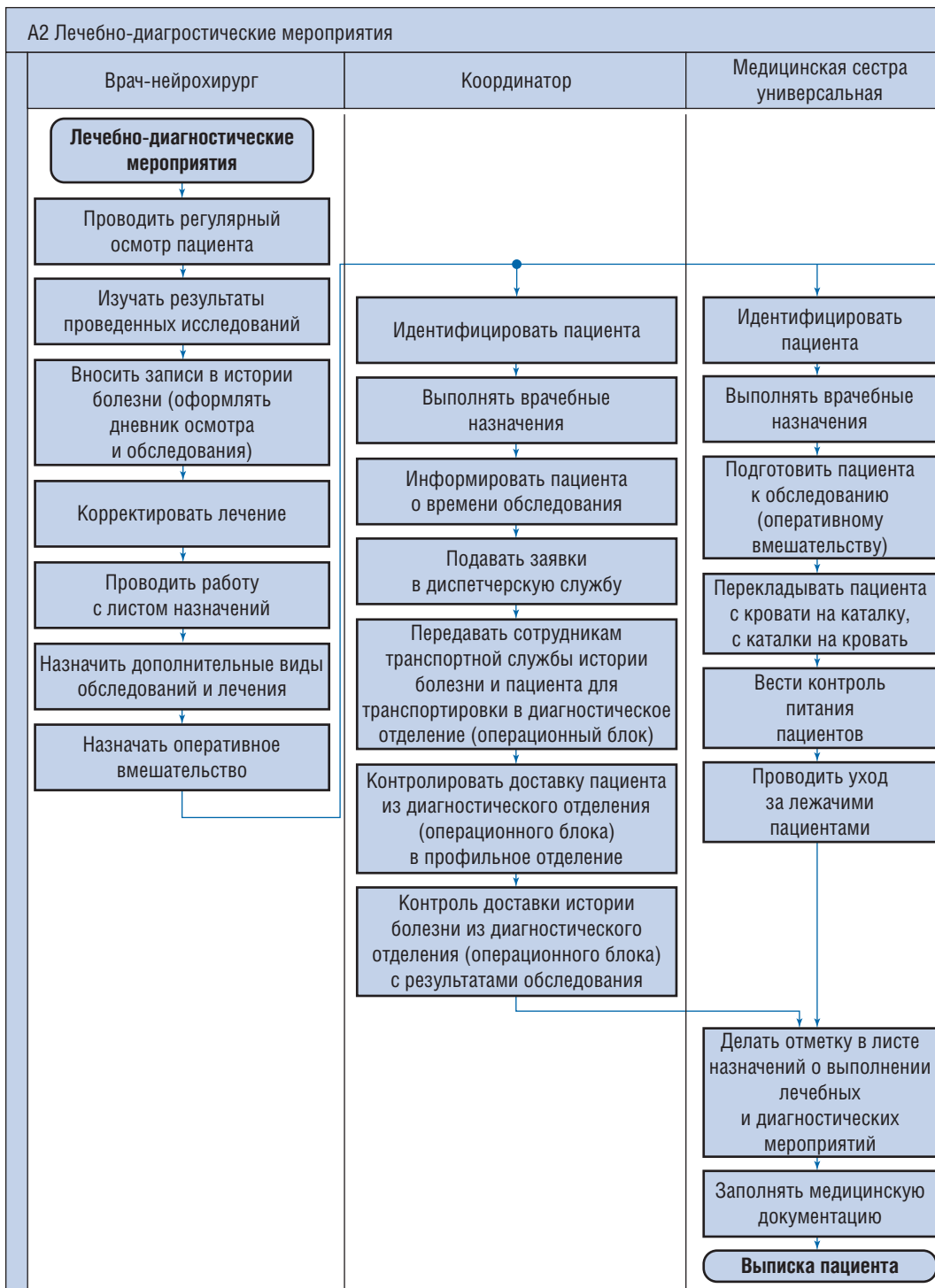


Рис. 3. Процесс проведения лечебно-диагностических мероприятий в отделении нейрохирургии ГАУЗ РТ «Больница скорой медицинской помощи»

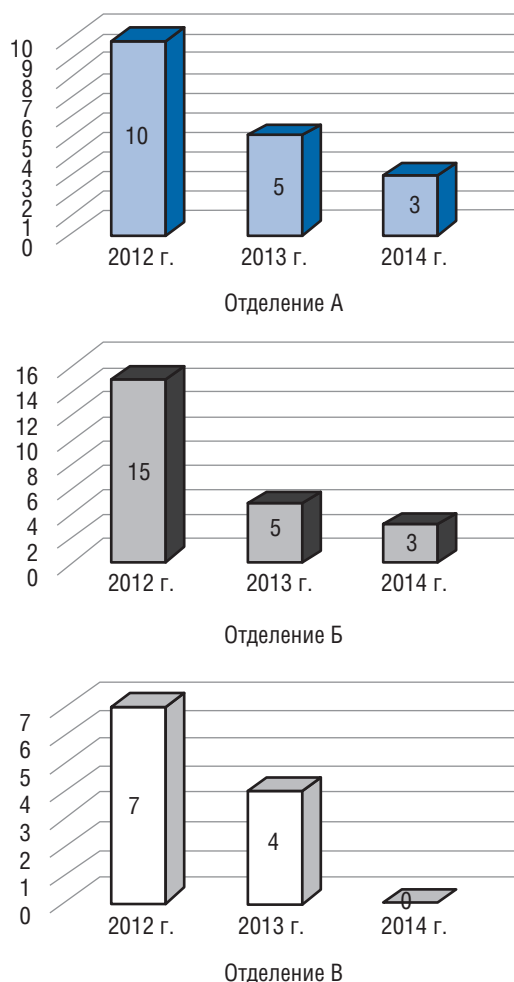


Рис. 4. Динамика выявления несоответствий в 2012–2014 гг. по отделениям

6 шагов к управлению рисками:

1. Определить слабые места в системе.
2. Предоставлять отчеты о нежелательных событиях: что произошло и чем это закончилось.

3. Стимулировать обмен информацией.
4. Искать корневые причины.
5. Избегать личных упреков и поиска виновных.
6. Системно исправлять ошибки, которые способствуют появлению неудач в работе.

Выявленные несоответствия являются иницирующим событием и определяют дальнейший путь по совершенствованию системы управления МО. Не следует скрывать выявленные несоответствия – они задают направление по коррекции процессов и тем самым способствуют дальнейшему улучшению. Надо бояться их сокрытия, персистирования и критичного накопления, что часто приводит к нежелательным медицинским и социальным последствиям. Это большая работа, которая ведется службой качества.

Выводы

1. Аудит – это процесс, который позволяет проанализировать качество текущих процессов, выявить их слабые стороны и наметить пути улучшения.

2. Аудит МО должен быть нацелен не только на выявление имеющихся несоответствий, он будет более эффективным, если будет способствовать построению системы риск-менеджмента, т.е. создаст систему профилактики несоответствий и нежелательных событий. Таким образом, из деятельности контролирующей он должен перейти в деятельность профилактическую.

3. Для построения системы профилактики несоответствий и нежелательных событий МО следует пересмотреть все процессы, определить риски, в них присутствующие, и мероприятия по уменьшению рисков, а также регулярно оценивать их результативность.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Хайруллин Ильдар Индусович – кандидат медицинских наук, главный врач ГАУЗ Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи» (Набережные Челны)
E-mail: iik3009@gmail.com

Курyleв Виктор Анатольевич – заместитель главного врача по клинично-экспертной работе и качеству ГАУЗ Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи» (Набережные Челны)

E-mail: Victor.Kurylev@tatr.ru

Капустина Ирина Олеговна – главный аудитор отдела по качеству ГАУЗ Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи» (Набережные Челны)

E-mail: iokapustina@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. ГОСТ Р ИСО 9004-2010 Национальный стандарт Российской Федерации. Менеджмент для достижения устойчивого успеха организации. Подход на основе менеджмента качества. М., 2010.

2. Межгосударственный стандарт ГОСТ ИСО 9000-2011 (ISO 9000-2008) «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь». М., 2011.

3. Межгосударственный стандарт ГОСТ ИСО 9001-2011 (ISO 9001-2008) «Системы менеджмента качества. Требования». М., 2011.

4. Свиткин М.З., Рахлин К.М., Мацуга В.Д., Дымкина О.Д. Настольная книга внутреннего аудитора. СПб.: Изд-во картфабрики ВСЕГЕИ, 2001. 99 с.

5. Национальный стандарт ГОСТ Р ИСО 19011-2012 (ISO 19011-2011) «Руководящие указания по аудиту систем менеджмента». М., 2012.

6. Репин В.В. Бизнес-процессы. Моделирование, внедрение, управление. М.: Манн, Иванов и Фарбер, 2013. 512 с.

7. Садовой М.А., Бедорева И.Ю. Система менеджмента качества в учреждениях здравоохранения. Новосибирск: АНО «Клиника НИИТО», 2009.

8. Внутренний аудит системы менеджмента: Учеб. пособие. СПб., 2004.

9. http://www.iso.org/iso/04_concept_and_use_of_the_process_approach_for_management_systems.pdf

REFERENCES

1. State Standard R ISO 9004-2010 National Standard of the Russian Federation. Managing for the sustained success of the organization. An approach based on quality management. Moscow, 2010. (in Russian)

2. Interstate standard ISO 9000-2011 (ISO 9000-2008) "Quality Management System. Fundamentals and vocabulary". (in Russian)

3. Interstate standard ISO 9001-2011 (ISO 9001-2008) «Quality Management System. Requirements». (in Russian)

4. Svitkin M.Z., Rakhlin K.M., Matsuta V.D., Dymkina O.D. Handbook of the internal auditor. St. Petersburg: Izdatel'stvo kartfabriki VSEGEI, 2001: 99 p. (in Russian)

5. National state standard R ISO 19011-2012 (ISO 19011-2011) «Guidelines for auditing management systems». (in Russian)

6. Repin V.V. Business processes. Modeling, implementation, management. Moscow: Izdatel'stvo Mann, Ivanov i Farber, 2013: 512 p. (in Russian)

7. Sadovoy M.A. Bedoreva I.Yu. The system of quality management in health care. Novosibirsk: ANO «Klinika NIIITO. 2009. (in Russian)

8. Internal audit management system: Textbook. St. Petersburg, 2004. (in Russian)

9. http://www.iso.org/iso/04_concept_and_use_of_the_process_approach_for_management_systems.pdf



Анализ эффективности организационных технологий совершенствования медицинской помощи при ишемической болезни сердца на региональном уровне

М.Г. Москвичева¹,
С.А. Белова²

¹ ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск

² ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России, Челябинск

Болезни системы кровообращения являются причиной демографической депопуляции. Проведенный анализ показателей здоровья населения Челябинской области и критериев эффективности деятельности медицинских организаций выявил наличие проблем в организации медицинской помощи больным ишемической болезнью сердца на региональном уровне. Полученные данные обосновали необходимость разработки и внедрения новых технологий повышения эффективности управления и организации медицинской помощи, способствующих повышению доступности и качества медицинской помощи больным ишемической болезнью сердца.

Ключевые слова:

критерии эффективности деятельности, медицинская организация, ишемическая болезнь сердца, технологии совершенствования медицинской помощи

Analysis of the effectiveness of organizational technologies improving medical care for coronary heart disease at the regional level

M.G. Moskvicheva¹, S.A. Belova²

¹ South Ural State Medical University, Chelyabinsk

² Federal Centre for Cardiovascular Surgery, Chelyabinsk

Diseases of the circulatory system are the cause of the demographic depopulation. Analysis of health indicators and criteria of the effectiveness of health care organizations, held in the Chelyabinsk region, revealed the existence of problems in the organization of medical care to patients with coronary artery disease at the regional level. The findings justify the need for the development and implementation of new technologies to improve the efficiency of management and health care organization, so to improve the accessibility and quality of medical care to patients with ischemic heart disease.

Keywords:
performance
measures, medical
organization,
coronary heart
disease, improving
health care
technology

Сохранение человеческого потенциала – первостепенная задача отечественного здравоохранения. Реформы здравоохранения последнего десятилетия направлены на сохранение и укрепление здоровья россиян, увеличение продолжительности предстоящей жизни и снижения смертности. Наибольший негативный вклад в структуру смертности и заболеваемости вносят болезни системы кровообращения. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире от болезней системы кровообращения (БСК) умирают порядка 17 млн человек, что составляет 30% от всех смертей, из них 7,2 млн человек умирает от ишемической болезни сердца (ИБС); в ближайшие 20 лет ИБС останется ведущей причиной смерти в мире [1]. Каждый шестнадцатый житель России страдает ИБС, что позволяет говорить об эпидемии заболевания [2]. По мнению исследователей, смертность от ИБС с 1990 г. по 2020 г. возрастет в 2 раза [3, 4]. Уровень смертности населения от ИБС во многом зависит от качества и доступности оказания медицинской помощи [5–8].

Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г., утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 г. № 1662-р, определены задачи, причем основными из них являются повышение эффективности организации медицинской помощи, в том числе обеспечение доступности для населения эффективных технологий оказания медицинской помощи на всех ее этапах.

Принятие ряда основополагающих нормативно-правовых актов: Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» № 326-ФЗ от 29.11.2010, Постановления Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», приказа МЗ РФ № 918н от 15.11.2012 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», – направлено на достижение целевых ориентиров, и основными из них являются рост ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 74,1 года и снижение смертности от БСК до 622 случаев на 100 тыс. населения к 2020 г. [9]. По результатам реализации подпрограммы 2 «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» планируется достичь снижения смертности от ИБС на 100 тыс. населения с 452,9 случая в 2011 г. до 355,8 случаев в 2020 г. В Челябинской области распоряжением правительства Челябинской области от 31.10.2013 № 296-рп «Об утверждении Программы развития здравоохранения Челябинской области до 2020 г.» были поставлены задачи снижения смертно-

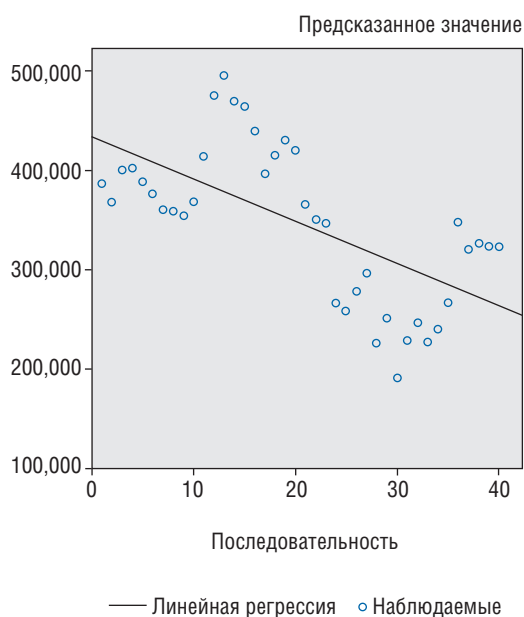


Рис. 1. Прогнозные показатели смертности от ишемической болезни сердца населения Челябинской области с 2001 по 2040 г.

сти от БСК к 2020 г. до 642,1 случая, от ИБС – до 304,4 случая на 100 тыс. населения.

Проведенный дисперсионный анализ ANOVA с целью прогнозирования показателей смертности от ИБС населения Челябинской области на долгосрочный период показал, что при существующих условиях достичь целевого показателя уровня смертности от ИБС можно не ранее 2030 г. (рис. 1).

Материал и методы

Источниками информации послужили официальные данные Федеральной службы статистики по Российской Федерации, статистические материалы Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Челябинской области (Челябинкстат), Челябинского областного медицинского информационно-аналитического центра, бланк экспертной оценки для изучения мнения специалистов «SWOT-анализ организации медицинской по-

мощи больным ИБС в Челябинской области», отчетная и учетная медицинская документация медицинских организаций области – отчетные формы медицинских организаций: форма № 14 «Сведения о деятельности стационара», форма № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах», форма № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении», форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», форма № 40 «Отчет о станции (отделении), больницы скорой медицинской помощи»; форма № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению», учетные формы медицинских организаций: форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента»; форма № 025-2/у «Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов»; форма 039/у-02 «Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлиническом учреждении, на дому»; форма 066/у «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому» за 2001–2014 гг.

В рамках математико-статистического метода рассчитывали относительные (интенсивные и экстенсивные показатели, показатели соотношения), средние величины и ошибки средних величин. Анализ динамического ряда проводили через расчеты показателей роста (по базисному и цепному методу) и абсолютного значения 1% прироста. Прогнозирование проводили с помощью дисперсионного анализа ANOVA. Достоверность различий оценивали с помощью корреляционного анализа. Статистические гипотезы при количественных показателях проверяли с помощью критериев Стьюдента. Для сопоставления групп по количественным признакам использовали критерий Пирсона. Достоверность отличий принималась на 95% уровне ($p < 0,05$). Статистическую обработку полученной информации осуществляли с применением персонального

компьютера с использованием статистического пакета прикладных программ статистики компании StatSoft Inc. (USA) SPSS Statistics (версия 17) и MS Excel.

Результаты и обсуждение

С целью достижения индикативных показателей в рамках программы модернизации в Челябинской области в течение 2011–2014 гг. была изменена организационная структура оказания медицинской помощи на региональном уровне с формированием трехуровневой системы оказания медицинской помощи и созданием медицинских округов [5, 10]. Формирование медицинских округов позволяет оптимизировать структуру медицинской помощи по видам и объемам в соответствии с потребностью населения региона, создать равные возможности для населения в получении всех видов медицинской помощи, осуществить маршрутизацию пациентов при предоставлении медицинской помощи выше муниципального уровня, повысив доступность населению специализированной медицинской помощи, а также централизовать управление маршрутизацией пациентов внутри медицинского округа [11, 12]. Организация первичной врачебной, первичной специализированной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи больным ИБС осуществляется в соответствии с приказами Минздрава Российской Федерации № 918н от 15.11.2012 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями», Минздравсоцразвития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», Минздрава Российской Федерации от 21.12.2012 № 1334н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения» и приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 24.07.2012 № 1054 «Об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Челябинской области».

Эффективное функционирование трехуровневой системы зависит от разработки и внедрения маршрутизации пациентов с ИБС по уровням оказания медицинской помощи. С этой целью на региональном уровне медицинские организации Челябинской области были распределены по уровням оказания медицинской помощи с закреплением медицинских организаций первого уровня за медицинскими организациями второго и третьего уровней. При решении вопросов о закреплении медицинских организаций учитывали характер расселения населения, сложившиеся потоки движения больных, транспортную инфраструктуру, наличие подготовленных кадров и необходимой диагностической базы.

Первый (муниципальный) уровень включает оказание медицинской помощи пациентам кардиологического профиля из числа прикрепленного населения доврачебной первичной медико-санитарной помощи фельдшерами и первичной врачебной медико-санитарной помощи врачами-терапевтами и врачами общей практики, первичной специализированной медико-санитарной помощи врачами – кардиологами, специализированной медицинской и скорой медицинской помощи. Особое внимание уделяется высокорисковым группам пациентов, а также лицам, у которых на электрокардиограмме (ЭКГ) диагностирован перенесенный инфаркт миокарда. На этом уровне проводятся необходимые исследования, включающие ЭКГ, клинические лабораторные методы диагностики, биохимические методы, в том числе с использованием тест-систем (определение уровней холестерина, билирубина, глюкозы крови, кардиомаркеров).

В медицинские организации второго уровня пациенты направляются при отсутствии соответствующего специалиста или возможности обследования на первом уровне с целью уточнения диагноза или стадии заболевания, для дообследования с применением специальных инвазивных и неинвазивных диагностических методик, коррекции проводимой терапии при отсутствии эффекта от назначенного ранее лечения и для оказания специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара при поликлини-

никах в медицинских организациях второго уровня. Второй уровень оказания первичной медико-санитарной помощи в Челябинской области представлен 6 межмуниципальными консультативно-диагностическими центрами, расположенными в центрах медицинских округов (Челябинский, Миасский, Златоустовский, Кыштымский, Магнитогорский, Троицкий медицинские округа), оказывающими первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «кардиология» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи. В межмуниципальных центрах предусмотрено широкое применение стационаров дневного пребывания, технологии «Клиники одного дня», представлен широкий спектр инструментальных и лабораторных методов исследования, специальные рентгенологические исследования, включая компьютерную томографию и рентгенэндоваскулярные методы диагностики.

Обеспеченность врачами-терапевтами составляет 3,6 на 10 тыс. населения (РФ – 4,8 на 10 тыс. населения) с тенденцией к снижению (темп снижения – 68%). Показатель обеспеченности врачами-кардиологами имеет тенденцию к росту с 2001 по 2012 г. за счет увеличения числа врачей-кардиологов в Челябинске с темпом роста 118% к показателю 2001 г., но он существенно ниже среднероссийских показателей – 0,59 на 10 тыс. населения (по РФ – 0,85 на 10 тыс. населения),

Если учитывать ситуацию с кадровой обеспеченностью амбулаторного этапа оказания медицинской помощи больным ИБС, возрастает роль маршрутизации больных ИБС в трехуровневой системе. Маршрутизация пациентов осуществляется в соответствии с порядками, стандартами и национальными клиническими рекомендациями оказания медицинской помощи больным ИБС с закреплением медицинских организаций первого уровня за межмуниципальными центрами.

На третий уровень для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи направляются лица с высоким риском неблагоприятных событий. Показаниями для направления больных ИБС из медицинских ор-

ганизаций первого и второго уровней в медицинские организации третьего уровня являются отсутствие эффекта от проводимого лечения (долечивания), необходимость коррекции проводимой терапии или индивидуального подбора лекарственных препаратов в стационарных условиях (в том числе дневной стационар, стационар на дому), развитие осложнений у пациентов, находящихся на долечивании, отсутствие соответствующего специалиста или вида обследования, которые необходимы больному в медицинской организации второго уровня, определение показаний для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. На третьем уровне проводится оказание первичной специализированной медицинской помощи больным кардиологического профиля, которая организована в областных консультативно-диагностических центрах: ГБУЗ «Челябинский областной кардиологический диспансер», ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница». В центрах проводятся консультации и диагностические исследования лиц, направленных из амбулаторно-поликлинических подразделений медицинских организаций первого и второго уровней. По результатам проведенных исследований решается вопрос о необходимости проведения коронароангиографического исследования, которое является «золотым стандартом» в диагностике анатомических поражений коронарных артерий. Таким образом, маршрутизация пациента подразумевает выполнение определенного объема лечебно-диагностических технологий в соответствии с уровнем оказания медицинской помощи.

Оказание специализированной медицинской помощи по профилю «кардиология» в Челябинской области предусматривает этапность оказания медицинской помощи с маршрутизацией пациентов в медицинские организации в рамках трехуровневой системы оказания медицинской помощи. Обеспеченность населения Челябинской области специализированными кардиологическими койками составляет 4,1 на 10 тыс. населения, что выше обеспеченности кардиологическими койками в РФ – 3,9 на 10 тыс. населения. Уровень госпитали-

зации на кардиологическую койку в 1,7 раза превышает нормативный уровень госпитализации – 7,2 на 1000 населения, установленный для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы государственных гарантий. Основными причинами госпитализации больных ИБС являются стенокардия (61,7%), хроническая ИБС (22,7%), острый инфаркт миокарда (11,3%), другие формы острой ишемии миокарда (4,3%).

В соответствии с Порядками оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями специализированная медицинская помощь больным ИБС осуществляется в терапевтических и кардиологических отделениях медицинских организаций первого уровня. В терапевтических отделениях осуществляется лечение больных с хроническими формами ИБС, артериальной гипертензией 2-й степени, хронической сердечной недостаточностью в стадии декомпенсации, в кардиологических отделениях проводится лечение больных с хронической ИБС при утяжелении и подготовке к рентгенохирургическим методам диагностики и лечения, острым коронарным синдромом (ОКС), острой сердечной недостаточностью. На втором (межмуниципальном) уровне решаются вопросы оказания специализированной медицинской помощи больным ИБС из числа населения медицинских округов в кардиологических отделениях и первичных сосудистых отделениях межмуниципальных центров, развернутых на базе МБУЗ «ГБ № 3» г. Миасса, МБУЗ «ЦРБ г. Троицка и Троицкого района», МБЛПУ «ГБ № 3» г. Златоуста, МБУЗ «ГБ № 3» г. Магнитогорска, АНО «ЦМСЧ», ГБУЗ «ОКБ № 3» г. Челябинска, ГБУЗ «ЧОКБ», МБУЗ ОТКЗ «ГКБ № 1» г. Челябинска, НУЗ «РЖД» на станции Челябинск в соответствии со схемой маршрутизации. В эти отделения госпитализируются больные при нестабильном состоянии с хроническими формами ИБС, ОКС с подъемом и без подъема *ST*, острым инфарктом и нестабильной стенокардией. При наличии показаний к проведению рентгеноэндоваскулярных и кардиохирургических вмешательств больной направляется в соответствующие структурные подразделения данной медицинской ор-

ганизации второго уровня, а при их отсутствии – на третий уровень оказания медицинской помощи в региональные сосудистые центры и ФГБУ ФЦССХ Минздрава России (г. Челябинск).

Региональные сосудистые центры организованы на базе ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3» г. Челябинска, ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», они оказывают специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь при острых состояниях: при инфаркте миокарда и нестабильной стенокардии, включая системный и интракоронарный тромболизис, ангиопластику и/или стентирование инфаркт-зависимой артерии. Задача ФГБУ ФЦССХ – оказание плановой высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» больным ИБС.

С целью оценки эффективности сформированной трехуровневой системы оказания медицинской помощи больным ИБС с организацией сосудистых центров проведен анализ показателей медицинской результативности и критериев эффективности оказания первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой медицинской помощи.

Анализ состояния здоровья населения Челябинской области с 2001 по 2014 г. свидетельствует об отсутствии четкой положительной динамики. На фоне снижения смертности от БСК на 8% (с 823,9 на 100 тыс. населения в 2001 г. до 673,2 на 100 тыс. населения в 2014 г.) имеет место рост смертности от ИБС на 100 тыс. населения (с 344,0 в 2001 г. до 386,1 в 2012 г.) с последующим снижением до 345,9 в 2014 г. (темпа роста – +100,4%) (рис. 2).

