

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

журнал для непрерывного
медицинского образования по специальности
«организация здравоохранения
и общественное здоровье»

№ 2 (4), 2016

HEALTHCARE MANAGEMENT:
news, views, education



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Тема номера:

Качество медицинской помощи и безопасность пациентов: от системы до медицинской организации

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)
Черепов В.М. (Москва)

Ответственный секретарь редакции

Акбердиева Елена, orgzdrav2015@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

Электронная версия журнала и правила для авторов размещены на сайте:
<http://orgzdrav.rsph.ru>

Журнал распространяется бесплатно по базам данных Общества по организации здравоохранения и общественного здоровья. Для остальных подписчиков: подписной индекс 80375 (каталог Агентства «Роспечать»); 93587 (каталог Агентства «Пресса России»)

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, porova@geotar.ru

Подписано в печать 01.08.2016.

Тираж 1000 экземпляров.

Формат 70 x 100 ¹/₁₆.

Печать офсетная. Печ. л. 7,5.

Отпечатано в ППП «Типография "Наука"»:
121009, г. Москва, Шубинский пер., д. 6

Заказ №

© 000 Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2016.

СОДЕРЖАНИЕ

4	ОТ РЕДАКЦИИ
	НОВОСТИ
6	Новости Минздрава России
10	Новости Общероссийского народного фронта
13	Мониторинг смертности в РФ по Росстату (2013, 2014, 2015 гг.)
16	Итоги Международной конференции «ОРГЗДРАВ–2016. Эффективное управление медицинской организацией»
	ЗА ПРЕДЕЛАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
21	<i>Нигматулин Р.И.</i> Экология и ее база – климат
	АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ
31	Уроки Петербургского международного экономического форума для российского здравоохранения
	ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
37	<i>Мурашко М.А., Шарикадзе Д.Т., Кондратьев Ю.А.</i> Современные подходы к качеству медицинской помощи
43	<i>Улумбекова Г.Э.</i> Управление качеством медицинской помощи в РФ: от планирования до улучшения Часть I. Планирование качества медицинской помощи в РФ: анализ действующей нормативной базы и показатели качества медицинской помощи
63	<i>Ройтберг Г.Е., Кондратова Н.В.</i> Международные стандарты качества в эффективном контракте врача многопрофильного стационара
69	<i>Старченко А.А.</i> Контрольно-надзорные функции органов сферы здравоохранения: анализ и предложения в части экспертизы качества медицинской помощи
	СТАРОСТИ
82	Безопасность пациентов
	ПРИЛОЖЕНИЕ
85	Тезисы IV Международной конференции «ОРГЗДРАВ–2016. Эффективное управление медицинской организацией» (26–27 мая 2016 г., Москва)

CONTENT

4	EDITORIAL
	NEWS
6	News of Healthcare Ministry of Russia
10	News of the All-Russian popular front
13	Monitoring of mortality in Russia by Rosstat (2013, 2014, 2015)
16	Results of the International Conference "ORGZDRAV–2016. Efficient Hospital Management"
	BEYOND HEALTHCARE
21	<i>Nigmatulin R.I.</i> Ecology and it is based on the climate
	ACTUALLY TODAY
31	Lessons from the St. Petersburg International Economic Forum for the Russian healthcare
	EFFECTIVE MANAGEMENT
37	<i>Murashko M.A., Sharikadze D.T., Kondratyev Yu.A.</i> Modern approaches to the quality of medical care
43	<i>Ulumbekova G.E.</i> Quality management in medical care in the Russian Federation: from planning to improvement Part I. Quality of medical care planning in the Russian Federation: analysis of current regulatory framework and indicators for quality of medical care
63	<i>Roytberg G.E., Kondratova N.V.</i> International quality standards in effective contract with physicians of multidisciplinary hospital multidisciplinary hospital
69	<i>Starchenko A.A.</i> Oversight functions of health administration: analysis and proposals in the context of expert quality report of medical care
	OLD TIMES
82	Patient safety
	SUPPLEMENT
85	Proceedings of the IV International Conference "ORGZDRAV–2016. Efficient Hospital Management" (26–27 May 2016, Moscow)

Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас стать членами Общества по организации здравоохранения и общественного здоровья. Для этого вам необходимо направить заявление и квитанцию по адресу info@rsph.ru (заявление и квитанцию вы можете найти на сайте <http://rsph.ru/> в разделе «Как вступить»).

Дорогие коллеги!

Председатель
правления
Общества
по организации
здравоохранения
и общественного
здоровья,
и.о. вице-
президента РАН,
академик РАН
В.И. Стародубов

Ответственный
секретарь
Общества
по организации
здравоохранения
и общественного
здоровья, доктор
медицинских наук
Г.Э. Улумбекова

Тема этого номера, как мы и планировали ранее, – качество медицинской помощи (КМП). Для любой системы здравоохранения это важнейшая тема. Она особенно актуальна для РФ сегодня, в ситуации ограничения финансовых ресурсов в отрасли [мы писали об этом в статье «Здравоохранение России: проблемы и решения» («ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение» № 1, 2016)].

На пути получения лучших результатов за меньшие деньги (или повышения эффективности) управление КМП является одним из самых действенных инструментов. Судите сами об уроне, который связан с низким КМП. В обзоре, который обобщает данные 4 ранее проведенных исследований за 2008–2011 гг. в США, было выявлено, что в результате предотвратимых ошибок медицинского персонала в стационарах ежегодно погибает как минимум 210 тыс. пациентов, а это около 8% от всех умерших в США (2,6 млн чел.).

В России подобная статистика не ведется, но если мы сравним значения показателей КМП на макро- и микроуровне с зарубежными странами, станет ясно, что нам предстоит проделать огромную работу на пути их улучшения. Например, ожидаемая продолжительность жизни наших граждан почти на 6 лет ниже, чем в «новых» странах Евросоюза, которые экономически развиты так же, как и наша страна. Большинство общепринятых в развитых странах показателей КМП на регулярной основе мы не измеряем, например частоту инфекционных осложнений после операционных вмешательств в стационарах или непреднамеренное повреждение органа (тканей) во время медицинского вмешательства, долю пациентов с бронхиальной астмой, лечение которых можно было организовать на дому. А те показатели КМП, которые мы измеряем, в РФ в разы хуже, чем в развитых странах. Так, внутрибольничная летальность пациентов после инфаркта миокарда в течение 30 дней от момента поступления в стационар в нашей стране в 2,2 раза выше, чем в странах ОЭСР в среднем (соответственно 17,4 и 7,9 на 100 пациентов).

Традиционно этот номер открывает сводка новостей, которые мы отобрали по публикациям Минздрава России и Общероссийского народного фронта (ОНФ). Мы также представляем вашему вниманию таблицы Росстата, демонстрирующие показатели смертности по РФ в целом и в разрезе регионов РФ за 2013–2015 гг. и по итогам 6 мес 2016 г. В рубрике «За пределами здравоохранения» дана статья академика РАН Р.И. Нигматулина «Экология и ее база – климат». Она призвана расширить горизонты понимания руководителями здравоохранения состояния других отраслей экономики и жизни общества.

16–18 июня 2016 г. состоялся Петербургский международный экономический форум, на трех сессиях которого обсуждались различные вопросы, связанные со здравоохранением. На этом форуме впервые Президент РФ В.В. Путин говорил о том, что в социальной сфере, в том числе в здравоохранении, будут реализовываться при-

оритетные национальные проекты. Это вселяет надежды на то, что отрасль получит новый импульс развития. Об этом в рубрике «Актуально сегодня» интервью с Г.Э. Улумбековой, которая вела одну из сессий на этом форуме.

Остальные статьи журнала посвящены вопросам КМП. Материал М.А. Мурашко, Д.Т. Шарикадзе, Ю.А. Кондратьева **«Современные подходы к качеству медицинской помощи»** посвящен мерам, которые сегодня предпринимает Росздравнадзор для создания эффективного государственного контроля качества медицинской деятельности в РФ. Статья Г.Э. Улумбековой **«Планирование качества медицинской помощи в РФ: анализ действующей нормативной базы и показатели качества медицинской помощи»** о том, что необходимо исправить на системном уровне, чтобы создать единую систему управления КМП в РФ. Статья Г.Е. Ройтберга и Н.В. Кондратовой **«Международные стандарты качества в эффективном контракте врача многопрофильного стационара»** о том, как применяются показатели КМП при оплате медицинского персонала. Много серьезных проблем сегодня сложилось в реализации контрольно-надзорных функций в системе «пациент–СМО–ТФОМС–Росздравнадзор». Статья А.А. Старченко **«Контрольно-надзорные функции органов сферы здравоохранения: анализ и предложения в части экспертизы качества медицинской помощи»** посвящена анализу и предложениям по их решению.

Следующие номера журнала «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение» будут посвящены поиску ответов на главный вопрос, стоящий сегодня перед отраслью: «Как получить лучший результат за меньшие средства?». А это эффективное управление процессами, управление потоками пациентов, бережливое отношение к ресурсам организации.

Прочитав этот номер, вы поймете, как много стоит задач, которые нам предстоит решить в ближайшие годы в части КМП. Главное – нужно начать поступательное движение вперед. И нам бы очень хотелось, чтобы вы высказывали свои предложения по созданию современной и единой системы управления КМП в РФ.

НОВОСТИ МИНЗДРАВА РОССИИ

В.В. Путин подписал ФЗ № 286-ФЗ «О внесении изменений в ФЗ “Об обязательном медстраховании в РФ” и отдельные акты РФ»

http://www.pharmvestnik.ru/publs/lenta/v-rossii/podpisal-federaljnyj-zakon-ob-izmenenii-porjadka-finansirovaniya-vysokotekhnologichnoj-medpomoschi.html#.V34NW_mLS70

4 июля 2016 г.

Закон устанавливает порядок прямого финансирования высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, из бюджета ФОМС (ранее средства направлялись через федеральный бюджет). Теперь средства будут идти напрямую в федеральные государственные учреждения, подведомственные Минздраву России, Управлению делами Президента России, ФМБА России и ФАНО России. Средства будут направляться в федеральные государственные учреждения, подведомственные Минздраву России, Управлению делами Президента России, ФМБА России и ФАНО России. Софинансирование будут получать и субъекты. Предполагается, что с 2019 г. в этот перечень войдут и частные медорганизации.

В документе также указывается, что обеспечение больных ВИЧ, в том числе в сочетании с вирусами гепатита В и С, противовирусными лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в Перечень ЖНВЛП, будет происходить за счет средств федерального бюджета. Из этого же источника будет финансироваться обеспечение антибактериальными и противотуберкулезными препаратами для медицинского применения, включенными в Перечень ЖНВЛП, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью.

Закон вступит в силу 1 января 2017 г., за исключением положений, для которых установлены другие сроки.

Минздрав подал заявку на увеличение антикризисного финансирования

<http://www.zdrav.ru/news/101908-qqn-16-m7-12-07-2016-minzdrav-podal-zayavku-na-velichenie-antikrizisnogo-finansirovaniya>

12 июля 2016 г.

Средств у Минздрава России не хватает в первую очередь на лекарственное обеспечение. В первую очередь это касается обеспечения лекарственными средствами (ЛС) отдельных категорий россиян, в том числе по онкологическим заболеваниям (27,9 млрд руб. с учетом обязательств региональных бюджетов) и на ЛС для больных гемофилией, болезнью Гоше и других нозологий (8,8 млрд руб.). Также дефицит ЛС ожидается и для ВИЧ-инфицированных. Со ссылкой на переписку Минздрава, Минфина и Минэкономразвития сообщается, что Минздрав обеспокоен тем, что недофинансирование по этой части «не позволит обеспечить лекарственной терапией вновь выявленных пациентов, а также возможно прерывание лечения у пациентов, уже получающих лекарственную терапию». Всего объем дефицита средств на ЛС для отдельных категорий граждан за счет средств федерального бюджета составил 16,72 млрд руб.

Минздрав утвердил порядок заключения соглашения о выделении денег на повышение квалификации медработников

<http://www.zdrav.ru/news/101874-qqn-16-m6-30-06-2016-kak-tfomsy-budut-videlyat-dengi-na-povyshenie-kvalifikatsii-medrabotnikov>

1 июля 2016 г.

Минздрав утвердил порядок заключения между медицинской организацией и ТФОМС соглашения о финансовом обеспечении мероприятий по повышению квалификации медицинских работников, а также приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования. Этот порядок закреплён

в приказе Минздрава № 354н от 6 июня 2016 г. Эти расходы будут оплачиваться из нормированного страхового запаса ТФОМС (поправки в ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 01.01.2016, ст. 26).

Что делает медицинская организация? Представляет в ТФОМС проект соглашения в соответствии с типовой формой, подписанный уполномоченным лицом медицинской организации, и график перечисления средств от ТФОМС в медицинскую организацию, являющийся приложением к соглашению, в 2 экземплярах.

Что делает ТФОМС? В течение 3 рабочих дней рассматривает проект соглашения, по результатам рассмотрения уполномоченное лицо ТФОМС подписывает соглашение или направляет в адрес медицинской организации замечания и предложения по соглашению. После подписания соглашения уполномоченным лицом ТФОМС 1 экземпляр соглашения направляется в адрес медицинской организации, 1 – хранится в ТФОМС.

По согласованию сторон могут заключаться дополнительные соглашения.

Росстат: за год в России стало на 16 тыс. медсестер меньше

<http://www.zdrav.ru/news/101898-qqn-16-m7-08-07-2016-za-god-v-rossii-stalo-na-16-tys-menshe-medsester>

8 июля 2016 г.

Росстат опубликовал итоги мониторинга зарплат бюджетников за I квартал 2016 г. Если сравнить эти данные с прошедшим годом, можно увидеть не только динамику оплаты труда, но и сокращение численности работников.

Самое заметное сокращение кадров произошло в медицине. Так, количество среднего медицинского персонала уменьшилось на 16 тыс., а младшего – на 50 тыс., пишет газета «Известия». Таким образом, за год численность среднего и младшего медицинского персонала сократилась почти на 70 тыс. чел. Среди основных причин такого сокращения – высокая нагрузка и низкая заработная плата.

Вступили в силу изменения в приказ Минздрава РФ от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»

<https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/07/01/3053-vstupili-v-silu-izmeneniya-v-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossijskoy-federatsii-ot-20-iyunya-2013-g-388n-ob-utverzhenii-poryadka-okazaniya-skoroy-v-tom-chisle-skoroy-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>

1 июля 2016 г.

Документ устанавливает место расположения станций скорой медицинской помощи с учетом 20-минутной транспортной доступности выездной бригады до пациента.

Проект приказа утверждает новые штатные нормативы. Исключаются такие должности, как санитар-водитель и фельдшер – водитель скорой медицинской помощи. Теперь за водителем закрепляются только обязанности по своевременному выезду и отслеживанию технического состояния автомобиля скорой помощи.

При этом появляется возможность включения в состав выездных бригад скорой медицинской помощи медицинских сестер. Кроме того, закрепляется количественный состав бригад, включая водителя: 3 человека для общепрофильной и 4 человека для специализированной выездных бригад скорой медицинской помощи.

Для формирования узкопрофильных бригад новым проектом приказа предусмотрено формирование экстренных консультативных бригад скорой медицинской помощи, в состав которых включен врач-специалист. Специализированные бригады подразделяются на:

- анестезиологии-реанимации, в том числе педиатрические;
- педиатрические;
- психиатрические;

- экстренные консультативные;
- авиамедицинские.

Таким образом, субъекты Российской Федерации смогут формировать необходимый им состав бригад с учетом особенностей региона, а также в целях обеспечения оказания экстренной медицинской помощи.

Внесенные изменения вступили в силу с 1 июля 2016 г.

Отечественный рынок медизделий пока сильно зависит от импорта

<http://www.pharmvestnik.ru/publs/lenta/v-rossij/veronika-skvortsova-otechestvennyj-rynok-medizdelij-poka-siljno-zavisit-ot-importa.html#.V3owAfmLS70>

4 июля 2016 г.

Из-за колебаний курса валют объем закупок медицинского оборудования для государственных нужд в денежном выражении в 2015 г. сократился на 13%, сообщила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

По словам министра, в 2016 г. ситуация стабилизировалась и произошло снижение закупок в импортном сегменте. Тем не менее российский рынок пока еще сильно зависит от импорта. Так, более чем из 35 тыс. наименований медизделий, зарегистрированных в РФ, по данным на 17 июня 2016 г., 25 тыс. из них зарубежного производства. В денежном выражении общий объем рынка медицинского оборудования, включая расходные материалы, в 2015 г. составлял порядка 270 млрд рублей. Из них доля продукции российских компаний заняла чуть более 18%.

Закупки российского оборудования позволят сэкономить до 30% средств

<http://www.medvestnik.ru/content/Veronika-Skvorcova-zakupki-rossijskogo-oborudovaniya-pozvolyat-sekonomit-do-30-sredstv.html>

1 июля 2016 г.

Государственные закупки отечественного медицинского оборудования позволят сэкономить от 20 до 30% средств, выделяемых на эти цели. Об этом заявила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова: «Мы ставим перед собой амбициозную задачу: чтобы к 2018 г. каждый второй рентгеновский томограф был отечественным. У нас уже есть полная линейка аппаратуры для УЗИ, а также успешные образцы оборудования для ЭКГ и электрокардиостимуляторы».

По словам министра, надо активно использовать потенциал предприятий оборонного комплекса, которые готовы выпускать продукцию для медицинских учреждений. Кроме того, если продукция будет выпускаться российскими компаниями, это позволит обеспечить полный комплекс сопровождения и эксплуатации данной техники.

Минздрав России определил правила посещения родственниками отделений реанимации и интенсивной терапии

<http://www.zdrav.ru/news/101892-qqn-16-m7-06-07-2016-10-pravil-poseshcheniya-rodstvennikami-otdeleniy-reanimatsii>

6 июля 2016 г.

Правила посещения реанимации регламентированы письмом Минздрава от 30.05.2016 № 15-1/10/1-2853 «О правилах посещения родственниками пациентов в отделениях реанимации и интенсивной терапии (реанимации)».

Чтобы родственники могли посетить пациента, находящегося в тяжелом состоянии в отделении реанимации и интенсивной терапии, должны быть соблюдены 10 требований. Среди них отсутствие

у посещающего признаков острых инфекционных заболеваний, соблюдение санитарно-гигиенических норм и обязательная подготовительная беседа родственника с медицинским персоналом. Памятка разработана во исполнение поручения Президента РФ В. Путина по итогам «прямой линии», которая состоялась 14 апреля 2016 г.

Минздрав России: Работу медучреждений оценят сами пациенты

<http://riaami.ru/read/rabotu-meduchrezhdenij-budut-otsenivat-sami-patsienty>

20 июля 2016 г.

Министерство здравоохранения РФ разработало программу оценки деятельности медучреждений по результатам независимого анкетирования, где в качестве респондентов выступают сами пациенты. Опросники будут вывешиваться на сайтах медорганизаций и Минздрава России, так что принять анонимное участие в анкетировании сможет любой желающий.

Приказ о введении независимой системы общественного контроля качества оказания медпомощи был подписан президентом В. Путиным, и начиная с прошлого года общественный совет при Минздраве России занимается вовлечением пациентов в оценочную деятельность. В прошлом году экспертизу прошли примерно 26% организаций. В I квартале 2016 г. отмечено увеличение охвата медорганизаций, хотя ряд территорий до сих пор тормозит эту работу. В дальнейшем анализу будут подвергнуты примерно 30–35% медучреждений в год, а в течение 3 лет все организации, участвующие в ОМС, пройдут процедуру независимой оценки.

НОВОСТИ ОБЩЕРОССИЙСКОГО НАРОДНОГО ФРОНТА

В.В. Путин провел первое заседание Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам

<http://onf.ru/2016/07/13/putin-provel-pervoe-zasedanie-soveta-po-strategicheskomu-razvitiyu-i-prioritetnym/>

13 июля 2016 г.