В течение анализируемого периода отмечается рост как общей заболеваемости БСК по обращаемости с 127,5 на 1000 населения в 2001 г. до 226,3 на 1000 населения в 2014г. (темпа роста – 177,5 %; РФ – 273,2 на 1000 населения), так и общей заболеваемости ИБС по обращаемости с 35,2 на 1000 населения в 2001 г. до 53,5 на 1000 населения в 2014 г. (РФ – 63,0 на 1000 населения) с максимальным уровнем в 2011 г. – 57,5 на 1000 населения (темпа роста –

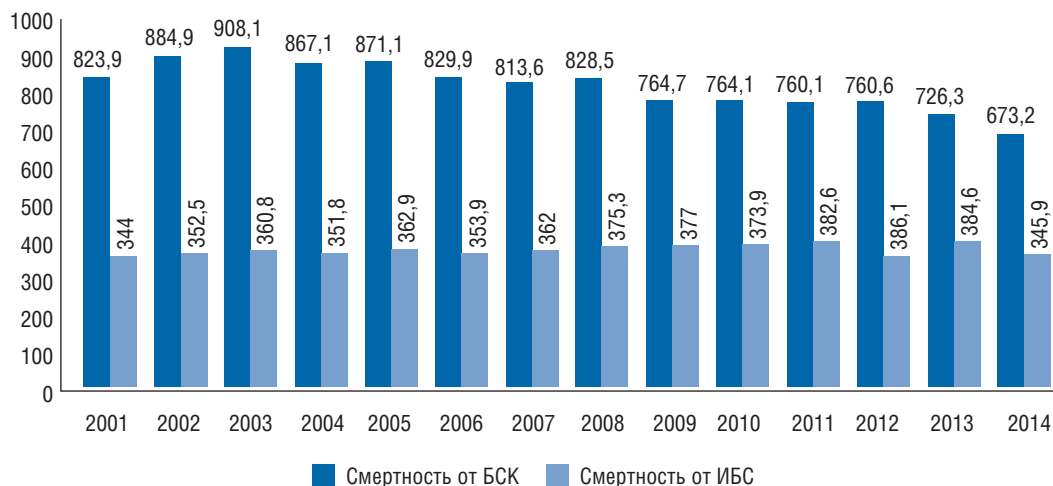


Рис. 2. Динамика показателя смертности населения Челябинской области от болезней системы кровообращения и ишемической болезни сердца за 2001–2014 гг. (на 100 тыс. населения)

159,7%) (рис. 3). За анализируемый период по сравнению с 2001 г. число зарегистрированных случаев ИБС увеличилось в 1,6 раза и составило 142 368 человек.

Уровень первичной заболеваемости по обращаемости БСК ниже аналогичного показателя по РФ – 30,4 на 1000 населения с динамикой

роста до 33,5 на 1000 населения в 2011 г. с последующим снижением до 22,6 на 1000 населения в 2014 г. Максимальный уровень первичной заболеваемости по обращаемости ИБС в Челябинской области составил 6,5 на 1000 населения в 2011 г. со снижением до 5,4 на 1000 населения в 2014 г. (темп роста – 131,7%)



Рис. 3. Динамика показателей общей заболеваемости по обращаемости болезней системы кровообращения и ишемической болезни сердца населения Челябинской области за 2001–2014 гг. (на 1000 населения)

($p < 0,001$), что соответствует уровню аналогичного показателя в Российской Федерации (рис. 4).

Таким образом, анализ уровня и динамики показателей заболеваемости и смертности населения области от ИБС за 2001–2014 гг. свидетельствует о росте как заболеваемости по обращаемости, так и смертности от ИБС с максимальными значениями в 2011 г. и тенденцией снижения к 2014 г.

Одним из основных критериев эффективности первичной медико-санитарной помощи является охват диспансерным наблюдением больных ИБС. За анализируемый период отмечается динамика роста числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением на 86,2% – с 18,1 в 2001 г. до 33,7 на 10 тыс. населения в 2014 г. Но остается низким процент охвата диспансерным наблюдением больных ИБС, который составил 61,0% от общего числа больных ИБС. Удельный вес охваченных диспансерным наблюдением лиц, перенесших ОИМ, составляет 14,3% от числа больных, перенесших ОИМ (РФ – 11%). Эти показатели свидетельствуют о недостаточной эффективности работы терапевтов и кардиологов по охвату лиц, состоящих

под диспансерным наблюдением, являющимся основной организационной технологией вторичной и третичной профилактики ИБС в рамках первичной медико-санитарной и первичной специализированной медицинской помощи, оказывающей влияние на снижение уровня временной и стойкой утраты трудоспособности и смертности населения области от ИБС.

Критерием эффективности специализированной медицинской помощи является уровень больничной летальности. Установлено, что, несмотря на увеличение объема пролеченных больных ИБС и рост уровня госпитализации больных ИБС, в том числе в первичные сосудистые отделения и региональные сосудистые центры, больничная летальность от ИБС не снижается. Уровень больничной летальности от ИБС в Челябинской области в 2014 г. составил 4,1 на 100 выбывших (темп роста 117%), что ниже уровня больничной летальности от ИБС по России (4,59 на 100 выбывших). Летальность от ОИМ в 2012 г. в среднем составила по области 14,1 на 100 выбывших, что превысило аналогичный показатель по России (13,4 на 100 выбывших), в 2014 г. показатель больничной летальности от ОИМ снизился до 12,8 на 100 выбывших.

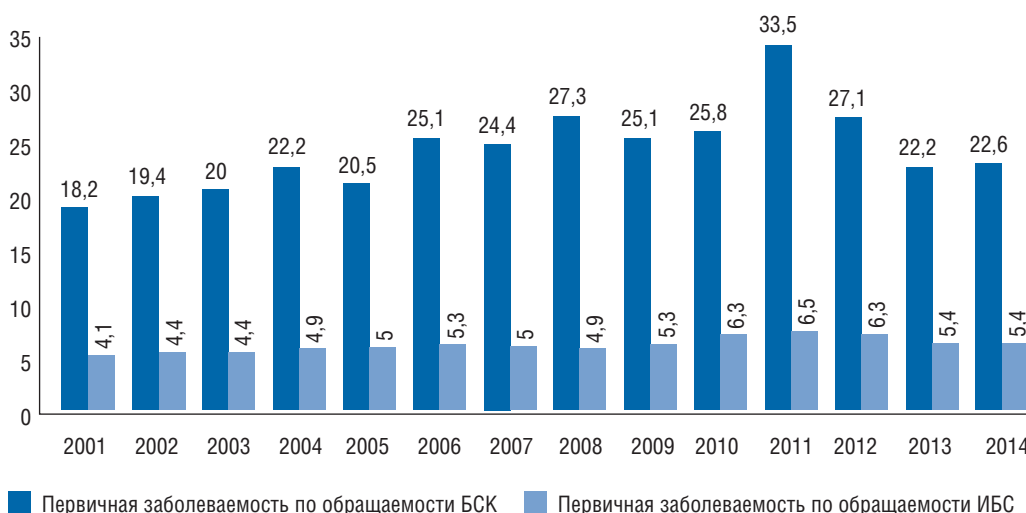


Рис. 4. Динамика показателей первичной заболеваемости по обращаемости за медицинской помощью пациентов Челябинской области с болезнями системы кровообращения и ишемической болезнью сердца за 2001–2014 гг. (на 1000 населения)

Анализ оказания ВМП в Челябинской области за 2001–2014 гг. выявил значительный рост обеспеченности населения ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» ($p < 0,001$), что обусловлено вводом в действие ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России (г. Челябинск). Показатель обеспеченности ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» населения Челябинской области в 2014 г. составил 14,3 на 10 тыс. населения (темп роста +1327% к 2001 г.) ($p = 0,003$), превысив показатель обеспеченности ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» жителей Российской Федерации – 8,0 на 10 тыс. населения (темп роста +1003% к 2001 г.) в 1,8 раза. Анализ структуры высокотехнологичных кардиохирургических оперативных вмешательств по видам 14.00.001 и 14.00.002 в Челябинской области за 2001–2014 гг. выявил рост удельного веса оперативных вмешательств вида 14.00.001 «Коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца» с 25,45% в 2001 г. до 60,03% в 2014 г. (темп роста – 235,9%), ($p = 0,035$) и снижение удельного веса оперативных вмешательств по коду 14.00.002 «Коронарная реваскуляризация миокарда с применением аортокоронарного шунтирования при ишемической болезни и различных формах сочетанной патологии» с 74,55% в 2001 г. до 39,97% в 2014 г. (темп роста – 53,6%).

Проведенный анализ оказания скорой медицинской помощи больным ИБС выявил рост числа вызовов по поводу острого и повторного инфаркта миокарда по Челябинской области с 4854 вызовов в 2009 г. до 6092 вызовов в 2012 г. с последующим снижением до 4466 вызовов в 2014 г. За исследуемый период выявлен рост числа вызовов по поводу острого и повторного инфаркта миокарда на 1000 населения по области с 1,9 в 2009 г. до 2,2 на 1000 населения в 2014 г. ($p = 0,001$). При этом, несмотря на превышение показателя частоты применения тромболитической терапии в Челябинской области аналогичного показателя по РФ (4,7 и 3,9 случая на 100 вызовов по поводу ОИМ и повторного инфаркта миокарда (ПИМ) соответственно),

наблюдается снижение в 2014 г. по сравнению с 2009 г. случаев применения тромболитической терапии у больных с ОИМ и ПИМ в условиях скорой медицинской помощи на 27%, что, по нашему мнению, связано с отсутствием навыков владения технологиями тромболитической терапии и недостаточным обеспечением препаратами для проведения тромболитической терапии в связи с дефицитом финансирования. При этом уровень летальности от ОИМ и ПИМ при транспортировке бригадой скорой медицинской помощи в 3 раза превышает аналогичный показатель по РФ, несмотря на снижение на 33,3% – с 0,9 в 2009 г. до 0,6 на 100 вызовов в 2014 г.

Учитывая, что показатели здоровья населения и критерии эффективности деятельности медицинских организаций являются потенциальной основой для планирования ресурсов здравоохранения, необходимых для удовлетворения потребности населения в оказании первичной медико-санитарной, специализированной и скорой медицинской помощи пациентам на региональном уровне, нами проведен SWOT-анализ организации медицинской помощи больным ИБС по мнению врачей-экспертов из числа организаторов здравоохранения области с целью превращения слабых сторон и угроз в точки роста [13] здравоохранения региона (см. таблицу).

Таким образом, несмотря на трехлетний период функционирования сосудистых центров, проведенный анализ выявил проблемы в организации медицинской помощи больным ИБС на региональном уровне. Остается низким процент охвата диспансерным наблюдением больных ИБС. При высоком уровне обеспеченности населения Челябинской области специализированными кардиологическими койками и уровне госпитализации на кардиологическую койку, превышающем в 1,7 раза нормативный уровень госпитализации в рамках территориальной программы государственных гарантий, отмечается высокий уровень больничной летальности. Анализ организации скорой медицинской помощи больным ИБС выявил динамику снижения случаев применения тром-

SWOT-анализ (слабые стороны и угрозы) организации медицинской помощи больным ишемической болезнью сердца

| Угрозы | Рейтинг, баллы | Слабые стороны | Рейтинг, баллы |
|---|----------------|--|----------------|
| Дефицит кадров, особенно в первичной медико-санитарной помощи | 1 | Отсутствие четкой стратегии развития здравоохранения | 1 |
| Низкая профилактическая направленность здравоохранения | 2 | Отсутствие эффективных методов управления здравоохранением | 2 |
| Низкая эффективность первичной медико-санитарной помощи | | Отсутствие связи между наукой и практикой | 3 |
| Низкая обеспеченность активными кардиологическими койками | 3 | Отсутствие управления потоками и единой системы учета пациентов в условиях формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи | 4 |
| Монополизация финансирования | 4 | | |
| Дефицит финансирования территориальной программы государственных гарантий | 5 | Ограниченность ресурсов здравоохранения по количественным и качественным критериям (финансовые, кадровые, информационные, технологические и др. ресурсы) | 5 |
| Отсутствие мотивации труда | | | |
| Коммерциализация здравоохранения | 6 | Отсутствие эффективных моделей финансирования здравоохранения | 6 |
| | | Низкая эффективность использования бюджетных средств | 7 |
| Снижение доступности оказания медицинской помощи жителям отдаленных и сельских территорий | 7 | Отсутствие системы измеримых индикаторов эффективности и результативности в здравоохранении | 8 |

болитической терапии и высокий уровень летальности от ОИМ и ПИМ при транспортировке бригадой скорой медицинской помощи. Наряду с выраженной положительной динамикой обеспеченности населения области высокотехнологичной медицинской помощью по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» наблюдается дифференциация показателя обеспеченности ВМП для городского и сельского населения. Недостаточная эффективность организации медицинской помощи при ИБС на региональном уровне нашла свое отражение в отсутствии динамики снижения показателя смертности от ИБС за 2001–2014 гг.

Заключение

Полученные данные обосновывали необходимость разработки и внедрения новых технологий повышения эффективности управления и организации медицинской помощи, способствующие повышению доступности и качества медицинской помощи больным ИБС. Для обеспечения преемственности в оказании медицинской помощи больным ИБС в условиях формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи разработаны и внедрены схемы маршрутизации больных ИБС и предложен к внедрению Маршрутный

лист направления на консультацию, обследование с обратным талоном. Разработан Регистр больных ИБС как инструмент персонализированного и управленческого учета при оказании медицинской помощи больным ИБС. Учитывая, что эффективность взаимодействия при оказании медицинской помощи зависит от возможности работы по единому алгоритму, основанному на единых принципах маршрутизации, диагностики, лечения и динамического наблюдения, особую актуальность приобретают разработанные и внедренные в области клинические протоколы ведения больных ИБС, дифференцированные по уровням и видам оказания медицинской помощи. Для обеспечения проектного управления предложены кри-

терии эффективности оказания медицинской помощи больным ИБС, дифференцированные по уровням, условиям и формам оказания медицинской помощи больным ИБС с методикой их расчета.

В условиях реформирования здравоохранения внедрение на региональном уровне предложенного комплекса организационных технологий позволит обеспечить доступность медицинской помощи для больных ИБС, оптимизировать объемы медицинской помощи и диагностических исследований, организовать оказание медицинской помощи в соответствии с порядками и повысить структурную эффективность и медицинскую результативность оказываемой медицинской помощи.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Москвичева Марина Геннадьевна – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФДПО ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (Челябинск)

E-mail: moskvichevamg@mail.ru

Белова Светлана Александровна – заведующая организационно-методическим отделом ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России (Челябинск)

E-mail: svetl.belova@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о состоянии здоровья в мире 2008 год: первичная медико-санитарная помощь – сегодня актуальнее, чем когда либо. 2008 [Электронный ресурс]: http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf?ua=1 (23.03.15).
2. Бойцов С.А., Оганов Р.Г. От профилактической кардиологии к профилактике неинфекционных заболеваний в России // Рос. кардиол. журн. 2013. № 4 (102). С. 6–11.
3. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В. и др. Сердечно-сосудистые заболевания в поликлинической практике врачей-терапевтов и кардиологов // Кардиоваскуляр. тер. и профилактика. 2008. № 5. С. 4–10.
4. Ратманова А.А. Сердечно-сосудистая заболеваемость и смертность – статистика по европейским странам // Medicinereview. 2009. № 1. С. 6–12.
5. Артюхов И.П., Модестов А.А., Покровская С.Э. Планирование медицинской помощи на муниципальном уровне // ЭНИ Забайкальский мед. вестн. 2012. № 2. С. 138–145.
6. Арутюнов Ю.А., Кучеренко В.З. Организационно-методические аспекты управления рисками клинко-демографических ошибок при динамическом наблюдении пациентов с болезнями системы кровообращения // Пробл. управления здравоохранением. 2010. № 52. С. 60–65.
7. Барбараш Л.С., Макаров С.А. Взгляд кардиолога на повышение эффективности кардиохирургической помощи // Сибирск. мед. журн. 2009. № 1, Вып.1. С. 30–31.

8. Евса О.И. Снижение смертности трудоспособного населения от предотвратимых причин : Автореф. дис. ...канд. мед. наук. Красноярск, 2010. 22 с.

9. Здоровье 2020: Основы европейской политики и стратегии для XXI века. 2013 [Электронный ресурс]. Режим доступа : http://www.who.int/data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf?ua=1 (23.03.15).

10. Лапкина Е.Е. Научное обоснование приоритетных направлений развития медицинской помощи кардиологическим больным в крупном промышленном регионе : дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 188 с.

11. Сазанова Г.Ю. Еругина М.В., Долгова Е.М. и др. Проблемы применения региональных и фе-

деральных стандартов при оказании медицинской помощи больным с заболеваниями органов кровообращения // Пробл. управления здравоохранением. 2011. № 5. С. 52–55.

12. Улумбекова Г.Э. Система здравоохранения Российской Федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути решения // Вестн. Росздравнадзора. 2012. № 2. С. 33–38.

13. Гуров А.Н., Тришкин Д.В., Плутницкий А.Н. Применение медицинскими организациями программного комплекса для SWOT – анализа при планировании и реализации региональных программ здравоохранения // Врач и информационные технологии. 2012. № 5. С. 56–62.

REFERENCES

1. Report on the world health report 2008 : primary health care – now more than ever, 2008 [Electronic record]. - Access mode: http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf?ua=1 (23.03.15). (in Russian)

2. Boytsov S.A., Oganov R.G. From preventive cardiology to the prevention of noncommunicable disease in Russia. Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal [Russian Cardiology Journal]. 2013; Vol. 4 (102): 6–11. (in Russian)

3. Bokeriya L.A., Stupakov I.N., Samorodskaya I.V. et al. Cardiovascular disease in outpatient practice physicians and cardiologists. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika [Cardiovascular therapy and prevention]. 2008; Vol. 5: 4–10. (in Russian)

4. Ratmanova A.A. Cardiovascular morbidity and mortality – statistics for European countries. Medicinereview. 2009; Vol. 1: 6–12. (in Russian)

5. Artyukhov I.P., Modestov A.A., Pokrovskaya S.E. Planning medical assistance at the municipal level. ENI Zabaykal'skiy med. vestn. [Transbaikal Medical Bulletin]. – 2012; Vol. 2: 138–45. (in Russian)

6. Arutyunov Yu.A., Kucherenko V.Z. Organizational-methodical aspects of risk management

clinical and demographic errors in the dynamic observation of patients with diseases of the circulatory system. Problemy upravleniya zdravookhraneniem [Journal of Healthcare Management]. 2010; Vol. 52: 60–5. (in Russian)

7. Barbarash L.S., Makarov S.A. Cardiologist's view on efficiency increase of cardiac surgery measure. Sibirskiy meditsinskiy zhurnal [Siberian Journal of Medicine]. 2009; Vol. 1 (1): 30–1. (in Russian)

8. Evsa O.I. Mortality reduction of able-bodied population from preventable reasons: Diss. Krasnoyarsk, 2010: 22 p. (in Russian)

9. Health 2020: Fundamentals of the European policy and strategy for the XXI century. 2013 [Electronic resource]. Access mode: http://www.who.int/data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf?ua=1 (23.03.15). (in Russian)

10. Lapkina E.E. Scientific justification of priority directions of medical care development to cardiological patients in large industrial region : Diss. Moscow, 2007: 188 p. (in Russian)

11. Sazanova G.Yu. Erugina M.V., Dolgova E.M. et al. Problems of application of regional and federal standards at health care delivery to patients with circulatory disorders // Prob-

lemy upravleniya zdavookhraneniem [Health Care Management Problems]. 2011; Vol. 5: 52–5. (in Russian)

12. Ulumbekova G.E. Russian Federation Health care: results, problems, calls and solutions. Vestnik Roszdravnadzora [Bulletin of Roszdravnadzor]. 2012; Vol. 2: 33–8. (in Russian)

13. Gurov A.N., Trishkin D.V., Plutnitskiy A.N. Application of the program complex for SWOT analysis by medical organizations during the planning and implementation of regional programs of health care. Vrach i informatsionnye tekhnologii [Physician and information technologies]. 2012; Vol. 5: 56–62. (in Russian)

История стандартизации в отечественном здравоохранении



Н.Б. Найговзина, В.Б. Филатов, О.А. Бороздина

Данная статья является сокращенной публикацией одноименного раздела книги «Стандартизация в здравоохранении. Преодоление противоречий законодательства, практики, идей». В этой книге авторами дано подробное описание процесса становления системы стандартизации в РФ; проанализированы проблемы применения стандартов в сфере здравоохранения (для оценки качества медицинской помощи, для оплаты медицинской помощи); приводится информация по международной практике применения стандартов, а также сформулированы предложения по совершенствованию и развитию института стандартизации в отечественном здравоохранении.

Стандартизация – это деятельность по установлению правил и характеристик в целях их обязательного и добровольного многократного использования, направленная на достижение упорядоченности в сфере оказания медицинской помощи. Исходя из законодательства к документам в области стандартизации здравоохранения относятся порядки оказания медицинской помощи, положения об организации оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), национальные стандарты в области оказания медицинской помощи, отраслевые стандарты*, а также стандарты в области управления, материально-технического и информационного обеспечения. К действующей системе стандартизации здравоохранения ученые, практики, эксперты предъявляют все возрастающие требования, в том числе связанные с неурегулированностью вопросов обязательности и добровольности применения стандартов медицинской помощи, их ролью в оценке качества и доступности медицинской помощи и др. Формирование предложений по этим вопросам невозможно без понимания пути становления стандартизации в России, который пошагово, начиная с конца XIX в. по сегодняшний день представлен в данной статье. Выделено 4 основных этапа этого пути: 1992–2001 гг. – создание единых государственных стандартов качества медицинской помощи; 2002–2006 гг. – формирование национальных стандартов и стандартов организаций; 2007–2011 гг. – стандарты медицинской помощи и медико-экономические стандарты; 2012 г. и по настоящее время – федеральные порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи. В заключении статьи перечислены правовые проблемы применения стандартов.

Ключевые слова:

стандартизация в здравоохранении, закон о стандартизации, этапы развития стандартизации в здравоохранении, единые государственные стандарты качества медицинской помощи, национальные стандарты и стандарты организаций, медико-экономические стандарты, федеральные порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи

* Отраслевой стандарт «Система стандартизации в здравоохранении. Основные положения» (ОСТ 91500.01.0007-2001).

History of standardization in the national healthcare system

N.B. Naigovzina, V.B. Filatov, O.A. Borozdina

This article is an abridged version of the chapter from the same volume “Standardization in healthcare. Negotiation of contradictions in legislation, practice and ideas”. In this book the authors give a detailed description of the Russian Federation standardization system formation; they have analyzed the problems of standards application in healthcare sector (for medical care quality evaluation, health professionals accreditation and welfare medical coverage); the information about international practice of standards application is provided; proposals to improve and develop system of standardisation in the national HealthCare are represented.

Standardization is aimed to establish the rules, in order for their voluntary or obligatory multiple usage in healthcare. According to the legislation standards in healthcare are divided: rules of healthcare organization and provision, standards of clinical care, clinical guidelines (protocols), national and regional standards, standards in information, equipment, etc. Currently it is a lot of contradictions in standards practical application especially in the field of their mandatory or voluntary usage, role in quality assessment. It is impossible to solve those questions without knowing how the process of their maturation took place. This process step by step is described in the book – from XIX century till nowadays. There are 4 main steps: 1992–2001 – governmental standards of medical care establishment; 2012–2006 – national and organizational standards formation; 2017–2011 – introduction of standards of care and medico-economical standards, 2012 – till now – Federal standards of care and rules of healthcare organization. Legislative “blank spots” are also described.

Keywords:

standardization in health care, law on standardization, development stages of standardization in healthcare, national uniform medical-care quality standards, national and organization standards, medico-economic standards, federal orders for medical care assistance and standards of medical care

* *Industry standard "System of standardization in healthcare. Main provisions" (Industry standard 91500.01.0007-2001).*

1. Основные этапы развития стандартизации медицинской помощи

История развития стандартизации насчитывает более вековой период. Элементы стандартизации можно встретить и в России, в период

земства с 1864 по 1917 г., когда Медицинский совет МВД Российской Империи издавал инструкции для врачей¹, что можно рассматривать как своеобразный подход к стандартизации оказания медицинской помощи.

Процесс стандартизации в здравоохранении СССР начинается с момента создания в 1925 г.

¹ Например: «Наставление о признаках истинной и мнимой смерти», «Наставление врачам при судебном осмотре и вскрытии мертвых тел», «Правила, как поступать при исследовании мертвых тел, когда имеется подозрение на отравление».

Комитета стандартизации при Совете труда и обороны СНК РСФСР, и включал как развитие системы стандартизации в целом, так и развитие отраслевой стандартизации. Приказами Минздрава СССР утверждались положения по организации работы учреждений здравоохранения, служб, структурных подразделений, а также по оказанию медицинской помощи.

Минздрав СССР и республиканские министерства также утверждали методические рекомендации по отдельным заболеваниям, которые разрабатывались на основе анализа лучшего опыта или ошибок при лечении конкретных пациентов или групп пациентов специальными экспертными советами, ведущими научными учреждениями. Такие рекомендации содержали описание клинической картины, диагностики, рекомендации по лечению и профилактике¹. Их можно назвать прообразом клинических рекомендаций в современном понимании.

Следующим этапом развития стандартизации стали переходный период российской экономики 90-х гг. XX столетия и издание Закона Российской Федерации от 10 июня 1993 г. № 5154-1 «О стандартизации».

С 1991 по 2007 г. действовала норма об аккредитации медицинских учреждений² путем определения их соответствия установленным профессиональным стандартам, введенная Законом РСФСР от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РСФСР».

Приказом Минздрава России от 28 июня 1993 г. № 148 «О лицензировании и аккредитации ме-

дицинских учреждений» был регламентирован порядок создания лицензионно-аккредитационных комиссий при территориальных органах правления здравоохранением. Были созданы Центральная республиканская комиссия по лицензированию и аккредитации Минздрава России и комиссия по лицензированию и аккредитации лечебно-профилактических учреждений республиканского подчинения.