Во вступительном слове Президент РФ В.В. Путин обозначил, что Совет призван стать центром поиска решений по структурным преобразованиям в экономике и социальной сфере, а также обозначить направления, которые являются определяющими для ускорения экономического роста, повышения качества жизни и благосостояния граждан России. Приоритетные проекты будут запущены по каждому направлению, а работа над ними будет носить общенациональный характер. Именно поэтому В. Путин отметил, что, реализовав национальные проекты, удалось добиться значимых результатов в здравоохранении, образовании, сельском хозяйстве, жилищной сфере. Этот опыт будет использован и при реализации приоритетных проектов.

Президент РФ обратился к правительству с просьбой глубоко и содержательно подойти к формулированию конечных результатов. «От этого, без преувеличения, зависят весь ход дальнейшей работы и ее успех. И, конечно, ни в коем случае нельзя морочить людям голову подробным перечислением законов, мер, поручений. Результаты должны измеряться позитивными, понятными вещами. Например, снижением очередей в поликлиниках, скоростью оказания медицинской помощи для тех, кто живет в труднодоступных районах... Эту работу надо сделать по максимуму прозрачной и понятной рядовому гражданину», – отметил глава государства.

Затем В. Путин подчеркнул, что «по каждому проекту должно быть внятно сформулировано, что будет сделано уже к 2018 г.». «Одновременно выстроить траектории на среднесрочную перспективу, обозначить задачи, которые должны быть решены к 2020 и 2025 гг.», – заявил Президент РФ.

ОНФ нужно привлечь к мониторингу эффективности федеральных целевых программ

<http://onf.ru/2016/07/13/brechalov-onf-nuzhno-privlech-k-monitoringu-effektivnosti-federalnyh-celevyh-programm/>

13 июля 2016 г.

В ходе первого заседания Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам при Президенте РФ сопредседатель Центрального штаба Общероссийского народного фронта Александр Бречалов обратил внимание главы государства, лидера ОНФ Владимира Путина на серьезные проблемы при реализации федеральных целевых программ и попросил привлечь Народный фронт к мониторингу их эффективности.

Проектный подход предусматривает два основных элемента – ключевые показатели эффективности (КПИ) и управление изменениями, отметил А. Бречалов. По его словам, результаты форумов ОНФ не раз демонстрировали на основании исследований и расследований, что при реализации тех или иных федеральных целевых программ с КПИ и управлением изменениями возникают серьезные проблемы.

В ОНФ считают, что правительство добилося роста средних зарплат бюджетников только на бумаге

<http://onf.ru/2016/06/30/v-onf-schitayut-cto-pravitelstvo-dobilos-rosta-srednih-zarplat-byudzhetnikov-tolko-na/>

1 июля 2016 г.

Среднемесячная зарплата бюджетников за последние 2 года значительно снизилась из-за некорректной программы расчета, принятой Правительством РФ, считают эксперты рабочей группы ОНФ

«Честная и эффективная экономика». Используя новую методику, кабмин формально достиг показателей роста зарплат бюджетников, в то время как в реальности в 2015 г. по сравнению с 2014 г. зарплаты в сферах образования, здравоохранения, культуры, социальных услуг снизились. При этом Минтруда РФ предсказывает дальнейшее падение реальной зарплаты работников госучреждений.

«Поручение Президента РФ о поэтапном совершенствовании системы оплаты труда бюджетников исполнено правительством чисто формально. Эксперты ОНФ не рекомендуют снимать его с контроля», – заявил член Центрального штаба ОНФ, председатель Федерации независимых профсоюзов России Михаил Шмаков.

С марта 2014 г. по указанию президента, данному по итогам Форума действий, создан механизм учета мнения ОНФ при снятии с контроля поручений В. Путина. Контрольное управление президента направляет в Народный фронт доклады правительства для подготовки заключений, без которых решение в отношении тех или иных поручений не принимается.

В ОНФ считают, что правительство не решает проблему дефицита медицинских кадров

<http://onf.ru/2016/07/12/v-onf-schitayut-chno-pravitelstvo-ne-reshaet-problemu-deficita-meditsinskih-kadrov/>

12 июля 2016 г.

По предварительным данным Минздрава России, в 2015 г. по сравнению с 2014 г. число врачей, работающих в федеральных и региональных медорганизациях, выросло всего на 0,2%, т.е. на 1061 человека. Эксперты рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость», проанализировав правительственный доклад об обеспечении системы здравоохранения РФ медицинскими кадрами до 2018 г., считают, что этого явно недостаточно. Они подсчитали, что подобными темпами для ликвидации дефицита врачей понадобится не менее 37 лет. Как один из способов решить проблему эксперты рекомендуют кабинету министров дать возможность медработникам, попадающим под сокращение, пройти переобучение и остаться в профессии.

Для того чтобы узнать, как, по мнению граждан, складывается ситуация в отечественном здравоохранении и насколько качественно им оказывается медпомощь, активисты ОНФ в апреле этого года провели мониторинг, в котором приняли участие 9578 человек из 85 субъектов страны. Отдельный блок вопросов в исследовании касался обеспеченности специалистами в медицинской организации, к которой приписаны респонденты. В результате 62% граждан заявили о дефиците узких специалистов, 29,5% сообщили о недостаточной обеспеченности терапевтами, и только 13,5% опрошенных указали на отсутствие дефицита врачей.

ОНФ удалось добиться справедливости в вопросе восстановления статуса инвалида сотням детей

<http://onf.ru/2016/07/19/lysenko-blagodarya-rabote-s-obrashcheniyami-onf-udalos-vosstanovit-status-invalida/>

19 июля 2016 г.

Часто Общероссийский народный фронт для людей с инвалидностью становится последней инстанцией поиска справедливости, заявил на заседании Центрального штаба ОНФ научный руководитель и председатель правления Национального центра проблем инвалидности, эксперт Народного фронта по делам инвалидов Александр Лысенко.

По результатам рассмотрения первых же писем стало ясно, что новые критерии установления детской инвалидности, вступившие в силу с начала прошлого года, носят несправедливый характер, рассказал эксперт ОНФ. По его словам, дети, особенно с редкими и врожденными заболеваниями, после нескольких лет, будучи людьми с инвалидностью, по новым критериям инвалидами не признавались.

В настоящее время по письмам и обращениям, которые поступили в адрес ОНФ и были направлены представителями Народного фронта в Минтруд, сотням детей удалось восстановить статус инвалида. «Получен осязаемый результат, и люди ощутили реальную помощь со стороны ОНФ», – подчеркнул он.

Э. Гаврилов: «Горячая линия» Минздрава России не работает

<http://www.medvestnik.ru/content/Gorya-ch-aya-liniya-Minzdrava-Rossii-ne-rabotaet.html>

19 июля 2016 г.

Бесплатная «горячая линия» Минздрава России, на которую глава министерства призывала россиян обращаться по фактам ненадлежащего оказания медицинской помощи, не работает. Фонд независимого мониторинга «Здоровье» по этому поводу направил запрос в Минздрав России. Как рассказал директор фонда «Здоровье», член Общественной палаты России Эдуард Гаврилов, поводом для проверки стали жалобы пациентов. Люди не могут пожаловаться в Минздрав на низкое качество и доступность медпомощи, поскольку автоответчик работает без присутствия операторов на телефоне. По номеру «горячей линии», указанному на сайте министерства, пытались дозвониться и эксперты фонда «Здоровье», но убедились, что с людьми разговаривает автоответчик, соединения с операторами не происходит. «Полагаю, что говорить об открытости ведомства в таком случае трудно. Мы направили свой запрос о неработающей “горячей линии” в Министерство здравоохранения РФ и Департамент здравоохранения Томской области», – сказал Эдуард Гаврилов.

ОНФ предлагает освободить скорую помощь от штрафов за нарушение Правил дорожного движения

<http://vademec.ru/news/2016/07/21/onf-predlagaet-osvobodit-skorye-ot-shtrafov-za-narushenie-pdd/>

21 июля 2016 г.

В Общероссийском народном фронте считают, что необходимо изменить внешний вид машин скорой помощи таким образом, чтобы системы фиксации нарушения Правил дорожного движения могли опознавать их и не выписывать автоматически штрафы за превышение скорости.

«Наличие штрафов для оперативных машин с камер видеофиксации недопустимо», – считает председатель регионального штаба ОНФ в Новосибирской области Николай Фомичев.

МОНИТОРИНГ СМЕРТНОСТИ В РФ ПО РОССТАТУ (2013, 2014, 2015 гг.)

 Е М И С С государственная статистика	Показатели	Ведомства	
	Число умерших по основным классам и отдельным причинам смерти в расчете на 100 000 населения за год		(планируемое обновление 31.08.2016) <input type="radio"/> Спросить эксперта <input type="checkbox"/> Методика расчета

ДАННЫЕ ПАСПОРТ ПОКАЗАТЕЛЯ ОПУБЛИКОВАН: в открытых данных.

Россия и регионы	Причины смерти	2013	2014	2015
Российская Федерация	всего умерших от всех...	1304,3	1305,8	1303,8

Россия и регионы	2012	2013	2014	2015
Российская Федерация	13,3	13	13,1	13

Субъект РФ	На 1000 населения					2016 г. в % к 2015 г.
	коэффициент рождаемости за январь–июнь		2016 г. в % к 2015 г.	коэффициент смертности за январь–июнь		
	2016 г.	2015 г.		2016 г.	2015 г.	
Российская Федерация	12,7	12,8	99,2	13,2	13,6	97,1
Центральный ФО	11,5	11,3	101,8	13,7	14,0	97,9
Белгородская область	10,9	11,0	99,1	14,5	14,5	100,0
Брянская область	11,0	11,1	99,1	16,2	16,5	98,2
Владимирская область	11,2	11,0	101,8	16,8	17,1	98,2
Воронежская область	10,5	10,6	99,1	15,6	16,3	95,7
Ивановская область	10,8	10,8	100,0	16,4	16,6	98,8
Калужская область	12,1	12,4	97,6	15,3	15,7	97,5
Костромская область	12,1	12,2	99,2	15,9	17,2	92,4
Курская область	11,0	11,3	97,3	16,8	17,1	98,2
Липецкая область	11,1	11,2	99,1	15,4	16,4	93,9
Московская область	13,0	12,5	104,0	13,2	13,4	98,5
Орловская область	11,0	10,7	102,8	16,7	17,2	97,1
Рязанская область	11,2	10,7	104,7	16,2	16,3	99,4
Смоленская область	10,2	10,4	98,1	16,8	17,3	97,1
Тамбовская область	9,4	9,5	98,9	16,2	16,7	97,0
Тверская область	11,2	10,8	103,7	18,2	18,4	98,9

Субъект РФ	На 1000 населения					
	коэффициент рождаемости за январь-июнь		2016 г. в % к 2015 г.	коэффициент смертности за январь-июнь		2016 г. в % к 2015 г.
	2016 г.	2015 г.		2016 г.	2015 г.	
Тульская область	10,3	10,2	101,0	17,5	17,9	97,8
Ярославская область	11,9	11,7	101,7	16,0	16,3	98,2
г. Москва	11,6	11,1	104,5	10,1	10,2	99,0
Северо-Западный ФО	12,4	12,0	103,3	13,5	13,9	97,1
Республика Карелия	12,0	11,7	102,6	14,9	15,8	94,3
Республика Коми	13,4	13,6	98,5	12,6	12,6	100,0
Архангельская область	12,1	11,9	101,7	13,7	14,0	97,9
Ненецкий авт. округ	16,5	16,3	101,2	9,0	9,0	100,0
Архангельская область без автономии	12,0	11,7	102,6	13,9	14,2	97,9
Вологодская область	13,4	13,4	100,0	15,3	15,5	98,7
Калининградская область	12,1	12,3	98,4	12,9	14,0	92,1
Ленинградская область	9,3	8,8	105,7	14,3	15,1	94,7
Мурманская область	11,4	11,8	96,6	11,8	11,7	100,9
Новгородская область	11,7	11,6	100,9	17,7	18,4	96,2
Псковская область	11,0	10,5	104,8	18,6	18,8	98,9
г. Санкт-Петербург	13,7	12,8	107,0	12,0	12,2	98,4
Южный ФО	11,9	12,1	98,3	13,5	14,0	96,4
Республика Адыгея	11,7	11,7	100,0	13,5	13,6	99,3
Республика Калмыкия	12,4	12,7	97,6	9,7	9,9	98,0
Краснодарский край	12,7	12,7	100,0	13,2	13,7	96,4
Астраханская область	13,5	13,8	97,8	12,1	12,9	93,8
Волгоградская область	10,8	11,2	96,4	14,0	14,5	96,6
Ростовская область	11,1	11,5	96,5	14,4	14,5	99,3
Северо-Кавказский ФО	15,3	15,7	97,5	8,0	8,2	97,6
Республика Дагестан	16,8	17,0	98,8	5,4	5,5	98,2
Республика Ингушетия	16,5	17,8	92,7	3,1	3,2	96,9
Кабардино-Балкарская Республика	13,7	14,2	96,5	9,0	9,3	96,8
Карачаево-Черкесская Республика	11,7	12,0	97,5	9,5	9,8	96,9
Республика Северная Осетия – Алания	13,6	13,8	98,6	10,6	11,2	94,6
Чеченская Республика	20,1	22,2	90,5	4,8	4,9	98,0
Ставропольский край	12,5	12,3	101,6	12,1	12,2	99,2
Приволжский ФО	12,8	12,9	99,2	13,9	14,7	94,6
Республика Башкортостан	13,7	14,1	97,2	13,1	14,0	93,6
Республика Марий Эл	14,1	14,1	100,0	13,6	14,4	94,4
Республика Мордовия	9,8	9,3	105,4	14,5	14,8	98,0
Республика Татарстан	14,2	14,2	100,0	11,8	12,8	92,2
Удмуртская Республика	13,9	14,3	97,2	13,0	13,3	97,7
Чувашская Республика	13,4	13,3	100,8	13,3	13,8	96,4
Пермский край	14,2	14,3	99,3	14,0	14,9	94,0

(Окончание)

Субъект РФ	На 1000 населения					
	коэффициент рождаемости за январь–июнь		2016 г. в % к 2015 г.	коэффициент смертности за январь–июнь		2016 г. в % к 2015 г.
	2016 г.	2015 г.		2016 г.	2015 г.	
Кировская область	12,4	12,4	100,0	15,4	16,2	95,1
Нижегородская область	11,8	11,7	100,9	15,9	16,2	98,1
Оренбургская область	13,4	13,9	96,4	13,7	14,9	91,9
Пензенская область	10,2	10,1	101,0	15,0	15,9	94,3
Самарская область	12,2	12,2	100,0	14,2	15,1	94,0
Саратовская область	10,9	11,1	98,2	14,2	15,1	94,0
Ульяновская область	11,4	11,5	99,1	15,1	15,7	96,2
Уральский ФО	14,1	14,6	96,6	12,5	13,0	96,2
Курганская область	12,5	13,0	96,2	16,2	17,1	94,7
Свердловская область	13,8	14,1	97,9	14,2	14,7	96,6
Тюменская область	15,8	16,5	95,8	8,3	8,6	96,5
Ханты-Мансийский авт. округ – Югра	15,7	16,3	96,3	6,3	6,6	95,5
Ямало-Ненецкий авт. округ	15,9	16,5	96,4	5,4	5,6	96,4
Тюменская область без автономии	15,9	16,8	94,6	11,6	12,1	95,9
Челябинская область	13,1	13,5	97,0	13,9	14,5	95,9
Сибирский ФО	13,8	14,0	98,6	13,4	13,8	97,1
Республика Алтай	18,3	18,6	98,4	10,1	11,4	88,6
Республика Бурятия	16,3	16,9	96,4	11,5	11,8	97,5
Республика Тыва	23,0	24,3	94,7	9,8	10,6	92,5
Республика Хакасия	14,1	14,7	95,9	13,4	14,3	93,7
Алтайский край	12,2	12,3	99,2	14,5	14,9	97,3
Забайкальский край	14,5	15,5	93,5	12,6	13,6	92,6
Красноярский край	14,1	14,0	100,7	12,9	13,3	97,0
Иркутская область	14,7	15,0	98,0	13,7	14,2	96,5
Кемеровская область	12,2	12,2	100,0	14,8	15,1	98,0
Новосибирская область	13,9	13,5	103,0	13,5	13,5	100,0
Омская область	13,4	14,0	95,7	13,6	13,8	98,6
Томская область	13,0	12,9	100,8	11,8	11,9	99,2
Дальневосточный ФО	13,2	13,5	97,8	12,7	13,1	96,9
Республика Саха (Якутия)	15,7	16,5	95,2	8,5	8,8	96,6
Камчатский край	12,9	12,7	101,6	12,0	11,9	100,8
Приморский край	12,1	12,3	98,4	13,9	14,0	99,3
Хабаровский край	13,2	13,8	95,7	13,3	13,7	97,1
Амурская область	12,6	13,2	95,5	13,7	14,5	94,5
Магаданская область	11,3	11,7	96,6	11,4	11,9	95,8
Сахалинская область	13,9	13,0	106,9	13,5	13,7	98,5
Еврейская автономная область	13,2	13,6	97,1	15,4	16,3	94,5
Чукотский авт. округ	13,5	13,4	100,7	9,6	10,3	93,2
Крымский ФО	11,6	11,9	97,5	15,4	15,9	96,9
Республика Крым	11,4	11,8	96,6	15,6	15,9	98,1
г. Севастополь	12,7	12,4	102,4	14,2	15,8	89,9

Итоги Международной конференции «ОРГЗДРАВ–2016. Эффективное управление медицинской организацией»

Знания – сила!

26–27 мая 2016 г. в Москве прошли IV международная конференция «ОРГЗДРАВ–2016. Эффективное управление медицинской организацией» и V съезд Российского общества по организации здравоохранения и общественному здоровью. Событие собрало около 500 участников со всей России, а также из-за рубежа. Руководители регионального здравоохранения, ведущие эксперты, главные врачи обменивались опытом с иностранными коллегами из США, Великобритании, Израиля, Чехии. Программа получилась актуальной и насыщенной. На протяжении двух дней на сессиях были подняты самые важные проблемы и освещены аспекты российского здравоохранения. Обсуждали социально-экономическое положение и здравоохранение в РФ, качество медицинской помощи и безопасность пациентов, инновации в отрасли. Конференция собрала организаторов здравоохранения всех уровней, работали Клуб министров, Школа главных врачей и Школа учителей. На сессиях выступили 60 мировых и российских экспертов.

По итогам конференции и съезда готовятся предложения по развитию отечественного здравоохранения на кратко- и среднесрочный периоды в Министерство здравоохранения России и в Фонд «Центр стратегических разработок». Также коллеги уже выступили с инициативой возобновить практику научных семинаров на площадке кафедр и школ для последипломного обучения организаторов здравоохранения.

Основные цели организаторам здравоохранения поставил Президент РФ Владимир Путин еще в майских указах и поручениях

2012 г. – повысить доступность медицинской помощи и **увеличить ожидаемую продолжительность жизни** россиян с нынешних 71 года до 74 лет. В связи с этим оргкомитет конференции сейчас прорабатывает конкретные предложения о том, как этого достичь. Участники обсуждали положение дел в отрасли и пути выхода из сегодняшней непростой ситуации на профильных сессиях и на пленарных заседаниях. Сейчас уже можно говорить, что медицинское сообщество высказалось «ЗА» следующие пункты:

Что надо сделать в отрасли в краткосрочной перспективе, т.е. в ситуации ограниченных финансовых ресурсов:

- **Расставить приоритеты так**, чтобы медицинская помощь была доступна большинству населения. Для этого необходимо сконцентрироваться на следующих направлениях:
 1. Оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.
 2. Обеспечение населения лекарствами в амбулаторных условиях.
 3. Оказание скорой медицинской помощи в необходимом объеме.
 4. Сохранение объемов специализированной медицинской помощи в стационарных условиях.
 5. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи преимущественно в национальных федеральных центрах.
 6. Усиление и развитие инфекционной службы в стране.
- **Повысить эффективность использования ресурсов.** В этом направлении были предложены следующие меры:

1. Повысить качество и безопасность медицинской помощи в медицинской организации.

2. Рационально использовать ресурсы стационаров (операционные, площади, потоки пациентов и т.д.).

3. Сбалансировать зарплаты руководителей системы здравоохранения (главных врачей) и практикующих врачей.

4. Снизить неэффективные расходы при закупке лекарств и материалов.

5. Жестко контролировать эффективное использование ресурсов.

Откровения министров

Откровенный разговор о наблевшем состоялся на Клубе министров, который прошел в рамках этой конференции. Руководители региональных министерств со всей страны делились своими проблемами и успехами. Одним регионам удалось грамотно распределить потоки пациентов, другим – продвинуться в решении кадрового вопроса. Вице-президент РАН, президент Общества организаторов здравоохранения Владимир Стародубов назвал эту встречу школой передового опыта. В ходе обсуждений выяснилось, что большинство организаторов здравоохранения на местах сталкиваются с несовершенством нормативной базы. По мнению большинства, она нуждается в серьезной доработке. В итоге родились следующие предложения.

В первую очередь необходимо:

1. **Актуализировать** тарифные ставки по оплате медицинской помощи, особенно в медицинских организациях, находящихся в северных, труднодоступных районах РФ.

2. **Дать дополнительные разъяснения** по доплатам на содержание медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, напрямую из средств регионального бюджета в эти организации.

3. **Устранить** необоснованные поводы для применения санкций в медицинских организациях страховыми медицинскими организациями (СМО).

4. **Обсудить** возможность самостоятельного определения медицинскими организациями, ра-

ботающими в амбулаторно-поликлинических условиях, разбивки посещений по их видам и, как следствие, устранить раздельное ведение учета и отчетности в связи с посещениями. Необходимо также обсудить переход на рекомендательное соблюдение нормативов объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий для медицинских организаций, работающих в стационарных условиях.

5. **Унифицировать** требования к соблюдению качества и безопасности медицинской помощи и устранить дублирование проверок, проводимых контрольно-надзорными органами в медицинских организациях.

6. **Проводить ежегодные совещания** с полномочным представителем Президента РФ в федеральных округах РФ по обсуждению актуальных проблем с выработкой предложений по их решению.

Эффективное управление

Еще одной темой для оживленных дискуссий среди организаторов здравоохранения стал рейтинг регионов России по эффективности систем здравоохранения. Его на пленарной сессии конференции презентовала руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) Гузель Улумбекова. Специалисты ВШОУЗ провели анализ по модифицированной методологии известного агентства Bloomberg. «В рейтинге учитывались интегральные результаты деятельности системы здравоохранения – ожидаемая продолжительность жизни и затраченные на ее достижение государственные средства. Показатели финансирования приводили к сопоставимым значениям, т.е. учитывали районные коэффициенты. В топ-10 за 2014 г. по эффективности систем здравоохранения вошли отдельные регионы Северо-Кавказского федерального округа, Республика Калмыкия и Ставропольский край (из ЮФО), Республика Мордовия и Кировская область (из ПФО). Следует отметить, что Москва – один самых богатых субъектов страны – лишь на 21-м месте среди всех регионов.

Результаты рейтинга говорят о том, что у регионов РФ есть существенные резервы для по-

вышения эффективности, т.е. для улучшения показателей здоровья при имеющемся уровне государственного финансирования здравоохранения.

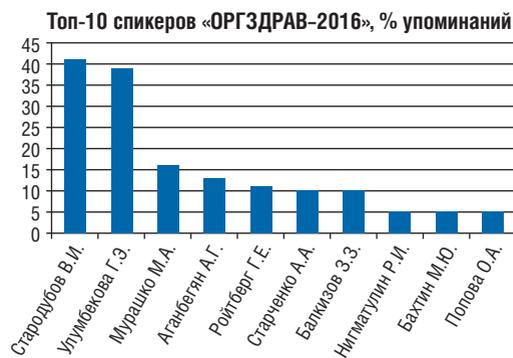
О чем докладывали зарубежные гости

Мировым опытом в организации здравоохранения делился звездный состав спикеров конференции. Среди приглашенных экспертов были Давид Маркс – официальный европейский представитель и консультант Международной комиссии по качеству ЖС, Клара Брунубер – директор по взаимодействию с клиническими базами Центра доказательной медицины ВМЖ, Стивен Люксенберг – главный консультант Института информатизации здравоохранения Peachtree Health Informatics и Оуэн Тревельян – профессор Гарвардской школы общественного здоровья, создатель всемирно признанной образовательной программы для руководителей медицинских академических центров. На «ОРГЗДРАВ–2016» он представил методику case study (от англ. case – случай), которая была разработана в Гарварде. Ее суть заключается в том, что в процессе обучения управленцев используются реальные случаи из практики. ВШОУЗ взяла этот метод на вооружение. Сейчас, в том числе по рекомендациям Оуэна Тревельяна, готовятся отдельные образовательные программы для управленцев раз-

личного уровня: министров и их заместителей, руководителей многопрофильных учреждений и их замов, главных врачей специализированных лечебных учреждений. Новыми разработками ВШОУЗ поделится уже на следующей международной конференции «ОРГЗДРАВ–2017».

Мнения участников

После конференции по результатам анонимного онлайн-опроса участников был сформирован рейтинг спикеров. В нем приняли участие 140 делегатов конференции, которые отвечали на вопрос: «Чи выступления на прошедшей конференции “ОРГЗДРАВ–2016” Вы бы отметили как наиболее интересные и полезные?», итоги представлены на рисунке.



Рейтинг спикеров «ОРГЗДРАВ–2016»



III Международная научно-практическая конференция «Оценка технологий здравоохранения: внедрение инновационных технологий» 3 октября 2016 г., Москва

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в III Международной научно-практической конференции «Оценка технологий здравоохранения: внедрение инновационных технологий», которая состоится **3 октября 2016 г.** в Москве.

Основой повышения эффективности функционирования системы здравоохранения и качества оказания медицинской помощи населению является поиск, разработка, внедрение и обоснованное применение современных инновационных технологий.

Внедрение инновационных технологий и лекарственных препаратов (ЛП) приводит к изменению подходов по ведению заболеваний, в ряде случаев значительному улучшению исходов и качества жизни пациентов. Однако наиболее часто внедрение инноваций связано с существенным увеличением затрат системы здравоохранения.

Зарубежный опыт свидетельствует о более широком привлечении в переговорный процесс по вопросам финансирования новых технологий не только плательщиков, экспертов и экономистов здравоохранения, но также представителей индустрии и самих пациентов. В отличие от многих других сфер деятельности внедрение инновационных разработок в сфере здравоохранения напрямую связано с возможностью системы к принятию экономически целесообразных решений, и непосредственно с развитием «института» оценки технологий здравоохранения.

Несмотря на первые шаги по внедрению комплексной оценки лекарственных препаратов при формировании лекарственных перечней, разработке подходов по финансированию инноваций и дорогостоящих технологий в России уделяется недостаточное внимание. До сих пор, несмотря на ограничения выделяемых ресурсов на здравоохранение, вне нормативного регулирования остаются такие подходы, как концепция «разделения ответственности» (Risk-Sharingagreement, RSA) и многокритериальный анализ принятия решений (MCDA).

Другим подходом по финансированию инноваций является гибкая система ценообразования с учетом оценки ценности новых технологий, в том числе и в рамках переговорного процесса.

Организация системы по оценке технологий здравоохранения, с учетом поставленных выше задач, позволила бы, опираясь на результаты клинических и экономических данных, определять целесообразность внедрения новых, в первую очередь дорогостоящих технологий для системы государственного и страхового здравоохранения.

Внедрение инноваций требует не только их финансирования, но и обучения врачей, подготовку самой системы к их применению. Анализ инвестиционной привлекательности новых технологий, проводимый на ранних этапах их создания, получивший название ранняя оценка технологий здравоохранения, также может способствовать снижению затрат на разработку инноваций, тем самым повышая их доступность для населения.

Учитывая вышесказанное, было принято решение о проведении в Москве конференции с международным участием на тему: «Оценка технологий здравоохранения: внедрение инновационных технологий».

Данное мероприятие проводится при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации, Комитета Совета Федерации по социальной политике, ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Научно-исследовательский финансовый институт» Министерства финансов Российской Федерации и Автономной некоммерческой организации «Национальный центр по оценке технологий в здравоохранении» (АНО «НЦ ОТЗ»). На мероприятии планируется участие представителей европейских агентств ОТЗ и стран БРИКС, Европейской сети по проведению оценки медицинских технологий (EUnetHTA), а также ведущих экспертов в области ОТЗ и лекарственного обеспечения.

Участники:

- руководители профильных департаментов, комитетов и отделов федеральных органов законодательной и исполнительной власти РФ;
- представители федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования;
- руководители профильных министерств и ведомств субъектов РФ;
- представители научно-экспертного сообщества, сотрудники медицинских вузов РФ;
- фонд «Сколково»;
- представители индустрии, страховых и венчурных компаний;
- представители иностранных организаций по ОТЗ и ведущие международные эксперты в области ОТЗ.

Обсуждаемые вопросы:

- развитие ОТЗ в РФ;
- система финансирования медицинской помощи в РФ;
- ценообразование и регулирование цен на инновационные лекарственные препараты;
- вопросы финансового обеспечения инновационных медицинских технологий;
- концепция «разделения ответственности» (Risk-Sharingagreement, RSA) как одна из возможных моделей финансирования инновационных медицинских технологий;
- применение многокритериального анализа (MCDA) для оценки инновационности медицинских технологий.

Данное мероприятие пройдет при поддержке Комитета Совета Федерации по социальной политике, Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации ФГБУ «Научно-исследовательский финансовый институт» Министерства финансов Российской Федерации и АНО «Национальный центр по оценке технологий в здравоохранении».

Место проведения:

Москва, Ленинградский проспект, д. 31А, стр. 1, отель «Ренессанс Москва Монарх Центр» (зал «Андреевский»)

Начало мероприятия: в 10:00 часов

Начало регистрации: в 09:00 часов

Учитывая формат и статус данного мероприятия, неаккредитованные журналисты на мероприятие не допускаются.

Для аккредитации представителей средств массовой информации и дополнительной информации: тел.: 8-925-277-36-44; e-mail: press-expert@mail.ru

Для участия в конференции: тел.: 8-916-798-54-62; e-mail: expert_board@list.ru



Экология и ее база – КЛИМАТ

Р.И. Нигматулин^{1,2}

¹ Институт океанологии РАН, Москва

² ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»

В монографии известного ученого, академика РАН Р.И. Нигматулина «4 Э нашей жизни»* представлены размышления по важнейшим вопросам, касающимся жизни современного общества: социально-экономическим, климатическим, физико-техническим, а также энергетическим и этническим. В данном номере журнала представлена первая часть книги – «Экология и ее база – климат».

Ключевые слова:

экология, глобальное потепление, углекислый газ в атмосфере, влияние планет, роль океана в климате Земли, климат и история России, роль меняющейся облачности и ветровых потоков, функции Мирового океана в жизни человечества

Ecology and it is based on the climate

R.I. Nigmatulin

¹ Institute of Oceanology of the Russian Academy of Sciences, Moscow

² M.V. Lomonosov Moscow State University

Reflections on the major questions concerning life of modern society are presented in the monograph of the famous scientist, academician R.I. Nigmatulin of "4 E our life": social and economic, climatic, physics and technology, and also power and ethnic. In this issue of the journal presents the first part of the book – "Ecology and it is based on the climate."

Keywords:

ecology, global warming, carbon dioxide in the atmosphere, influence planets, the role of the ocean in Earth's climate, climate and history of Russia, the role changing cloud cover and wind flow, functions of the oceans in human life

* Нигматулин Р.И. 4 Э нашей жизни: Экология, Энергетика, Экономика, Этнос. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 112 с.

Климат в России тогда хорош,
когда губернатор соответствует.

М.Е. Салтыков-Щедрин

Начну с большой проблемы, которая волнует сейчас человечество, – что будет с климатом? Одним из показателей глобального климата является средняя по всей поверхности Земли Σ температура воздуха \overline{T}_{Σ} :

$$\overline{T}_{\Sigma} = \frac{1}{\Sigma} \int_{\Sigma} T'_{\Sigma} ds = \frac{1}{\Sigma} \sum_{i=1}^N (T'_{\Sigma i} \Delta s_i) \quad \left(\sum_{i=1}^N \Delta s_i = \Sigma \right).$$

Площадь всей поверхности Земли равна $\Sigma = 4\pi a^2$, где $a \approx 6400$ км – радиус Земли, $T'_{\Sigma}(t, \varphi, \psi)$ – температура на поверхности Земли в точке с координатами φ (широта) и ψ (долгота) в момент времени t . Температура $T'_{\Sigma i}$ регулярно по времени измеряется в тысячах метеорологических станциях с номерами $i = 1, 2, \dots, N$, разбросанных по поверхности Земли и соответствующих участкам с площадями Δs_i . При оценке величины \overline{T}_{Σ} следует учитывать, что где-то ночь, а где-то день, в Южном полушарии – зима, в Северном – лето, где-то $T'_{\Sigma} = +40$ °С, а где-то $T'_{\Sigma} = -60$ °С. Однако средняя величина равна $\overline{T}_{\Sigma} = 13,5\text{--}14$ °С и меняется во времени t очень медленно в масштабах десятилетий.

Глобальное потепление

В последние 100 лет, особенно после 1950-х годов, средняя глобальная температура воздуха на уровне поверхности Земли \overline{T}_{Σ} стала расти (рис. 1а). За 100 лет температура увеличилась на 0,8 °С.

Вместе с тем некоторые наблюдения показывают, что, во-первых, меняются режимы осадков – многие засушливые регионы стали еще более засушливыми. Во-вторых, увеличивается количество разрушительных ураганов. В-третьих, даже малое потепление может быть существенным для биологических (живых) систем, потому что, если температура вашего тела равна 36,6 °С, вы хорошо себя чувствуете, а если 37,4 °С, – вы больны. Могут появиться новые вирусы и бактерии, и это может создать серьезную

угрозу. Не исключено возникновение вируса, который сможет поразить все человечество и остановить развитие нашей цивилизации.

Факт потепления подтверждается также тем, что уровень воды в океане поднимается (см. рис. 1а). Всего 3 мм в год. Однако некоторые островные государства, которые окружены морями с пологим берегом, очень этого боятся, так как их территория может существенно сократиться и даже исчезнуть. В пользу потепления свидетельствует и уменьшение площади льдов в Арктике (рис. 1б) в летние месяцы. Она уменьшилась в 2 раза по сравнению с 1900-ми и 1970-ми годами. Ученые по-разному думают, что будет дальше.

По-разному ведут себя температуры, усредненные по *отдельным регионам*. Изменения регионального климата происходят часто гораздо быстрее и драматичнее. Именно эти изменения представляют особый интерес для каждой страны, но они проходят на фоне глобальных изменений.

Углекислый газ в атмосфере

Глобальное потепление многие ученые связывают с ростом малой концентрации углекислого газа c_{CO_2} в атмосфере ($c_{\text{CO}_2} \approx 5 \times 10^{-4}$). За последние 40 лет она выросла примерно на $1/4$ и продолжает расти (рис. 1в). Это связано с тем, что в индустриальных странах сжигается очень много топлива, содержащего углерод, и выделяется двуокись углерода CO_2 . А сокращающаяся зеленая масса хлорофилла уже не успевает перерабатывать все растущее выделение CO_2 в природных и промышленных процессах. В результате его концентрация c_{CO_2} в атмосфере растет. А углекислый газ является парниковым газом, т.е. сильнее, чем кислород и азот воздуха, поглощает лучистую (радиационную) энергию, поставляемую Солнцем, и превращает ее в тепло. Хотя парниковое действие CO_2 мало, небольшое увеличение температуры вызывает увеличение содержания в воздухе водяного пара $c_{\text{H}_2\text{O}}$ ($c_{\text{H}_2\text{O}} \sim 10^{-2}$) за счет испарения воды (H_2O), благо воды достаточно – 72% поверхности Земли занято Мировым океаном. В итоге пар H_2O оказывает более сильное, чем CO_2 , парниковое воздействие, поэтому средняя по поверхности

Земли температура воздуха \overline{T}'_{Σ} повысится еще сильнее. В этом и состоит современная концепция глобального потепления, связанного с увеличением содержания углекислого газа в атмосфере из-за описанного выше антропогенного фактора. Во всяком случае влияние CO_2 на климат бесспорно, и эта концепция разрабатывается в Институте физики атмосферы им. А.М. Обухова академиком Г.С. Голицыным и членом-корреспондентом РАН И.И. Моховым. Однако следует иметь в виду, что фактор CO_2 – это только один из многих климатических механизмов.

Интересно проследить, как менялась концентрация углекислого газа c_{CO_2} без антропогенного фактора, т.е. только из-за естественных процессов. Такая возможность имеется. Это делается по образцам льда, погружающегося на глубину в ледовых массивах Антарктиды. На поверхности этих массивов оседает замерзающая влага, постепенно погружая в глубину более ранние замерзшие осадки. Если пробурить скважину, то из разных глубин извлекаются образцы льда разного «возраста»: чем глубже образец, тем раньше он был погребен. Изотопные методики позволяют определить время захоронения извлеченных образцов льда из разных глубин. Эти образцы льда содержат пузырьки воздуха, захваченного из атмосферы к моменту замерзания льда и начала его погружения. Затем в этих пузырьках измеряется состав воздуха из тогдашней атмосферы.