В соответствии с приказом Минздрава России № 363 и ФОМС № 77 от 24 октября 1996 г. «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению Российской Федерации» лицензионно-аккредитационные комиссии были определены субъектами вневедомственного контроля качества медицинской помощи. Данные комиссии были созданы во всех субъектах Российской Федерации.

Минздравом России издавались нормативные акты, регулирующие аккредитацию структурных подразделений лечебно-профилактических учреждений³.

Основные этапы развития стандартизации медицинской помощи представлены в табл. 1.

2. Единые государственные стандарты качества медицинской помощи (1992–2001 гг.)

Указ Президента РФ от 26 сентября 1992 г. № 1137 «О мерах по развитию здравоохранения в Российской Федерации» дал новый импульс

¹ Приказ Минздрава СССР от 9 апреля 1990 г. № 141 «О дальнейшем совершенствовании мероприятий по профилактике клещевого энцефалита» (http://www.ussrdoc.com/ussrdoc_communizm/usr_16408.htm); Приказ Минздрава СССР от 12 июля 1989 г. № 408 «О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в стране» (http://www.ussrdoc.com/ussrdoc_communizm/usr_15771.htm); Приказ Минздрава СССР от 27 апреля 1990 г. № 171 «Об эпидемиологическом надзоре за малярией» (http://www.ussrdoc.com/ussrdoc_communizm/usr_16500.htm).

² Приказ Минздрава России от 20 марта 1992 г. № 93 «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации “О медицинском страховании граждан в РСФСР”»; приказ Минздрава России от 28 июня 1993 г. № 148 «О лицензировании и аккредитации медицинских учреждений»; Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» (ст. 1).

³ Приказ Минздрава России от 21 декабря 1993 г. «Об утверждении положения об аккредитации клинико-диагностических лабораторий».

Таблица 1. Этапы развития стандартизации в здравоохранении в России

| Характеристика стандарта | 1864 – 1917 г. | 1918 – 1991 г. | 1992 – 2001 г. | 2002 – 2006 г. | 2007 – 2011 г. | 2012 г. – по наст. время |
|--|--------------------------|---------------------------|---|-----------------------------|---|---|
| Наименование стандарта | Инструкции для врачей | Методические рекомендации | Единые государственные стандарты качества медицинской помощи: | Технические регламенты | Стандарты медицинской помощи (федеральные) | Стандарты медицинской помощи |
| | Клинические рекомендации | Клинические рекомендации | отраслевые стандарты, отраслевые классификаторы, стандарты | Национальные стандарты | Стандарты оснащения медицинских организаций медицинским оборудованием (федеральные) | Порядки оказания медицинской помощи |
| | | | Протоколы ведения больных | Стандарты организации | Медико-экономические стандарты (региональные). Порядки оказания медицинской помощи | Клинические рекомендации (протоколы лечения) |
| Статус выполнения | Обязательные | Обязательные | Обязательные | Обязательные и добровольные | Обязательные и добровольные | Обязательные и добровольные |
| Полномочия Российской Федерации (Российской Империи, СССР) | Утверждение | Утверждение | Утверждение | Утверждение | Утверждение | Утверждение |
| | | | | | | стандартов медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи |

Окончание табл. 1

| Характеристика стандарта | 1864 – 1917 гг. | 1918 – 1991 гг. | 1992 – 2001 гг. | 2002 – 2006 гг. | 2007 – 2011 гг. | 2012 г. – по наст. время |
|---|--|--------------------------|--|--|---|--|
| Полномочия субъекта Российской Федерации (земства, республики СССР) | Полномочия отсутствовали | Полномочия отсутствовали | Утверждение стандартов качества медицинской помощи (стандарты) | Полномочия отсутствовали | Утверждение медико-экономических стандартов | Полномочия отсутствуют |
| Виды нормативных документов | Решение Медицинского совета МВА Российской Империи | Приказ Минздрава СССР | Приказ Росстандарта, Приказ Минздрава России, нормативный документ субъекта Российской Федерации | Федеральный закон (технический регламент), приказ Росстандарта (национальный стандарт), решение организации (стандарт организации) | Приказ Минздрава России, нормативный документ субъекта Российской Федерации | Приказ Минздрава России, решение проф-сиональных ассоциаций, приказ Росстандарта |
| Число утвержденных стандартов | Нет данных | Нет данных | ОСТы – 9, ОК – 2, Протоколы ведения больных – 26 | Нет данных | Федеральные стандарты – 612, порядки оказания медицинской помощи – 56, территориальные стандарты – количество не определено ввиду разработки в каждом субъекте Российской Федерации | Федеральные стандарты – 796, порядки оказания медицинской помощи – 63, клинические рекомендации – 681 ¹ , национальные стандарты – 20 |

¹ На сайте Федеральной электронной медицинской библиотеки по состоянию на 1 января 2015 г. размещено 523 клинические рекомендации.

развитию процесса стандартизации медицинской помощи. Минздраву России было поручено разработать комплекс нормативов по оказанию медицинской помощи в расчете на гражданина РФ, обеспечивающих гарантированный объем медицинской помощи и санитарно-эпидемиологическое благополучие населения, а также единые государственные стандарты качества медицинской помощи (КМП) и методики ценообразования на оказание медицинских услуг населению.

Во исполнение данного Указа приказом Минздрава России от 16 октября 1992 г. № 277 «О создании системы медицинских стандартов (нормативов) оказания медицинской помощи населению Российской Федерации» утверждено Временное положение о медицинских стандартах (нормативах) в системе медицинского страхования, которым медицинские стандарты классифицированы в зависимости от административно-территориального деления (государственные, территориальные) и по профессиональному принципу (диагностические, лечебно-технологические, стандарты качества лечения, медико-экономические, медико-технологические, научно-медицинские стандарты, профессиональные стандарты), а также выделены международные стандарты (ВОЗ). Для разработки и координации применения медицинских стандартов при Минздраве России был создан соответствующий отдел по медико-экономическим стандартам.

«Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (в первоначальной редакции – в п. 11 и 15 ст. 5) обеспечение единой технической политики в области фармацевтической и медицинской промышленности, утверждение государственных стандартов РФ, технических условий на продукцию медицинского назначения, установление стандартов качества медицинской помощи и контроль за их соблюдением отнесены к ведению Российской Федерации. Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) устанавливается органами управления муниципальной системы здравоохранения на основании нормативных актов Министерства

здравоохранения РФ, Государственного комитета санитарно-эпидемиологического надзора РФ, министерств здравоохранения республик в составе РФ, правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга (ст. 38). Скорая медицинская помощь оказывается в порядке, установленном Министерством здравоохранения РФ (ст. 39).

Государственные медицинские стандарты разрабатывались независимыми экспертами по поручениям Минздрава России и утверждались соответствующими экспертными комиссиями. Все стандарты разрабатывались по заболеваниям (по нозологическому принципу) в соответствии с Международной классификацией болезней (далее – МКБ) и Международной классификацией процедур в медицине.

На основе федеральных государственных стандартов медицинской помощи органами управления здравоохранением субъектов РФ разрабатывались **территориальные медицинские стандарты**, которые определяли ценообразование в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) на диагностические и лечебно-технологические стандарты. С целью унификации подходов к оплате стационарной помощи за пролеченного больного (законченный случай лечения) органами управления здравоохранением субъекта РФ разрабатывались **медико-экономические стандарты (МЭС)**, по которым устанавливались тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой пациенту с определенным заболеванием.

Это позволило внедрять с 1993 г. в рамках ОМС оплату услуг стационара за законченный случай госпитализации по тарифам, дифференцированным в соответствии с принятой в субъекте РФ классификацией (клинико-статистические группы, медико-экономические стандарты и т.п.).

Внедрение оплаты стационарной медицинской помощи за законченный случай позволило, с одной стороны, сокращать издержки, мотивировать медицинский персонал к повышению производительности труда и КМП, а с другой – приводило к определенным трудностям при вза-

иморасчетах между регионами за оказанную медицинскую помощь конкретным гражданам, поскольку тарифы рассчитывали индивидуально по каждому медицинскому учреждению или типам учреждений.

С целью обеспечения концептуального единства и координации работ по созданию нормативных документов по стандартизации в здравоохранении, гармонизации с международными системами стандартизации коллегии Минздрава России, Государственного комитета РФ по стандартизации, метрологии и сертификации и Совет исполнительных директоров территориальных фондов ОМС приняли совместное решение от 3 декабря 1997 г. «Об основных положениях стандартизации в здравоохранении». Также 21 июля 1998 г. была утверждена Минздравом России, Федеральным фондом ОМС и Госстандартом России Программа работ по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении, которая стала основой системы стандартизации в этот период.

С конца 1999 г. активно велась работа по созданию важнейших документов системы стандартизации – протоколов ведения больных, включающих детальное описание технологий и процедур диагностики и лечения заболеваний. К концу 2006 г. было утверждено 26 протоколов. Методологическую основу создания этих документов определял ОСТ 91500.09.0001-1999 «Протоколы ведения больных. Общие требования».

В 1998–2001 гг. были разработаны основополагающие отраслевые стандарты. Например, принятый ОСТ 91500.01.0007-2001 «Система стандартизации в здравоохранении. Основные положения» установил общие организационно-технические правила проведения работ по стандартизации, формы и методы взаимодействия субъектов отрасли здравоохранения при создании и применении нормативной документации по стандартизации. Были приняты отраслевые классификаторы, определяющие классификацию медицинских услуг и служа-

щие основой для оплаты медицинской помощи: ОК 91500.09.0001-2001 «Простые медицинские услуги», ОК 91500.09.0002-2001 «Сложные и комплексные медицинские услуги», ОСТ 91500.09.0003-2001 «Сложные и комплексные медицинские услуги. Состав».

3. Национальные стандарты и стандарты организаций (2002–2006 гг.)

К 2002 г. была проделана большая работа по созданию и развитию системы стандартизации. Однако Федеральным законом «О техническом регулировании»¹ были упразднены отраслевые и административно-территориальные стандарты, протоколы ведения больных. Теперь могли приниматься национальные стандарты и стандарты организаций. Применение стандартов становилось добровольным. Обязательные для выполнения требования к продукции, процессам и услугам могли устанавливаться только техническими регламентами.

В соответствии с указанным законом (абз. 23 ст. 2) стандартизация – это деятельность по установлению правил и характеристик в целях их добровольного многократного использования, направленная на достижение упорядоченности в сферах производства и обращения продукции и повышение конкурентоспособности продукции, работ и услуг. Стандартизация осуществляется преимущественно в целях повышения уровня безопасности жизни или здоровья граждан, имущества физических или юридических лиц, государственного или муниципального имущества, экологической безопасности, безопасности жизни или здоровья животных и растений².

Положения этого закона, распространяющие свое действие на медицинскую помощь, были шагом назад в развитии стандартизации как основы управления качеством медицинской помощи.

¹ Федеральный закон от 27 декабря 2002 г. № 184-ФЗ «О техническом регулировании».

² Ст. 11 Федерального закона от 27 декабря 2002 г. № 184-ФЗ «О техническом регулировании».

Необходимо отметить, что качество медицинской помощи определяется такими **критериями**, как эффективность, безопасность, доступность, своевременность, действенность, а Федеральный закон «О техническом регулировании» в основном регулировал вопросы безопасности и фактически не обеспечивал регулирования базовых составляющих КМП.

Возникшая при этом коллизия между нормами Закона от 22 июля 1993 г. № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (далее – Основы) и Федерального закона «О техническом регулировании» разрешалась в пользу последнего, поскольку по данным вопросам он являлся специальным законом, а Основы – законом общего характера.

Вместе с тем начиная с 2005 г., в рамках Федерального закона «О техническом регулировании» созданным Техническим комитетом по стандартизации «Медицинские технологии»¹ проводилась работа по разработке национальных стандартов в области здравоохранения.

4. Стандарты медицинской помощи и медико-экономические стандарты (2007–2011 гг.)

В 2004 г. приняты федеральные законы от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ² и от 31 декабря

2005 г. № 199-ФЗ³, которыми разграничены полномочия по стандартизации в здравоохранении между уровнями власти. За федеральным уровнем закреплено полномочие по установлению стандартов медицинской помощи и контролю за их соблюдением.

Таким образом, было возможно устанавливать федеральные стандарты медицинской помощи как «минимальные» и стандарты медицинской помощи региональные, которые должны были соответствовать федеральным либо быть выше.

Также этим законом введены изменения в ст. 38 и 39 Основ⁴, конкретизирующие полномочия по установлению порядков оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи. Так, порядок оказания ПМСП устанавливается законодательством в области охраны здоровья граждан, СМП – федеральным органом исполнительной власти, осуществляющий нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения. На основании данных норм, а также установленных постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 321 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации» полномочий Минздравсоцразвития России утверждены соответствующие порядки оказания медицинской помощи⁵.

В целях развития стандартизации в здравоохранении Федеральным законом от 29 января

¹ Приказ Ростехрегулирования от 30 декабря 2004 г. № 633 «О создании технического комитета по стандартизации “Медицинские технологии”».

² Федеральный закон от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

³ Федеральный закон от 31 декабря 2005 г. № 199-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий».

⁴ Пункты 30 и 31 ст. 35 Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ.

⁵ Приказ Минздравсоцразвития России от 29 июля 2005 г. № 487 «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи», Приказ Минздравсоцразвития России от 1 ноября 2004 г. № 179 «Об утверждении Порядка оказания скорой медицинской помощи».

ря 2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» п. 1 и 3 ст. 6 внесены изменения в ст. 5 Основ «Полномочия федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан», наделяющие с 1 января 2008 г. Минздравсоцразвития России¹ полномочиями по установлению стандартов медицинской помощи, стандартов оснащения организаций здравоохранения медицинским оборудованием и других федеральных стандартов в сфере здравоохранения. Также п. 8 ст. 6 данного закона с 1 января 2007 г. раздел VIII Основ дополнен статьей «37.1. Виды медицинской помощи», в рамках которой порядки оказания ПМСП, СМП и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

После закрепления в июне 2008 г. полномочий по утверждению порядка оказания специализированной медицинской помощи за Минздравсоцразвития России² началась работа по разработке порядка оказания специализированной медицинской помощи, которая завершилась в апреле 2010 г.³

К полномочиям органов государственной власти субъектов РФ в области охраны здоровья граждан отнесено установление медико-экономических стандартов (МЭС) в соответствии с федеральными стандартами медицинской помощи. Это позволяло объединять стандарты медицинской помощи и МЭС в однородные группы

на основе близкой стоимости и единых лечебных технологий и в дальнейшем формировать тарифы с учетом региональных различий в уровне заработной платы, цен на лекарственные препараты и медицинские изделия.

Это еще больше усилило правовую коллизию в сфере регулирования стандартизации в здравоохранении. В связи с этим экспертное сообщество настояло, чтобы стандартизация медицинской помощи была выведена из-под законодательства о техническом регулировании. Федеральным законом от 1 мая 2007 г. № 65-ФЗ «О внесении изменений в закон “О техническом регулировании”» установлено, что его действие не распространяется на отношения, связанные с применением мер по оказанию медицинской помощи (за исключением случаев разработки, принятия, применения и исполнения обязательных требований к продукции, в том числе к лекарственным средствам, медицинской технике, пищевой продукции).

К этому времени приказами Минздравсоцразвития России было утверждено 612 стандартов⁴. Приказы имели рекомендательный характер и в Минюсте России не регистрировались. При этом в процессе разработки стандартов отсутствовала гласность, разработчики не представляли интересы междисциплинарных групп, конфликт интересов не учитывался, результаты общественного обсуждения не обнародовались.

С конца 2007 г. разработка и утверждение стандартов медицинской помощи Минздравсоцразвития России приостановлены ввиду отсутствия соответствующих полномочий.

Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии, наделенное госу-

³ Постановление Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 321 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации».

⁴ Постановление Правительства РФ от 2 июня 2008 г. № 423 «О некоторых вопросах деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федерального медико-биологического агентства».

⁵ Приказ Минздравсоцразвития России от 16 апреля 2010 г. № 243н «Об организации оказания специализированной медицинской помощи».

⁶ Данные справочной правовой системы «Консультант Плюс».

дарственной функцией по организации экспертизы проектов национальных стандартов и их утверждению, на основании обращений Минздравсоцразвития России¹ отменило с 1 января 2010 г. все утвержденные ранее как ГОСТы протоколы ведения больных, в том числе ГОСТ Р 52600.0-2006 «Протоколы ведения больных. Общие положения»².

Распоряжением Правительства РФ от 28 февраля 2006 г. № 266-р одобрена Концепция развития национальной системы стандартизации, включающая положения о проблемах развития национальной системы стандартизации в России до 2010 г., содержащие цели, задачи и направления развития национальной системы стандартизации.

В период 2005–2007 гг. в целях совершенствования и дальнейшего развития определенных видов медицинской помощи приказами уполномоченного федерального органа исполнительной власти в сфере охраны здоровья утверждались положения об организации деятельности медицинской организации, структурного подразделения, врача-специалиста,

а также примерные (рекомендуемые) перечни медицинского оборудования (табели оснащения) в целях осуществления медицинской деятельности³.

Важной вехой в развитии стандартизации стал приказ Минздравсоцразвития России от 11 августа 2008 г. № 410н «Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи» – утверждено положение об организации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

В период 2009–2010 гг. утверждено 28 порядков⁴ оказания медицинской помощи по профилям заболеваний⁵.

Указанный приказ утратил силу в 2011 г.⁶, однако иная процедура Минздравом России до настоящего времени не определена. Таким образом, разрабатываемые, утверждаемые и применяемые в настоящее время стандарты меди-

¹ Обращения № 9616-ТГ от 8 декабря 2008 г., № 14-7/291 от 9 февраля 2009 г., № 14-7/10/2-1163 от 24 февраля 2009 г., № 14-7/10/2-4368 от 3 июня 2009 г., № 14-0/10/2-7476 от 22 сентября 2009 г., № 14-7/10/12-9100 от 16 ноября 2009 г.

² Приказ Ростехрегулирования от 15 декабря 2009 г. № 1144-ст «Об отмене национальных стандартов и отклонение проекта национального стандарта».

³ Приказ Минздравсоцразвития России от 1 декабря 2005 г. № 753 «Об оснащении диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений муниципальных образований»; Приказ Минздравсоцразвития России от 14 апреля 2006 г. № 289 «О мерах по дальнейшему совершенствованию стоматологической помощи детям в Российской Федерации» и др.

⁴ Данные справочной правовой системы «Консультант Плюс».

⁵ Приказы Минздравсоцразвития России: от 24 июня 2010 г. № 474н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «диетология», от 3 июня 2010 г. № 418н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при уроandroлогических заболеваниях», от 2 июня 2010 г. № 415н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при заболеваниях гастроэнтерологического профиля» и др. от 1 июня 2010 г. № 409н «Об утверждении Порядка оказания неонатологической медицинской помощи», от 4 мая 2010 г. № 315н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с ревматическими болезнями» и др.

⁶ Приказ Минздравсоцразвития России от 26 августа 2011 г. № 990н «О признании утратившим силу Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11.08.2008 г. № 410н «Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи»».

цинской помощи разрабатываются без должного обсуждения по процедуре, которая до настоящего времени не формализована.

Также к стандартизации процессов в здравоохранении можно отнести и регистрацию в период с 2007 по 2011 г. новых медицинских технологий, включая новые методы профилактики и диагностики, по которым выдача разрешений на их применение отнесена к полномочиям федеральных органов государственной власти.

Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 20 июля 2007 г. № 488 «Об утверждении административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий» к новым медицинским технологиям относились впервые предлагаемые к использованию на территории РФ или усовершенствованные совокупности методов (приемов, способов) лечения, диагностики, профилактики, реабилитации, средств, с помощью которых данные методы осуществлялись.

По состоянию на 30 ноября 2011 г. было зарегистрировано 2409¹ новых медицинских технологий. Это был завершающий год регистрации медицинских технологий.

С 1 января 2012 г. после вступления в силу статьи 14 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», регистрация медицинских технологий приостановлена, исключено полномочие федеральных органов государственной власти в сфере здравоохранения по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий, равно как и требование об использовании в практике здравоохранения только методов профилактики, диагностики, лечения, медицинских технологий, разрешенных к применению в установленном порядке.

Таким образом, с 1 января 2012 г. осуществление функции по выдаче разрешений на при-

менение новых медицинских технологий полностью прекращено, в связи с чем для применения новых медицинских технологий получать разрешение не требуется.

Отдельно следует остановиться на вновь возникшей в 2011 г. коллизии между нормами Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан и Федерального закона «О техническом регулировании». Как уже отмечалось выше, Федеральным законом от 1 мая 2007 г. № 65-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон “О техническом регулировании”» были внесены изменения в п. 4 ст. 1 Закона о техническом регулировании, в рамках которых медицинская помощь была выведена из-под действия данного Федерального закона, за исключением случаев разработки, принятия, применения и исполнения обязательных требований к продукции, в том числе к лекарственным средствам, медицинской технике, пищевой продукции.

Этим же законом утверждена новая редакция ст. 11 Закона о техническом регулировании, согласно которой целью стандартизации является, в том числе обеспечение качества услуг. В 2011 г. внесено изменение (п. 4 ст. 1 Федерального закона «О техническом регулировании»²), возвратившее норму о медицинской помощи под действие закона. Таким образом, стандартизация обеспечения качества медицинских услуг осуществляется в рамках Закона о техническом регулировании.

Необходимо отметить, что согласно Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» *качество медицинской помощи – это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланирован-*

¹ Данные реестра, размещенные на сайте www.roszdravnadzor.ru.

² Федеральный закон от 21 июля 2011 г. № 255-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон “О техническом регулировании”».

ного результата, и определяется такими критериями, как эффективность, безопасность, доступность, своевременность, действенность. Критерии оценки КМП формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых медицинскими профессиональными некоммерческими организациями.

В целях реализации Закона о техническом регулировании возобновил свою работу Технический комитет по стандартизации «Медицинские технологии» (далее – ТК 466), созданный в 2004 г. в Федеральном агентстве по техническому регулированию и метрологии. Целью организации и проведения работ по стандартизации в рамках ТК 466 является создание системы национальных стандартов, рекомендуемых для практического использования медицинскими организациями¹. Так, в 2014 г. Росстандартом утверждены ГОСТ Р 56034-2014 «Клинические рекомендации (протоколы лечения)»² и ГОСТ Р 56044-2014 «Оценка медицинских технологий»³, внесенные ТК 466.

Таким образом, с 2011 г. и по настоящее время в рамках двух федеральных законов осуществляется разработка и утверждение клинических рекомендаций (протоколов исследований), что вносит неопределенность в практику здравоохранения. По мнению авторов, стандартизация в сфере здравоохранения должна проводиться исключительно в рамках специального закона, регулирующего отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в России. Поэтому следует вновь вернуться к вопросу уточнения законодательства, исключив из сферы приме-

нения Закона о техническом регулировании отношения, возникающие при оказании медицинской помощи.

5. Федеральные порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (2012 г. – по настоящее время)

В 2012 г. принята новая Концепция развития национальной системы стандартизации Российской Федерации на период до 2020 года⁴, в рамках которой национальная система стандартизации включает комплекс общетехнических стандартов и стандартов по отраслям экономики, стандарты безопасности труда и охраны здоровья, стандарты безопасности при чрезвычайных ситуациях и другие подсистемы стандартизации, а также участников работ по стандартизации, в том числе по стандартизации оборонной продукции (работ, услуг), и документы по стандартизации такой продукции.

Одними из приоритетных направлений в области национальной стандартизации стали в том числе медицинские изделия, медицинские технологии и фармацевтика, биотехнологии, обеспечение безопасности труда и сохранения здоровья в части установления технических требований к продукции, а также менеджмент предприятий, оценка соответствия, защита прав потребителей.

Новый этап в развитии системы стандартизации в здравоохранении связан с принятым 21 ноября 2011 г. Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон), который в основном вступил в силу с 1 января 2012 г.

¹ Приказ Росстандарта от 30 декабря 2004 г. № 633 «О создании технического комитета по стандартизации «Медицинские технологии»».

² Приказ Росстандарта от 4 июня 2014 г. № 503-ст.

³ Приказ Росстандарта от 14 июня 2014 г. № 568-ст.

⁴ Распоряжение Правительства РФ от 24 сентября 2012 г. № 1762-р «Об одобрении Концепции развития национальной системы стандартизации РФ на период до 2020 года».

Частью 5 ст. 32 Закона закреплена обязанность уполномоченного федерального органа устанавливать Положения об организации оказания медицинской помощи по видам, условиям и формам оказания такой помощи¹.

Вместе с тем в 2012 г. утверждено положение об организации оказания ПМСП взрослому населению² и только в конце 2014 г. утверждено Положение об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи³. До этого действовал порядок об организации оказания специализированной помощи в редакции 2010 г. Принципиальное отличие нового Положения в установлении правил организации оказания не только специализированной, но и высокотехнологичной медицинской помощи.

По скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и по паллиативной медицинской помощи до настоящего времени положения об организации оказания не утверждены, и эти виды медицинской помощи регулируются порядками⁴.

С 1 января 2013 г. вступила в силу ч. 1 ст. 37 Закона, закрепляющая норму об организации и оказании медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории России всеми медицинскими организациями, а также в соответствии или на основе стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравом России⁵ и зарегистрированных в Минюсте России.

Правовой статус порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской

помощи, закрепленный Законом, предусматривает:

- применение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в целях обеспечения доступности и качества медицинской помощи (ст. 10 Закона);
- организацию и оказание медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также на основе стандартов медицинской помощи (ст. 37 Закона);
- организацию и осуществление медицинской организацией (МО) медицинской деятельности в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи (ст. 79 Закона);
- формирование Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ) и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ТПГГ) с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи (ст. 80, 81 Закона);
- включение сведений о примененных стандартах медицинской помощи в систему персонифицированного учета (ст. 94 Закона);
- осуществление государственного контроля качества и безопасности медицинской

¹ Постановление Правительства РФ от 2 мая 2012 г. № 413 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации»; Постановление Правительства РФ от 19 июня 2012 г. № 608 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации».