В результате такого исследования было установлено, как менялась концентрация углекислого газа c_{CO_2} в атмосфере за последние 700 тыс. лет (рис. 2). Она всегда менялась, но наиболее значительные изменения происходили с периодом около 100 тыс. лет. В этих колебаниях минимальные значения концентрации равнялись $c_{\text{CO}_2} \approx 200$ ppт (1 ppт соответствует 1 молекуле CO_2 на 1 млн молекул воздуха, что соответствует массовой концентрации CO_2 , равной $1,52 \times 10^{-6}$), максимальные – $c_{\text{CO}_2} \approx 280$ ppт, а средние значения были $c_{\text{CO}_2} \approx 230$ ppт. А с 1950 по 2014 г. c_{CO_2} выросла с 300 до 400 ppт. Общая масса углерода в атмосфере в виде CO_2 равна около 850 Гт , и только за последние 6 лет она выросла на 40 Гт . За послед-

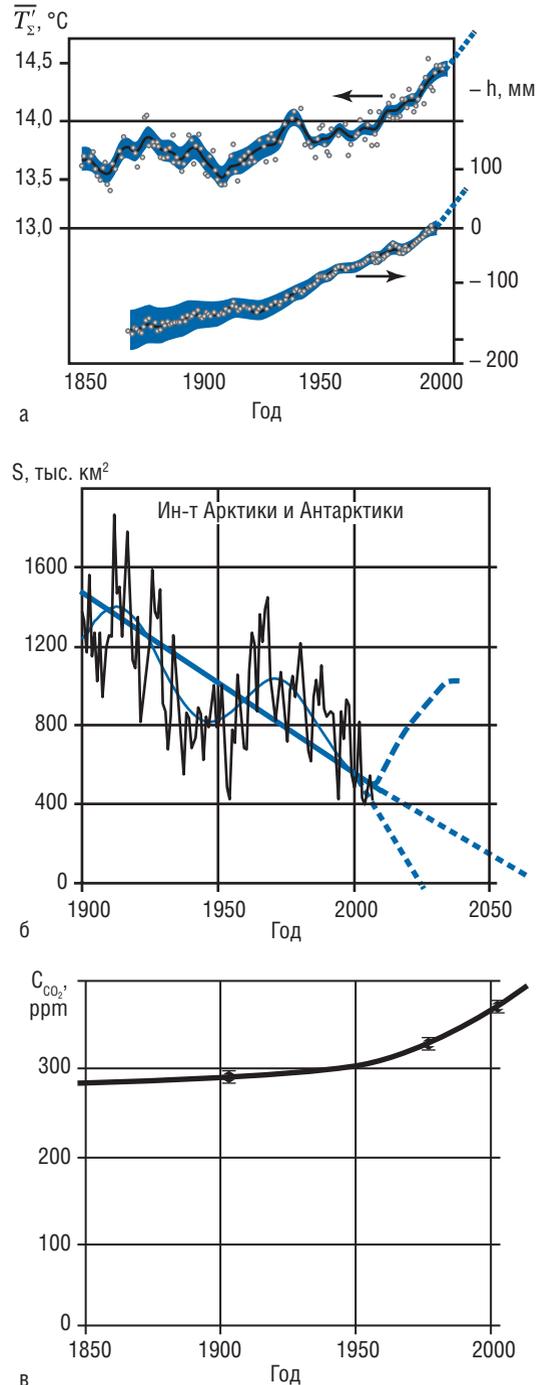


Рис. 1. Изменение средней температуры воздуха на поверхности Земли \overline{T}'_{Σ} , уровня океана Δh (а), площади S , покрытой льдом в Арктике в сентябре (б), и концентрации углекислого газа в атмосфере c_{CO_2} (в)

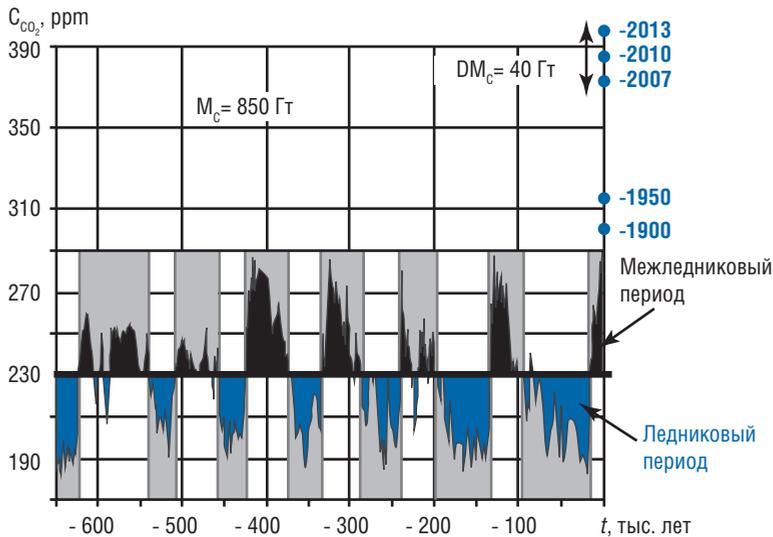


Рис. 2. Концентрация CO_2 в атмосфере за 700 тыс. лет (пузырьки ледовых кернов)

ние 700 тыс. лет такого быстрого роста массы углекислого газа в атмосфере не наблюдалось, и в масштабах тысячелетий это выглядит как взрыв концентрации c_{CO_2} , что вызывает опасения.

С ростом концентрации CO_2 в атмосфере она растёт и в поверхностных водах океана, что приводит к росту содержания угольной кислоты (окислению) и воздействует на биологические существа на небольших глубинах (кораллы, рыба и другие организмы).

Противоречия в концепции глобального потепления

Однако не все согласуется с представленной схемой потепления.

Некоторые данные свидетельствуют, что сначала менялась температура \overline{T}'_{Σ} и лишь после этого менялась концентрация c_{CO_2} . Иначе говоря, не CO_2 вызывал рост температуры, а изменение температуры \overline{T}'_{Σ} вызывало рост c_{CO_2} .

Кроме того, «всего» 15 тыс. лет назад масса хлорофилла была много больше нынешней, топлива сжигалось во много раз меньше нынешнего и концентрация углекислого газа была

в 1,5 раза меньше нынешней. А уровень океана рос со скоростью 10 мм в год, т.е. в 3 раза быстрее, чем сейчас.

Далее, несмотря на рост концентрации углекислого газа c_{CO_2} , в последние 14 лет вместо потепления, т.е. увеличения \overline{T}'_{Σ} на $0,1\text{ }^{\circ}\text{C}$, мы имеем глобальное похолодание, т.е. уменьшение \overline{T}'_{Σ} на $0,2\text{ }^{\circ}\text{C}$ (рис. 3). Сотрудники Института Арктики и Антарктики считают, что скоро уровень оледенения в Арктике будет увеличиваться (см. рис. 16). В 2014 г. появились признаки увеличения оледенения Арктики летом.

Физические механизмы в формировании климата в масштабах десятилетий

Есть обстоятельства, которые уменьшают значимость нагрева воздуха из-за поглощения радиационного излучения, через который только и может проявляться парниковый эффект малых концентраций CO_2 ($c_{\text{CO}_2} \sim 10^{-4}$) как запускающий глобальное потепление.

Суть в следующем. Земля крутится вокруг Солнца по орбите в форме эллипса с небольшим эксцентриситетом, т.е. близкой к окруж-

¹ Г ≡ гига означает миллиард, Гт ≡ гигатонна ≡ миллиард тонн (10^9 т). Ниже используется Гм ≡ гигаметр ≡ миллиард метров (10^9 м), что равно 1 млн км.

ности (рис. 4). В одном из фокусов этого эллипса и находится Солнце. Минимальное и максимальное расстояния Земли от своего греющего светила равны $R_{\min} = 147$ Гм (перигей, приходящийся на январь, когда в Северном полушарии зима, а в Южном – лето) и $R_{\max} = 152$ Гм (апогей, приходящийся на июль, когда в Северном полушарии лето, а в Южном – зима). Поэтому зима в Северном полушарии теплее, так как Земля в перигее (147 Гм от Солнца, и солнечная радиация сильнее), а лето холоднее, чем в Южном, так как Земля в апогее (152 Гм от Солнца, и солнечная радиация слабее). Интенсивность солнечной радиации $\overline{W'}$, попадающей на Землю, вычисляется по формуле

$$\overline{W'} = \frac{\pi a^2}{\pi R^2} I = a^2 I \left(\frac{1}{R^2} \right),$$

где a – радиус Земли; R – расстояние от Солнца до Земли; I – мощность радиационной энергии, излучаемой Солнцем. Тогда относительное

изменение солнечного облучения Земли в перигее ($R = R_{\min}$, $\overline{W'} = \overline{W'_{\max}}$) и апогее ($R = R_{\max}$, $\overline{W'} = \overline{W'_{\min}}$) определяется следующим выражением:

$$\frac{\overline{W'_{\max}} - \overline{W'_{\min}}}{\overline{W'_{\min}}} = \left(\frac{1}{R_{\min}^2} - \frac{1}{R_{\max}^2} \right) / \left(\frac{1}{R_{\min}^2} \right) = \frac{(R_{\min}^{-2} - R_{\max}^{-2})}{R_{\min}^{-2}} \approx \frac{2(R_{\max} - R_{\min})}{R_{\min}} \approx \frac{10}{147} \approx 0,07.$$

Таким образом, облучение Земли солнечной энергией в перигее на 7% больше, чем в апогее.

Характерный масштаб перепада температуры в атмосфере ΔT определяется разницей температуры на поверхности Земли $\overline{T'_s}$ и характерной температурой на верхней границе тропосферы (на высоте 11 км) $T'_{\text{троп}} \approx -55$ °C:

$$\Delta T \approx 14 - (-55) \approx 70 \text{ К.}$$

Тепловая инерция атмосферы, определяемая теплоемкостью единицы объема ρc (где ρ – плот-

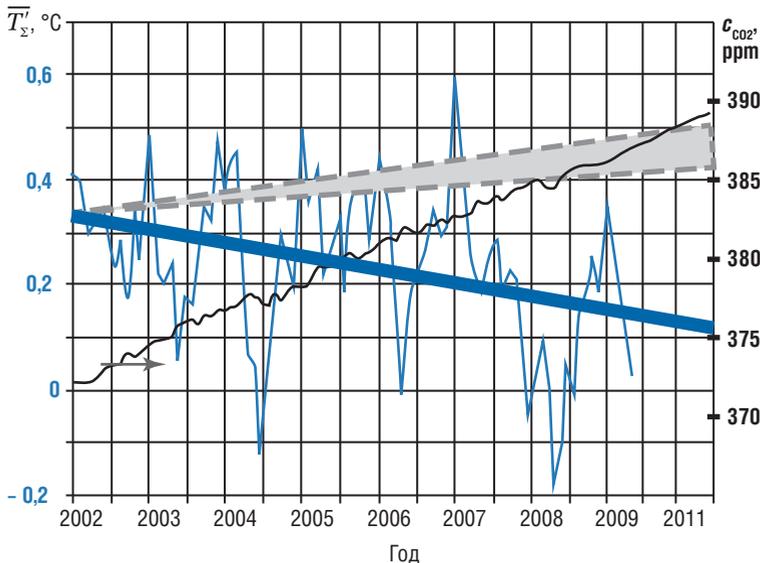


Рис. 3. Изменение средней приповерхностной температуры атмосферы $\Delta T'_s$ (тонкая синяя линия) и концентрации углекислого газа c_{CO_2} (тонкая черная линия) после 2000 г. Жирная синяя линия – осредненный линейный тренд для поверхностной температуры $\Delta T'_s$, а сектор, ограниченный двумя прямыми штриховыми линиями, – тренд температуры $\Delta T'_s$, соответствующий росту концентрации углекислого газа c_{CO_2} в рамках имеющихся теорий

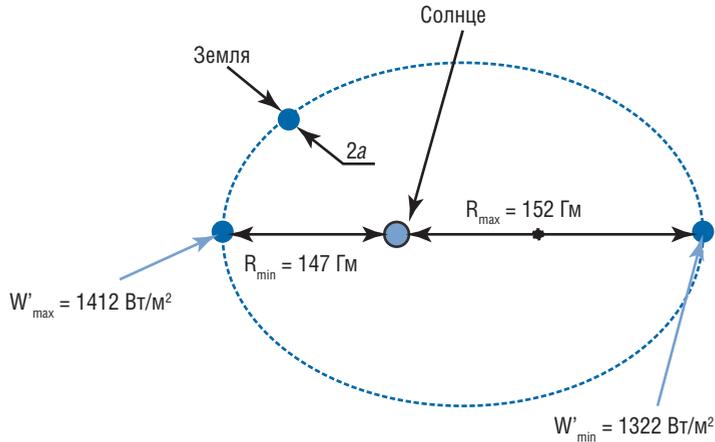


Рис. 4. Схема эллиптической орбиты Земли

ность, c – удельная теплоемкость), измеряется часами. Действительно, вечером, как только Солнце заходит, воздух через час охлаждается, а утром, когда Солнце восходит, воздух через час нагревается. И если именно радиационный механизм, зависящий от оптических свойств атмосферного воздуха (благодаря которым проявляется парниковый эффект), доминировал в нагреве воздуха у поверхности Земли, тогда \overline{T}'_{Σ} в январе (перигее) должна быть выше, чем в июле (апогее), на величину порядка:

$$\delta T \approx 0,07 \times 70 \approx 5 \text{ К.}$$

По другим оценкам, привязанным к сезонным изменениям в континентальных регионах ($\Delta T \approx +20 - (-10) = 30 \text{ К}$), получим $\delta T \approx 0,07 \times 30 \approx 2 \text{ К}$. А измерения показывают, что она выше только на $\delta T \approx 0,2 \text{ }^\circ\text{C}$ (см. рис. 3). Это значит, что инерция глобального климата (изменения \overline{T}'_{Σ} с изменением солнечного облучения \overline{W}') многократно больше, чем тепловая инерция воздуха (изменения T'_{Σ} в заданном месте на поверхности Земли с изменением текущего солнечного облучения в заданном месте W'). Раз так, то инерция глобального климата (изменение \overline{T}'_{Σ} с изменением интенсивности солнечной радиации \overline{W}'_{\max}) скорее связана с на порядок большей тепловой инерцией конденсированных фаз (воды в океане и твердой фазы

суши), у которых теплоемкость единицы объема ρc в 10^3 – 10^4 раз больше, чем у воздуха, и потому их тепловая инерция на несколько порядков больше, чем тепловая инерция воздуха атмосферы. Тогда изменение температуры воздуха T'_{Σ} около поверхности больше зависит от теплопроводности и температуропроводности турбулентного воздуха, турбулентной жидкой фазы (океана) и твердой фазы на поверхности Земли, на которые малые концентрации CO_2 практически не влияют. А значит, влияние на климат углекислого газа в существующих моделях *может быть* в несколько раз завышено.

Анализируя переработку CO_2 хлорофиллом, следует иметь в виду зеленую массу хлорофилла не только на суше, но и в океане в виде фитопланктона. И это есть проблема океанологии. Фитопланктон важен не только как важнейший элемент пищевой цепи в океане, но и как зеленая масса, перерабатывающая CO_2 с восстановлением кислорода O_2 после окислительных природных и антропогенных процессов. Более того, образование биомассы фитопланктона влияет на баланс массы кислорода, произведенного хлорофиллом из углекислого газа, и массы кислорода, потребленного в окислительных процессах в океане. Этот баланс – часть еще более глобальной проблемы: цикла углерода (органического и неорганического) в океане.

Влияние планет

Есть еще одно интересное обстоятельство, которое играет роль в периодическом изменении климата. На климат периодически влияют планеты Юпитер, Венера и в меньшей мере Сатурн. Они своей гравитацией, в зависимости от своего расположения относительно Земли и Солнца, чуть приближают или отдаляют Землю от Солнца относительно описанной выше ее эллиптической орбиты вокруг Солнца. А это, соответственно, увеличивает или уменьшает величину солнечного облучения Земли \overline{W}^2 с амплитудой около 1%, и, почти не меняя среднегодовую температуру \overline{T}_{Σ} , делает лето (зиму) Северного и зиму (лето) Южного полушарий чуть теплее или чуть холоднее. Данный механизм имеет период около 12 лет, что близко к периоду обращения вокруг Солнца Юпитера (11,86 лет). Примерно с таким же периодом меняется активность Солнца в разных спектральных зонах, но относительная амплитуда таких колебаний пока оценивается как малая – равна 0,1%.

Геоцентрическая и гелиоцентрическая системы движения планет

Недавно провели опрос среди молодежи: что крутится вокруг чего – Солнце вокруг Земли или Земля вокруг Солнца. Как вы думаете?

– *Земля вокруг Солнца* (реплика из зала).

Однако это одна сторона правды. Наверное, вы будете поражены, когда я скажу, что утверждение «Солнце вращается вокруг Земли» – это тоже верно в соответствии с принципом относительности теоретической механики.

Суть более глубокой коперниковской системы (гелиоцентрической) по сравнению с птоломеевской (геоцентрической) не в том, что Земля вращается вокруг Солнца, а в том, что планеты Меркурий, Венера, Земля, Марс, Юпитер, Сатурн, Уран, Нептун вращаются с разными периодами в одной плоскости вокруг *общего* центра – Солнца. А наблюдаемое на небосводе Земли движение этих планет относительно Земли по сложным траекториям и является результатом их движения по «простым» почти круговым траекториям относительно общего центра – Солнца, что и понял великий польский математик и астроном Николай Коперник (1473–1543).

Геоцентрическая система, развитая великим греческим математиком и астрономом Клавдием Птоломеем (II в.), была чисто эмпирической и правильно описывала движения планет относительно Земли, поскольку она следовала из результатов тщательных и многолетних наблюдений. Она была основой навигации для мореплавателей. Однако духовные католические лидеры ее абсолютизировали и отказывались принять более глубокую коперниковскую (гелиоцентрическую) систему движения всех планет, объясняющую сложные траектории планет при их движении относительно Земли как следствие их кругового движения вокруг общего центра – Солнца. Они догматически полагали, что это подрывает религиозные основы, провозглашающие Землю центром Вселенной. И даже суд инквизиции вынес тяжелый приговор великому Галилею за отстаивание гелиоцентрической (коперниковской) системы движения планет. Так же, как советские догматики середины XX в. отрицали генетику и кибернетику, как покушающиеся на основы марксизма-ленинизма. Однако генетика и кибернетика к этим основам отношения не имели, а развивали наше научное знание об окружающем мире.

Масштабы времени в несколько десятилетий

Когда указываешь на факт отсутствия глобального потепления за последние 14 лет, некоторые говорят: «Ну, это флуктуация». Ничего себе флуктуация! Длительностью уже более 10 лет! И меня в первую очередь интересует, как будет меняться климат в ближайшие три-четыре десятилетия, а не в конце XXI в.

В связи с этим приведу классический пример. В XIX в. городской транспорт развивался за счет конной тяги. Из-за роста городов число лошадей в городе росло. С угрожающей скоростью на улицах городов росло и количество неубранного навоза. В 1894 г. в газете «Times of London» приводилась оценка скучного догматика, что к 1950 г. (через 56 лет) каждая улица города будет покрыта конским навозом слоем толщиной почти в 3 м. В Нью-Йорке в 1890 г. догматики подсчитали, что к 1930 г. (всего через 40 лет) слой лошадиного навоза на улицах города будет

доставать до окон третьего этажа. Однако все оказалось не так. Из-за научно-технического прогресса через 30 лет транспорт в городах стал другим. Автомобили, автобусы, трамваи, метро, троллейбусы сняли проблему навоза в городах. Конечно, появились другие проблемы, но они тоже могут быть решены только за счет научно-технического прогресса.

Трудно поверить, но количество жертв наезда конных экипажей было большим. Было подсчитано что, например, в Чикаго в 1916 г. на каждые 10 тыс. конных экипажей приходилось по 16,9 смертельных случаев наездов на пешеходов. Это в 7 раз (!) больше, чем количество смертельных случаев в ДТП на 10 тыс. автомобилей в том же Чикаго в 1997 г.

Я уверен, что через лет 30–50 энергетика перейдет на другие источники энергии, не связанные со сжиганием углерода в угле, бензине и газе. Академик Ж.И. Алферов считает, что будут созданы эффективные устройства прямого преобразования солнечной радиации в электричество. Будет развита более безопасная ядерная энергетика. А это снимет угрозы на климат из-за роста в атмосфере концентрации CO_2 .

Именно поэтому климатологам надо сосредоточиться на ближайших 30–40 годах. На более поздние перспективы ответят последующее поколения ученых с учетом новых технологий в энергетике. Что будет через 2 млрд лет, я знаю: Солнце потухнет. Однако сейчас нам не до этой проблемы.

Роль океана в климате Земли

Решающее значение для климата имеет океан, потому что 72% поверхности Земли покрыто водой Мирового океана, а важнейшим парниковым газом является водяной пар, который из океана попадает в атмосферу. Масса океана и его теплоемкость, определяющие его тепловую инерцию, в 300 и 1000 раз больше массы и теплоемкости атмосферы соответственно. В океане в 50 раз больше масса CO_2 , чем в атмосфере.

Если океан отдает малую часть своего тепла и углекислого газа, то для атмосферы это много. Атмосфера, как капризная девчонка, у которой чуть что – и настроение портится. Солнце взойшло –

стало тепло, облака налетели – уже прохладно. А океан – это стабильный «диктатор», облака пришли-ушли, а он все равно ведет себя по своему.

В океане имеются течения – поверхностные и глубинные. Они переносят много тепла, что определяет климат различных регионов мира.

Вы, конечно, знаете про теплое течение Гольфстрим, многие смотрели американский фильм «The day after tomorrow» («Послезавтра»). Драматические события развиваются во время климатической катастрофы. Ледники Гренландии, с севера ограничивающие Атлантический океан, из-за потепления начинают трескаться и таять. Талая вода стекает и с севера тормозит Гольфстрим, несущий теплые воды с юга. Приток тепла сокращается, и в Нью-Йорке становится катастрофически холодно.

Могу вас успокоить. Каждый год в Северной Атлантике работают две экспедиции нашего института. Исследования показывают, что особых изменений с Гольфстримом не происходит, температура и расход немного колеблются, но он будет течь и приносить тепло с экваториальных вод еще тысячи лет.

Климат и история России

У многих из нас имеется ощущение, что русская, российская история, история нашего Отечества особая, есть в ней то, чего нет в истории других народов. Этому есть естественные причины. Российская история складывалась в крайних климатических условиях с очень длительной и холодной зимой. Наш народ создавал свою цивилизацию в самых холодных регионах, в каких возможно ее самообеспеченное развитие².

На рис. 5 приведены изотермы января в Европе. Из-за влияния Гольфстрима изотермы сильно искажены от широтных направлений. В частности из-за близости к Гольфстриму зима в приполярных регионах Скандинавии около Осло, Стокгольма и Хельсинки, где живет основная часть этих стран, теплее, чем на юге Украины. А граница разделения Канады и Северной части США, которые часто рассматриваются как холодные регионы, проходит по широте юга Казахстана и Украины.

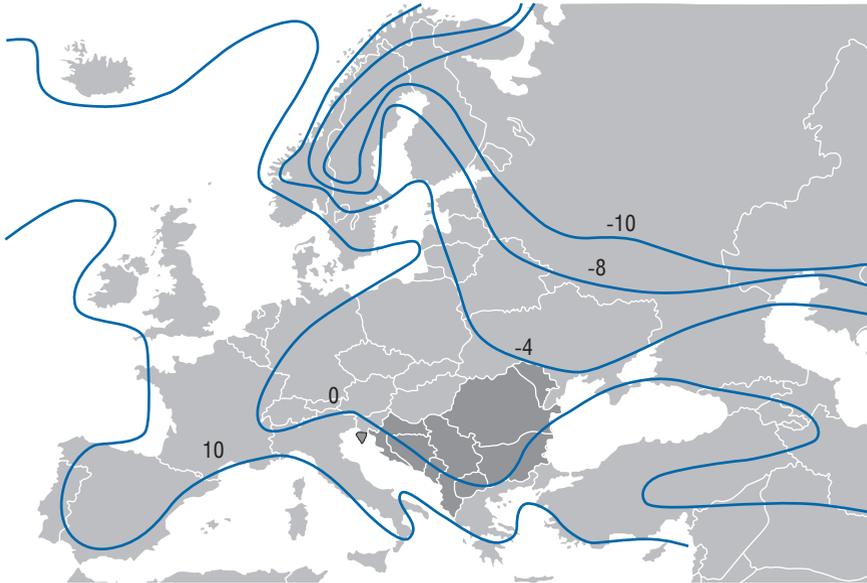


Рис. 5. Изотермы января, иллюстрирующие, как близость к теплому Гольфстриму нарушает широтный характер изотерм

Резкие климатические контрасты на территории России, короткий вегетативный период для растений делают наше сельское хозяйство очень рискованным, что создает в народе состояние неустойчивости. В этом году хорошо, в следующем – плохо. День год кормит. Пропал этот день – обречен на нищету. Если ты талантливый хозяин (а талантливых меньшинство), тебе и твоей семье удастся быть успешными. Однако для этого надо трудиться, как это написано в стихотворении Игоря Шкляревского:

*Клевер скосили. Жито поспело.
Жито собрали. Сад убирать.
Глянешь, а греча уже покраснела.
Гречу убрали. Лен колотить.
Лен посушили. Сено возить.
Сено сметали. Бульбу копать.
Бульбу вскопали. Хряка смолить.
Клюкву мочить. Дрова пилить.
Ульи снимать. Сад утеплять.
Руки болять! Ноги болять!*

А если ты работаешь не так, то ты бедняк. Зависть неудачников, борьба за равенство и справедливость порождают разрушителей.

Все это создает в нашем народе «колебательное» состояние с большой амплитудой. Этим, в частности, объясняется ожесточенность в отношениях между людьми. С какой ненавистью журналисты, политики кричат друг на друга на телевизионных диспутах. Смотрит на этих «властителей дум» народ. А оружие борцы за справедливость часто используются коварными хитрецами для захвата власти.

Мы слышим и читаем полярные оценки всех царей и лидеров, ожесточающие одних сограждан против других.

Роль меняющейся облачности и ветровых потоков

С поверхности океана идет испарение водяного пара, которое интенсифицируется за счет ветрового срыва капель с вершин волн. За счет турбулентной диффузии влага с поверхности поднимается вверх, где из-за низкой температуры она

² Об этом написана замечательная книга А.П. Паршева «Почему Россия не Америка».

конденсируется в виде капель, которые образуют облака. После укрупнения капли в виде дождя и снега падают на поверхность Земли. Паровая влага в атмосфере – «парниковый» газ, который гораздо интенсивнее, чем углекислый газ, превращает лучистую энергию в тепло. Однако капельная влага в облаках способствует отражению (альбедо) части падающей на Землю солнечной энергии, что уменьшает ее вклад в нагрев атмосферы.

Поэтому увеличение концентрации водяного пара из-за описанного выше небольшого увеличения температуры на поверхности Земли (океана) должно привести к увеличению влагосодержания и в облачных слоях атмосферы. А последнее должно привести и к увеличению облачности, а значит, к увеличению отражаемой доли солнечной радиации, практически не участвующей в нагреве атмосферы.

Есть еще один механизм, компенсирующий глобальное потепление. Он связан с увеличением кинетической энергии атмосферы в случае ее потепления, а это должно увеличить отток тепла от нижних теплых слоев воздуха к верхним, более холодным.

Функции Мирового океана в жизни человечества

Завершая раздел, посвященный климату, перечислю основные функции Мирового океана, которые существенно влияют на жизнь людей.

1. Океан – климатообразующая среда.
2. Океан – среда для различных экосистем, начиная от фитопланктона с хлорофиллом, перерабатывающим углекислый газ, бактериями, зоопланктоном, бентосом, рыбой, млекопитающими и т.д.
3. Океан – важнейший источник пищи и лекарств.
4. Океан – источник минеральных (нефть, газ, руды) ресурсов, которые начнут разрабатываться через два-три десятилетия.
5. Океан – среда для самого дешевого крупнотоннажного транспорта.
6. Океан – среда для обороны и военно-морского флота.
7. Океан – плацдарм для геополитики, в частности, при разделении шельфа для исключительной экономической деятельности страны.
8. Океан – источник катастроф: ураганов, цунами, волн-убийц, катастроф с танкерами, нефтяными платформами и трубопроводами, после которых загрязняются океан и его береговые зоны.

И в заключение таинственный вопрос русского гения Михаила Лермонтова, который был дан России всего на 27 лет³:

*Кто может, океан угрюмый,
Твои разведать тайны?*

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Нигматулин Роберт Искандерович – академик, доктор физико-математических наук, профессор, директор Института океанологии РАН, заведующий кафедрой газовой и волновой динамики механико-математического факультета ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»

E-mail: nigmar@ocean.ru

³ Замечательную статью о М.Ю. Лермонтове опубликовал выдающийся литературовед, член-корреспондент РАН Николай Николаевич Скотов (*Вестник РАН*. 2014. Т. 84, № 10).

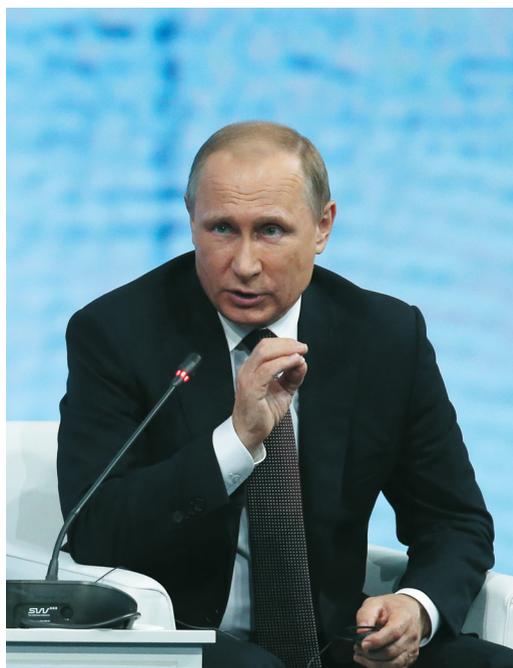


Уроки Петербургского международного экономического форума для российского здравоохранения

16–18 июня 2016 г. в Санкт-Петербурге состоялся 20-й, юбилейный, Международный экономический форум (ПМЭФ–2016). Дискуссионные площадки по здравоохранению оказались одними из самых оживленных – и в плане общения, и в плане предложенных решений. Доктор медицинских наук Гузель Улумбекова – эксперт рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость», руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением – выступала в качестве модератора панельной сессии «Здравоохранение в России. Как построить эффективную систему?».

– Гузель Эрнстовна, какое у Вас сложилось впечатление от форума? Надежды оправдались или получилось как в расхожей фразе «ожидание – реальность»?

– Задача форума – организовать площадку для взаимодействия представителей российских органов власти с крупным и средним бизнесом, как отечественным, так и зарубежным. В результате обмена мнениями с бизнесменами и экспертами регуляторы должны обрести импульс к улучшению инвестиционного климата в России, а также получить рекомендации по приоритетным направлениям формирования социально-экономической политики в России на ближайшую перспективу. Организация форума была на высоком уровне, и, на мой взгляд, диалог между представителями власти и бизнесом состоялся – на каждой панели активное участие принимали представители российского правительства, вице-премьеры и отраслевые министры. Выступление Президента РФ В.В. Путина по внешней политике на пленарном заседании было блестящим. По внутренней политике, главное, что прозвучало – это создание Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам. В приоритете, в том числе, будет и наша отрасль. Глава государства подчеркнул, что в госпрограммах будет выделена проектная часть с четким указанием, на какие результаты страна планирует выйти к 2020-му и к 2025-му годам, и за счет каких конкретно мер, эти результаты будут достигнуты. Это дает уверенность, что у российского здравоохранения есть будущее.



– А что еще обсуждали по теме здравоохранения, ведь сегодня это одна из самых болезных тем во внутренней политике, недовольство выражают и пациенты, и медицинские работники? Как оценивают ситуацию представители бизнеса?

Здравоохранению на форуме были посвящены 3 мероприятия: 2 панельные сессии «Инновации в здравоохранение. Взгляд в будущее» и «Здравоохранение в России. Как построить эффективную систему?», а также деловой завтрак «Баланс отечественных и зарубежных производителей лекарств в интересах пациента». Все 3 заседания прошли конструктивно: представители крупного и среднего бизнеса – производители медицинских изделий, лекарств, руководители медицинских организаций, международные эксперты делились своим опытом и в благожелательной атмосфере давали советы российскому здравоохранению. Лично мне было очень интересно. Вице-премьер по социальным вопросам О.Ю. Голодец была на сессии по инновациям, внимательно слушала и комментировала.

– И какой главный вывод сделали на панели по инновациям? Будут ли они доступны российским пациентам в нынешних условиях ограничения ресурсов?

Прозвучали основные направления научных исследований, которые изменят облик системы здравоохранения в среднесрочной перспективе. Среди них: лечение злокачественных новообразований путем коррективки генома человека; развитие робототехники для малоинвазивных операций; лечение симптомов нервных и психических заболеваний путем имплантирования внутримозговых электронных чипов; реабилитация заболеваний с помощью экзоскелетов и др. Однако в России с ее скромным государственным финансированием здравоохранения (3,5% ВВП) внедрение инновационных технологий диагностики и лечения действительно может быть затруднительно. Фантастические решения зачастую стоят фантастических средств. Я считаю, что сегодня в России надо сосредоточиться на тех инновационных направлениях, которые изменят результаты лечения максимального числа больных. Например, к таким инновациям можно отнести портативные УЗИ и рентген-аппараты, которые можно использовать даже в условиях небольших сельских больниц, малоинвазивные медицинские изделия, имплантируемые в организм человека. Пришло также время внедрять электронные сенсорные устройства для мониторинга симптомов различных заболеваний: сахара в крови, электрокардиограммы, артериального давления. Эти устройства транслируют информацию на мобильные телефоны, где она может быть проанализирована и передана лечащему врачу.

Более того, внедрять надо только те инновации, которые по сравнению с традиционным лечением будут иметь принципиальные преимущества в соотношении затраты/результат. Именно так сегодня происходит в большинстве развитых стран. Например, в Великобритании уже почти 15 лет действует Национальный институт совершенствования клинической практики (NICE). В его задачи

входит комплексная оценка новых технологий для их включения в гарантированный пакет медицинских услуг, а также разработка клинических рекомендаций, в соответствии с которыми должны осуществляться врачебные назначения. В России процесс принятия таких решений пока носит несистемный характер: включение лекарств в Перечень ЖНВЛП (в соответствии с которым проводятся государственные закупки) осуществляют ведущие специалисты, а клинические рекомендации разрабатывают профессиональные общества без единой методологии.



– **Иновации – это во многом разговор о будущем. А о чем шла речь на панели об эффективности российского здравоохранения, каковы реалии сегодняшнего дня?**

– Сначала о терминах. Надо различать понятие результативности; для системы здравоохранения в целом этот показатель измеряется общей смертностью и ожидаемой продолжительностью жизни (ОПЖ). Для справки: объективные результаты работы отрасли в РФ неудовлетворительные: ОПЖ – 71,4 года, а смертность не снижается вот уже 3 года подряд и стагнирует



на уровне 13,1 случаев на 1 тыс. населения. Для справки: в «новых» странах ЕС, близких к РФ по уровню ВВП на душу населения, ОПЖ составляет 77,1 года. Понятие же эффективности оценивает результат с учетом затраченных средств. Для здравоохранения в целом это отношение ОПЖ к объемам финансирования здравоохранения в доле ВВП и/или на душу населения. Информационное агентство Блумберг, стенд которого был представлен на форуме, ежегодно публикует такой рейтинг эффективности систем здравоохранения. В него входят страны, достигшие ОПЖ 70 лет и имеющие население более 5 млн человек. В 2015 г. Россия среди 55 стран оказалась на предпоследнем месте. Нас обогнали Беларусь, Польша, Турция.

– **Напрашивается закономерный вопрос: почему мы оказались в хвосте?**

– Как я уже сказала, наивысший балл в рейтинге получают те страны, которые достигли лучшего результата – высокой ОПЖ при меньших расходах на здравоохранение. Неблагоприятное положение РФ связано с тем, что при небольших расходах на здравоохранение (5% ВВП – общие и 3,5% – государственные) у нас очень низкая ОПЖ – 71,4 года. Это означает, что нам предстоит серьезная работа в части повышения эффективности российского здравоохранения. А это означает, что нужно умение правильно расставлять приоритеты и экономно расходовать имеющиеся ресурсы.

– **Возможно, мировой рейтинг не учитывает ряд факторов, с которыми приходится сталкиваться российской системе здравоохранения: суровый климат, огромные расстояния. А что думают о работе системы здравоохранения ее непосредственные участники, критики было много?**

– Все обсуждения проходили очень политкорректно. Акцентировались не на проблемах, а на предложениях по их решению. Однако результаты анонимного голосования на панели «Здравоохранение в России. Как построить эффективную систему?» обескуражили даже меня. Почти **60%** участников оценили результаты деятельности российской системы здравоохранения как «плохие» и «очень плохие». **80%** участников голосования высказались за то, что эффективность российской системы здравоохранения «плохая» и «очень плохая». **75%** участников поставили управленческим кадрам в здравоохранении оценку «плохо» и «очень плохо». Эти результаты совпадают с итогами многочисленных опросов, которые проводят Общероссийский народный фронт (ОНФ) и Фонд «Здоровье» как среди медицинских работников, так и среди населения. Так, ОНФ в апреле этого года озвучил результаты мониторинга доступности и качества медпомощи в 85 регионах нашей страны. В ходе исследования были опрошены 11 тыс. пациентов и 5 тыс. врачей. По его итогам, 20,5% россиян считают, что с начала 2015 г. доступность медицинской помощи ухудшилась, столько же опрошенных – а именно 20% – отметили еще и снижение ее качества. Еще одна проблема была озвучена на деловом фармзавтраке – почти **80%** участников считает, что в стране единой национальной лекарственной политики «нет» или она «плохо реализуется». Для справки – головным ведомством, ответственным за эту политику большинство участников назвали Минздрав России. Иначе говоря, объективные

данные рейтингов совпали с мнением тех, кто ежедневно сталкивается с российской системой здравоохранения. Такая неудовлетворительная оценка – серьезный вызов руководству отрасли и стимул для принятия срочных мер.

– Какие советы давали участники панели, чтобы вывести российское здравоохранение на траекторию устойчивого развития? В последнее время мы хорошо слышим голоса только финансистов и экономистов. Первые говорят, что денег нет, а вторые, например, НИИ при Минфине России, – о том, что систему здравоохранения спасет конкуренция. Вы с этим согласны?

– Сначала о финансах. В этом вопросе все были единодушны: средств в российском здравоохранении недостаточно. Для справки: в 2016 г. по сравнению с 2014 г. уровень государственного финансирования здравоохранения сократился на 15% в сопоставимых ценах. При этом научно доказано, что только при увеличении госрасходов в здравоохранении с нынешних 3,5 до 5% ВВП (т.е. до уровня финансирования «новых» стран ЕС сегодня) мы сможем достичь ОПЖ в 74 года, как установлено в майском указе Президента РФ В.В. Путина от 2012 г.

Но, конечно, просто дополнительные деньги положение в отрасли не спасут – их надо уметь потратить с умом, т.е. эффективно. И одного рецепта здесь нет. Это системная работа, требующая высокого профессионализма, научного анализа и умения слушать советы. С этой точки зрения предложения по конкуренции, озвученные экономистами, наивны. Это подтвердили слова Йенса Дирберг-Виттрама, исполнительного директора «Бостон консалтинг групп». По его мнению, вопрос не в том, кто делает больше операций и пролечивает большее число больных. Вопрос в том, кто предоставляет правильное лечение, хорошее качество за разумные деньги. А для того чтобы такая система заработала на практике, сегодня в США переходят на новую модель оплаты медицинской помощи. Она подразумевает, что как минимум 60% тарифа будет привязано к достижению положительных результатов в улучшении здоровья обслуживаемого населения и качества оказанной медпомощи. А у нас пока действует другая система: чем больше больных пролечило лечебное учреждение, тем больше оно получит денег, поэтому все заинтересованы в увеличении потока больных. А должно быть наоборот. Следует учесть, что в РФ при дефиците средств в системе здравоохранения и отсутствии объективных критериев для оценки качества деятельности медицинских организаций вся конкуренция выливается в неконструктивное «сражение» за больных между федеральными и региональными лечебными учреждениями, между частными и государственными. Сразу оговорюсь, мнение, что пациент якобы сам будет выбирать лучшую медицинскую организацию, тоже наивно. Даже очень осведомленные пациенты без объективных показателей качества медицинской помощи, достигнутых в той или иной больнице, не смогут сделать правильный выбор. Поэтому я считаю, что пациент не должен сам «разгуливать» по системе здравоохранения и прицениваться, в какой больнице качество лучше. Это задача государства – обеспечить достойный уровень качества и безопасности пациентов в каждом лечебном учреждении и грамотно управлять потоками больных.



– Но ведь Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ» подразумевает участие частных медицинских организаций в исполнении Программы государственных гарантий, там также прописано право выбора пациентом врача и медицинской организации?

Современная система здравоохранения – это дорогостоящий высокотехнологичный конвейер. Эффективность подразумевает, что каждое звено такого конвейера будет использоваться

с минимальными потерями, и уж тем более мы не можем позволить себе дублировать эти звенья. Тогда уже точно никаких денег на здравоохранение не хватит, не только скромных, как у нас. Но только в результате конкуренции эффективность достигнута не будет, нужны государственное регулирование и контроль. И, честно говоря, я была очень рада, что Аркадий Столлнер, председатель правления крупнейшей в России частной диагностической сети «ЛДЦ МИБС», предложил регулировать развитие инфраструктуры частных и государственных медицинских организаций, как это, например, сегодня происходит в Германии. Другими словами, хочешь построить клинику и при этом претендуешь на государственный заказ, изволь спросить разрешение у государства. При этом, конечно, у государства должен быть системный перспективный план развития инфраструктуры развития учреждений здравоохранения, сбалансированный с имеющимися ресурсами.

– С конкуренцией в здравоохранении ясно. А какие другие важные советы прозвучали от участников?