² Приказ Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

³ Приказ Минздрава России от 2 декабря 2014 г. № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи».

⁴ Приказ Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»; Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».

⁵ Указом Минздравсоцразвития России преобразован в Минздрав России и Минтруда России.

деятельности путем проведения проверок применения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи (ст. 88 Закона);

- участие профессиональных некоммерческих организаций в решении вопросов, связанных с нарушением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи (ст. 76 Закона).

Резюмируя, следует еще раз отметить, что в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи осуществляются организация и оказание медицинской помощи, а также организация и осуществление медицинской деятельности.

Применяются порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи в целях обеспечения доступности и качества медицинской помощи, а государственный контроль применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи проводится в целях обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности.

Таким образом, порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи определяют качество самой медицинской помощи и безопасность медицинской деятельности.

Согласно постановлению Правительства РФ от 13 августа 1997 г. № 1009 «Об утверждении Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации» (далее – Правила) нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти издаются только в виде постановлений, приказов, распоряжений, правил, инструкций и положений. Нормативный правовой акт – это

письменный официальный документ, принятый (изданный) в определенной форме правотворческим органом в пределах его компетенции и направленный на установление, изменение или отмену правовых норм. В свою очередь, под правовой нормой принято понимать общеобязательное государственное предписание постоянного или временного характера, рассчитанное на многократное применение¹. Акты, подготовленные федеральными органами исполнительной власти и зарегистрированные в Минюсте РФ, являются нормативными правовыми актами. Стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (ч. 2 ст. 37 Закона) – Минздравом России. Приказы об утверждении стандартов оказания медицинской помощи проходят государственную регистрацию в Минюсте России, подлежат официальному опубликованию в течение 10 дней после их регистрации и считаются вступившими в силу со дня их официального опубликования. Утверждение стандарта приказом Минздрава России, зарегистрированным Минюстом России и официально опубликованным, делает его нормой права.

Стандарты медицинской помощи представляют собой формализованное описание (в табличной форме) объема медицинской помощи, которая должна быть обеспечена пациенту с конкретным заболеванием (нозологической формой), синдромом или в конкретной клинической ситуации.

Стандарты определяются по видам медицинской помощи (ПМСП, СМП, специализированной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи) и по заболеваниям. В стандарте указываются форма (экстренная, неотложная, плановая) и условия оказания медицинской помощи (стационарно, в условиях дневного стационара², амбулаторно, вне медицинского

¹ Постановление Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации от 11 ноября 1996 г. № 781-II ГД «Об обращении в Конституционный Суд Российской Федерации».

² Например, приказ Минздрава России от 24 декабря 2012 г. № 1561н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при преждевременном половом созревании».

учреждения), перечень медицинских услуг, частота предоставления услуги и среднее количество данных услуг (манипуляций, назначений) на 1 пациента, перечень лечебных препаратов (ЛП) с указанием дозировки и усредненного показателя применения, а также сроки лечения.

Установленные стандартами требования рассчитаны на неоднократное применение, действуют независимо от того, возникли или прекратились конкретные правоотношения. В связи с этим невыполнение стандартов медицинской помощи, по мнению экспертов, может служить критерием для принятия правового решения о наступлении юридической ответственности для врачей¹. В частности, некачественная медицинская помощь и плохие результаты лечения могут рассматриваться как следствие неисполнения стандартов медицинской помощи².

Вместе с тем в отношении обязательности применения стандартов практика реализации Закона выявила ряд противоречий. Так, ч. 4 ст. 37 Закона установлено, что стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает усредненные показатели: частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг; зарегистрированных на территории России ЛП с указанием средних доз; медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; компонентов крови; видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания, а также иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

При этом ч. 5 ст. 37 Закона предусмотрена возможность назначения и применения ЛП, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не установленных стандартами медицинской помощи, при условии наличия медицинских показаний с учетом индивидуальных особенностей пациента по решению врачебной комиссии.

Стандарты не отменяют индивидуальный подход к лечению пациента. Именно поэтому в ст. 73 «Обязанности медицинских работников и фармацевтических работников» не введено для них требование обязательности исполнения стандартов медицинской помощи. Согласно этой статье, «...медицинские работники обязаны оказать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями...» и осуществляют деятельность, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии.

Таким образом, концепция ч. 5 ст. 37 Закона, заложенная законодателем, не направлена на возможность использования стандарта медицинской помощи как документа, носящего обязательный характер и применяемого как алгоритм лечения определенного заболевания (состояния) у конкретного пациента в конкретной медицинской организации.

Это в свою очередь противоречит положениям ст. 79 Закона, в которой предусмотрена обязанность медицинских организаций осуществлять медицинскую деятельность в соответствии со стандартами медицинской помощи, а также ч. 2 и 3 ст. 80 Закона, положениями которых установлено, что обеспечение граждан ЛП, медицинскими изделиями, специализированными продуктами лечебного питания осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи в рамках ПГГ и ч. 1 ст. 37 Закона, закрепляющей норму об обязательности организации медицинской помощи в соответствии с порядками и на основе стандартов медицинской помощи.

Необходимо отметить, что проверки Генеральной прокуратурой РФ соблюдения законодательства в сфере здравоохранения и по жалобам граждан на доступность и КМП проводятся на основе обязательности соблюдения стандарта медицинской помощи. Не-

¹ Ковалевский М. *Правила искусства врачевания* // *АиФ. Здоровье. Лекарственное обеспечение*. 2011. № 6.

² Мыльникова И.С. *Осторожно: стандарт! Несколько слов о правовом статусе стандартов медицинской помощи в России* // *Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи*. 2010. № 8.

выполнение стандарта медицинской помощи становится причиной уголовного преследования медицинского работника. Росздравнадзор также осуществляет проверки на основе обязательности соблюдения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. Таким образом, положения Закона об обязательности стандартов медицинской помощи неоднозначны и требуют существенного уточнения.

Согласно юридической терминологии, формулировка «в соответствии» означает следование каким-либо обязательным к исполнению норме, правилу, порядку и т.п. Согласно формулировке, данной в Современном толковом словаре русского языка Т.Ф. Ефремовой (2000 г.), «в соответствии» указывает на основания действия, что является для действия определяющим фактором. Данная формулировка задает строгий вектор следования или исполнения тех или иных действий. Формулировка «на основе» дает некое направление, которым можно руководствоваться при принятии решений.

Для урегулирования вопросов правильного толкования норм закона в 2013 г. внесены изменения¹ в ст. 79 Закона, в которой обязанностью медицинской организации становятся организация и осуществление медицинской деятельности не «в соответствии» со стандартами медицинской помощи, а «на основе». Вместе с тем, по мнению авторов, сохраняется нечеткость юридической конструкции Закона, ввиду наличия двух подменяющих формулировок: «в соответствии» и «на основе» стандартов медицинской помощи.

Также законодатель в ст. 88 Закона в части проведения проверок медицинских организаций изменил формулировку «соблюдение» порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, означающее точное (строгое) их исполнение, на более лояльную – «применение».

Вместе с тем в п. 1 ч. 3 ст. 80 Закона сохранена норма об оказании медицинских услуг, назначение и применение ЛП, включенных в перечень ЖНВЛП, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям **в соответствии со стандартами медицинской помощи** при оказании медицинской помощи в рамках ПГГ и ТПГГ.

Согласно ч. 7 ст. 80 Закона ПГГ формируется **с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи**, т.е. рассогласование формулировок «в соответствии» (ч. 3 ст. 80) и «на основе» (ч. 7 ст. 80) не устранено, таким образом, внесенные изменения не отвечают на вопрос о роли стандартов в системе оказания медицинской помощи, несмотря на их изъятие из статьи 69, определяющей аккредитацию специалистов здравоохранения.

Новацией Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ является дополнительное включение в ст. 64 клинических рекомендаций (наряду с порядками оказания медицинской деятельности и стандартами медицинской помощи) как основы формирования критериев КМП.

Правовые проблемы применения стандартов

Таким образом, *действующее законодательство* в отношении места и роли стандартов при оказании медицинской помощи имеет определенные правовые пробелы:

1. Отсутствует порядок разработки, утверждения, применения и пересмотра стандартов медицинской помощи, а также их структуры.

Хотя правовой статус стандартов (приказы Минздрава России, зарегистрированные Минюстом России) подразумевает обязательность их опубликования и применения в установленном порядке, требуются детальные пояснения,

¹ Федеральный закон от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ (редакция от 28.12.2013) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

для каких целей, кем и в каком порядке должны применяться указанные стандарты. В частности, неясен порядок одновременного применения при лечении пациентов с несколькими заболеваниями, в том числе в случаях, если назначения по разным заболеваниям могут иметь несовместимое действие. Вместе с тем нет понимания, какая допускается степень отклонения от стандарта как обязательного к исполнению *документа*.

2. Отсутствует перечень стандартов медицинской помощи, обязательных для применения. Неясен принцип, по которому определяется необходимость разработки стандарта по конкретному заболеванию. По оценке экспертов, в соответствии с МКБ необходимо утвердить от 9 до 33 тыс. стандартов медицинской помощи, которые должны постоянно обновляться. Эта работа требует больших финансовых ресурсов. По состоянию на конец 2014 г. утверждено 63 порядка оказания медицинской помощи¹ и 796 стандартов медицинской помощи². При этом предпринимались попытки на законодательном уровне установить административную ответственность врача за неисполнение стандарта медицинской помощи. Вместе с тем такую норму законодатель не поддержал.

3. Структура и содержание стандартов также вызывают ряд вопросов. Стандарты не содержат алгоритмов лечения больного. Можно предположить, что стандарты должны содержать наиболее эффективные как с клинической, так и с экономической точки зрения технологии лечения, т.е. должны способствовать обеспечению качества оказания медицинской помощи и повышению эффективности здравоохранения. Однако нет информации, как и соответствующих требований, насколько учтены при разработке стандартов новейшие методы лечения, по-

зволяющие улучшить клинические результаты и сократить нормативные сроки лечения, время нахождения больного в стационаре или вообще перевести часть медицинских технологий со стационарного на амбулаторный этап оказания медицинской помощи и тем самым обеспечить повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

4. Возможные риски обязательности применения стандартов:

- со стороны врачей: применение врачами упрощенного подхода к лечению, формальное применение технологий лечения, которые предусмотрены в стандарте, отказ от использования альтернативных или дополнительных, не обозначенных в стандартах методов лечения, которые могут быть более эффективными для данного *больного*;
- со стороны пациентов: необоснованное требование назначения лекарственных препаратов и процедур, которые предусмотрены в стандарте, но в конкретном случае могут быть не показаны *данному* больному, *ведущее* к неоправданным претензиям к врачам;
- со стороны проверяющих органов: сложности в определении обоснованности назначения врача (при частоте услуги <1 в настоящее время не разработаны критерии, по которым можно судить, обоснованно ли назначение врача, и, наоборот, связано ли ухудшение/осложнение с тем, что врач не сделал данную процедуру);
- в части развития и внедрения в практику современных технологий: возможно замедление процесса внедрения новых технологий, поскольку процедура разработки и пересмотра стандартов сложна и длительна по времени.

¹ По информации, размещенной на официальном сайте Минздрава России и в правовой базе «Консультант Плюс». Официально утвержденного перечня порядков нет.

² Из выступления министра здравоохранения РФ В. Скворцовой на заседании президиума Госсовета о повышении доступности и качества медицинской помощи в регионах 30 июля 2013 г. Источник: <http://www.kremlin.ru/news/18973>. Официально утвержденного перечня стандартов нет.

5. Стандарты оказания медицинской помощи как норма права сдерживают развитие эффективных форм организации оказания медицинской помощи, поскольку жестко закрепляют оказание медицинских услуг за врачами определенных специальностей. Так, участковый терапевт и ВОП по стандарту оказания медицинской помощи обязаны в целях установления диагноза направить пациента к врачу-специалисту. Несоблюдение стандарта оказания медицинской помощи приведет к штрафным санкциям со стороны СМО и фиксируется органами прокуратуры как нарушение законодательства. В этом случае теряют смысл специальность «врач общей практики» и организация работы по принципу ВОП, а также применение подушевого принципа фи-

нансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи. Это снижает структурную эффективность здравоохранения и препятствует сокращению издержек.

6. Противоречие Закона заключается в том, что стандарты медицинской помощи обязательны для исполнения медицинскими организациями и необязательны для исполнения медицинскими работниками. *Безусловно*, такая ситуация требует обсуждения в профессиональном сообществе и принятия решения.

Все перечисленные факторы сдерживают развитие систем управления качеством медицинской помощи, внедрение новых технологий оказания медицинской помощи, а также обеспечение эффективности оплаты медицинской помощи.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Найговзина Нелли Борисовна – доктор медицинских наук, профессор (Москва)

Филатов Вадим Борисович – доктор медицинских наук, профессор (Москва)

Бороздина Оксана Анатольевна (Москва)

Н.Б. Найговзина, В.Б. Филатов,
О.А. Бороздина, Н.А. Николаева

Стандартизация в здравоохранении.

Преодоление противоречий законодательства, практики, идей



2015 г., 208 с.

Исходя из законодательства к документам в области стандартизации здравоохранения относятся порядки оказания медицинской помощи, положения об организации оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), национальные стандарты в области оказания медицинской помощи, отраслевые стандарты, а также стандарты в области управления, материально-технического и информационного обеспечения, которые являются как обязательными, так и добровольными для применения.

К действующей системе стандартизации здравоохранения ученые, практики, эксперты предъявляют все возрастающие требования, связанные с неурегулированностью вопросов обязательности и добровольности применения стандартов медицинской помощи, ролью стандартов медицинской помощи в оценке качества и доступности медицинской помощи, формировании тарифов на оплату медицинской помощи, ролью клинических рекомендаций (протоколов), целесообразностью применения законодательства о техническом регулировании к оказанию медицинской помощи.

Авторы предлагаемой вашему вниманию работы попытались дать развернутую характеристику этим и многим другим проблемам стандартизации здравоохранения России, сделав основной акцент на преодоление сложившихся противоречий в этой области.

Контакты

Фирменные магазины «Медицинская литература»:

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»
115035, Москва,
ул. Садовническая, д. 9, стр. 4.
Тел./факс: (495) 921-39-07,
(499) 246-39-47.
www.geotar.ru.

Интернет-магазин «Медкнигасервис»:
www.medknigaservis.ru
Тел.: 8-800-555-999-2.

м. «Фрунзенская»
г. Москва, Комсомольский
просп., д. 28 (здание Московского двор-
ца молодежи).
Тел.: 8 (916) 877-06-84,
(499) 685-12-47;

**м. «Коньково»,
м. «Юго-Западная»**
г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.
Тел.: (495) 434-55-29;

м. «Новокузнецкая»
(по раб. дням с 9-00 до 18-00)
г. Москва, ул. Садовническая,
д. 9, стр. 4.
Тел.: (495) 921-39-07,
(495) 228-09-74;

м. «Цветной бульвар»
г. Москва, ул. Троицкая, д. 9, стр. 1.
Тел.: 8 (985) 387-14-57.



Риски перехода с 1 января 2016 г. к аккредитации врачей и медсестер для частных медицинских организаций

Д.А. Борисов

Некоммерческое партнерство «Объединение частных медицинских клиник и центров», Москва

В настоящее время допуском к медицинской деятельности является наличие сертификата специалиста. С 2016 г. вступает в силу норма закона об аккредитации врачей и медсестер. Одновременно отменяется процедура выдачи сертификатов. Данные изменения затрагивают медицинских работников, а также медицинские организации в части соблюдения лицензионных требований. Неопределенность процедуры аккредитации является источником риска для организаций и работников.

Ключевые слова:

допуск к медицинской деятельности, сертификат специалиста, аккредитация, лицензирование

The risks of switching from 1 January 2016 to the accreditation of doctors and nurses for private health organizations

D.A. Borisov

Association of Private Medical Clinics and Centers, Moscow

Currently admission to medical practice is the certificate of specialist. 2016 comes into force provision of the law on the accreditation of doctors and nurses. Simultaneously canceled the procedure of issuing certificates. These changes apply to medical professionals and medical organizations in terms of compliance with licensing requirements. The uncertainty of the accreditation procedure is a source of risk for organizations and employees.

Keywords:

admission to medical practice, graduate certificate, accreditation, licensing

В настоящее время одним из лицензионных требований является наличие врачей и медсестер, имеющих сертификат специалиста. Невыполнение лицензиатом данного требования является грубым нарушением (пп. д.п. 4–6 Положения о лицензировании ме-

дицинской деятельности, утв. Постановлением Правительства от 16.04.2012 № 291). Грубое нарушение может повлечь административное приостановление деятельности на срок до 90 суток (ч. 4 ст. 14.1 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях).

До 1 января 2016 г. право на осуществление медицинской деятельности имеют лица с сертификатом специалиста – п. 1 ч. 1 ст. 100 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее закон № 323-ФЗ).

С 1 января 2016 г. вступает в силу ст. 69 закона № 323-ФЗ, согласно ч. 1 которой право на осуществление медицинской деятельности имеют лица, обладающие свидетельством об аккредитации специалиста. Вступление в силу данной нормы повлечет: 1) изменение Положения о лицензировании медицинской деятельности; 2) издание приказа об аккредитации. В настоящее время проекты нормативных актов об изменении положения о лицензировании медицинской деятельности и аккредитации специалистов отсутствуют.

В то же время сертификаты специалиста, выданные до 1 января 2016 г., действуют до истечения указанного в них срока (ч. 2 ст. 100 закона № 323-ФЗ).

Данная правовая неопределенность порождает следующие риски: 1) будут ли допущены к медицинской деятельности с 1 января 2016 г. специалисты, имеющие сертификат, срок действия которого не истек; 2) какова процедура аккредитации?

По имеющейся информации, Минздрав России в качестве одного из основных направлений развития Национальной системы здравоохранения определил ведение обязательной аккредитации медицинских работников. Процедура аккредитации предполагает оценку профессионального портфолио, профессиональных знаний (по результатам национального профессионального тестирования) и профессиональных компетенций в условиях симуляционно-аттестационного центра.

Председатель совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, ректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, член-корреспондент РАН Петр Глыбочко и руководители Минздрава РФ в лице первого заместителя министра здравоохранения России Игоря Каграманяна и директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава РФ Татьяны Семеновы дали разъяснения: вся первичная аккредитация специалистов (выпуск-

ники) с 2016 г. остается за всеми 46 профильными вузами системы Министерства здравоохранения; вторичная аккредитация (действующие специалисты) будет проводиться уполномоченными центрами поэтапно и в течение 5 лет с постепенной заменой действующих сертификатов.

Общее руководство будет возложено на Национальный центр аккредитации, методологическое сопровождение – на экспертно-методические центры, также в структуру системы аккредитации войдут 12 окружных центров аккредитации.

Игорь Каграманян рассказал, что головная роль в системе аккредитации отводится Национальному центру, создаваемому на базе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Часть вузов системы Минздрава станут базовыми окружными центрами аккредитации. Задача ближайшего времени – определиться с количеством специальностей (или их групп), подлежащих аккредитации.

Предположительно аккредитация будет проводиться уполномоченными центрами – вузами системы Минздрава. Но поскольку аккредитация специалиста осуществляется по окончании им освоения профессиональных образовательных программ медицинского образования (ч. 3 ст. 69 закона № 323-ФЗ), а уполномоченные вузы сами проводят обучение по программам дополнительного профессионального образования (ДПО), у них возникнет незаконное конкурентное преимущество перед иными организациями ДПО, лишенными такого права.

В настоящее время в соответствии с п. 3 приложения 1 к Приказу Минздрава России от 29.11.2012 № 982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста» сертификат выдается образовательными или научными организациями в соответствии с лицензией на осуществление образовательной деятельности, т.е. все образовательные организации независимо от формы собственности, типа или ведомственной принадлежности находятся в равных условиях.

Касаясь истории преодоления административных барьеров в сфере образования врачей,

необходимо отметить, что до 2011 г. государственная аккредитация образовательных организаций в части программ ДПО проводилась незаконно, поскольку отсутствовали Федеральные государственные требования к программам, в частности в сфере медицины. Утверждение требований было возложено на Министерство образования, при этом отраслевые министерства, в том числе Минздравсоцразвития, не предприняли необходимых действий, что привело к отсутствию единых требований к образованию врачей.

После изменения законодательства об образовании с 1 января 2011 г. органы, ответственные за аккредитацию, перестали ее осуществлять в отношении организаций ДПО, ссылаясь на отсутствие требований к программам. При этом сохранялась действующая аккредитация и продлевалась аккредитация вузов на том основании, что для высшего образования существуют государственные образовательные стандарты. Рособрандзор занял позицию, согласно которой вузы имеют право выдавать документы государственного образца о ДПО на основании аккредитации программ высшего образования. Такая ситуация поставила образовательные организации в неравные условия, тем более что приказом Минздравсоцразвития № 705н действующими признавались документы исключительно государственного образца.

Федеральная антимонопольная служба (ФАС) вынесла предписание Рособрандзору внести изменения во все действующие свидетельства о государственной аккредитации вузов, исключив из них ДПО. В результате ряда судебных разбирательств в 2011–2012 гг. между Рособрандзором и ФАС с участием экспертов Национального союза в новом законе об образовании, принятом в 2013 г., норма о государственной аккредитации программ ДПО была исключена. Кроме того, в связи с приказом № 705н ФАС приняла решение в отношении Минздрава России, установив нарушение Закона о защите конкуренции. Минздрав России согласился с позицией ФАС и отменил приказ № 705н, содержащий дискриминационное требование о признании документов лишь государственного образца, для

выдачи которых требовалась аккредитация, приняв новый приказ № 66н от 03.08.2012.

История с медицинским образованием имела продолжение в 2013 г. Минздрав издал приказ № 982н «О выдаче сертификата специалиста медработникам», который вступил в силу 29 марта 2013 г. Согласно этому приказу, сертификаты специалиста могли выдавать только государственные образовательные учреждения. При этом для допуска к экзамену требовалось представить документы о ДПО (повышение квалификации, переподготовка) исключительно государственного образца, для чего необходима аккредитация. В апреле 2013 г. экспертами Национального союза было подготовлено заключение по результатам проведения антикоррупционной экспертизы данного приказа. В августе 2013 г. Минздравом в него были внесены изменения, согласно которым негосударственные образовательные организации, имеющие лицензию, получили право выдавать сертификаты специалиста, и документы государственного образца более не требуются.

Еще раз подчеркнем, что в первоначальной редакции приказа № 982н право выдачи сертификата предоставлялось только государственным образовательным или научным организациям. Данная дискриминационная норма была исключена после проведения антикоррупционной экспертизы экспертами Национального союза региональных объединений частной системы здравоохранения и возбуждения ФАС дела о нарушении антимонопольного законодательства в отношении Минздрава. Подобная ситуация может повториться, приводя к еще более пагубным последствиям.

В настоящее время в РФ – около 650 000 врачей и 1 500 000 среднего медицинского персонала. Даже при проведении аттестации поэтапно в течение 5 лет с постепенной заменой действующих сертификатов в среднем в год данную процедуру необходимо будет пройти 130 000 врачам и 300 000 медсестрам – не многовато ли для уполномоченных центров?

В то же время такой подход в условиях экономического кризиса приведет к дополнительным значительным расходам для работодателей. В соответствии с абз. 4 ст. 196 Трудового кодекса работодатель обязан проводить ДПО работни-

ков, если это является условием выполнения работниками определенных видов деятельности.

Работникам, проходящим подготовку, работодатель должен создавать необходимые условия для совмещения работы с получением образования, предоставлять гарантии, установленные трудовым законодательством.

В соответствии со ст. 187 ТК при направлении работодателем работника на ДПО с отрывом от работы за ним сохраняются место работы (должность) и средняя заработная плата по основному месту работы. Работникам, направляемым на ДПО с отрывом от работы в другую местность, оплачиваются командировочные расходы в порядке и размерах, предусмотренных для лиц, направляемых в служебные командировки.

Таким образом, компенсации предусмотрены в случае прохождения дополнительного образования, к которому собственно аккредитация не относится. Следовательно, работодатель будет вынужден выбрать для своих сотрудников прохождение ДПО в уполномоченном вузе, возможно, расположенном в другом городе, с последующей аккредитацией для отнесения расходов на себестоимость. При этом сами расходы значительно вырастут из-за отрыва сотрудника от работы, сохранения места работы (должности) и средней заработной платы, оплаты проезда и проживания по сравнению с прохождением обучения и аккредитации, совмещенных с работой.

Вызывает настороженность и высказывание первого заместителя министра здравоохранения Игоря Каграманяна о том, что задачей ближайшего времени является определение количества специальностей (или их групп), подлежащих аккредитации.

Пунктом 2 приказа № 982н предусмотрено, что сертификат выдается по специальностям, предусмотренным номенклатурой специальностей спе-

циалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения РФ, утвержденной приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2009 № 210н. Аккредитация в рамках одного свидетельства нескольких специальностей вряд ли возможна, поэтому, скорее всего, речь идет о дальнейшем дроблении допуска к выполнению отдельных работ врачами. Например, аккредитация по акушерству и отдельно по гинекологии. Пагубность таких барьеров очевидна – врачам связывают, если не сказать выкручивают, руки при оказании помощи пациентам, поскольку допуск тесно связан с лицензированием. Непонимание последствий во всей их взаимосвязи, неумение их прогнозировать, а подчас просто близорукость – слагаемые фирменного стиля Минздрава.

В связи с вышеизложенным необходимо:

1. Внести изменения в Положение о лицензировании в части лицензионных требований – наличие врачей и медсестер, имеющих сертификат специалиста либо свидетельство об аккредитации. Оба документа в равной степени должны предоставлять допуск к медицинской деятельности.

2. Сохранить преемственность процедуры допуска врачей к деятельности в части: 1) наделения правом аккредитации всех образовательных организаций, имеющих соответствующую лицензию; 2) аккредитации специалистов в соответствии с номенклатурой специальностей без дальнейшего дробления допуска по отдельным услугам.

3. Обеспечить единообразие процесса оценки знаний не за счет ограничения субъектов, проводящих оценку, а с помощью разработки стандарта оценки, включающего общедоступную систему детализированных тестов, прошедших публичное обсуждение в профессиональном сообществе, по всей номенклатуре медицинских специальностей специалистов с высшим и средним образованием.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Борисов Дмитрий Александрович – кандидат экономических наук, член правления саморегулируемой организации (СРО) Некоммерческое партнерство «Объединение частных медицинских клиник и центров» (Москва)
E-mail: ddaabb@mail.ru



Мнение эксперта к статье «Риски перехода с 1 января 2016 г. к аккредитации врачей и медсестер для частных медицинских организаций»

Аккредитация специалиста – новая система допуска к работе по специальности, идущая на смену устаревшей системе сертификации, предусмотрена ст. 69 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Основными преимуществами новой системы должны стать большая гибкость в допусках к отдельным направлениям деятельности, прозрачность и независимость контроля знаний и умений медицинских работников, снижение коррупционных рисков.

В настоящее время Советом при Минздраве России по обеспечению перехода к проведению аккредитации специалиста рассматриваются 4 вида аккредитации. **Базовая аккредитация**, которую будут проходить все выпускники медицинских вузов после окончания образовательных программ по федеральным государственным образовательным стандартам (в 2016 г. – по специальностям «стоматология» и «фармация», с 2017 г. – по всем специальностям группы здравоохранение). Выпускники программ обучения в ординатуре будут проходить **специализированную аккредитацию**, врачи, участвующие в системе непрерывного медицинского образования (НМО) – после набора 250 ч будут допускаться к **повторной аккредитации** (реаккредитации), а при освоении новых компетенций – к **компетентностной аккредитации**, дающей допуски к выполнению отдельных методов диагностики и лечения.

Таким образом, повторная аккредитация является завершением 5-летнего образовательного цикла, в течение которого медицинский работник должен набрать не менее 250 ч образовательной активности за счет участия в различных образовательных мероприятиях, самостоятельного изучения электронных учебных материалов. Такая модель обучения уже была опробована в 2014 г. в рамках пилотного проекта, проведенного Министерством здравоохранения РФ в 12 регионах РФ, и показала хорошие результаты.

Предусмотрен поэтапный переход к участию в НМО и повторной аккредитации в течение 5 лет, с 2016 по 2020 г. В этот период медицинские работники, у которых истекает срок действия сертификата специалиста, будут проходить циклы повышения квалификации и после получения документов, дающих допуск к работе по специальности на 5-летний период, будут вступать в систему НМО.

Процедура аккредитации специалистов будет включать проверку знаний с помощью тестовых заданий с машинным контролем и умений – с применением объективного структурированного клинического экзамена.

*Балкизов Залим Замирович,
кандидат медицинских наук, официальный представитель
Ассоциации по медицинскому образованию в Европе (АМЕЕ) в СНГ,
эксперт АСМОК, заместитель главного редактора
журнала «Медицинское образование и профессиональное развитие»*

Государственно-частное партнерство – механизм развития инфраструктуры здравоохранения



Е.В. Мелешко

ОАО «Федеральный центр проектного финансирования» (ФЦПФ, Группа ВЭБ), Москва

Международная практика показывает, что применение механизмов государственно-частного партнерства (ГЧП) является эффективным инструментом развития инфраструктуры здравоохранения в условиях ограниченных бюджетных ресурсов. В России интерес к проектам создания медицинской инфраструктуры ограничен по причине низкой инвестиционной привлекательности. В то же время потенциал развития ГЧП в здравоохранении значительный. В настоящее время подготовлен первый федеральный инвестиционный проект по созданию медицинского парка в сфере травматологии, ортопедии и нейрохирургии в Новосибирске, реализуемый на условиях концессии. В рамках проекта инвестор за счет собственных и заемных средств проведет реконструкцию и оснащение оборудованием имущества ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна» и организует на базе этого имущества производство медицинских изделий для травматологии и ортопедии на протяжении 15 лет. Возврат вложенных инвестиций будет осуществляться инвестором самостоятельно за счет коммерческой выручки.

Грамотная подготовка проекта позволила сделать его инвестиционно привлекательным, а реализация проекта обеспечит решение социальных задач, в том числе создание импортозамещающих производств и новых рабочих мест, в кратчайшие сроки.

Ключевые слова:

государственно-частное партнерство, здравоохранение, медицинский парк, концессионное соглашение, инвестиционный проект, финансирование, инфраструктура, импортозамещение, оборудование, травматология, ортопедия

Public-private partnership – the mechanism of health care infrastructure development

E.V. Meleshko

Federal Centre for Project Finance (VEB), Moscow

The international practice shows that use of mechanisms of public-private partnership is the effective instrument of health care infrastructure development in the conditions of limited budgetary resources. Interest in projects of creation of medi-

cal infrastructure is limited in Russia because of low investment appeal. At the same time, the potential of development of PPP in health care the considerable.

Now the first federal investment project on creation of medical park in traumatology, orthopedics and neurosurgery in Novosibirsk realized on the terms of concession is prepared. Within the project the investor at the expense of own and borrowed funds will carry out reconstruction and equipment by the equipment of property of Novosibirsk Research Institute of Traumatology and Orthopedics of Ya.L. Tsivyan and organize on the basis of this property production of medical products for traumatology and orthopedics for 15 years. Return of the enclosed investments will be carried out by the investor independently at the expense of commercial revenue.

Competent preparation of the project allowed to make it investment and attractive, and implementation of the project will provide the solution of social tasks, including creation of import-substituting productions and new workplaces, within the shortest possible time.

Keywords:

public-private partnership, health care, medical park, concession agreement, investment project, financing, infrastructure, import substitution, equipment, traumatology, orthopedics

Государственно-частное партнерство (ГЧП) является одним из наиболее эффективных механизмов проектного финансирования инфраструктуры в мире. Согласно данным Всемирного банка, в мире реализовано и реализуется более 3000 проектов ГЧП. В рамках исследования, проведенного Infrastructure Partnerships Australia, было проанализировано 22 проекта, реализованных на принципах ГЧП, и 33 – в рамках государственных закупок. В результате было выявлено, что превышение стоимости по проектам ГЧП составило 58 млн долл., а общий объем заключенных сделок был равен 4,9 млрд долл. Одновременно с этим по традиционным государственным закупкам превышение стоимости составило 673 млн долл. при общем объеме в 4,5 млрд долл. В рамках данной работы было показано, что 3,4% соглашений ГЧП были реализованы раньше срока, а 23,5% проектов, осуществляемых в рамках государственных закупок, были реализованы с задержками. Такие результаты исследований подтверждают, что использование механизма ГЧП является более эффективным методом развития общественной инфраструктуры и предоставления услуг населению.

В России реализация инвестиционных проектов с применением механизма ГЧП началась относительно недавно, в основном в сфере

транспортной инфраструктуры, в то время как проекты создания социальной инфраструктуры на условиях ГЧП не превышают 10% от общего числа реализованных проектов.

В настоящее время единственной формой ГЧП, установленной на федеральном уровне, является концессия. Данный механизм дает возможность государству реализовывать социально значимые проекты в сфере здравоохранения, для реализации которых необходимо привлечение масштабных объемов инвестиций. При этом от государства не требуется отвлечения бюджетных средств, что позволяет решить государственные задачи сразу по нескольким направлениям.

В классическом понимании модель концессии предполагает привлечение частного партнера (концессионера) для проектирования, строительства (реконструкции) и эксплуатации того или иного объекта. Финансирование проекта ведется за счет средств частного партнера, собственных и заемных, при этом возврат вложенных инвестиций и рентабельность проекта достигаются полностью за счет сбора платы с населения при оказании концессионером услуг. Публичный партнер (концедент) определяет требования к объекту и контролирует ход исполнения концессионером мероприятий по строительству и эксплуатации объекта. Такие проекты становятся привлекательными и реализуемыми

при высоком уровне спроса на оказываемые концессионером услуги.

В настоящий момент при участии Федерального центра проектного финансирования (Группа ВЭБ) к реализации готовится первый федеральный инвестиционный проект с использованием механизма концессии. Соответствующее распоряжение о заключении концессионного соглашения в отношении объекта здравоохранения ФГБУ «Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России в Новосибирске подписано 19 марта председателем Правительства Российской Федерации Д.А. Медведевым.

Проект предполагает создание промышленно-медицинского парка как комплекса конкурентоспособных производств медицинских изделий, компоновочных узлов, сырьевых компонентов в сфере травматологии, ортопедии и нейрохирургии, в том числе для целей импортозамещения.

Промышленно-медицинский парк станет частью медицинского технопарка Новосибирской области. Основными составляющими промышленно-медицинского парка станут:

- производство различных эндопротезов и погружных конструкций для сферы травматологии, ортопедии и нейрохирургии с использованием современных материалов и подходов к производству;
- производство конструкций для травматологии и ортопедии как на основе металла, так и на основе других материалов (например, биodeградируемых конструкций);
- производство экзопротезов;
- производство серии аппаратно-программных комплексов для реабилитации пациентов с патологией опорно-двигательной и нервной систем.

В рамках реализации проекта планируется провести реконструкцию имущества, принадлежащего на праве оперативного управления ФГБУ «Новосибирский НИИТО им. Я.Л. Цивьяна», в два этапа:

- **Этап I (2015–2018 гг.).** Проведение всех необходимых работ по созданию всех инженерных коммуникаций, которые

на текущий момент отсутствуют на объекте по адресу г. Новосибирск, Первомайский район, ул. Одоевского, д. 3 (далее – объект), внутренний и внешний капитальный ремонт стен, полов, фасадов, реконструкция части площадей, оснащение производств в рамках направлений деятельности медицинского парка на реконструированной площади.

- **Этап II (2018–2019 гг.).** Расширение производственных площадей в области регенеративной медицины, организация производства медицинских изделий на основе 3D-технологий, создание сервисных площадей, реконструкция объекта в той части площадей, которые необходимы для запуска всего комплекса производств на нем.

Проект будет реализован за счет средств инвестора (концессионера), который будет привлечен по итогам конкурсных процедур в соответствии с Федеральным законом № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях».

Полномочия концедента при заключении и исполнении концессионного соглашения будет осуществлять Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Концессионером будут заключены кредитные договоры в целях привлечения финансирования, договоры подряда, договоры на поставку оборудования.

По концессионному соглашению на концедента будут возложены обязательства по передаче объекта концессионного соглашения концессионеру, передача концессионеру земельного участка в аренду.

В обязанности концессионера будет входить реконструкция (модернизация) объекта концессионного соглашения за счет собственных и (или) привлеченных средств, организация производственной деятельности и непрерывная эксплуатация объекта концессионного соглашения. Подробная схема контрактных взаимоотношений представлена на рисунке.

Финансирование инвестиционных затрат по проекту будет осуществляться за счет средств частного инвестора и привлеченного им заемного капитала. Финансирование операционных



Организационно-правовая схема реализации проекта

расходов на этапе строительства и расходов на обслуживание долга планируется осуществлять также за счет средств концессионера. Возврат вложенных инвестиций и получение требуемого уровня дохода будут осуществляться частным инвестором за счет собственной коммерческой выручки. В ходе финансово-экономического анализа объем выручки по проекту был определен для каждого планируемого производства. Со стороны публичного партнера частному инвестору будет предоставлен земельный участок под здание в аренду на срок, не превышающий срока действия концессионного соглашения.

Для подтверждения экономической целесообразности реализации проекта ФЦПФ были проанализированы сценарии реконструкции существующего объекта и нового строительства. Различие между сценариями заключается в инвестиционных затратах. При реконструкции объекта стоимость работ с учетом оснащения составляет 685 млн руб. В то же время стоимость

создания нового объекта с необходимыми характеристиками составляет 762 млн руб., но при этом еще потребуются дополнительные затраты на его оснащение в размере 355 млн руб., что увеличивает общую стоимость проекта до 1,45 млрд руб. Ввиду высоких инвестиционных затрат при осуществлении нового строительства проект не окупается для частного инвестора. В случае реконструкции проект является инвестиционно привлекательным.

Срок действия концессионного соглашения составляет 15 лет. Целесообразность срока действия концессионного соглашения определена на основании двух показателей. Во-первых, срок концессионного соглашения должен превышать срок окупаемости проекта, составляющий 11 лет. И во-вторых, срок соглашения должен быть меньше срока службы дорогостоящего оборудования, планируемого к установке в рамках реализации проекта, составляющего в среднем 15 лет с момента ввода в эксплуатацию. Учитывая, что оборудование планируется

вести в эксплуатацию в 2016 г., его переустановку нужно будет осуществлять в 2030 г. Все прогнозные показатели по проекту были рассчитаны на 15 лет.

По результатам финансового моделирования также установлено, что при увеличении сроков реконструкции объекта происходит резкое ухудшение показателей проекта. Поэтому предусматриваются коэффициенты значимости критериев конкурса, стимулирующие участников максимально оптимизировать время на реконструкцию объекта в целях повышения эффективности проекта. Для критерия «Сроки реконструкции объекта концессионного соглашения» установлен коэффициент значимости 0,6, для критерия «Размер концессионной платы» – 0,4.

Данная схема реализации проекта может быть использована для развития инфраструктуры здравоохранения, поскольку имеет ряд преимуществ:

- 1) имущественный комплекс сохраняется в собственности концедента, что обеспечивает необходимый контроль со стороны публичного партнера;
- 2) права концессионера на имущество и осуществление коммерческой деятельности прямо закреплены в законе;
- 3) концессионер (инвестор) принимает на себя коммерческие риски, связанные с получением доходов от эксплуатации объекта;
- 4) в силу наличия специального федерального закона («Закона о концессионных соглашениях») практически отсутствуют правовые

риски, в том числе связанные с переквалификацией договора и признанием его недействительным;

5) практически отсутствуют риски, связанные с выбором неквалифицированного инвестора в силу проведения отбора в форме конкурса и возможности предъявления квалификационных требований к претендентам;

6) есть практика использования концессионного механизма для управления объектами здравоохранения, находящимися в государственной собственности, что также снижает правовые риски и увеличивает инвестиционную привлекательность проекта.

При этом реализация проекта обеспечивает решение большого числа социальных задач, в том числе создание импортозамещающих производств и 143 новых рабочих мест. А дополнительные налоговые поступления в бюджеты различных уровней составят около 2,6 млрд руб. (по последним оценкам). Также будут исключены расходы на содержание здания, составляющие 338,4 тыс. руб. в год, соответственно чуть более 4 млн руб. за 15 лет.

Таким образом, проект по созданию промышленно-медицинского парка может стать успешным примером взаимодействия государства и частного сектора по развитию инфраструктуры здравоохранения с использованием концессионной модели. Реализация проекта позволит привлечь частные инвестиции в регион и обеспечить развитие медицинского инновационного производства, что создаст возможности для импортозамещения.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Мелешко Екатерина Владимировна – Управляющий директор ФЦПФ по проектам в социальной сфере (Москва)
E-mail: E.Meleshko@fcpf.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Подпрограмма 3 «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины» государственной федеральной программы

«Развитие здравоохранения» (Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294).

2. Федеральный закон от 21 июля 2015 г. № 115-ФЗ (ред. от 29.12.2014) «О концессионных соглашениях».

3. Федеральная программа «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу» (Постанов-

ление Правительства РФ от 17 февраля 2011 г. № 91).

4. Performance of PPPs and Traditional Procurement in Australia: final report. Report to Infrastructure Partnerships Australia. The University of Melbourne. November, 2007. 57 p. Электронный доступ: http://www.irfnet.ch/files-upload/knowledges/IPA_Performance%20of%20PPPs_2007.pdf.

REFERENCES

1. Sub 3 "Development and implementation of innovation of methods of diagnosis, prevention and treatment, as well as the foundations of personalized medicine", State of the federal program "The development of health care" (Decree of the RF Government on April 15, 2014 N 294).

2. Federal Law of July 21, 2015, N 115-FZ (ed. by 12.29.2014) "On Concession Agreements".

3. Federal Program "Development of pharmaceutical and Medical Industry STI Russian Federa-

tion until 2020 year and beyond" (the Resolution of the Government of the Russian Federation of February 17, 2011, N 91).

4. Performance of PPPs and Traditional Procurement in Australia: final report. Report to Infrastructure Partnerships Australia. The University of Melbourne. November, 2007. 57 p. Electronic resource: http://www.irfnet.ch/files-upload/knowledges/IPA_Performance%20of%20PPPs_2007.pdf

Навыки профессионального общения в работе врача



А.А. Сонькина

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Skills for professional communication in medical practice

A.A. Sonkina

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Среди практических навыков, необходимых для оказания высококачественной медицинской помощи, отдельное место занимают навыки клинического общения. На всех этапах оказания помощи: при сборе анамнеза, разъяснении диагноза, даче рекомендаций, сообщении результатов обследований, – происходит общение между врачом и пациентом. Британские ученые подсчитали, что врач за свою карьеру в среднем проводит около 200 000 консультаций, а значит, прицельное внимание к этому аспекту врачебной деятельности и усилия по его улучшению обоснованы.

Наука о клиническом общении имеет давнюю историю, важнейшие из цитируемых исследований относятся к 1970-м гг. Исследования пытались установить, что происходит в процессе общения и как это влияет на исходы оказания помощи, а также разработать или выявить те стратегии и навыки общения, которые улучшают результаты помощи. Среди основных исходов, с ориентацией на которые изучались и продолжают изучаться навыки общения, выделены следующие:

1) удовлетворенность пациентов оказанной помощью – важнейший критерий для оценки качества помощи во многих странах;

2) удовлетворенность врача проделанной работой;

3) понимание и запоминание пациентом разъяснений и рекомендаций и приверженность лечению – фактор, играющий огромную роль в эффективности и стоимости лечения многих, особенно хронических, заболеваний;

4) клинически значимые исходы, такие, как стойкое снижение артериального давления или улучшение качества жизни при болевых синдромах.

Все это позволяет говорить о том, что на сегодняшний день для улучшения качества помощи имеются эффективно доказанные подходы к общению, о которых и пойдет речь в данной статье.

Проблемы в клиническом общении

Первое, что показали начавшиеся в 1970-е гг. масштабные исследования в области общения, это имеющиеся проблемы. Например, было выявлено, что врачи часто перебивают пациентов и делают это в среднем на 12-й секунде рассказа пациента. При этом при попытках пациентов

перебить врача им это удавалось значительно реже, чем когда их перебивали врачи. Такого рода точечных, конкретных фактов об общении было выявлено и продолжает выявляться великое множество. В России, конечно, такие исследования не проводились в силу сложности их организации и особенностей конфиденциальности. Между тем говорить о том, что проблемы в общении есть, мы тоже можем. Общественный деятель и создатель движения «Лига защиты пациентов», юрист А. Саверский утверждает, что 80% всех конфликтов и судебных исков против врачей в России происходят по причинам низкого – с точки зрения пациентов – уровня или низкой культуры общения у медицинских работников.

Причины и суть дефицитов в общении кроются, скорее всего, в новейшей истории медицины и технологий. До середины XX в. возможностей у медицины было немного, и огромная доля целебного воздействия врача исходила от личного общения, отношения и утешения. При этом наиболее уместной была патерналистская модель, при которой безусловное доверие к врачу как к безоговорочному авторитету могло создавать дополнительный плацебо-эффект от его самих неэффективных вмешательств. Со второй половины XX в. медицина совершила прорыв во многих областях: вакцинация, использование антибиотиков, интенсивная терапия, искусственная вентиляция легких, трансплантация органов. Роль личности и человеческий подход уступили место эффективно доказанным технологиям, дающим реальный, гарантированный результат. Медицинское образование все больше стало заполняться научным, биомедицинским знанием, так что смещение фокуса внимания врачей на физическое и объективное абсолютно закономерно.

Между тем пока еще не достигнуты времена, когда робот сможет диагностировать и лечить людей: к сожалению или к счастью, вылечить человека может только человек. Кроме того, пациенты были и остаются не только набором физических параметров, но и людьми – с эмоциями, личной историей, ожиданиями и пр. Эту тему широко развил холизм, представивший кон-

цепцию биопсихосоциальной модели человека в медицине. Оказалось, что личное, обращенное к пациенту общение необходимо. Кроме того, более высокий уровень медицины и растущая демократизация общества привели к смене удовлетворяющей общества модели медицины с патерналистской на партнерскую. В партнерской модели врач, уважая автономию пациента, выступает как консультант, предлагающий, а не предписывающий варианты вмешательств и согласовывающий их с пациентом.

Ситуация в России

В России, как и во многих странах, переход на партнерские отношения и возвращение внимания к личности пациента даются с трудом. К сожалению, нет исследований, которые описали бы то, что происходит в кабинетах российских врачей сегодня. В публикациях пациентов в СМИ и в социальных сетях часто встречаются такие характеристики поведения врачей, как невнимательность, неуважительное отношение, пренебрежение и даже хамство. Дошло уже до того, что Министерство здравоохранения предложило установить камеры в кабинетах врачей для контроля их общения с пациентами. Делаются попытки повлиять на ситуацию через создание этических кодексов. Все это косвенно доказывает, что уровень профессионального общения у врачей в России очень низок.

Исходя из опыта обучения врачей навыкам общения в Москве можно предложить некоторые рассуждения о причинах и особенностях, которые есть в России.

К сожалению, у врачей бывают неправильные, т.е. не соответствующие современной медицинской этике, установки: несогласие с принципом уважения автономии пациента, сознательный отказ от эмпатии или от уважения пациента. Если врач дошел до того, что может сказать пациенту: «Вас много, а я один», – вот так, в виде претензии, это повод задуматься о профпригодности. Нет ничего, чтобы помешало ему сказать: «Извините, я просто не успеваю, потому что очень много людей, всем нужно помочь».

Между тем создается впечатление, что у большинства врачей установки все-таки правильные,

просто у них не выработаны или не развиты навыки общения. Их никогда этому не учили. Они хорошо относятся к пациентам, но не умеют этого выразить, они настроены на эффективный расспрос, но не умеют слушать, стремятся к наилучшему результату, но не умеют объяснить.

Обучение навыкам общения

В западных странах уже около 15–20 лет в систему медицинского образования с разным успехом внедряется обучение навыкам общения как на преддипломной, так и на последипломной стадии и на этапах непрерывного профессионального образования.

В системах обучения навыкам общения врачей учат строить свою работу так, чтобы в центре был пациент. Это так называемый пациент-центрированный клинический подход. Кроме того, обучение помогает распределять ресурсы и экономить время, а также выходить из конфликтных ситуаций. Есть доказательства того, что выпускники, прошедшие специальное обучение, получают меньше жалоб от пациентов и чувствуют себя более уверенно в трудных ситуациях, и этот эффект сохраняется при повторной оценке через 10 лет. К настоящему моменту проведено множество исследований, направленных на поиск наиболее эффективных методов обучения, позволяющих стабильно изменить поведение врачей на пользу пациентам. Среди форматов обучения наибольшие доказательства эффективности у практического обучения с привлечением симулированных пациентов по методу, называемому анализ, ориентированный на запрос и опирающийся на задачи (agenda-led outcome-based analysis). Этот метод предполагает работу с конкретными клиническими сценариями в формате ролевой игры, с совершенно определенной фасилитацией учебного процесса. Задача симулированного пациента здесь не только сыграть роль: симптомы, характер, мысли, тревоги, ожидания, чувства, личную историю, – но и дать участнику взвешенную и конструктивную обратную связь исходя из его запроса и заявленных задач. Задачи фасилитатора – создать и поддержать атмосферу, способствующую обучению, удерживать структуру тренинга и последовательность его элементов

и эффективно вводить теоретический материал, приводя доказательства эффективности тех или иных обсуждаемых навыков для поставленных участником клинических задач.

Отдельные навыки общения: 6 советов, которые облегчат жизнь врачу

Среди множества описанных в литературе навыков эффективного общения (распространенная в Европе Калгари-Кембриджская модель медицинской консультации содержит 72 навыка) можно выделить несколько элементов, иллюстрирующих пациент-центрированный подход.

1. Слушание.

Представлено огромное количество данных о том, что врачи очень плохо умеют слушать. Слушание – это комплексный навык, который состоит из молчания (выдерживания пауз), невербальной и вербальной фасилитации и улавливания сигналов. Как было сказано выше, врачи часто перебивают пациентов. При этом в исследованиях показано, что если после открывающего вопроса слушать монолог пациента, не перебивая, большинство будут говорить не более 1 минуты. Фасилитацией называют различные навыки подбадривания: невербальные (зрительный контакт, кивки) или вербальные с использованием нейтральных слов («продолжайте», «расскажите подробнее») или отражений – повторения слов, сказанных пациентом. Интересно, что некоторые фасилитирующие реплики близко к началу консультации могут перебить пациента, например, если после первой же короткой фразы врач скажет «понятно», хотя с точки зрения пациента к этому моменту еще ничего понятно быть не может. Улавливание сигналов – важнейший и один из наиболее доказательных с точки зрения сокращения времени консультаций навыков. Имеется в виду навык наблюдения за сигналами, которые дает пациент: вербальными или невербальными намеками, когда пациент вскользь упоминает что-то или показывает какую-то эмоцию, но сам не останавливается на этом и не развивает ее. Показано, что в таких сигналах часто кроется важная информация, не-

обходимая врачу для постановки диагноза и эффективной работы с пациентом, и умение обратить на них внимание и развить их – часто ключ к быстрому переходу к главному в расспросе пациента.

2. Типы вопросов.

Врачи часто задают вопросы в закрытой форме, т.е. те, на которые можно использовать ограниченное количество ответов: только «да» или «нет». Это, скорее всего, связано с фокусом во время обучения на определенных, очень конкретных вопросах, которые нужны для оценки органов и систем и постановки диагноза, а также с дефицитом времени и желанием контролировать процесс расспроса. Между тем закрытый стиль расспроса повышает тревожность пациентов, которые часто описывают это как «удары в темноте» или «допрос» и склонны закрываться и перестать добровольно предлагать информацию от себя. Альтернативный стиль расспроса – открытый – предполагает использование открытых и направленных открытых вопросов, которые приглашают пациента к свободному рассказу. Интересно, что при владении этой техникой расспроса не только пациенты чувствуют себя более выслушанными и больше доверяют врачу, но, параллельно с этим, и врачу удается получить больше информации за меньшее время, а также провести более эффективный диагностический мыслительный анализ.