– Эффективность – это искусство разумно расставлять приоритеты. С этим согласились почти все участники. Приведу пример от себя. В 2013 г. была запущена программа строительства перинатальных центров. Да, слов нет, это важное направление. Но кто-нибудь посчитал, во сколько обойдутся стройки и дальнейшее содержание таких центров? И в результате, сколько будет стоить жизнь младенца, спасенного в этом центре? А поскольку средства на все это забирались из той же дефицитной системы здравоохранения, скольким другим детям, нуждающимся в лечении, или другим пациентам нам пришлось отказать в медицинской помощи? И во сколько обошлись государству эти потерянные жизни и здоровье? Отвечу – таких расчетов никто не делал. А вот в развитых странах при финансово более обеспеченном здравоохранении взвешивают каждый рубль. Это называется рационированием. Например, в Великобритании, решение о строительстве нового центра или включении новой технологии в гарантированный государством пакет услуг, принимается только в том случае, если дополнительный год жизни пациента, достигнутый благодаря новому лечению, обойдется не более чем в 30 тыс. фунтов стерлингов. Важно, что об искусстве принимать научно обоснованные решения в здравоохранении высказалось большинство участников панели.

Возвращаясь к рекомендациям, говорили о том, что в первую очередь нужно сосредоточиться на увеличении доступности амбулаторно-поликлинической службы. О том, что одними из самых эффективных являются вложения в квалификацию медицинских кадров. Об этом рассказал представитель Всемирной организации по медицинскому образованию Залим Балкизов. Он говорил о том, что необходимо развивать непрерывное медицинское образование (НМО), внедрять симуляционные технологии, усиливать квалификацию профессорско-преподавательского состава вузов, приближать сроки обучения в ординатуре к европейским стандартам. Хочу отметить, что у нас в России в вопросах образования есть свои лидеры – это Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова. В нем сегодня реализована оптимальная модель медицинского образования: «школа–университет–клиника–наука», – как это всегда и было в России.

Участники сессии также предложили не просто закупать дорогостоящее медицинское оборудование, а сопровождать этот процесс заключением сервисных контрактов. Такие контракты включают превентивный технический осмотр и быстрое устранение неполадок оборудования, что на деле оказывается гораздо эффективнее, поскольку можно избежать простоев. Об этом говорил директор представительства компании «Дженерал Электрик» в России и странах СНГ Оливье Боск. Также прозвучали советы по конкретизации программы государственных гарантий. Последнее позволит ввести систему официальных соплатежей населения за дополнительные услуги, не гарантированные государством. Мое мнение, вводить эту меру все равно придется, правда, это потребует огромной работы – необходимо будет составить перечни гарантированных медицинских услуг и лекарств, определить референтные (предельные) цены на них. Речь не идет о сокращении гарантий – я всегда

выступаю только за их расширение, – но пришло время определить, каким пациентам и какую помощь мы сможем гарантировать за государственный счет. Все эти непростые решения потребуют научного подхода и общественного согласия.

– Кем, когда и как все, что Вы перечислили, может быть реализовано?

– *Первый шаг.* Сегодня в отрасли нет стратегии развития здравоохранения. Минздрав России заявляет, что его главная задача – обеспечить нормативно-правовую базу отрасли. Но этого мало, нужно обеспечить условия для ее реализации – необходимы финансовые, кадровые и материально-технические ресурсы. Это все можно предусмотреть в стратегии; за необходимость ее разработки высказались **80%** участников при голосовании. Но это на среднесрочную перспективу – до 2025 г.

Шаг номер два – необходимо разработать программу краткосрочного развития отрасли до 2019 г., условно назовем ее приоритетный национальный проект (ПНП) «Здоровье–2». За это высказались **60%** участников голосования. Почему? Многие помнят, какие выдающиеся результаты мы получили с 2005 по 2009 г., когда реализовывался первый ПНП «Здоровье». В названный период благодаря правильно расставленным приоритетам и личному контролю со стороны первых лиц государства ОПЖ российских граждан выросла **на 3,4 года**, а смертность снизилась **на 12%**. Поэтому я уверена, что этот позитивный опыт надо повторить.

Шаг номер три. Ключ к решению многих проблем лежит через умы руководящих кадров в здравоохранении. Чтобы сделать прорыв, нам необходимо создать критическую массу высокопрофессиональных лидеров в отрасли, именно поэтому мы совместно с Российским обществом организаторов здравоохранения и Российской Академией наук организовали Высшую школу организации и управления здравоохранением. Для управления системой здравоохранения только медицинского образования мало, мало быть выдающимся врачом. Управление здравоохранением – это отдельная научная специальность, имеющая свои связи и закономерности. Их надо знать так же, как надо знать экономику и финансы. Но, главное, надо иметь волю к переменам и уметь убеждать своих коллег. И, конечно, отдавать себе отчет в том, что быть организатором здравоохранения – это огромная ответственность. Ведь от решения практикующего врача зависят жизни и здоровье нескольких пациентов, а от организатора здравоохранения – жизни сотен тысяч и здоровье миллионов. И, конечно, надо не бояться критики и постоянно учиться. Поэтому хочу порекомендовать руководству отрасли впредь использовать такие возможности для обмена мнениями, которые были представлены на ПМЭФ.

А начинать разрабатывать стратегию надо с анализа проблем. Думаю, что в этом поможет инициатива ОНФ о проведении совместно с Российским обществом организаторов здравоохранения в федеральных округах при полномочных представителях Президента РФ совещания с региональными руководителями здравоохранения (*РОПОЗиОЗ основано в 2003 г. Основные направления деятельности – развитие системы непрерывного медицинского образования и содействие в решении проблем в управлении отраслью. – Прим. ред.*). Работы точно хватит на всех.

*Интервью подготовлено редакцией журнала «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение»
Фотографии предоставлены пресс-службой ПМЭФ-2016 (<http://www.forumspb.com/ru>)*



Современные подходы к качеству медицинской помощи

**М.А. Мурашко,
Д.Т. Шарикадзе,
Ю.А. Кондратьев**

Федеральная служба по надзору в сфере
здравоохранения (Росздравнадзор), Москва

В настоящее время к вопросам качества и безопасности медицинской деятельности предъявляются повышенные требования, соблюдение которых невозможно без современного технического оснащения медицинских учреждений, внедрения передовых методик лечения пациентов, развития нормативно-правовой базы и финансового сопровождения лечебно-диагностического процесса. Минздравом России обеспечен устойчивый тренд развития отечественной системы здравоохранения, и сегодня реализация представленных возможностей обеспечения качественной и доступной медицинской помощи во многом зависит от руководителей медицинских организаций на местах.

Ключевые слова:

качество медицинской помощи, контроль качества, экспертиза качества, критерий, права граждан в сфере охраны здоровья, обязательное медицинское страхование, система здравоохранения, клинические рекомендации, система менеджмента качества, стандартизация, внутренний контроль

Modern approaches to the quality of medical care

*M.A. Murashko,
D.T. Sharikadze,
Yu.A. Kondratyev*

Federal Service on Surveillance in Healthcare
(Roszdravnadzor), Moscow

Currently, the quality and safety of medical activity are increased requirements, the observance of which is impossible without modern technical equipment of medical institutions in the introduction of advanced methods of treatment of patients, development of the regulatory framework and financial support diagnostic and treatment process. The Ministry of healthcare has provided stable

development of the national health system, and today the implementation of the presented opportunities ensuring quality and accessible health care is largely dependent on the heads of the medical organizations.

Keywords:

quality of medical care, quality control, quality examination, criterion, rights of citizens in the field of health, compulsory health insurance, healthcare system, clinical practice guidelines, quality management system, standardization, internal control

Уровень здоровья населения – один из стратегических показателей развития государства. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) доказано, что улучшение качества и увеличение продолжительности жизни населения ведут к ускорению экономического развития государства, росту его валового национального продукта [1]. Достичь указанных результатов, влияющих на прогрессивное развитие государства, невозможно без эффективной системы оказания качественной медицинской помощи гражданам.

На сегодняшний день в нашей стране развитие здравоохранения и укрепление здоровья населения Российской Федерации являются одним из важнейших направлений обеспечения национальной безопасности, что нашло отражение в Указе Президента Российской Федерации от 31.12.2015 № 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации».

За последнее десятилетие продолжительность жизни граждан Российской Федерации увеличилась более чем на 5 лет и продолжает расти. За 2015 г., по предварительным оценкам Росстата, продолжительность жизни составила 71,39 года (рост на 0,46 года по сравнению с 2014 г. – 70,93 года), у мужчин – 65,92 года (рост на 0,63 года, в 2014 г. – 65,29 лет), у женщин – 76,71 лет (рост на 0,22 лет, в 2014 г. – 76,49 лет). Качество и продолжительность жизни граждан напрямую зависят от качества и доступности медицинской помощи.

Понятие качества медицинской помощи включает в себя совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания ме-

дицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата [2].

В соответствии со ст. 41 Конституции Российской Федерации каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Основные принципы охраны здоровья были заложены в 2011 г. Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которым определены права граждан в сфере охраны здоровья, в том числе право на охрану здоровья, которое обеспечивается охраной окружающей среды, созданием безопасных и благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также оказанием доступной и качественной медицинской помощи. Также указанный закон определяет обязанности граждан заботиться о сохранении своего здоровья, проходить медицинские осмотры, обследование и лечение, а также проводить профилактику заболеваний. Для лиц, находящихся на лечении, установлена обязанность соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Статьей 10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено, что до-

ступность и качество медицинской помощи обеспечивается в том числе предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г., утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г.», устанавливает перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

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

Порядки и правила оказания медицинской помощи утверждают унифицированные требования к условиям оказания медицинской помощи и являются лицензионными требованиями к субъектам ее оказания.

Стандарты медицинской помощи и метод оплаты медицинской помощи по клинико-статистическим группам в свою очередь являются экономической составляющей для планиро-

вания в здравоохранении и расчета стоимости оказываемой медицинской помощи.

Источниками финансового обеспечения Программы являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления), средства обязательного медицинского страхования.

Программой утверждены критерии качества и доступности медицинской помощи.

Из указанного следует, что качество процесса оказания медицинской помощи и ее доступность непосредственно связаны с экономическими ресурсами, заложенными на их реализацию.

Проведенная модернизация здравоохранения позволила провести беспрецедентное техническое переоснащение медицинских учреждений. Актуализированы ранее утвержденные порядки оказания медицинской помощи и продолжается разработка новых. В 2015 г. разработаны порядки по паллиативной и гериатрической помощи, по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни. Разработаны и утверждены 1199 клинических рекомендаций (протоколов лечения) по основным классам заболеваний, охватывающих более 90% основных нозологических форм и более 6 тыс. моделей пациентов с учетом тяжести и особенностей течения заболевания. В ближайшей перспективе национальные клинические рекомендации будут также содержать индикаторы качества оказания медицинской помощи, что позволит учитывать их при проведении ее экспертизы. В настоящее время данная работа активно ведется Министерством здравоохранения Российской Федерации и Росздравнадзором.

Все эти реализованные мероприятия предоставляют руководителям лечебных учреждений и медицинскому сообществу достаточную базу для организации качественной медицинской помощи, и крайне важно, чтобы эта база использовалась эффективно.

Достижение указанной задачи, на наш взгляд, невозможно без применения ресурсосберегающих технологий в здравоохранении, к которым относятся:

- обеспечение условий для круглосуточной загрузки и постоянного эффективного использования медицинского оборудования, в том числе дорогостоящего, а также специализированных дорогостоящих подразделений медицинских организаций, таких как операционные, отделения реанимации и интенсивной терапии, лаборатории, стерилизационные отделения и др.;
- централизация системы закупок медицинской продукции для нужд медицинских учреждений и их структурных подразделений, в том числе с учетом возможности применения дженериковых препаратов, а также использование подходов фармакоэкономического анализа;
- маршрутизация пациентов в зависимости от профиля и тяжести патологии;
- оптимизация числа медицинских организаций всех форм собственности.

В целях совершенствования подходов к общему управлению качеством, в том числе в здравоохранении, в мире разработаны и внедряются различные системы менеджмента качества. При их анализе нами установлено, что сегодня JCI – это наиболее цитируемая программа (упоминается более чем в 91% публикаций), посвященных вопросам аккредитации. Системы аккредитации медицинских организаций работают практически во всех странах мира на добровольной (большинство) и обязательной основе.

Подходы к системе менеджмента качества медицинской помощи в здравоохранении Российской Федерации на сегодняшний день представлены несколькими отраслевыми стандартами, в том числе:

- ГОСТ Р 52623.1-2008 Национальный стандарт Российской Федерации «Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования»;
- ОСТ 91500.09.0001-1999 «Протоколы ведения больных. Общие требования»;

- ОСТ ТО № 91500.01.0005-2001 «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении»;
- ОСТ ПКСЗ № 91500.01.0006-2001 «О введении в действие отраслевого стандарта «Порядок контроля за соблюдением требований нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении»;
- ОСТ 91500.01.0004-2000 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие требования».

Указанной базы, наряду с необязательностью ее исполнения, недостаточно для реализации эффективного подхода к системе организации внутреннего контроля медицинских организаций, в связи с чем важным направлением дальнейшего развития медицинской отрасли является внедрение в клиническую практику медицинских организаций процедуры внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, основанной на стандартизованных подходах к ее проведению.

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. Стандартизации в здравоохранении подлежат структура, процесс и результат [3].

В целях создания условий для систематизации процесса организации оказания медицинской помощи на территории Российской Федерации Минздравом России утвержден приказ от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», в котором приводится перечень заболеваний и состояний, при которых применяются критерии (в том числе новообразования, болезни эндокринной и нервной системы, крови, кроветворных органов, органов дыхания, беременность, роды, послеродовой период и др.), а также определены критерии, применяемые при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также в стационарных условиях и условиях дневного стационара. К таким критериям относятся в том числе ве-

дение медицинской документации, первичный осмотр пациента, сроки оказания медицинской помощи, установление предварительного диагноза, формирование плана обследования пациента и т.д.

Важным разделом в дальнейшей процедуре стандартизации является унификация ряда процессов непосредственно в медицинских организациях. Это касается таких направлений в их деятельности, как система управления персоналом; идентификация личности пациентов; эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи); лекарственная безопасность; контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий; организация экстренной и неотложной помощи в стационаре; преемственность медицинской помощи; профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами, переливанием донорской крови и ее компонентов; организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений; организация оказания медицинской помощи на основании данных доказательной медицины и клинических рекомендаций.

Росздравнадзор на основании изучения международного и отечественного опыта и с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации разработал практические рекомендации по внедрению в медицинских организациях системы менеджмента качества «Предложения по совершенствованию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационар)», что позволит стандартизировать процессы оказания помощи в стационарных медицинских организациях на всей территории страны. Начато их пилотное внедрение в медицинских организациях субъектов Российской Федерации. Более подробная информация об указанных Предложениях опубликована в журнале «Вестник Росздравнадзора» (№ 2, 2016).

Также важными направлениями в обеспечении соблюдения прав граждан на доступную и качественную медицинскую помощь являются государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, положение

о котором утверждено Постановлением Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 № 1152, и комплекс мер административно-правового принуждения, применяемый в сфере государственного контроля и надзора органами исполнительной власти к юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям. Последнее включает в себя собственно Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях, а также законы субъектов Российской Федерации об административных правонарушениях.

В зависимости от конкретного основания и целевой направленности, а также специфики вызываемых неблагоприятных последствий в структуре пресекательно-наказательного комплекса административно-принудительных мер, применяемых контрольно-надзорными органами исполнительной власти, логично было бы выделить следующие виды однородных мер [4]:

1. Обеспечительные пресекательно-наказательные – меры обеспечения производства по делам об административных правонарушениях.

2. Меры административной ответственности – назначение административного наказания в виде предупреждения или административного штрафа.

3. Ретроспективные наказательные меры – меры по предупреждению причин и условий совершения административных правонарушений: вынесение юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю представления о принятии мер по устранению причин административного правонарушения и условий, способствующих его совершению.

В заключение хотелось бы еще раз акцентировать внимание на том, что в постоянно изменяющихся условиях устойчивого тренда развития отечественной системы здравоохранения стандартизация организации оказания медицинской помощи крайне необходима и должна затрагивать как требования к условиям оказания медицинской помощи, оплате медицинских услуг, так и процессов и ресурсов внутри медицинских организаций, а также иметь пациентоориентированную направленность, что требует пристального внимания на всех уровнях организации управленческого и лечебного процесса.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Мурашко Михаил Альбертович – доктор медицинских наук, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Москва)

E-mail: murashkoma@roszdravnadzor.ru

Шарикадзе Денис Тамазович – советник руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Москва)

E-mail: sharikadzedt@roszdravnadzor.ru

Кондратьев Юрий Алексеевич – советник руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Москва)

E-mail: kondratyevyua@roszdravnadzor.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Suhrcke M., McKee M., Rocco L. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии. Всемирная организация здравоохранения, 2008.

2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Рос. газета. с изм. и допол. в ред. от 29.12.2015.

3. Найговзина Н.Б., Филатов В.Б., Бороздина О.А., Николаева Н.А. Стандартизация в здравоохранении. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

4. Стахов А.И. О классификации и кодификации административно-принудительных мер, применяемых в сфере государственного контроля и надзора за деятельностью юридических лиц и индивидуальных предпринимателей // Административное право и процесс. 2016. № 4. С. 4–8.

REFERENCES

1. Suhrcke M., McKee M., Rocco L. Investing in health: key condition for successful economic development of the countries of Eastern Europe and Central Asia. The World Health Organization, 2008. (in Russian)

2. Federal law of 21.11.2011 № 323-FZ "About bases of health protection of citizens in Russian Federation". Rossiyskaya gazeta [Russian Newspaper]. With changes and additions in the edition of 29.12.2015. (in Russian)

3. Naygovzina N.B., Filatov V.B., Borozdina O.A., Nikolaeva N.A. Standardization in health care. Moscow, GEOTAR-Media, 2015. (in Russian)

4. Stakhov A.I. About classification and codification of administrative enforcement measures coercive applied in the sphere of state control and supervision over the activities of legal entities and individual entrepreneurs. Administrativnoe pravo i protsess [Administrative Law and Procedure] 2016; N 4: 4–8. (in Russian)



Управление качеством медицинской помощи в РФ: от планирования до улучшения

Часть I. Планирование качества медицинской помощи в РФ: анализ действующей нормативной базы и показатели качества медицинской помощи

Г.Э. Улумбекова

Высшая школа организации и управления
здравоохранением, Москва

В статье дан детальный анализ состояния нормативной базы по вопросам управления качеством медицинской помощи (КМП) в РФ. Всего проанализировано 17 нормативно-правовых актов – даны главные аспекты их применения и недостатки. Сделан вывод, что действующие нормативные акты избыточны, не согласованы между собой и сконцентрированы на контроле КМП, а не на его обеспечении. Имеющиеся показатели КМП недостаточны, не соответствуют международным нормам, не сопровождаются методиками их измерения и целевыми значениями. Действующая нормативная база по вопросам управления КМП неполная, противоречива. Все это не позволяет создать единую систему обеспечения КМП в РФ. Необходимо принять срочные меры по актуализации нормативной базы по вопросам КМП.

Ключевые слова:

качество медицинской помощи (КМП), система управления КМП, нормативная база по вопросам управления КМП, показатели КМП, критерии качества и доступности медицинской помощи

Quality management in medical care in the Russian Federation: from planning to improvement

Part I. Quality of medical care planning in the Russian Federation: analysis of current regulatory framework and indicators for quality of medical care

G.E. Ulumbekova

Higher School of Healthcare Organization
and Management, Moscow

The article gives a detailed analysis of the regulatory framework for management of the quality of medical care in Russia. In total we analyzed 17 legal acts – the main aspects of their use and disadvantages. It is concluded that current regulations are abundant, inconsistent and are focused on the control of quality of medical care, but not on its support. The available indicators of the quality of medical care are insufficient, don't correspond to the international standards, are not accompanied with measurement methodology and target values. All this facts don't allow to create a unified support system of the quality of medical care in Russia. The current regulatory framework for management of the quality of medical care in Russia is partial and contradictory. It is necessary to take urgent steps for actualization of the regulatory framework for management of the quality of medical care in Russia.