3. Структурирование.

Несмотря на то что значительная часть навыков направлена на выстраивание отношений, есть и те, которые помогают сохранить структуру консультации, контролировать время и обеспечить выполнение поставленных задач. Очень полезно сказать с самого начала, сколько у вас времени и что нужно успеть: «У нас 12 минут. Мне нужно выслушать вас и заполнить карту. Расскажите, с чем вы пришли? Перечислите, что вас беспокоит. Потом, если успеем, можно подробнее про каждый пункт, но сначала перечислите все». Предупреждение о времени – это сигнализация. Можно использовать таймер, объяснив, зачем он нужен. Пациент будет гораздо больше удовлетворен, если сказать: «Вы знаете, к сожалению, у нас сейчас только 5 минут.

Давайте мы их используем максимально эффективно. Что из того, что вы хотели обсудить сегодня, – самое главное?» Предложение составить список проблем, перед тем как подробно обсуждать каждую, – это скрининг. Скрининг позволяет избежать знакомых любому врачу ситуаций, когда близко к концу разговора пациент впервые задает вопрос или поднимает тему, которая не была затронута раньше и которая оказывается важнее, чем то, на что была потрачена консультация. Исследования показали, что первая проблема, которую озвучивает пациент, имеет такую же вероятность быть самой главной для него, как и все другие, т.е. порядок озвучивания пациентом проблем и вопросов не отражает их взаимную значимость.

4. Дозирование разъяснений.

Существует множество проблем, связанных с тем, как врачи разъясняют информацию пациентам. Разъяснения часто непонятны и перенасыщены сложными, не знакомыми пациенту терминами. Информации может быть слишком мало, а может быть слишком много, что напрямую влияет на понимание, запоминание и приверженность рекомендациям. Информация может быть не та по содержанию, которую хочет или к которой готов пациент. Исследования в онкологии показали, что врачи при первом обсуждении поставленного онкологического диагноза считают наиболее важной для пациента информацию о лечении, при этом пациентам больше нужна информации о причинах и прогнозе заболевания.

Врачи часто жалуются на недостаток времени, при этом на какую-то тему, которая им кажется важной, они могут говорить долго. Здесь врач чувствует себя наиболее комфортно и хочет рассказать все, о чем так хорошо знает. А пациент в это время, возможно, сидит и думает: «Меня врач слушать не стал, а сам говорит и говорит, а я в этих медицинских терминах ничего не понимаю, они меня пугают». Все люди разные. Некоторые пациенты хотят знать, как именно действует лекарство, другим достаточно его названия и инструкций по приему. Эффективные навыки разъяснения позволяют дать человеку именно ту информацию, которая ему нужна,

в том объеме, в котором она нужна, и не тратить сил и времени на то, что пациента не интересует и он все равно не запомнит.

Основной навык – дозирование, или в англоязычной литературе «chunk and check», дословно «измельчай и проверяй». Информация при использовании этого навыка дается очень маленькими порциями с сознательными паузами между ними. Паузы позволяют пациенту отреагировать на сказанное и показать свою реакцию: вербально, задав вопрос или выразив мысль, или невербально, отведя глаза или выразив интерес, замешательство или страх. Наблюдение за этими реакциями и ответ на них позволяют врачу направлять свое разъяснение в направлении, нужном пациенту, не перегружая его лишней информацией. Таким образом, процесс разъяснения превращается из монолога врача в диалог с пациентом, т.е. снова делает его более пациент-центрированным. Интересно, что такой стиль разъяснения гораздо больше дисциплинирует врача, чем свободный монолог: если после каждой короткой реплики нужно быть готовым разбираться с реакцией пациента, слова подбираются более ответственно. Кроме того, в такой модели пациент существенно влияет на направление объяснения, и от врача требуются дополнительные усилия по структуризации, чтобы гарантированно была охвачена не только информация, которую хочет услышать пациент, но и все то, что врачу нужно сообщить в целях, например, безопасности или практических причин.

5. Принимающее реагирование.

Очень часто врачам приходится сталкиваться с трудностями в выстраивании отношений – тех самых партнерских и уважительных, о которых было сказано выше. Часто это связано с каким-то поведением или какими-то мыслями, реакциями, решениями пациентов, с которыми врач не согласен или которые не может принять. Это и отказ пациента по каким-то своим убеждениям от рекомендованного лечения или профилактики (прививки, антибиотики, стероиды, антидепрессанты), и требование неадекватного или избыточного лечения, и выражение недовольства условиями поликлиники или стационара, и явное выражение недоверия или неуважения вплоть

до агрессии и конфликта. Любая ситуация столкновения различных мнений или установок, особенно если врач не может эти различия обойти и должен прийти с пациентом к какому-то консенсусу – это противостояние и потенциальный конфликт. Естественная реакция на противостояние врача, как и любого человека, – это самозащита в разной форме – от напористой аргументации до ответной агрессии.

Отличие врача в такой ситуации от любого другого человека – это профессиональная роль. К сожалению, врачи очень плохо умеют сохранять профессионализм в ситуациях, когда им не нравится поведение или решения пациентов. Чем больше врач сталкивается с каким-то распространенным мифом или ложным убеждением, тем больше его раздражают эти упоминания у пациентов. Привычное поведение врачей – конфронтация, явная, приводящая к конфликту, либо скрытая, которая проявится только в том, что пациент никогда не вернется к этому врачу и проигнорирует все, что он сказал. Вот, например, приходит на осмотр мама с ребенком и говорит: «Я не буду делать прививки, я боюсь – у соседней мальчик от них умер». Часто в ответ на это врач ей скажет: «Что же вы слушаете эти глупости? Зачем вы ведетесь на пропаганду? Делайте, что хотите, только ребенка вашего жаль» или что-то похожее. Что при этом произойдет с пациентом? Женщина рассказала о своем переживании, призналась в своем страхе, а доктор это переживание обесценил, а ее практически унизил. Вероятность того, что она изменит точку зрения нулевая, зато контакт с врачом и возможность что-то изменить, а следовательно, оказать помощь окончательно утеряны.

При этом то, что – доказано – повышает вероятность выстраивания отношений – это принятие. Ведь можно было сказать: «Чего вы боитесь? Давайте поговорим о том, что вас пугает», – выслушать внимательно и принять: «Да, я понимаю, как вы могли прийти к такому выводу». Частая ошибка, даже у врачей, которые готовы выслушать и хотят показать уважение к точке зрения пациента, – это поспешный переход к переубеждению и контраргументации.

Врачам интуитивно кажется, что остановиться на принятии значит согласиться. На самом деле это не так, и чтобы пациент почувствовал, что он принят, и был готов слушать альтернативную позицию врача, очень важна пауза после принятия. Интересно, что авторитет и доверие к врачу только возрастают, если он не торопится переубеждать. После слов врача «да, я понимаю, что вы боитесь возможных последствий прививок», если сделана пауза, пациент либо продолжит свои рассуждения, порой еще более эмоционально – и это будет означать, что он еще не был готов выслушать другое мнение, либо, почувствовав себя выслушанным, принятым, расслабится и выразит интерес и готовность слушать аргументы врача. Принимающее реагирование – очень действенный навык. В исследованиях с участием пациентов, которые перед походом к врачу прочитали много информации в интернете и имели твердое представление о своих предпочтениях по лечению, они в большинстве случаев были готовы предпочесть точку зрения своего врача, если тот демонстрировал принимающее реагирование.

Если возвратиться в этике, уместно вспомнить, что пациент имеет право быть каким угодно: грязным, вредным, глупым, безответственным, надменным, – любым. Если он угрожает врачу физически, нужно вызвать охрану. А во всех остальных случаях от врача требуются понимание, принятие и помощь. Ни один врач в здравом уме не скажет, что он имеет право отвернуться и уйти, если от пациента, который нуждается в помощи, например, дурно пахнет. Такие заявления – либо признак выгорания, либо неправильная исходная установка. Но точно так же врач не может отказываться от пациента, если у пациента есть какие-то мысли и идеи, которые врачу не нравятся. Он должен относиться к этому как к дополнительной сложности в лечении, такой же, например, как неправильное строение гортани или аномальное расположение сердца. И это не так сложно, как кажется. Самое главное – готовность на любую точку зрения ответить «да» и сделать паузу.

б. Эмпатия.

На протяжении нескольких десятилетий было распространено мнение, что важным про-

явлением профессионализма врача является умение оградиться, дистанцироваться от пациента, не вовлекаться в его проблемы и страдание эмоционально. Практикующие сегодня в России врачи убеждены, потому что так они были обучены и в институте, и в ходе наблюдения за старшими коллегами, что авторитет врача зависит от его эмоциональной устойчивости в общении с пациентами, при этом под устойчивостью имеется в виду проявление стойкости, чтобы пациент не увидел и не почувствовал переживания врача. Также такая установка считалась способом защиты от эмоционального выгорания.

Исследования последних десятилетий показали, что такая установка может быть ошибочной. Оказалось, что стремление врачей держать лицо при столкновении с эмоциями пациента те часто считают как равнодушие, безразличие и что большинство пациентов приветствуют и ценят проявления эмоциональности у врачей. Более того, авторитет и доверие к врачу выше, если он проявляет сочувствие. Это особенно ярко показано в таких ситуациях, как сообщение плохих новостей или перевод на паллиативную помощь.

Большинство врачей действительно сочувствуют своим пациентам, и усилия по сдерживанию этого сочувствия могут быть для них разрушительны. Доказательств тому нет, но, возможно, сдерживание проявлений эмпатии – один из факторов развития эмоционального выгорания у врачей. Современные рекомендации: сочувствие можно и нужно выражать. Интересно, что, хотя склонность к эмпатии – это скорее проявление личности, а не профессионализма, выражение той эмпатии, которая есть, перед пациентом – это такой же профессиональный навык, как и прочие, и его можно освоить в ходе обучения. Основа для выражения эмпатии – невербалика, паузы, называние собственных чувств и чувств пациента, нормализация чувств, поддержка и отказ от преждевременного подбадривания и переключения на позитив. По мнению автора, эффективное проявление эмпатии, искренне имеющейся у врача и так необходимой пациенту, может парадоксально снижать, а не повышать риск эмоционального выгорания.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Сонькина Анна Александровна – врач-педиатр, специалист по паллиативной медицине, тренер навыков общения, Центр непрерывного профессионального образования ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России
E-mail: a.sonkina@gmail.com

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Silverman J., Kurtz S., Draper J. Skills for Communicating with Patients. 3rd ed. London: Radcliff Publishing Ltd, 2013.
2. Fortin A.H. VI, Dwamena F.C., Frankel R.M., Smith R.C. Smith's Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method, 3^{ed}. New York: McGraw-Hill, 2012.
3. Kurtz S., Silverman J., Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine, 2^{ed}. Oxford: Radcliffe Publishing Ltd, 2009.
4. Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics, 7^{ed}. Oxford: Oxford University Press, 2013.
5. Hanks G., Cherny N.I., Christakis N.A., Fallon M., Kaasa S., Portenoy R.S. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 4^{ed}. Oxford: Oxford University Press, 2010.

Дневники врача: «Итальянская забастовка» в действии



Е.А. Чацкая

Doctors' diaries: "Italian strike" in action

Е.А. Chatskaya

От редакции

Мы решили опубликовать отрывки из дневника врача акушера-гинеколога московской поликлиники Е.А. Чацкой, потому что считаем, что в них озвучена одна из самых серьезных проблем российского здравоохранения – дефицит кадров в первичном звене. Наверное, в той или иной мере ее готов признать каждый региональный руководитель отрасли. Но когда читаешь эти с болью написанные строки, еще раз осознаешь остроту данной ситуации. Сегодня мы понимаем, что эта важнейшая проблема российского здравоохранения требует срочного решения, и нам на страницах нашего журнала хотелось бы обсудить предложения по ее решению. Просим присылать Ваши предложения.

Авторская стилистика текста сохранена.

Итальянская забастовка – форма протеста, заключающаяся в предельно строгом исполнении сотрудниками предприятия своих должностных обязанностей и правил, ни на шаг не отступая от них и ни на шаг не выходя за их пределы. Иногда итальянскую забастовку называют работой по правилам.

Впервые такая борьба за свои права стала применяться в Италии (отсюда и название) в начале XX в. По некоторым сведениям, это были итальянские летчики, которые, борясь за свои права, договорились делать все строго по инструкции. В результате число полетов значительно сократилось. По другим источникам, впервые итальянскую забастовку стали применять итальянские полицейские. Впервые такая забастовка произошла действительно в Италии в 1904 г. В России термин «итальянская забастовка» известен как минимум с начала XX в.

В начале марта более 50 сотрудников московских поликлиник объявили о готовности начать «итальянскую забастовку». В знак протеста против нарушения своих трудовых прав медики намерены работать «по инструкции» – в строгом соответствии с нормами Трудового кодекса.

Как уже многим известно, лично я с 24 марта 2015 г. начала работу строго «по инструкции». В сети появляется много информации о том, что мы ввязались в политические игры или же нарушаем клятву Гиппократова. Сегодня я хочу развеять мифы и рассказать о том, как на самом деле построен мой рабочий день сейчас и что об этом думают мои пациенты.

Часть I. Что заставило меня бороться

Я решила быть акушером-гинекологом еще в школе. Всегда хотела вести беременность (работать в женской консультации). Окончила сначала гимназию с биологическим уклоном, затем Российский государственный медицинский университет, со второго курса помогала медсестрам в гинекологическом отделении ГКБ № 31, с третьего курса – сама работала медсестрой, с четвертого – работала с врачами (врачом-субординатором). Затем была ординатура по любимой специальности. И вот наконец я устроилась работать в женскую консультацию рядом с домом. Моя мечта сбылась!

На данный момент я работаю в поликлинике уже больше 5 лет. За это время было всякое: сначала был огромный участок, который потом сократили почти в 2 раза; около года я работала на участке без акушерки, за что мне доплачивали только 0,25 ставки акушерки, хотя я делала всю работу сама (рабочий день был по 12–13 часов!); потом мне повезло – ко мне пришла замечательная акушерка, у нас получилась отличная команда. К тому же заведующая взяла еще 2 врачей и обещала дополнительно расширить штат акушеров-гинекологов. Мне казалось, что жизнь налаживается...

Начиная с 2012 г. начала работу система ЕМИАС, а с 2013 г. она вошла в жизнь каждого врача. С этого момента врач стал превращаться в конвейер. На каждого пациента программа предусматривала всего 15 минут приема, времени на то, чтобы врач мог хотя бы сходить в туалет, программа не предусматривала. Прием составлял 6 часов без перерыва.

Я уже тогда, в 2013 г., предложила коллегам заявить руководству, что эта программа нарушает права пациентов на оказание качественной помощи. К сожалению, я не нашла поддержки у коллег. На словах все были согласны, но на деле все считали, что «все уже решено».

Изначально программа предусматривала 12 первичных талонов для самозаписи пациенток, 12 повторных, чтобы доктор сам мог записать часть пациенток. В программе есть возможность менять длительность приема по времени. Например, согласно рекомендуемым нормам приема беременных пациенток (приказ МЗ РФ № 572н), первичный прием занимает 30 минут, повторный – 20 минут. Соответственно, если я знала, что на прием придет будущая мама, ее нужно поставить на учет по беременности, я просто удваивала количество талонов (записывала пациентку на 2 времени подряд).

Но тут начались массовые сокращения. Ко мне на участок перевели более 7 дополнительных домов (реальную численность населения никто не учитывает! Просто решили, что надо перевести, так как несколько участков расформировали). Доступная медицинская помощь возможна только при достаточном количестве врачей, однако в гонке за «доступностью» наши руководители предусмотрели следующее:

1. Из системы ЕМИАС пропали все повторные талоны! Теперь на прием можно записаться только через терминал! Врачам в устной форме под страхом увольнения запретили записывать к себе пациентов! Даже будущих мам, которым нужно оформить декрет в строго отведенный день, записывать нельзя!!! А если они не успеют записаться сами, пусть приходят без записи, и врач обязан их принять до начала или после окончания рабочего дня. В результате горизонт записи стал 14 дней! Мои беременные пациентки уже натренировались брать талоны: они ставят будильник на 07:30 и с этого момента ловят талоны через Интернет или мобильное приложение, чтобы прийти ко мне через 2 недели. И даже это не всегда срабатывает, так как талонов не хватает.

2. Время приема врача в течение рабочего времени увеличили на 30 минут, т.е. добавили еще 2 талона в день. При этом добавили

в сетку ЕМИАС время на обед. С учетом того, что за 15 минут большую часть пациентов принять невозможно, эти пациенты сдвигаются по времени, в том числе и на время обеда. В итоге выйти перекусить у врача не получается.

3. Запрещено удваивать количество талонов, даже если это объективно необходимо. Я задала вопрос своему непосредственному руководителю, заведующей женской консультацией: «Как успеть поставить женщину на учет по беременности за 15 минут»? Поясню, для этого необходимо: собрать анамнез; провести полный осмотр; записать результат осмотра в гинекологическую карту; оформить карту по беременности – форма 111 (т.е. переписать все данные анамнеза и осмотра); составить план ведения беременности; выписать все анализы (порядка 12 бланков), прописанные в приказе Минздрава РФ от 01.11.2012 № 572н; рассказать о том, как правильно сдавать анализы; выписать направления к необходимым специалистам + записать пациентку к ним на прием через ЕМИАС; записать женщину через ЕМИАС на необходимые исследования (как минимум на УЗИ); сделать и разъяснить пациентке все назначения; рассказать о правильном питании, особенностях ее состояния, возможных ситуациях, при которых она должна немедленно обратиться за медицинской помощью; назначить ей время следующего приема + записать к себе через ЕМИАС; если женщина москвичка, то еще выписать направление на молочно-раздаточный пункт и рассказать куда, когда идти и какие документы при себе иметь.

В ответ я услышала: «Ну, что тебе сказать, надо как-то стараться! Изменить это все равно нельзя. Все уже решено».

4. В прошлом году у нас в женской консультации организовали смотровой кабинет. Там работал врач для приема экстренных пациентов, т.е. в любой момент пациентка могла обратиться в поликлинику без записи для получения экстренной помощи (если возникли боли, кровотечение и т.д.), а не ждать 2 недели. Однако в 2015 г. такую экстренную службу сократили. Теперь помимо записанных пациентов с заведомо заниженным шагом записи в 15 минут на прием идут экстренные пациенты по живой очереди.

5. Официально (по трудовому договору) рабочая неделя врача составляет 39 часов при 5-дневной рабочей неделе (т.е. рабочий день длится 7 часов 48 минут). По трудовому кодексу врач не должен вести прием дольше 33 часов в неделю (т.е. не более 6,5 часов в день). Это не просто цифра, взятая с потолка, это научно обоснованная продолжительность приема, при которой возможно качественно оказать помощь.

Реально мой прием в январе-феврале 2015 г. составлял по 8–9 часов в день! К концу приема у меня стояла пелена перед глазами – они слезятся, руки болят от постоянного писания и печатания, я начинала заговариваться, пытаюсь произнести назначения по 3–4 раза. Такой врач ОПАСЕН для пациентов!!! После такого приема еще приходилось заниматься документами: акушерка осуществляет патронажи, пишет обменные карты. Врач занимается диспансерной группой, готовит всевозможные отчеты... В итоге полный рабочий день составляет 10–12 часов. Я не видела семью, забыла, как готовить ужин, не успевала проверять уроки у сына.

6. По рекомендации ДЗМ, с декабря 2014 г. нашу поликлинику перевели на работу с 07.00 до 21.00 и на работу 7 дней в неделю. При этом никаких письменных распоряжений, дополнительных соглашений, да и вообще хоть каких-то устных предупреждений я не получила. О том, что меня перевели на работу с 07.00 я узнала случайно, от коллеги (я в тот момент находилась в учебном отпуске).

Промежуток между вечерней и утренней сменами (официально) получается – 9 часов 36 минут. Реально: прием невозможно закончить вовремя, так как сверх записи приходится принимать пациентов по живой очереди. Соответственно прием длится минимум на час дольше + уборка кабинета 20–30 минут после приема. Дорога от дома до работы у некоторых моих коллег занимает около часа, на ужин, сон и завтрак остается 8 часов. Некоторые врачи спят по 5 часов, что неизбежно приводит к снижению работоспособности и ухудшению самочувствия. С воскресеньями та же история. Никаких уведомлений. Просто открыли запись и все. Врач должен выходить и работать.

7. С февраля-марта 2015 г. отменили дежурства по вызовам на дом. Ранее у нас был выделен специальный врач каждую субботу для помощи пациентам на дому. С февраля-марта 2015 г. каждый врач должен осуществлять вызовы во время, отведенное для работы с документами, т.е., по факту, в свое личное время.

8. До 16 февраля 2015 г. в регистратуре нашей женской консультации одновременно работали 2, иногда 3 медрегистратора. При этом у регистратуры почти всегда была очередь. С 16 февраля 2015 г. в связи с сокращением штата остался 1 медрегистратор, причем он обслуживает и женскую консультацию, и поликлинику. В обязанности медрегистратора помимо прямых обязанностей теперь входят прикрепление женского населения к нашей консультации, составление расписания для врачей в программе ЕМИАС, помощь пациентам с записью к врачам. Так как справиться с такой нагрузкой в одиночку невозможно, средний медперсонал обязали подбирать карты на прием перед началом смены. Также каждая акушерка в свое рабочее время будет на час снята с приема для помощи в регистратуре (в это время врач должен вести прием один). Ни о какой доплате за совместительство речь не идет, никаких письменных распоряжений не было. Возникает законный вопрос: «Если не хватает регистраторов, зачем их увольнять?». Руководство отвечает, что к ним пришло распоряжение сверху, сократить лишних сотрудников в целях экономии средств на зарплату.

В результате времени для контроля, кто и как раскладывает карты на стеллажи, просто нет, теряются карты пациенток, приходится заводить дубликаты. У нескольких пациенток в итоге оказывается по 3–4 карты. Восстановить хронологию событий невозможно.

9. С марта 2015 г. из нашего филиала перенесли лабораторию. В связи с этим результаты анализов приходится ждать по 8–10 дней. Иногда это просто недопустимо! Особенно с анализами будущих мам. У беременной женщины некоторые патологические состояния развиваются быстро, и необходимо оперативно отслеживать изменения лабораторных показателей крови и мочи.

И за такую работу в состоянии повышенной стрессовой нагрузки, отсутствия полноценного отдыха, вечной гонки за временем, постоянного контакта с дезинфицирующими растворами и биологическими жидкостями необследованных пациентов и работе в присутствии стерилизационных ламп нам отменили дополнительный отпуск. Кто-то решил, что у нас нет вредностей на рабочем месте.

Со слов руководства, в ближайшее время должны были:

- Добавить еще 2 талона на каждый день, т.е. еще + 30 минут к приему.
- Все штрафы (от страховых компаний за якобы лишние анализы, за жалобы пациентов) будут вычитать из зарплаты врача.
- Стимулирующие выплаты будут урезаны, если врач будет принимать мало пациентов. Единственная неприкасаемая сумма в зарплате – это оклад. У меня оклад составляет 20 460 руб.
- С апреля 2015 г. время приема одного пациента сократится до 12 минут.

Так дальше продолжаться не могло!

Часть 2. Как я начала отстаивать свои права до вступления в независимый профсоюз медроботников «Действие!»

Моя борьба началась несколько раньше того, как я вступила в независимый профсоюз медроботников «Действие!»:

1. Поработав в новом графике (официальное время с 07.00 в утреннюю смену и до 21.00 в вечернюю), я поняла, что не вижу сына вообще! Утром я его даже разбудить не успеваю, не говоря уже о том, чтобы помочь собраться в школу или позавтракать вместе, вечером я прихожу, а он уже идет в ванну и спать. Усталость накапливалась как снежный ком. Я спала по 5 часов. Начались скачки давления, я просто падала после приема. В итоге я написала заявление, в котором указала, что не могу работать в новом графике. С марта меня перевели

в прежний ритм, а этот дополнительный час перенесли на конец утренней и начало вечерней смены.

2. Я добилась того, что в нашем кабинете заменили неисправный прибор для прослушивания сердечка плода. Несколько раз в устной форме я обращалась к руководству с просьбой заменить его, однако каждый раз получала ответ: «Они все такие, заменить не на что, ремонт у них не подлежат, работай таким!»

В итоге я написала официальную докладную записку на имя заведующей с требованием заменить неисправный прибор. Отдала ее в пятницу вечером, а уже в понедельник утром мне заменили прибор на исправный.

Осознав весь масштаб катастрофы, которая сложилась с картами пациентов после сокращения сотрудников регистратуры, с марта 2015 г. я стала сохранять данные осмотра всех пациентов на своем рабочем компьютере. И это не раз спасало моих пациенток.

В один из дней, когда я пришла домой сильно за 22.00, у меня непроизвольно потекли слезы от бессилия. Я понимала, что не могу оказать качественную медицинскую помощь в таких условиях, что страдают мои пациенты, да и сама я долго в таком ритме не выдержу – просто откажет здоровье. Я села за компьютер, описала все, что творится в нашем здравоохранении, и отправила этот документ в трудовую инспекцию. Прошло уже более 1,5 месяцев, а ответа до сих пор нет.

Спустя пару недель я решила известить своих работодателей о том, что так больше работать не могу ни физически, ни морально. Я решила предупредить их о том, что буду оканчивать прием вовремя и не буду работать сверхурочно. Я уже хотела отдать этот документ руководству, но тут нашла в Интернете информацию о том, что есть люди, готовые поддержать меня в моей борьбе. Так я узнала о независимом профсоюзе медработников «Действие!».

Вообще, из обсуждений с коллегами стало ясно, что изменить сложившуюся систему, от которой страдают годами и медики, и пациенты, можно только решительными действиями. Решили, что сначала проведем пресс-конференцию и

направим письма в адрес чиновников и главных врачей с предложением начать диалог, а если они серьезно к этому не отнесутся, через неделю начать «итальянку». Задачу определили: вынести в центр общественного внимания то, что годами замалчивалось и прикрывалось лишь энтузиазмом врачей.