Keywords:

quality of medical care, management system for quality of medical care, regulatory framework for management of the quality of medical care, indicators for quality of medical care, measure for the quality and access of medical care

В ситуации ограничения государственных расходов на здравоохранение РФ одной из основных задач является повышение эффективности деятельности отрасли [1]. Эффективность в системе здравоохранении подразумевает сохранение достигнутых интегральных результатов (показателей здоровья населения) за меньшие средства. Для достижения высокой эффективности наряду с мерами по правильной расстановке приоритетов в расходовании финансовых средств и по бережливому отношению к имеющимся ресурсам важнейшим направлением является повышение качества медицинской помощи (КМП).

Многочисленные научные исследования показывают, какой урон низкое качество медицинской помощи приносит здоровью населения. Так, в исследовании, которое обобщает данные 4 ранее проведенных исследований за 2008–2011 гг. в США, выявлено, что в результате предотвратимых врачебных ошибок в стационарах ежегодно погибает как минимум 210 тыс. пациентов [2], а это около 8% от всех умерших в США (2,6 млн чел.). Если экстраполировать эти данные напрямую на РФ, это не менее 150 тыс. человек, что сопоставимо с числом умерших от

внешних причин в 2015 г. (164 тыс. чел.). К сожалению, в нашей стране исследования по выявлению врачебных ошибок не проводятся.

Эта статья открывает серию из 3 статей, посвященную вопросам управления КМП. В ней мы обращаемся к вопросам планирования качества медицинской помощи в РФ: к анализу нормативной базы и показателям КМП. Во второй статье будут проанализированы меры по обеспечению КМП, в третьей – международный опыт управления КМП и результаты измерения КМП в РФ, а также даны предложения по его улучшению.

I. Понятия и определения

Под качеством медицинской помощи (КМП) в мировой практике подразумевают степень соответствия медицинской помощи установленным стандартам ее оказания, требованиям и правилам, потребностям и ожиданиям пациентов, а также степень, в которой она способствует улучшению показателей здоровья населения. Согласно закону «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», КМП – это «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность



Рис. 1. Система управления качеством медицинской помощи

выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата». По сути оба определения тождественны.

Цель политики (процесса) по управлению КМП – **непрерывное улучшение результатов**. Для этого КМП необходимо запланировать, т.е. установить показатели и их целевые значения, а также разработать соответствующую нормативную базу. Для обеспечения КМП необходимо создать условия, например, непрерывно повышать квалификацию медицинских работников, внедрять клинические рекомендации. Для улучшения КМП надо правильно измерять и контролировать фактически полученные данные. Для реализации данного процесса необходима организационно-управленческая структура и программа (документ) по улучшению КМП; меры по обучению персонала вопросам КМП. Составляющие системы управления КМП представлены на рис. 1.

Управление КМП может осуществляться на разных уровнях: на уровне врача и пациента (микроуровень), в медицинской организации (мезоуровень) и на уровне регионального органа управления здравоохранением и системы здравоохранения в целом (макроуровень). Для каждого

уровня должны быть установлены свои показатели и меры по обеспечению КМП. На **микроуровне** – это, например, непосредственное улучшение результатов лечения пациентов через внедрение клинических рекомендаций, на **мезоуровне** – внедрение стандартов аккредитации медицинских организаций (МО) и их лицензирование, на **макроуровне** – установление единых методик и разработка программы по улучшению качества медицинской помощи.

В международной практике принято различать нижеследующие категории КМП. Для каждой из них устанавливаются показатели (или индикаторы), которые должны иметь целевые значения (цифровые) с учетом лучшего значения, достигнутого в стране/регионе или запланированного правительством.

- **Результативность.** Для измерения результатов (т.е. степени соответствия установленным целям) используют такие показатели, как, например, ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) населения (для системы здравоохранения в целом) или показатель внутрибольничной летальности у пациентов с острым инфарктом миокарда в сроки до 30 дней (на уровне конкретной МО). В этой же категории используются показатели, ха-

рактически правильность процесса оказания медицинской помощи, например, доля пациентов с ишемической болезнью сердца, которым были назначены β -адреноблокаторы.

- **Доступность**, т.е. возможность получить медицинскую помощь без существенных финансовых, временных и территориальных ограничений. Показатели этой группы в узком смысле понятия КМП не характеризуют его, тем не менее большинство стран измеряют их в едином блоке с другими показателями качества. Это, например, показатель ожидания плановой медицинской помощи в стационарных условиях, время ожидания врача-специалиста в амбулаторных условиях и др. Иногда среди этих показателей дополнительно измеряют показатели обеспеченности кадровыми и материально-техническими ресурсами в расчете на 1 тыс. населения или объемов различных медицинских вмешательств в расчете на 100 тыс. населения.
- **Безопасность**, т.е. способность системы предотвращать возможные нежелательные эффекты и ошибки при оказании медицинской помощи. Например, показатель доли пациентов, получивших осложнения после абдоминального хирургического вмешательства или катетеризации подключичной вены.
- **Ориентированность на пациента**, т.е. способность удовлетворить его психологические нужды и другие ожидания, в том числе адекватный уход и вежливое обращение. Например, показатель доли пациентов, которые отмечают вежливость и внимательность врачей при приеме в поликлинике.
- **Равенство населения**, проживающего в различных регионах, в части получения доступной и качественной медицинской помощи. Например, показатель различий в доступности к участковому врачу жителей, проживающих в сельских условиях, по сравнению с жителями города.

- **Эффективность**, т.е. способность системы, организаций здравоохранения и врачей достигать наилучшего результата за имеющиеся средства. Это могут быть показатели производительности труда: объем услуг, оказанный в расчете на единицу врачебной должности или на койку в стационарных условиях; среднее время пребывания пациента на койке в разрезе профилей коек; коэффициент соотношения вложений в систему здравоохранения (например, государственные расходы в расчете на душу населения в год) и результатов (например, ОПЖ).

Показателей КМП не должно быть много, иначе процесс измерения будет отнимать время у и без того занятых медицинских работников. Как правило, в развитых странах показатели КМП устанавливаются в первую очередь для контроля конечных результатов оказания медицинской помощи и только в том случае, если в значениях этих показателей находятся серьезные отклонения, уже анализируют показатели правильности выполнения процессов (выбирают не более 1–3). В противном случае контроль становится избыточным и нерезультативным. Например, для оценки правильности лечения инфаркта миокарда в США используются индикатор результата – смертность от этой причины и индикатор процесса – назначение β -адреноблокаторов в первые 24 ч после поступления больного с диагнозом инфаркта миокарда [2].

Дополнительно следует отметить, что в нормативно-правовых актах РФ, касающихся вопросов КМП, зачастую понятия «показатель» и «критерий» не совсем верно даются как синонимы. **Показатель** – это обобщенная характеристика объекта, процесса или результата, чаще всего выраженная в цифровой форме. **Критерий** – это признак, на основании которого можно проводить оценку или уровень (степень) достижения, приближения к цели [3]. Например, степень приближения фактического значения показателя к его целевому значению может составить 90%. В законе «Об основах охраны здоровья граждан» дано следующее определение: «Критерии КМП формируются по группам заболеваний или со-

стоящий на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с ч. 2 ст. 76 настоящего федерального закона, и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти». В данном контексте вышеуказанную фразу более правильно было бы изложить следующим образом: «Показатели КМП и их целевые значения должны формироваться на основе утвержденных порядков и клинических рекомендаций, разработанных с учетом доказательной медицины». Далее мы будем использовать понятие «критерий», употребляемое в нормативных актах РФ, как синоним «показателя».

II. Анализ действующей нормативной базы по вопросам управления качеством медицинской помощи

Основные федеральные законы и другие нормативные акты, касающиеся системы управления КМП в РФ, представлены в табл. 1 с указанием на их основное предназначение и комментариями.

В РФ систематическая работа по принятым в развитых странах показателям КМП **не ведется (это будет подробно обсуждаться в третьей части статьи по управлению КМП)**. Впервые сами показатели КМП на федеральном уровне появились в Программе государственных гарантий на 2013 г. и плановый период 2014 и 2015 гг. в разделе VII «Критерии доступности и качества медицинской помощи», что само по себе является позитивным шагом. Для показателей доступности медицинской помощи были установлены целевые значения в Методических рекомендациях к этой программе [5]. Однако нижеприведенный анализ отдельных показателей программы на 2015 г. («Программа государственных

гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг.»¹) показывает, что этих показателей **недостаточно**, чтобы оценить КМП в РФ, так как это принято в развитых странах. В табл. 2 представлено, к какой категории КМП относится каждый показатель и его применимость для измерения КМП.

III. Результаты анализа

Из анализа нормативной базы следует:

1. Имеющаяся нормативная база избыточна – имеется 14 действующих нормативных документов, регламентирующих вопросы КМП в медицинских организациях. Эти документы устанавливают:

1) критерии доступности и КМП в отчетах по исполнению ПГГ (Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273);

2) лицензионные требования (Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291);

3) порядок проведения государственного, ведомственного и внутреннего контроля медицинской деятельности, в том числе за КМП (Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152 и Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1340н), а также предложения Росздравнадзора по ведению внутреннего контроля КМП, вводящие свои критерии оценки («Вестник Росздравнадзора» № 2, 2016);

4) порядок контроля КМП в системе ОМС (Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230);

5) показатели оценки деятельности медицинских организаций потребителями (Приказы Минздрава России от 28.11.2014 № 787н и от 30.12.2014 № 956н);

6) порядок и показатели оценки эффективности деятельности МО (Приказ Минздрава России от 28.06.2013 № 421);

7) критерии оценки КМП (Приказ Минздрава России от 07.07.2015 № 422ан и вступающий в силу вслед за ним Приказ Минздрава России от 15.07.2016 № 520н);

¹ Утверждена Постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273.

Таблица 1. Основные законодательные акты, регулирующие систему управления качеством медицинской помощи (КМП) в РФ

Название	Область регулирования	Комментарий
Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (с изм. от 03.07.2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Определяет КМП (ст. 2). • Определяет, что качество и доступность медицинской помощи являются приоритетами государственной политики в сфере охраны здоровья (ст. 4). • Определяет, что качество и доступность медицинской помощи обеспечиваются достаточным количеством медицинских кадров и их квалификацией, приближенностью медицинской помощи к месту проживания и работы пациентов и др. (ст. 10). • Определяет понятие экспертизы КМП и критериев КМП; критерии формируются на основе порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (проколов лечения) (ст. 64). • Устанавливает, что экспертиза КМП, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования (ОМС), проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации об ОМС, а экспертиза медицинской помощи вне системы ОМС проводится в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (ст. 64). • Сформулировано, что в рамках программы государственных гарантий (ПГГ) устанавливаются критерии КМП, а их целевые значения – уже на уровне территориальных 	<ul style="list-style-type: none"> • Разделять порядок и проведение экспертизы КМП, оказываемой в системе ОМС и вне ее, нецелесообразно, должен быть единый порядок. • Разделять процесс установления показателей качества на федеральном уровне, а их целевых значений на уровне регионов неверно, поскольку целевые значения показателей для страны должны быть едины. • Государственный, ведомственный и внутренний контроль качества медицинской деятельности следовало бы описать как разные уровни единой системы контроля КМП. • Не дано определение понятия вневедомственного контроля КМП (если есть ведомственный контроль, что тогда вневедомственный контроль)

Продолжение табл. 1

Название	Область регулирования	Комментарий
	<p>программ (ст. 81, п. 2). Более того, указано, что для медицинской помощи, оплачиваемой за счет федеральных средств, критерии ее доступности и их целевые значения устанавливаются на федеральном уровне (ст. 80, п. 6).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Определяет понятия государственного, ведомственного и внутреннего контроля медицинской деятельности в сфере охраны здоровья (ст. 85–90). • Предусматривает необходимость создания работодателями условий для повышения квалификации медицинских работников, хотя сами условия нигде в нормативной базе не конкретизированы (ст. 79). • Устанавливает порядок проведения независимого контроля качества оказания медицинских услуг МО (форма общественного контроля) (ст. 79.1) 	
<p>Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ», (с изм. от 03.07.2016)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Определяет принципы деятельности ОМС, в том числе создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи (ст. 4). • Закрепляет полномочие Федерального фонда ОМС по установлению порядка осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (ст. 7, п. 1, раздел 3). • Определяет понятие экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП), которое 	<ul style="list-style-type: none"> • Согласно этому закону, получается, что критерии (показатели) качества и доступности медицинской помощи устанавливаются в рамках базовой программы ОМС, их целевые значения – территориальными программами ОМС, соответственно каждый регион имеет собственные целевые значения. • Устанавливать критерии КМП и их целевых значений только для медицинской помощи, оплачиваемой через систему ОМС, нецелесообразно.

Продолжение табл. 1

Название	Область регулирования	Комментарий
	<p>совпадает с определением в ФЗ № 323, и порядок его проведения (ст. 40).</p> <ul style="list-style-type: none"> Устанавливает порядок применения санкций к МО по результатам ЭКМП (ст. 41 и 42). Определяет, что базовая программа ОМС должна содержать критерии доступности и КМП, а территориальная программа ОМС устанавливать их целевые значения (ст. 35 и 36). Предусматривает порядок формирования нормированного страхового запаса за счет санкций по результатам проверок МО (ст. 26, п. 6.3). Предусматривает формирование собственных средств страховой медицинской организации (СМО), в том числе за счет санкций по результатам проверок МО (ст. 28, п. 3) 	<ul style="list-style-type: none"> Закон предусматривает только штрафные санкции при нарушении КМП и не предусматривает никаких профилактических мероприятий по снижению числа нарушений КМП. Заинтересованность СМО в увеличении объема санкций, применяемых к МО, снижает эффективность контроля (СМО получает часть от этих средств в собственные фонды)
<p>Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» (с изм. от 15.04.2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Положение определяет порядок лицензирования медицинской деятельности Определяет лицензирующие органы – Росздравнадзор (для учреждений федерального подчинения) и органы исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья (для региональных и муниципальных учреждений). Перечень лицензируемых (работ) услуг Определяет лицензионные требования к МО (соискателю лицензии): здание, персонал, наличие сертификата у специалистов, опыт работы для руководителей, штатное расписание, наличие внутренней системы контроля качества. 	<ul style="list-style-type: none"> Показатели и требования, которые оцениваются при лицензировании, касаются в основном инфраструктурных элементов МО. Для оценки деятельности МО в части качества и безопасности медицинской помощи необходимо также оценивать организационные процессы, которые способствуют их улучшению. Например, наличие в МО условий для непрерывного повышения квалификации работников или наличие системы информирования и обсуждения работников об ошибочных действиях коллег.

Продолжение табл. 1

Название	Область регулирования	Комментарий
	<ul style="list-style-type: none"> • Определяет лицензионные требования к медицинской деятельности: соблюдение порядка оказания медицинской помощи; соблюдение установленного порядка осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; соблюдение установленного порядка предоставления платных медицинских услуг; повышение квалификации специалистов, выполняющих заявленные работы (услуги), не реже 1 раза в 5 лет. • Определяет порядок получения лицензии 	<ul style="list-style-type: none"> • Лицензионные требования носят формальный характер, контроль осуществляется по документам, которые зачастую сами неточны и требуют обновления. Например, оценивает медицинскую деятельность на основе порядка оказания медицинской помощи, а штатное расписание в этих порядках и стандарты оснащения могут не соответствовать потребностям конкретных МО
<p>Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг.» (ПГГ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Установлено, что ПГГ формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи. • Содержит главу IX «Критерии доступности и качества медицинской помощи», в которой представлены показатели КМП, для которых субъекты РФ должны установить целевые значения. • Анализ критериев представлен отдельно в табл. 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Установление целевых значений показателей здоровья каждым субъектом РФ в рамках своих территориальных программ должно быть согласовано с Минздравом РФ, в противном случае целевые значения показателей, установленных для страны в целом, не будут достигнуты. А собственными показателями КМП должны быть едины для всех субъектов РФ
<p>Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Устанавливает задачи государственного контроля – выявление и пресечение нарушений требований к качеству и безопасности медицинской деятельности (в том числе КМП), установленных законодательством РФ (п. 2). 	<ul style="list-style-type: none"> • Не содержит показатели КМП. • Росздравнадзор (специально созданный государственный контрольный орган) не имеет права самостоятельно накладывать штрафные санкции на МО за нарушения КМП, а государственные внебюджетные фонды

Название	Область регулирования	Комментарий
<p>Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»</p>	<p>Устанавливает пути проведения контроля: проверки (плановые и внеочередные), лицензирование медицинской деятельности и др. (п. 3).</p> <p>Устанавливает объекты контроля: органы государственной власти и местного самоуправления, государственные внебюджетные фонды и МО, осуществляющие медицинскую и фармацевтическую деятельность (п. 3).</p> <p>Устанавливает организации и лиц, осуществляющих контроль: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальные органы (Росздравнадзор), Федеральная служба по труду и занятости (в части безопасных условий труда), органы исполнительной власти субъектов РФ (в части лицензирования МО) (п. 4 и 6).</p> <p>Определяет мероприятия, с помощью которых проводится контроль: рассмотрение документов, экспертиза КМП, изучение жалоб и мнения граждан и др. (п. 11 – 14).</p> <p>Осуществляет контроль организации ведомственного и внутреннего контроля</p>	<p>и СМО (чисто финансовые организации) имеют это право. При этом Росздравнадзор обязан проверять их деятельность. Это усложняет систему и снижает значимость государственного контроля</p>
	<p>Определяет, что контроль ведомственных учреждений осуществляют федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и субъектов РФ.</p>	<p>Приказ смешивает понятия контроля и обеспечения КМП.</p> <ul style="list-style-type: none"> Показатели и критерии должны быть разработаны на федеральном уровне и одинаковы для всех контрольных органов.