Часть 3. Жизнь от пресс-конференции до начала «итальянской забастовки»

Все началось 16 марта 2015 г. В этот день мы с коллегами выступили на пресс-конференции перед журналистами. Мы открыто рассказали о проблемах здравоохранения, о том, как нарушаются права пациентов и медиков. Мы рассказали о том, что запросили нормативные документы, регламентирующие нашу работу, и отправили коллективные обращения нашему руководству и в вышестоящие инстанции с требованием создать согласительную комиссию с участием в том числе ДЗМ и представителей независимого профсоюза. Если же такая комиссия создана не будет в течение недели, с 24 марта 2015 г. мы начинаем бессрочную акцию «работа по инструкции», которую в СМИ называют «итальянской забастовкой».

Что же мы увидели за эту неделю: нас обвиняли в саботаже, некоторых из нас пытались откровенно подкупить разными «интересными» предложениями; пытались убедить, что мы пешки в чьей-то игре, что нами управляют экстремисты и т.д.; нам обещали решить все на уровне поликлиники, но тут же оговорились, что ряд вопросов не в их компетенции; очень настойчиво просили не общаться со СМИ.

Интересно, почему руководителей так испугало, что я собираюсь выполнять условия трудового договора и работать так, как положено?

Я запросила нормативные документы, по которым должна работать. Исходя из полученного ответа половина документов просто отсутствует, а в качестве нормативного документа, регламентирующего расписание врачей, был указан стенд в холле. Из тех документов, что мне прислали, стало понятно, что в правилах внутреннего трудового распорядка даже нет такой должности, как

акушер-гинеколог. И это при том, что в нашем амбулаторном центре 2 женские консультации.

Из положительных изменений:

- в нашей поликлинике была организована проверка женской консультации, при которой выявили большое количество нарушений (в основном те, которые были указаны в коллективном обращении);
- нам вернули шаг сетки ЕМИАС в 15 минут (хотя мы просили 20, как рекомендуют в приказе Минздрава);
- после моего письменного обращения всем врачам отменили воскресные дежурства, признав их незаконными;
- вернули талоны для записи на повторный прием (правда, их сделали всего 6 минут, вместо 12).

Однако ни о какой комиссии речь не шла. В результате 23 марта 2015 г. я известила свое руководство в письменном виде о том, что у меня больше нет сил работать по 10–12 часов. С 24 марта 2015 г. я начинаю работать со строгим соблюдением трудового кодекса и в интересах пациента планирую соблюдать рекомендуемые Минздравом временные рамки приема, а если состояние пациента будет требовать большего времени, то потрачу столько, сколько нужно пациенту.

Часть 4. Первая неделя «итальянки»

С 24 марта 2015 г. я и мои коллеги начали работать по правилам. Это вызвало бурю эмоций у моего непосредственного руководителя – заведующей женской консультации. По ее словам, я потеряла совесть, потому что отказалась от бесплатной переработки. Однако мои пациенты были довольны тем, что я наконец-то могу посмотреть им в глаза, дать развернутый комментарий того, что показали результаты анализов, прокомментировать дальнейшую тактику лечения.

24 марта 2015 г. Я снова ощутила радость от своей работы! Я снова почувствовала себя врачом, а не поставщиком медицинских услуг. Я смогла вовремя оформить всю медицинскую документацию, однако поработать над отчетом

мне не удалось, так как сразу после приема, без перерыва, нас в приказном порядке загнали в конференц-зал и рассказывали о том, что мы должны укладываться в рамки ЕМИАС. Для меня удивительно – это аналитическая система, она должна рассчитать, сколько времени мы реально тратим на пациента. А получается, что мы должны подделывать время приема под эту систему? Когда мой рабочий день закончился, первый раз за долгие годы я ушла домой, не задержавшись ни на минуту.

25 марта 2015 г. Сегодня была первая попытка сорвать мою «работу по инструкции» и манипулировать мной через пациентов. Администрация направила ко мне на прием пациентов из живой очереди, не обеспечив возможность разгрузки моей слишком интенсивной очереди по электронной записи ЕМИАС с учетом сложных пациентов. Это уже достаточно нашумевшая история, по результатам которой я подготовила обращение в прокуратуру. Однако важно отметить, что был и позитивный момент. Сегодня мне впервые за время моей работы в поликлинике выдали 4 пачки бумаги для принтера! Ранее я покупала канцелярские товары за свой счет.

26 марта 2015 г. Сегодня администрация решила действовать более тонкими методами. Чтобы не дать мне возможность адекватно работать, первую половину приема мою акушерку все время отрывали от работы, требовали подобрать карты женщин, которые были у меня на приеме 24 и 25 марта, для того чтобы проверить качество оказания медпомощи. Ей приходилось искать карты (часть из них была отправлена на врачебную комиссию для оформления декрета, часть находилась в очереди на запись на УЗИ, часть – на подписи у заведующей и т.д.). Только после того, как я возмутилась, что нам мешают работать, заведующая перепоручила поиск карт другой акушерке. Однако очереди у меня не было – заведующая часть пациентов приняла сама.

27 марта 2015 г. Ко мне на личную беседу приехал главный врач. Снова вместо того, чтобы потратить время на написание отчета (как положено по расписанию рабочего времени), я беседовала о том, что мне не стоит общаться с журналистами.

Итогом первой недели стал брифинг с журналистами 28 марта 2015 г. Хотелось бы рассказать о своих впечатлениях, а точнее ответить на ряд вопросов, которые задавали журналисты на брифинге.

1. Врачей, участвующих в «работе по инструкции», упрекали в нарушении клятвы Гиппократова.

А теперь давайте вспомним, что для врача очень важны слова «не навреди». В трудовом кодексе РФ прописано, что врач может вести прием пациентов не дольше 33 часов в неделю, т.е. 6,5 часов в день. Эта цифра не взята с потолка. Спустя 6,5 часов резко падает концентрация внимания, заметно повышается риск врачебной ошибки. Вот где нарушение клятвы Гиппократова!

2. Многие журналисты, присутствующие на брифинге, задавали вопросы об оказании экстренной помощи пациентам. Хотелось бы отметить, что врачи, работающие «по инструкции», экстренную помощь окажут в любом случае – будь то рабочее время или личное. Если доктор идет по улице и человеку станет плохо, никто не пройдет мимо. Это важно понимать. И не надо подменять понятия «отказ от бесплатной сверхурочной работы» и «отказ от оказания экстренной помощи».

3. Так же хотелось уточнить для журналистов, что мы – врачи поликлиник, а не стационаров! Много вопросов касалось стационарной помощи.

4. На брифинге было большое количество вопросов, касающихся прессинга, которое испытывали участники «работы по инструкции» от руководства. Расскажу про себя. Меня и моих коллег постоянно вызывали на беседы, настойчиво требовали отозвать свои подписи. На первой беседе мы 1,5 часа просидели в кабинете в ожидании, когда нам напечатают протокол собрания. А в это время у нас должен был идти прием пациентов! Также мне предложили место в другом лечебном учреждении, если я откажусь от своей подписи: «Здесь все равно будут гонения. Вы хороший врач, там и зарплата лучше и условия. Только отзовите подпись».

5. Были вопросы и про профсоюз «Действие». У этой организации есть свои сотрудники, и они не обязаны иметь медицинское образо-

вание. Многие ли из нас, медиков, разбираются в своих трудовых правах и в том, как правильно их защищать? Тем более что руководители-медики, которые, по идее, должны были нам помочь, игнорировали обращения сотрудников.

6. Когда в начале брифинга к нам пришли представители администрации нескольких амбулаторных центров, я порадовалась, что руководству не все равно. Несколько позже их поведение вызвало ряд вопросов, в том числе и со стороны журналистов. Нас постоянно перебивали, не давали закончить мысль, отпускали комментарии по работе других центров.

7. Интересно, что некоторые журналисты, не столько задавали вопросы, сколько обвиняли врачей, даже не пытаясь выслушать ответ и разбраться в проблеме.

8. Позже в «Вечерней Москве» появилась статья, которая НАЧИНАЕТСЯ с того, что журналистам не обеспечили комфортные условия. Видимо, автора задело, что у медиков нет денег на аренду шикарного зала. Автор позволил себе назвать участников «фальшивыми» врачами. Мы обратились в редакцию с требованием опровержения, так как все участники являются дипломированными специалистами с действующими сертификатами, работающими в государственных ЛПУ.

Часть 5. Вторая неделя «итальянки»

Я продолжаю работать «по инструкции». Каждый день все карты с приема у меня забирают на проверку качества. Я уж не знаю, что они надеются там найти, если и до этого на любую проверку брали карты именно с моего участка, а теперь, когда я успеваю все оформить во время приема, а не потом дописывать, дефектов тем более быть не может. Но тем не менее карты забирают. В результате уже были случаи, когда после проверки карты не возвращаются на врачебную комиссию и декретный больничный лист возвращается ко мне недооформленным.

В пятницу (3 марта 2015 г.) мне пришлось на словах рассказывать терапевту результаты анализов одной из моих беременных пациенток.

Хорошо, что у меня остались данные ее осмотра в компьютере. Еще одну пациентку я пригласила на повторный осмотр через 2 дня, карта все еще была на проверке. Пришлось принимать ее по тем данным, что я сохранила в прошлый раз.

Важно отметить, что карты проверяют исключительно у тех врачей, что работают «по инструкции». Можно расценивать это как предвзятое отношение. В остальном все так же, как и на прошлой неделе: шаг сетки ЕМИАС остался 15 минут, т.е. ко мне заведомо записывается больше пациентов, чем я могу принять в рамках рабочего времени. Пациентов, которые ждут в очереди дольше 30 минут, забирает заведующая (тех, кто согласен к ней пойти). В общем, прогресса нет.

3 апреля 2015 г. Несколько врачей – участников акции пригласили на беседу в Минздрав. На самой встрече сразу подчеркнули, что эта беседа не с представителями Минздрава, хоть и проходит в его стенах, а с представителями Общественного совета при Минздраве.

На встрече мы подняли вопрос о голодовке медиков из Уфы. Нам обещали подробно разобраться в ситуации. Также мы раздали участникам встречи свои предложения по улучшению амбулаторно-поликлинической службы Москвы. Участники оказались не готовы обсуждать эти проблемы и попросили взять тайм-аут для изучения наших предложений. Обещали, что наша встреча не последняя. Удивило, что они очень просили не участвовать в митингах, а начать с ними конструктивный диалог. Мы с удовольствием начнем диалог, мы этого и добиваемся, однако пока мы слышим только слова, не подкрепленные делом.

Часть 6. Третья неделя «итальянки»: новые победы

Начало третьей недели «работы по инструкции» ознаменовалось пополнением – к «итальянке» присоединилась группа участковых

терапевтов и медсестер из 107-й поликлиники. Изначально они хотели подождать, будут ли положительные сдвиги после устных (как всегда) обещаний руководства. Не дождались...

Еще один важный момент: за март мне дали такую же зарплату, как всегда. Выплатили оклад плюс надбавку за интенсивность труда в размере 100% от оклада, надбавку за выслугу лет – 30%, плюс за родовые сертификаты (чисто акушерская надбавка за ведение беременности), естественно, минус налог. Итого чистыми на руки я получила 40 030 руб. Так что на оплате труда «итальянка» не сказалась, по крайней мере, в первый месяц.

Теперь вернемся к началу моего рассказа, к той части, где речь идет про зарплату и отпуск. До настоящего момента, если кто-то из врачей уходил в отпуск или брал больничный лист, его пациенток принимали другие врачи бесплатно, т.е. дополнительную нагрузку никто никогда не оплачивал, а теперь будут оплачивать совместительство на время отпуска коллег.

Когда я подала заявление на отпуск, его вернули с требованием указать, кто будет исполнять обязанности по моей должности на время моего отсутствия. Впервые за 5 лет моей работы в этом учреждении об этом кто-то задумался. А ведь были моменты, когда в смене оставалось 2 врача вместо 6. И никому не доплачивали за повышенные нагрузки.

На прошлой неделе меня и моих коллег приглашали в Общественную палату при Минздраве РФ на совещание рабочей группы по поставленным нами вопросам. На встрече нам обещали предложения рассмотреть, обдумать и встретиться повторно. В течение всей недели мы ждали ответ, но пока новостей нет. Ждем...

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

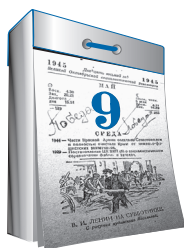
Чацкая Екатерина Александровна – врач акушер-гинеколог женской консультации ГБУ «Городская поликлиника № 180» Департамента здравоохранения г. Москвы (IV филиал)
E-mail: club-mamantenok@yandex.ru

К 70-летию Победы



От редакции

Этот год особенный для всех нас – мы празднуем 70-летие Победы в Великой Отечественной войне. Поэтому рубрику «Старости» мы начинаем подборкой материалов об организации здравоохранения в годы Великой Отечественной войны. Надеемся, каждый читатель найдет в этих строчках и цифрах, за которыми наша история, наша страна, наши семьи, интересное и важное для себя.



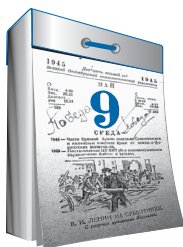
Общее число потерь гражданского населения Советского Союза в период Великой Отечественной войны составило **17,9 млн человек** и складывается из 4 категорий:

- 1) преднамеренно истребленных гражданских лиц на оккупированных территориях – в годы Великой Отечественной войны на территории Украины, Белоруссии, Молдавии и ряда регионов РСФСР, временно оккупированных немецкими войсками с союзниками, было истреблено 7 млн 420 тыс. мирного населения, в том числе 216,4 тыс. детей;
- 2) умерших гражданских лиц из-за сверхсмертности на оккупированных территориях, связанной с тяжелыми условиями оккупации, – не менее 4,1 млн человек;
- 3) умерших гражданских лиц, насильственно вывезенных на работу в Германию и союзные с ней страны – 2 млн 170 тыс. человек (41% всех вывезенных);
- 4) умерших гражданских лиц на неоккупированных территориях из-за сверхсмертности вследствие тяжелых условий жизни, голода в блокадном Ленинграде, повышенной детской смертности и сверхнапряженного труда в военные годы – 4,2 млн человек.

По данным статистических исследований, проведенных под руководством Г.Ф. Кривошеева, «Россия и СССР в войнах XX века...», общее уменьшение численности населения в 10 регионах РСФСР за время оккупации составило 3,9 млн человек. Из этого числа необходимо исключить количество граждан, вернувшихся из Германии после окончания войны (0,45 млн человек), а также выселенных в 1944 г. с Северного Кавказа в восточные районы страны – 0,6 млн человек: чеченцев, ингушей, балкарцев, калмыков, карачаевцев и людей других национальностей. В результате получим, что общее число потерь среди гражданского населения в 10 регионах РСФСР составило 2,85 млн человек, или 18,2% общего числа населения в этих регионах на начало оккупации. Примерно такое же количество потерь среди гражданского населения оказалось в остальных 13 оккупированных областях РСФСР: Ленинградской, Псковской, Великолукской, Смоленской, Брянской, Калужской, Новгородской, Калининской,

Орловской и др. Следовательно, общие потери гражданского населения в РСФСР в период войны составили 5,7 млн человек. Сюда надо добавить минимум 1,4 млн погибших и умерших от голода жителей блокадного Ленинграда. Тогда общее количество умерших из числа гражданского населения России составит не менее **7,1 млн человек**, или 6,4% численности населения РСФСР в 1940 г.

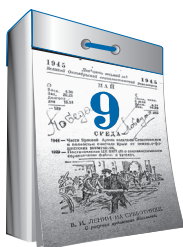
Низматулин Б.И. Великая Отечественная война 1941–1945 гг. Жертвы народов. Битва экономик Советского союза и Германии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 36–39.



Отечественная война дала несомненные сдвиги в нервно-психической заболеваемости. Война не вызвала увеличения количества эндогенных психозов, но большие изменения произошли за годы войны в группе так называемых пограничных заболеваний. Изменилась их внутренняя структура, появились новые формы и синдромы. По понятным причинам травматические заболевания нервно-психической сферы, игравшие в довоенный период незначительную роль, сейчас в группе пограничных заболеваний стали ведущими. По московским данным, количество травматиков, первично обращающихся за помощью в нервно-психиатрические диспансеры, составляло на 10 000 населения: в 1940 г. – 0,4, в 1943 г. – 7,7, в 1944 г. – 8,1, в 1945 г. – 9,1, в 1946 г. – 10,9. В 1947 г. отмечается уже значительное снижение обращений (7,5)...

...Институт психиатрии АМН и Министерство здравоохранения ставят своей задачей добиться того, чтобы методы внебольничной и профилактической работы были внедрены в жизнь в первую очередь. Внебольничная и детская секции совместно с организационно-методическим отделом Института психиатрии АМН разработали ряд методических материалов, касающихся нормативов нервно-психиатрической помощи и методов работы внебольничных и детских учреждений по лечению и профилактике. Все разработанные методы не требуют больших капиталовложений, необходимых для организации стационарной сети. Для проведения предлагаемых методов в жизнь нужны инициатива, активность и заинтересованность в постановке лечебной профилактики. Очень маленькими средствами при рациональной и продуманной организации этого вида работы можно добиться большого эффекта.

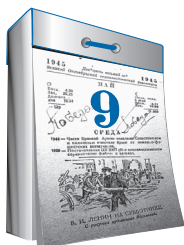
Бергер И.А. Мероприятия по ликвидации последствий войны в области нервнопсихической заболеваемости // Проблемы современной психиатрии. М.: Изд-во АМН СССР, 1948. С. 454–464.



В период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. лечение раненых и больных, возвращение в строй солдат и офицеров Советской армии рассматривались как важнейшие государственные задачи. Накануне войны с Германией руководство Советского Союза приняло решение о создании военно-медицинских факультетов при трех крупнейших медицинских вузах страны (2-м Московском, харьковском и саратовском), а Наркомздрав СССР разработал план развертывания эвакогоспиталей. Саратовский государственный медицинский институт (СМИ) и военно-медицинский факультет при СМИ, ныне именуемый Саратовский военно-медицинский институт с честью выполнили поставленную задачу в годы Великой Отечественной войны. Медики СМИ вели напряженную борьбу за спасение жизни и восстановление здоровья раненых и больных защитников Отечества, подтвердив тем самым знаменитое высказывание писателя – автора повести «Брестская

крепость» С.С. Смирнова: «Из всех профессий, пожалуй, только медики не меняют характера своей деятельности, когда начинается война».

В.М. Попков, В.Н. Николенко. Вклад клиник и кафедр Саратовского государственного медицинского института в подготовку кадров, организацию медицинской помощи раненым и больным в период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 2. С. 231.



Через Отечественную войну прошли все категории средних медицинских работников: медицинская сестра, боец, командир, санитар-носильщик. Приказ Народного комиссара обороны СССР № 281 от 23.08.1942 «О порядке представления к правительственной награде военных санитаров и санитаров-носильщиков за хорошую боевую работу» сыграл важную роль». Война внесла коррективы в работу всех медицинских учреждений Оренбуржья. В июле 1941 г. на железной дороге в Абдулино Чкаловской области была организована санитарная дружина, целями которой были содействие транспортировке раненых и оказание первой медицинской помощи. В феврале 1942 г. был выпущен очередной контингент младшего медицинского персонала объединенных курсов Российского общества красного креста (РОКК). В марте-апреле 1942 г. была проведена работа по подготовке медицинских сестер, санитарных дружинниц и мобилизации их. Среди мобилизованных многие были из тех, кто добровольно ушел на фронт с первых дней войны.

Федорова А.В. Оренбург в годы Великой Отечественной войны // Архив военно-медицинских документов при Военно-медицинском музее (ВММ). Ф. 1024. Оп. 60404. Д. 1. Л. 39.



Считая важнейшим государственным делом устройство детей, оставшихся без родителей, и проведение мероприятий по предупреждению детской безнадзорности, Совет народных комиссаров Союза ССР постановляет:

1. Обязать Совнаркомы союзных и автономных республик, исполнительные комитеты краевых, областных, городских и районных Советов депутатов трудящихся под личную ответственность председателей обеспечить устройство детей, оставшихся сиротами или потерявших родителей при переезде в другую местность, не допуская оставления детей безнадзорными...

<...>

5. Считать необходимым широко развить патронирование детей в семьях рабочих, служащих и колхозников. Патронирование производить на добровольных началах. Лицам, принявшим на воспитание (патронат) детей, выдавать через местные органы Наркомпроса ежемесячное пособие в размере 50 рублей на одного ребенка...

<...>

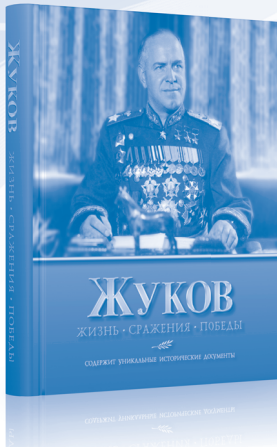
8. В целях оказания помощи родителям и родственникам в отыскании отставших от них детей обязать НКВД СССР (т. Круглова) создать центральный справочный адресный детский стол, а также справочно-адресные детские столы при областных и краевых управлениях НКВД, городских отделах и районных отделениях НКВД. Установить, что дети, находящиеся в детских приемниках-распределителях, а также дети, направленные ими на производство, в детские учреждения или определенные на патронат, должны быть зарегистрированы в справочно-адресных детских столах...

Из Постановления Совета народных комиссаров СССР № 75 от 23.01.1942 «Об устройстве детей, оставшихся без родителей»

В.В. Карпов

Жуков.

Жизнь, сражения, победы



2015 г., 496 с.

Под общ. ред. Б.И. Нигматулина,
Г.А. Куманева, И.В. Пестуна

Настоящее художественно-документальное издание повествует о жизни и боевом пути маршала Советского Союза Георгия Константиновича Жукова.

В основу положен сокращенный вариант текста книги В.В. Карпова «Маршал Жуков. Его соратники и противники в дни войны и мира».

Издание содержит более 700 иллюстраций. Приводятся 200 фотопортретов и рисунков всех упоминаемых в тексте персон (советских, немецких, американских, английских, французских и др.), более 130 произведений живописи из Третьяковской галереи, Центрального музея Великой Отечественной войны, Студии военных художников им. М. Б. Грекова, других галерей. Представлены музеи и архивы Белоруссии, Украины, Англии, Болгарии, Германии, Монголии, Сербии, Франции. Публикуются схемы основных операций Великой Отечественной войны, малоизвестная фронтовая поэтическая лирика.

Книга адресована широкому кругу читателей.

Б.И. Нигматулин

Великая Отечественная война 1941–1945 гг.

Жертвы народов. Битва экономик Советского Союза и Германии

Книга состоит из двух частей. В первой части «Жертвы народов» дается сопоставление по общим и ежегодным потерям военнослужащих Красной Армии и вооруженных сил Германии, а также гражданского населения Советского Союза и Германии в период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. Используются данные из историко-статистических исследований, проведенных под руководством генерал-полковника Г.Ф. Кривошея и других авторов.

Во второй части книги «Битва экономик Советского Союза и Германии» наглядно сравниваются макроэкономические показатели, включая производство вооружения, Советского Союза и Германии накануне и в период войны. Проанализирована помощь союзников Советского Союза (США по программе ленд-лиза, Великобритании и Канады), а также поставки Германии вооружений и ресурсов из оккупированных и союзных с ней европейских стран. Дан анализ ущерба, понесенного Советским Союзом и Германией, по итогам войны.

Книга адресована широкому кругу читателей.



2015 г., 208 с.

Контакты

Издательский дом «НИГМА»

115035, Москва,
ул. Садовническая, д. 9, стр. 4 (2-й офис)
Тел.: (495) 231-39-62, (495) 921-39-07,
(499) 246-39-47.
www.nigmabook.ru

Розничная продажа книг издательства «Нигма»:

Выставка-продажа в издательстве:
м. «Новокузнецкая»,
м. «Третьяковская»
ул. Садовническая, д. 9, стр. 4.
Тел.: (495) 921-39-07, доб. 139

«Медицинская литература и медицинские тренажеры»
м. «Фрунзенская»,
Комсомольский пр-т, д. 28.
Тел.: (499) 685-12-47, 8 (916) 877-06-84

О научной основе Семашкинской модели здравоохранения



Ю.М. Комаров

Исполком Пироговского движения врачей, Москва

About a scientific basis of Semashko health care model

Yu.M. Komarov

Executive Committee of the Pirogov Movement of Physicians, Moscow

От редакции

В статье приводятся выдержки из книги профессора Ю.М. Комарова, посвященной становлению и развитию модели здравоохранения, созданной первым наркомом здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко (или, как мы привыкли называть ее, Семашкинской модели). Эта модель просуществовала в Советском Союзе вплоть до 1989 г. и долгие годы позволяла нашей стране обеспечивать доступность и качество медицинской помощи на достаточно приемлемом уровне, соответствующем ее финансированию. Ее отличали рациональная организация, практически полная бесплатность для населения; участковый (территориальный) принцип прикрепления в первичном звене; объединение участковых врачей и врачей-специалистов в поликлиники; разделение оказания медицинской помощи взрослым и детям; строгие этапы на пути движения пациентов и деление на уровни медицинской помощи (в зависимости от сложности медицинских технологий); акцент на профилактику, укрепление здоровья детей и работников на производстве, а также жесткая вертикаль управления в системе. Однако были и не менее значимые недостатки, которые отмечает автор монографии. Уверены, что книга «Пора собирать камни» будет интересна и полезна для современных организаторов здравоохранения, особенно сегодня, когда в нашей российской системе здравоохранения отсутствует четкий вектор развития.

1. Принципы Семашкинской модели и их реализация

Впервые информация о Семашкинской модели здравоохранения прозвучала на 1-м Всероссийском съезде медико-санитарных отделов в 1918 г. в докладе будущего народного комиссара здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко (1874–1949 гг.), она стала синтезом идей организаторов здравоохранения: З.П. Соловьева, Е.П. Первухина, М.И. Барсукова, А.Н. Виноку-

рова, И.В. Русакова, М.Г. Вечеслова, С.Ю. Багоцкого, М.В. Головинского, Г.В. Линдова, А.Н. Сысина, В.М. Бонч-Бруевича, П.А. Кувшинникова, Н.И. Тезякова, Д.В. Горфина. На этом съезде были обсуждены такие принципы, как единство, бесплатность, доступность и квалифицированность. Основные идеи этой модели обтачивались на последующих трех съездах, на 5-м (1924 г.) речь шла о сельском здравоохранении, профилактической направленности и диспансерном

методе, на 6-м (1927 г.) – о планировании, ранней диагностике, организации охраны здоровья материнства и детства. На 7-м съезде – новый народный комиссар здравоохранения М.В. Владимирский выступил за единение теории с практикой и предложил вариант пятилетнего плана по развитию здравоохранения.

В окончательном виде принципы новой модели были сформулированы в 1947 г. Н.А. Семашко, главные среди них:

- государственный характер здравоохранения;
- профилактическая направленность охраны здоровья;
- бесплатность и общедоступность квалифицированной медицинской помощи;
- единство медицинской науки и практики, профилактики и лечения;
- преемственность в оказании медицинской помощи;
- участие широких масс трудящихся и общественных организаций в строительстве здравоохранения и в решении его проблем.

Не все эти принципы удалось реализовать на практике в полной мере. Например, последний принцип вообще не был реализован.

Существует мнение о том, что отечественное здравоохранение в целом было прогрессивным и эффективным, так как при относительно небольших затратах на определенных временных отрезках давало неплохие и адекватные результаты. И это во многом именно так. Правда, были и серьезные недостатки, например, авторитарность и мобилизационный характер системы, отсутствие дифференцированного подхода к преемственности в ведении пациентов, принятие удобных для власти и отличных от принятых в мировой практике критериев, связанных со смертностью младенцев и матерей, с профессиональной заболеваемостью, временной и стойкой утратой трудоспособности.

К сожалению, человек не стал основным действующим лицом в здравоохранении, что не способствовало гуманизации медицины в целом, хотя во многих случаях врачи и другие медицинские работники демонстрировали лучшие чело-

веческие и профессиональные качества при невысоком уровне оплаты своего труда. Так было и так, к сожалению, есть сейчас. И тогда, и теперь важными считались не показатели результатов, относящихся к пациентам, а обеспечивающие показатели (функция врачебной должности, укомплектованность кадрами, выполнение сметы расходов, посещаемость, работа коек, обеспеченность ресурсами, выполнение плана или стандарта и т.д.). Одной из главных проблем советского здравоохранения было его хроническое недофинансирование, что обусловило постепенное медико-технологическое отставание от развитых стран.

Однако отсутствие полноценной реализации не означает порочность самих провозглашенных принципов, многие из них затем легли в основу деятельности ВОЗ. Об этом также свидетельствуют многочисленные положительные оценки зарубежных специалистов и аналитиков, например, известного американского историка медицины Г. Сигериста, главного редактора журнала «Public Health Policy» («Политика общественного здравоохранения»), М. Терриса и других. Многие из этих принципов были использованы в классической английской государственно-бюджетной модели организации здравоохранения.

2. Зарождение науки «социальная гигиена и организация здравоохранения»

Следует отметить, что принципы, сформулированные Н.А. Семашко, появились благодаря особой науке – социальной гигиене и организации здравоохранения. Сначала появилась социальная гигиена – дисциплина, которая интегрировала все гигиенические науки о влиянии внешних факторов на здоровье населения (гигиена питания, общая и коммунальная гигиена, гигиена окружающей среды, радиационная гигиена, гигиена населенных мест и т.д.).

Социальная гигиена как наука зародилась еще в XVIII–XIX вв. благодаря работам Б. Рамазини, Й. Франка и авторитетнейшего Р. Вирхова. После этого дисциплина прочно утверждается

в Европе, во многих странах (Германия, Австрия и др.) создаются кафедры социальной гигиены. В то время появилось и достойное определение социальной гигиены, которое подразумевало выход за пределы узко медицинских вопросов (в основном лечебных) – *это учение о влиянии социальных факторов на здоровье всего населения и отдельных его групп для разработки мероприятий по восстановлению и улучшению здоровья населения.*

Благодаря основополагающим работам Р. Вирхова в Германии в 1883 г. появилось законодательство об обязательном страховании на случай болезни или травмы для промышленных рабочих. В 1905 г. в Берлине А. Гротьян впервые организовал научное общество по социальной гигиене и медицинской статистике, а затем и соответствующую кафедру в Берлинском университете. Аналогичные германскому закону впоследствии были приняты законы и постановления в Великобритании (1911 г.) и в России (1912 г.). При этом становилось все очевиднее, что ответственность за здоровье и организацию медицинской помощи должны взять на себя правительства. Именно тогда здоровье было признано общественной ценностью и социальным правом человека, а государство и общество стали ответственным и за обеспечение этого права.

В 1942 г., в самый разгар Второй мировой войны, когда Англия еще находилась в блокаде, У. Черчилль выступил со своим видением послевоенного устройства страны и предвидел создание в стране бесплатной для всех национальной службы охраны здоровья (социального страхования от рождения до смерти – «Cradle to grave» – с пеленок до могилы), а также широкую доступность всего населения к образованию, укрепление государственной собственности и развитие свободного предпринимательства. И это он говорил в разрушенном из-за непрерывных бомбардировок Лондоне!

В тот же период лорд У. Беверидж (1879–1963 гг.), директор Лондонской школы экономики (1919–1937 гг.), президент Университетского колледжа в Оксфорде (1937–1945 гг.) выпустил книгу «Государство всеобщего благосостояния» (так называемый Доклад Бевериджа), где из-

ложил основы национальной системы охраны здоровья, реализованной затем в Англии и во многих других странах. В этом докладе был учтен и опыт советского здравоохранения, принципы которого в определенной степени корреспондировали с идеями Бевериджа.

3. Предпосылки для возникновения социальной гигиены в России

В России предпосылки для возникновения социальной гигиены и развития общественного здравоохранения были заложены еще Н.И. Пироговым, и эти идеи проходили красной нитью через все 16 дореволюционных Пироговских съездов врачей. Этому способствовали работы А.В. Петрова, Е.А. Осипова, П.И. Куркина, А.И. Шингарева, А.В. Корчак-Чепурковского, С.Н. Игумнова, Л.А. Тарасевича и др.

Н.И. Пирогов писал, что главное предназначение врача – в научении людей быть здоровыми и в лечении тех, кого не удалось научить этому. Кроме того, Н.И. Пирогов считал, что будущее (и где оно?) принадлежит медицине предупредительной! (а не чисто лечебной). А К. Бернар считал, что врач должен знать 3 вещи: условия здоровья, чтобы их сохранять, условия болезни, чтобы их предотвращать, условия выздоровления, чтобы их использовать. Это говорит о том, что знания и функции у врача, прежде всего в амбулаторно-поликлинических условиях, должны быть достаточно широкими и не только связаны с клиническим ведением больных. Уместно будет также вспомнить об организации этапности сортировки и оказания медицинской помощи больным, раненым и пораженным (т.е. о маршрутах движения пациентов), предложенной Н.И. Пироговым в период Крымской кампании (1854–1855 гг.) и положенной в основу советской военно-медицинской доктрины в годы Великой Отечественной войны, позволившей добиться самого высокого восстановления в строй. Также необходимо отметить работы активного участника Пироговского движения А.И. Шингарева «Вымирающая деревня» (1901 г.) и уникальной работы «Общественная медици-

на в будущем демократическом строе России» (1907 г.), доложенной на X Пироговском съезде врачей.

Истоки социальной гигиены (именно так и называлась эта дисциплина в Германии и СССР) в советское время относятся к 1918 г., когда после ликвидации земской медицины и насильственного прекращения деятельности Пироговского общества врачей, был создан сначала музей (руководитель – А. Мольков), который был затем в 1920 г. преобразован в Институт социальной гигиены. Уже через 2 года при Первом Московском университете была создана кафедра социальной гигиены, разработаны учебные программы, появились учебники и учебные пособия, в том числе переводные, стал издаваться соответствующий журнал. Это все делалось по инициативе Н.А. Семашко, З.П. Соловьева, А.В. Молькова, Г.Н. Каминского и др. По всей стране стали создаваться исследовательские институты по социальной гигиене, организационные бюро и т.д.

Социальная гигиена в российском определении – это наука об основных закономерностях в формировании здоровья населения и влияющих на него факторах. В этом смысле она в определенной степени подобна зарубежному пониманию эпидемиологии не только как науке о распространности острых инфекционных, но также хронических и дегенеративных заболеваний. В основном предметом социальной гигиены являлась социальная обусловленность здоровья и болезней.

Однако против этой новой и важной науки выступила консервативная клиническая профессура, которая признавала только лечебную медицину (в ряде случаев это происходит и до сегодняшних времен), воспротивились и органы власти, которые стояли на том, что все социальные пережитки остались в прошлом и в советское время не может быть никакой социальной обусловленности болезней. В результате многие институты и центры были ликвидированы. Все это совпало с периодом агрессивного гонения на науку в целом: на экспериментальную биологию и генетику в лице Н. Кольцова, Н. Вавилова, Н. Дубинина и др., на научную организацию труда. Последняя, как потом и кибернетика, считалась буржуазной наукой, например, утверж-

далось, что и без этой науки А. Стаханов многократно перевыполнял установленные нормы выработки угля и т.д. Многие специалисты по социальной гигиене, медицинской статистике и демографии, которые, как считали власти, не сумели вовремя и «правильно» подсчитать численность населения, оказались за решеткой. Им не удалось скрыть последствия влияния на народонаселение страны репрессий, голодомора и геноцида крестьянства.

Наиболее серьезные и глубокие исследования заболеваемости населения проводились в Германии (медицинская статистика) и в России (санитарная статистика). От регистрации и анализа фактографического материала в обеих странах была выражена направленность в сторону социальной обусловленности здоровья. Н.А. Семашко полагал, что обучение социальной гигиене равносильно своего рода «политической грамоте» на медицинском факультете. По его мнению, специалист в области социальной гигиены должен быть не только врачом, гигиенистом (в расширенном смысле гигиена – это наука о здоровье), медицинским и аналитическим статистиком, социологом, но и обладать достаточно широким общественным кругозором. К сожалению, сейчас в руководящих органах здравоохранения таких специалистов практически нет, а зачастую на руководящие должности назначаются клиницисты или ученые-экспериментаторы, не обладающие нужными знаниями и качествами для понимания здравоохранения как системы. Отсюда и проистекают все беды нынешнего здравоохранения, связанные с отсутствием компетентности и профессионализма в особой специальности «общественное здоровье и здравоохранение».

4. Развитие «социальной гигиены и организации здравоохранения» в РФ

На заре возникновения новой модели здравоохранения в Советском Союзе в центре внимания был здоровый человек. Схематично, вокруг него по кругу, располагались диспансеры, следящие за его здоровьем, а в случае нарушения

здоровья он направлялся по профилю в соответствующее медицинское учреждение. Но против этой идеи выступил тогда всесильный руководитель московского здравоохранения В.А. Обух, и в результате компромиссов появилась Семашкинская модель. Насколько важна была тогда эта дисциплина, говорит создание Музея социальной гигиены Наркомздрава, многочисленных институтов и бюро, соответствующих кафедр по всей стране, а также подготовка в 1922 г. учебника по социальной гигиене.

В начале 1930-х гг., когда в России система статистики стала регистрировать ресурсы здравоохранения и их использование, учреждения здравоохранения и их деятельность, к социальной гигиене добавилась организация здравоохранения. Следует отметить, что эта дисциплина как самостоятельная (даже прикладная) часть социальной гигиены существовать не может – она должна базироваться на широких данных о здоровье населения и его утратах. Предполагалось, что организация здравоохранения будет состоять как бы из двух частей: организации охраны здоровья и организации медицинской помощи (сегодня это достаточно четко разделяется в действующей ныне Конституции РФ). Считалось, что в этой связке социальная гигиена будет как бы вперёдсмотрящей, локомотивом, подтягивая за собой прикладную часть. В свою очередь организация здравоохранения включала такие дисциплины, которые могли иметь самостоятельное значение, как охрана здоровья, управление здравоохранением, экономика здравоохранения, статистика здравоохранения, планирование здравоохранения, теория и история развития здравоохранения, организация труда, подготовка кадров и т.д. И поскольку все эти дисциплины должны основываться на данных об исследованиях здоровья населения и его потребностях в медицинской помощи, на социальную гигиену налагались дополнительные обязательства. Таким образом, получилось, что социальная гигиена и организация здравоохранения стала относиться не только к медицинским наукам, она стала и политической наукой, поскольку определяла политику развития и охрану здоровья и организацию всей медицинской помощи в стране.

Перед самым началом Великой Отечественной войны приказом наркома здравоохранения СССР Г. Митерева сохранившиеся кафедры социальной гигиены были переименованы в кафедры организации здравоохранения. Фактически от широкой научной базы осталась только ее прикладная часть, что сделало эту науку уязвимой для критики. Так, Б.Д. Петров, работавший в 1950-е гг. в секторе здравоохранения ЦК КПСС, ставил вопрос о правомочности существования организации здравоохранения, ведь нет такой науки, как организация мясо-молочной промышленности. Тогда прикладную организацию здравоохранения спасла ее научная составляющая социальная гигиена, и потому было принято решение назвать эту дисциплину социальная гигиена и организация здравоохранения. С 1966 г. это название закрепилось в головном институте и в наименованиях кафедр.

При этом в мире стало очевидно, что ответственность за здоровье и организацию медицинской помощи должны взять на себя правительства. Именно тогда здоровье было признано общественной ценностью и социальным правом человека, а государство и общество стали ответственными за обеспечение этого права. А медицинская помощь должна служить средством выравнивания среди населения, обладающего разными доходами и возможностями, ибо перед лицом болезни или смерти равны абсолютно все.

5. Разные отрасли социальной гигиены

Бурно развиваясь, кроме известных периодов в жизни страны, социальная гигиена на стыке с другими дисциплинами порождала новые отрасли медицинской науки: с демографией – медицинскую демографию, с географией – медицинскую географию, с историей – историю медицины, с экономикой – экономику здоровья, с философией – философские проблемы медицины, с биологией – популяционную биологию, с экологией – медицинскую экологию, с генетикой – популяционную генетику, с гериатрией – социальную гериатрию, с социологией – медицинскую социологию, с психологией –

психогигиену, с антропологией – медицинскую антропологию, с этикой – деонтологию и медицинскую этику, с метеорологией – медицинскую климатологию, с кибернетикой – медицинскую кибернетику (информатику), со статистикой – санитарную статистику (статистику здоровья), с правоведением – медицинское право, с клиническими дисциплинами – клиническую эпидемиологию и т.д. Эти отрасли могли носить и вполне самостоятельный характер, но при этом шло взаимное проникновение методических приемов, что расширяло и обогащало как общественные науки, так и медицину.

Оперирование данными статистики должно происходить на основе их глубокого понимания, анализа, обоснованного сравнения, учета факторов и условий, в которых они формировались. Однако сегодня зачастую наблюдается отсутствие такого анализа, что, как правило, приводит к ложным выводам и необоснованным предложениям.

Это хорошо видно на примере здравоохранения Москвы и имеющих место шараханый в здравоохранении всей страны. На то, что сегодня в стране не сформирована перспективная модель развития здравоохранения и не описаны основные направления ее развития, во многом сказывается отсутствие представления о том, какое общество в целом мы строим и к чему нужно стремиться. Фактически сегодня система здравоохранения занимается преимущественно только «ремонтными работами», пытаясь восстановить утраченное здоровье населения, без привязки к его охране.

6. О современной системе здравоохранения в РФ

К сожалению, сегодня здравоохранительная политика (в широком смысле этого слова) ошибочно перекладывается с государства в целом только на деятельность отдельной отрасли здравоохранения, что наносит существенный урон экономике страны и здоровью людей. Это связано с тем, что деятельность системы здравоохранения только частично влияет на здоровье населения. Так, в результате различных исследований, выполненных в том числе в Свердловской области, было показано, что на возникновение

заболеваний влияние здравоохранения оценивается в 10% случаев, на излечение заболеваний – в 45%, на общую смертность – в 15%, на хронизацию патологии (пропущенные, запущенные, недообследованные и недолеченные случаи) – в 50%, на преждевременную и потенциально предотвратимую смертность – в 40%, на инвалидность – в 15%, на среднюю продолжительность активной и здоровой жизни – в 25%, на младенческую смертность – в 35%, на материнскую смертность – в 75% случаев. Все остальное почти полностью зависит от здравоохранительной политики в стране, от степени развития системы охраны здоровья, от ее приближенности к населению и результативности.

Иначе говоря, нездоровье главным образом формируется вне пределов деятельности системы здравоохранения. Однако, несмотря на понимание этого, данный факт все равно не учитывается, и вся ответственность перекладывается на медицинскую отрасль. Более того, в связи с совершенно нерациональной организацией традиционного здравоохранения и слабой организацией его первичного звена, растет число недообследованных, недолеченных, запущенных, пропущенных и тяжелых случаев заболеваний. А это, в свою очередь, все в больших объемах требует дорогостоящих высокотехнологичных медицинских вмешательств для спасения жизни. За такое неэффективное здравоохранение несет ответственность отраслевое министерство.

Во всем мире средствами профилактики, в том числе социальной, и возможно раннего обнаружения заболеваний (лучше на стадии предболезни путем донозологической диагностики) стараются осуществлять эффективное лечение, как бы не допуская пациентов до чрезвычайно дорогостоящих специализированных и высоких технологий. На уровне правильно организованной первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) должно решаться до 85% всех проблем, связанных с нездоровьем. Отсюда следует, что развивать медицинскую помощь необходимо в первую очередь в этом направлении, а также путем повышения роли государства в охране здоровья граждан.

От непонимания этого аспекта возникают множественные проблемы в здоровье населения

и здравоохранении, и, соответственно, происходит неверное информирование о них руководства страны. Некоторые связывают эти проблемы с недофинансированием современного здравоохранения. Да, это имеет место, но самое главное, что этими средствами необходимо рационально и на научной основе распорядиться.

7. Разрушение Семашкинской модели здравоохранения

Возвращаясь к основным принципам построения общественной системы здравоохранения, следует отметить, что разрушение Семашкинской модели началось с переименования ее научной основы. Из изложенного выше виден общественный и интегрирующий характер социальной гигиены, которая имела свою методологию и свою прикладную часть в виде организации здравоохранения. Но нашлись «революционеры», которые стали предлагать заменить ее социальной медициной, валеологией или санологией, выхолостив социальный аспект. Даже на Коллегии Минздрава РФ от 13 апреля 1999 г. звучало, что социальная медицина – это наиболее подходящее название для науки социальная гигиена. И тут же 65% кафедр стали переименовываться. Но эти замены особенно не прижились. Тогда появилось предложение назвать ее как бы по предмету изучения – «*общественное здоровье и здравоохранение*». На английском языке это звучит как *public health*. За рубежом это понятие подразумевает набор специальных знаний, которыми должны владеть не профессионалы, имеющие медицинское образование, а различного рода сторонние специалисты, в той или иной степени имеющие непосредственное или опосредованное отношение к здравоохранению. Таких специалистов и готовят в школах общественного здравоохранения (Schools of Public Health).

В результате во многом была утрачена общественная значимость этой дисциплины, в том числе ее социальная и гигиеническая части, да плюс еще впустую было потрачено много времени на все переименования (в ВАКе, на кафедрах, в НИИ и т.д.). Таким образом, был сделан первый шаг к разрушению Семашкинской модели, подрыв ее на-

учной основы. Резко снизились не только уровень, качество, но объемы и масштабы исследований, которые были ранее и подпитывали управление и планирование российского здравоохранения.

Так, в стране более 30 лет не проводились полноценные исследования состояния нездоровья граждан (заболеваемости и смертности, не говоря уже о физическом развитии), ранее приуроченные к переписям населения, что полностью лишило научного обоснования принятые законы, Программу государственных гарантий, Программу ОМС и т.д. А те работы, которые сейчас выполняются, поставлены как бы на поток, не являются фундаментальными и масштабными, решают некоторые частные задачи, или, по образному выражению Е. Шигана, «а у нас во дворе».

Второй вехой послужило разрушение существовавшей ранее стройной системы научно-медицинской информации, что привело к информационному голоду всех медицинских работников (врачей, медсестер, руководителей и др.). Без этих ориентиров можно было делать все, что угодно – навязывать врачам любые организационные решения.

Третья веха, уже по-настоящему подорвавшая Семашкинскую модель, – отход от ее основных принципов и формирование совсем иной, не присущей отечественному здравоохранению, рыночной модели обязательного медицинского страхования (ОМС). Сюда же можно отнести практически повсеместное развитие платных медицинских услуг и замену ими бесплатной медицинской помощи, как бы гарантируемой государством. Разрушению Семашкинской модели способствовала также ликвидация муниципального здравоохранения с передачей соответствующих полномочий на уровень субъектов федерации и переподчинением учреждений здравоохранения, что было сделано во вред пациентам и привело к увеличению расходов. Затем, в 2012–2014 гг. в регионах страны прошла так называемая оптимизация сети медицинских учреждений и коечного фонда, а в Москве провели укрупнение медицинских учреждений, что не только привело к необоснованному сокращению численности медицинских кадров, но и значительно снизило доступность медицинской помощи.

Что нужно делать в сложившейся ситуации

1. Необходимо разделить охрану здоровья и организацию медицинской помощи. За охрану здоровья должно нести ответственность государство в целом (питание и здоровье, питьевая вода и здоровье, условия труда и здоровье, бедность и здоровье, окружающая среда и здоровье и т.д.), имея целью улучшение здоровья населения, а за организацию медицинской помощи – отрасль здравоохранения с целью проведения медицинской профилактики (включая мотивирование к здоровому образу жизни), частичное или полное (по возможности) восстановление утраченного здоровья и трудоспособности возможностями медицины. Это позволит снизить предотвратимые потери общества в здоровье. Для реализации этого положения при Президенте РФ необходимо создать Национальный совет по охране здоровья граждан.

2. Целесообразно перейти от бесперспективной и дорогостоящей модели ОМС к государственно-бюджетной с договорными отношениями, отказаться от рыночной системы в здравоохранении и вернуть его в социальную сферу (из экономической), постепенно отказаться от платных услуг в государственных и муниципальных медицинских организациях и Программы госгарантий (которая вносит ограничения на получение медицинской помощи).

3. Сделать акцент на преимущественном развитии правильно организованной ПМСП, остановив неэффективные вложения средств в специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь.

4. Восстановить систему муниципального здравоохранения, а также 4-уровневую систему организации медицинской помощи, основываясь

на потребностях населения и маршрутах движения пациентов, что обеспечит адекватную доступность медицинской помощи.

5. Все преобразования в здравоохранении осуществлять с учетом мнения медицинской общности, попечительских советов и гражданского общества.

6. Пересмотреть принятые законодательные и отраслевые нормативные акты, оставив только соответствующие положениям разработанной в рамках Комитета гражданских инициатив Стратегии охраны здоровья.

7. Кардинально изменить систему подготовки медицинских кадров (отбор, подготовка в вузах и непрерывное повышение квалификации). Создать факультеты для подготовки кадров для оказания ПМСП.

8. Ввести систему аккредитации медицинских организаций (проверку условий для оказания медицинской помощи) и систему лицензирования врачей (разрешение на деятельность), начиная с врачей общей практики.

9. Осуществить переход от оценки и контроля (экспертизы, аудита) качества медицинской помощи к его обеспечению и управлению им.

10. Обеспечить права пациентов, а также права медицинских работников, в том числе повысить им зарплату с учетом тяжести, напряженности и ответственности труда, а также ввести меры по их мотивацию работать более результативно.

11. Организовать систему мониторинга здоровья граждан с определением индикаторов, способствующих реальной оценке деятельности служб здравоохранения.

12. Расширить сферу научных исследований в области медицинской демографии, организации и экономики здравоохранения.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Комаров Юрий Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, член бюро исполкома Пироговского движения врачей, член Комитета гражданских инициатив А.Л. Кудрина (Москва)
E-mail: drkomarov@mail.ru

Ю.М. Комаров

Пора камни собирать

Или о том, как разрушалась в стране социальная
семашкинская модель здравоохранения



За долгие годы работы в практической медицине и медицинской науке автор пережил взлеты и падения врачебной профессии. Видел, как менялось отношение пациентов к врачам и врачей к пациентам. Как рождались новые медицинские технологии и появлялись новые кадры и руководители здравоохранения. Как деградировало медицинское образование и учебно-научная школа. В книге представлены этапы жизненного пути автора, позволившие ему понять суть отечественной системы охраны здоровья и разобрать очевидные достоинства и столь же бесспорные недостатки этого уникального явления. В яркой форме показан процесс последовательного разрушения социальной направленности отрасли, названной им моделью Н.А. Семашко. Автор отвечает на острые, волнующие всех вопросы: почему некоторые отдельные положения модели Семашко сегодня восстанавливаются в худшем виде, чем они существовали раньше, и что нужно делать, чтобы полностью не растерять достигнутое в отечественном здравоохранении.

Контакты

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»
115035, Москва,
ул. Садовническая, д. 9, стр. 4.
Тел./факс: (495) 921-39-07,
(499) 246-39-47.
www.geotar.ru.

Интернет-магазин «Медкнигасервис»:
www.medknigaservis.ru
Тел.: 8-800-555-999-2.

Фирменные магазины «Медицинская литература»:

м. «Фрунзенская»
г. Москва, Комсомольский
просп., д. 28 (здание Московского дворца молодежи).
Тел.: 8 (916) 877-06-84,
(499) 685-12-47;

**м. «Коньково»,
м. «Юго-Западная»**
г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.
Тел.: (495) 434-55-29;

м. «Новокузнецкая»
(по раб. дням с 9-00 до 18-00)
г. Москва, ул. Садовническая,
д. 9, стр. 4.
Тел.: (495) 921-39-07,
(495) 228-09-74;

м. «Цветной бульвар»
г. Москва, ул. Трицкая, д. 9, стр. 1.
Тел.: 8 (985) 387-14-57.