Продолжение табл. 1

Название	Область регулирования	Комментарий
	<ul style="list-style-type: none"> Кроме контроля проверяющим органам ставит обеспечивать качество медицинской помощи, разрабатывать показатели КМП и критерии оценки деятельности медицинского персонала. Определяет порядок проведения контроля, в том числе необходимость соответствия порядкам и стандартам медицинской помощи. Подразделяет контроль на плановый и внеплановый. Прописывает общие требования к организации медицинской помощи (в соответствии с порядками), оказанию медицинской помощи (в соответствии со стандартами) и безопасных условий труда. Отдельно прописывает требования к фармацевтическим организациям. Прописывает сроки, порядок оформления приказов и актов о проведении проверок 	<ul style="list-style-type: none"> Следование стандартам не может быть критерием обеспечения КМП, поскольку стандарты медицинской помощи – это финансовый документ. В ситуации отсутствия единых требований к КМП на федеральном уровне (кроме стандартов и порядков) делает результаты ведомственного контроля не сопоставимыми между различными регионами РФ. Дублирует деятельность по контролю соблюдения лицензионных требований и по контролю КМП в системе ОМС
Предложения по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, опубликованы в журнале «Вестник Росздравнадзора» (№ 2 за 2016 г.)	<ul style="list-style-type: none"> Включают 10 направлений деятельности. Предусматривает разработку медицинской документации в виде таблиц – стандартные операционные процедуры и алгоритмы ведения больных. Показатели оцениваются при помощи ответов «да» или «нет» 	<ul style="list-style-type: none"> Документ не утвержден соответствующими нормативными актами. Показатели не имеют цифровых целевых значений. Введение дополнительных документов (алгоритмов) наряду с клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи – дополнительная нагрузка на МО. Необходимо провести экспертизу документа на соответствие международным нормам

Продолжение табл. 1

Название	Область регулирования	Комментарий
<p>Приказ Минздрава России от 31.10.2013 № 810а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения».</p> <p>Отменен Приказом Минздрава России от 14.05.2015 № 239</p>	<ul style="list-style-type: none"> Устанавливал порядок проведения независимой оценки качества деятельности МО в части показателей, которые могут оценить сами потребители услуг (полнота информации о деятельности организации, вежливость персонала, качество питания и др.) 	<ul style="list-style-type: none"> Методика расчета показателей представлена подробно, соответственно, публичные рейтинги о деятельности МО будут сопоставимы между регионами и МО. Однако при построении публичных рейтингов, кроме предложенных показателей, желательно использовать другие объективные показатели КМП
<p>Приказ Минздрава России от 28.11.2014 № 787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями»</p>	<ul style="list-style-type: none"> Устанавливает показатели для оценки качества медицинских услуг потребителями и методику их расчета, а также значение показателя в баллах. Показатели разбиты по условиям оказания медицинской помощи 	<ul style="list-style-type: none"> Объем показателей несколько избыточен, сбор и анализ таких показателей потребует больших трудозатрат.
<p>Приказ Минздрава России от 30.12.2014 № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения РФ, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети Интернет</p>	<ul style="list-style-type: none"> Устанавливает информацию о деятельности МО, которая должна быть размещена на интернет-сайте, в том числе об отзывах потребителей медуслуг. Устанавливает требования к содержанию и форме этой информации 	<ul style="list-style-type: none"> Не указывает, что информация должна содержать данные о рейтингах МО и объективных показателях КМП. Показатели сроков ожидания пациентами определенных видов вмешательств, не согласованы с показателями, установленными в ППТ

Продолжение табл. 1

Название	Область регулирования	Комментарий
<p>Приказ Минздрава России от 12.09.2014 № 503 «Об организации работы по формированию рейтингов госучреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения».</p> <p>Отменен Приказом Минздрава России от 14.05.2015 № 239</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ранее устанавливал показатели для формирования рейтингов МО 	<ul style="list-style-type: none"> По сути приказ не устанавливает никаких критериев и показателей КМП, а содержит перечень требований из должностных инструкций врача-специалиста. Провести в соответствии с этим приказом оценку КМП невозможно, поскольку показатели КМП должны предусматривать измеримые значения и методику их измерения
<p>Приказ Минздрава России от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»</p> <p>Действует до 01.07.2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> Содержит критерии оценки КМП при основных заболеваниях 	<ul style="list-style-type: none"> Непонятно, по каким критериям отбиралось 50 заболеваний и их группы. Представленные таблицы дублируют информацию, содержащуюся в клинических рекомендациях. Сами показатели избыточны и не учитывают противопоказаний к назначению тех или иных врачебных вмешательств, соответственно измерять по ним КМП практически невозможно. Эти псевдопоказатели никак не классифицированы, не сопровождаются методиками их измерения, не установлены их целевые значения. Все это говорит о непонимании технологии разработки показателей КМП и международного опыта по этому вопросу.
<p>Приказ Минздрава России от 15.07.2016 № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»</p> <p>Вступает в силу с 01.07.2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> По факту это Приказ МЗ РФ 07.07.2015 № 422ан только дополненный таблицами по ведению отдельных заболеваний (всего 50 таблиц по нозологическим формам). Таблицы представляю перечень назначений того или иного диагностического исследования или лечебного вмешательства пациенту. Оценка выполнения дана по принципу «да» или «нет» 	

Название	Область регулирования	Комментарий
<p>Методические рекомендации по разработке органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников, утвержденные приказом Минздрава России от 28.06.2013 № 421</p>	<ul style="list-style-type: none"> Предназначен для оценки объема и качества государственных услуг в МО для перевода работников на эффективный контракт. Устанавливает отдельные показатели (от 3 до 8) для оценки деятельности МО, их руководителей и работников; критерии достижения целевых значений этих показателей (100%, 50% и др.) и соответствующие этим критериям баллы (от 0 до 3) для начисления заработной платы (п. 4). Устанавливает также периодичность измерения представленных показателей – ежеквартально, также регламентирует создание комиссии по этому вопросу в МО. Перечислены случаи, в которых выплаты стимулирующего характера руководителю учреждения и работникам вообще не начисляются (взимание денежных средств с пациентов, нарушение лицензионных требований и др.) 	<ul style="list-style-type: none"> Сбор и анализ результатов применения этих показателей потребует огромных затрат В Приказе не установлены методика измерения показателей и их целевые значения. Соответственно, полученные данные будут несопоставимы между субъектами РФ. Перечисленные показатели, строго говоря, не относятся к показателям эффективности деятельности как работников, так и МО (т.е. не содержат оценки результатов с учетом затраченных средств) и крайне недостаточны для суждения об уровне качества и результативности этой деятельности. Приказ не согласован с вышеназванными действующими приказами и показателями, установленными в п. IX программы госгарантий
<p>Письмо Минздрава России от 02.04.2015 № 17-9/10/2-1002 «О предоставлении участковыми терапевтами и врачами общей практики еженедельной и ежемесячной информации»</p>	<ul style="list-style-type: none"> Письмо рекомендует создать на участках медико-социальные группы (социальный работник, полицейский и медицинский работник), в задачи которых должно входить проведение профилактических бесед, патронаж хронических больных (алкоголизм, наркомания), контроль приема лекарственных препаратов. 	<ul style="list-style-type: none"> Подобные меры при существенном дефиците врачей и среднего медицинского персонала, работающих в амбулаторных условиях, приведут к увеличению и без того большого документооборота в МО. Профилактические беседы вряд ли будут эффективны в лечении больных наркоманией и алкоголизмом

Окончание табл. 1

Название	Область регулирования	Комментарий
	<ul style="list-style-type: none"> Устанавливает еженедельный и ежемесячный мониторинг смертности населения на участках Устанавливает формы отчетности по мониторингу смертности на участке и числу вызовов скорой медицинской помощи 	<ul style="list-style-type: none"> См. выше.
Письмо Минздрава России от 21.05.2015 № 17-9/10/2-2324 «О формах мониторинга по смертности на участке»	<ul style="list-style-type: none"> Приказ регламентирует Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств ОМС. Суть изменений внесенных в 2016 г. сводиться к увеличению поводов к применению санкций к МО 	<ul style="list-style-type: none"> Не должен осуществлять отдельный контроль качества медицинской помощи только по принципу разных источников оплаты (средства ОМС или бюджет) этой помощи. Контроль качества медицинской помощи неэффективен в ситуации, когда не решаются вопросы с его обеспечением (например, обеспеченность медицинскими кадрами и условия для повышения их квалификации)
Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»		

Таблица 2. Анализ критериев качества и доступности медицинской помощи [4]

№ п/п	Показатель	Критерии качества медицинской помощи	Комментарии
1	Удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского и сельского (процент от числа опрошенных)	Категория КМП – ориентированность на нужды пациента. Показатель не согласован с приказом Минздрава России от 28.11.2014 № 787н	
2	Смертность населения от болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований, туберкулеза, в трудоспособном возрасте, в том числе городского и сельского (число умерших от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения)	Категория КМП – результативность системы здравоохранения на макроуровне. Данные и методика измерения – по Росстату. В перечне отсутствует интегральный показатель этой категории – ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ). Не предусмотрена процедура согласования на федеральном уровне целевых значений этих показателей, установленных в ТППГ	
3	Доля умерших в трудоспособном возрасте, в возрасте до 1 года, в возрасте 0–4 лет, в возрасте 0–17 лет на дому в общем количестве умерших в соответствующем возрасте		
4	Материнская смертность (на 100 тыс. родившихся живыми)		

№ п/п	Показатель	Комментарии
5	Младенческая смертность (на 1 тыс. родившихся живыми, в том числе в городской и сельской местности)	
6	Смертность детей в возрасте 0–4 лет, в возрасте 0–17 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста)	
7	Доля пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете	Категория – результативность диагностики и лечения на микроуровне. Методика должна устанавливаться на федеральном уровне с участием главного внештатного специалиста-онколога
8	Доля первых выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года	
9	Доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 ч от начала заболевания, с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с соответствующим заболеванием	
10	Количество обостренных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках ТППГ	См. показатель № 1
	Критерии доступности медицинской помощи	
11	Обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. населения, включая городское и сельское), в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях	Категория – обеспеченность кадровыми и материально-техническими ресурсами системы здравоохранения (напрямую к показателям КМП не относится). Данные и методика – Росстат
12	Обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. населения, включая городское и сельское), в том числе оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях	
13	Средняя длительность лечения в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (в среднем по субъекту РФ)	Категория – эффективность. Неинформативен , необходимо разделить по профилю коек, например, средняя длительность пребывания пациента на койках активного лечения. Применяется для международных сравнений

Окончание табл. 2

№ п/п	Показатель	Комментарии
14	Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров, в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на территориальную программу	Неинформативен , поскольку если увеличение доли расходов по этой статье произойдет за счет снижения расходов, например, на скорую помощь или стационарное лечение, это может привести к снижению доступности этих видов медицинской помощи населению. Научных обоснований оптимального соотношения структуры расходов по видам медицинской помощи в РФ нет. Относится к показателям, характеризующим финансирование системы здравоохранения
15	Доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, в том числе городских и сельских жителей	См. показатель № 7
16	Доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в федеральных медицинских организациях, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования	Неинформативен и не сопоставим между регионами, поскольку зависит от множества разных факторов. Например, от числа квот, которые получил данный субъект РФ (если речь идет о ВМП), и возможности оказывать ВМП в региональных учреждениях
17	Доля фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов, находящихся в аварийном состоянии и требующих капитального ремонта, в общем количестве фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов	См. показатели № 11, 12
18	Доля объема специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказанной гражданам, проживающим за пределами субъекта Российской Федерации, в котором расположена медицинская организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти, в общем объеме медицинской помощи, оказанной этой медицинской организацией (целевое значение – 50%)	Сложно оценить, так как этот показатель зависит от множества факторов, дублирует показатель 16. Целевое значение не обосновано
19	Доля доходов за счет средств обязательного медицинского страхования в общем объеме доходов медицинской организации, подведомственной федеральному органу исполнительной власти (целевое значение – не менее 20%)	Показатели относятся к финансированию МО; не информативен в части характеристики доступности ВМП. Показатель не обоснован

8) мониторинг отчетности по результатам оказания медицинской помощи на участках (Письма Минздрава от 02.04.2015 № 17-9/10/2-1002 и от 21.05.2015 № 17-9/10/2-2324);

9) показатели эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников (приказ Минздрава России от 28.06.2013 № 421в).

Если добавить к этому перечню многочисленные обязательные формы статистической отчетности, по которым МО должна отчитываться (например, формы № 12, 14, 17, 30, 40, 47) [6] и многочисленные проверки финансовой деятельности МО, на основную деятельность у руководителей и персонала медицинских организаций времени просто не остается.

2. Большинство нормативных актов, как это видно из названий, направлено на контроль КМП, а не на его обеспечение. Например, не предусмотрены государственная программа управления КМП и отдельный орган (структурное подразделение), который отвечал бы за реализацию этой программы, а также имел специально подготовленный персонал. В том числе нормативной базой не предусмотрены конкретные мероприятия по профилактике нарушений КМП, таких как непрерывное повышение квалификации врачей, создание работодателями условий для этого (доступ работников к образовательным системам в Интернете, оплачиваемые библиотечные дни, средства для посещения иногородних конференций и др.), внедрение стандартов безопасности медицинской помощи в медицинских организациях и др. Предусмотренные средства на повышение квалификации врачей в 2016 г. будут формироваться за счет средств нормированного страхового запаса, что приведет к снижению средств на оказание медицинской помощи. Расходы на повышение квалификации врачей необходимо проводить за счет федерального и региональных бюджетов.

3. Приводимые показатели КМП и виды его контроля не согласованы между собой, отсутствуют перекрестные ссылки между до-

кументами. Контроль КМП подразделяется на контроль, осуществляемый в системе ОМС, Росздравнадзором, Минздравом, потребителями медицинских услуг, а также в соответствии с лицензионными требованиями (см. табл. 1).

4. Действующие нормативные акты часто отменяются, взамен вводятся новые другого содержания. Например, за 2015–2016 гг. были отменены 3 приказа Минздрава по вопросам контроля КМП (приказ Минздрава России от 31.10.2013 № 810а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения»; приказ Минздрава России от 12.09.2014 № 503 «Об организации работы по формированию рейтингов госучреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения»; приказ Минздрава России от 07.07.2015 № 422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»). Это говорит об отсутствии продуманной политики по этому вопросу.

5. Большинство показателей КМП (кроме показателей оценки медицинских услуг потребителем) **не сопровождается методиками измерения,** т.е. каждый регион будет измерять КМП исходя из собственных представлений, что сделает результаты такого контроля **не сопоставимыми** между субъектами РФ и отдельными МО. **Целевые значения большинства показателей КМП не установлены на федеральном уровне,** что делает их применение бессмысленным, поскольку непонятно, к чему стремиться. Более того, предложенные в ПГГ показатели **не соответствуют** принятым в большинстве развитых стран, в основном они содержат показатели, оценивающие состояние здоровья населения и **недостаточные** для оценки качества, безопасности и эффективности медицинской помощи (подробно см. табл. 2). Например, в системе показателей, предложенных в рамках ПГГ, нет ни одного показателя по безопасности медицинской помощи (инфекционные осложнения после операционных вмешательств). В приказе Минздрава от 28.06.2013 № 421по оценке эффективности (результативности) дея-

тельности МО и их руководителей и работников ни один показатель не отражает эффективность деятельности МО (с точки зрения достижения оптимального результата за имеющиеся средства). Часть представленных показателей не зависит от деятельности руководства МО. Например, достижение показателя по соотношению заработной платы по всем категориям работников со средней заработной платой в субъекте зависит от объема государственного задания. И если этих средств недостаточно, руководство будет вынуждено или наращивать объем платных услуг в учреждении, или увольнять персонал. Соответственно, не будет выполнен показатель по укомплектованности врачевым персоналом. В приказе Минздрава России от 07.07.2015 № 422ан вместо показателей (критериев) просто представлен перечень обязательных действий врачей на рабочем месте.

А в Приказе Минздрава России от 15.07.2016 № 520н, который вступает в силу с 2017 г., даны **избыточные показатели** оценки процесса оказания медицинской помощи и нет ни одного показателя для оценки результатов медицинской помощи.

Выводы

Действующая нормативная база по вопросам управления КМП неполная, противоречивая, сконцентрирована только на его контроле. Как следствие, на ее базе нельзя создать единую систему обеспечения КМП в РФ. Регламентируемый нормативной базой контроль КМП избыточен, виды контроля не согласованы между собой и не соответствуют международным нормам. Необходимо принять срочные меры по актуализации нормативной базы по вопросам КМП.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Улумбекова Гузель Эрнстовна – доктор медицинских наук, руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), 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

ЛИТЕРАТУРА

1. Стародубов В.И., Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России: проблемы и решения // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение». 2015. № 1. С. 12–27.

2. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care / ed. by John T. James // J. Patient Safety. 2013. Vol. 9 (N 3). P. 122–128. Электронный доступ: http://www3.med.unipmn.it/papers/2013/LWW_Journals/2013-12-06_lww/A_New,_Evidence_based_Estimate_of_Patient_Harms.2.pdf

3. <http://vocabulary.ru/dictionary/978/word/kriterii>

4. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Краткая версия 2-го изд. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 144 с.

5. Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» (утв. Минздравом РФ от 28 августа 2001 г. № 2510/9257-01, ФОМС № 3159/40-1).

6. Какорина Е.П., Александрова Г.А., Поликарпов А.В., Голубев Н.А., Огрызко Е.В. Алгоритмы расчета основных показателей деятельности медицинских организаций : метод. рекомендации. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 400 с.

REFERENCES

1. Starodubov V.I., Ulumbekova G.E. Healthcare in Russia: problems and solutions. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie [HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education]. 2015; Vol. 1: 12–27. (in Russian)
2. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. Ed. by John T. James. J Patient Safety. 2013; Vol. 9 (N 3): 122–28. Electronic access: http://www3.med.unipmn.it/papers/2013/LWW_Journals/2013-12-06_lww/A_New,_Evidence_based_Estimate_of_Patient_Harms.2.pdf
3. <http://vocabulary.ru/dictionary/978/word/kriterii>
4. Ulumbekova G. E. Public Health of Russia. What to do. The short version of the 2nd ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2016: 144 p. (in Russian)
5. The methodical recommendations on the procedure of formation and an economic substantiation of territorial programs of state guarantees of rendering to citizens of the Russian Federation of free medical aid" (app. The Ministry of health of the Russian Federation of 28 August 2001, № 2510/9257-01, Federal Compulsory Medical Insurance Fund No. 3159/40-1). (in Russian)
6. Kakorina E.P., Aleksandrova G.A., Polikarpov A.V., Golubev N.A., Ogryzko E.V. Algorithms for the calculation of the basic indicators of activity of medical organizations: method. recommendations. Moscow: GEOTAR-Media, 2016: 400 p. (in Russian)



Международные стандарты качества в эффективном контракте врача многопрофильного стационара

Г.Е. Ройтберг^{1,2},
Н.В. Кондратова^{1,2}

¹ Клиника ОАО «Медицина», Москва

² ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

Внедрение эффективного контракта в учреждениях здравоохранения является одной из актуальных задач, призванных повысить качество медицинской помощи. Разработка критериев качества работы, учитывающих требования стандартов качества медицинской помощи и безопасности и удовлетворенности пациентов, является неотъемлемой частью эффективного контракта.

Ключевые слова:

эффективный контракт, качество медицинской помощи, международные стандарты качества

International quality standards in effective contract with physicians of multidisciplinary hospital

G.E. Roytberg^{1,2}

¹ Medicina Clinic JSC, Moscow

N.V. Kondratova^{1,2}

² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

Implementing an effective contract in health care is it is one of the urgent tasks designed to improve the quality of medical help. Develop criteria of quality of work, taking into account the requirements standards of quality of care and security and patient satisfaction, is an integral part of an efficient contract.

Keywords:

effective contract, quality of medical care, international quality standards

Создание системы дифференцированной оплаты труда является одним из инструментов повышения мотивации врачей и медицинских сестер к качественному выполнению своих должностных обязанностей и достижению целевых показателей работы. Основными задачами введения системы дифференцированной оплаты труда на уровне учреждения являются:

- стабильное функционирование учреждения в современных условиях за счет оказания востребованного объема медицинских услуг максимально возможного качества;
- повышение уровня социальной защищенности членов коллектива, поддержание благоприятного психологического климата путем достижения объективности и справедливости в вопросах оплаты труда;
- повышение удовлетворенности пациентов от взаимодействия со службами учреждения;
- повышение социальной, медицинской и экономической эффективности деятельности учреждения здравоохранения.

Термин «эффективный контракт» был впервые использован в предвыборной статье В.В. Путина в 2012 г. «Строительство справедливости, социальная политика для России». В Распоряжении Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 № 2599-р «Об утверждении плана мероприятий (“дорожной карты”) “Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения”» предусмотрено, что целью «дорожной карты» в отраслях социальной сферы является повышение качества медицинской помощи на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и их работников, и она призвана обеспечить установление механизмов зависимости уровня оплаты труда работников от количества и качества предоставления населению бесплатных медицинских услуг. В документе отмечается, что для установления действенных механизмов зависимости уровня оплаты

труда работников медицинских организаций от объема и качества предоставляемых медицинских услуг (обеспечения предоставления медицинских услуг) необходимо переводить медицинских работников на эффективный контракт.

При создании ключевых показателей (КП) работы врача возникает целый ряд трудностей: необходимость объективизации конечных результатов, а также измерение результатов в единой числовой системе, что приводит к появлению различных коэффициентов и методик расчета КП. В Приказе Минздрава № 421 от 28.06.2013 не установлены методика измерения показателей оценки эффективности и их целевые значения, таким образом, возникает проблема сопоставимости данных между различными учреждениями.

Вопрос о разработке критериев качества работы для различных групп медицинского персонала (врачей, медицинских сестер, младшего медицинского персонала) является краеугольным камнем внедрения эффективного контракта.

Организационно-методические подходы к созданию дифференцированной оплаты труда в многопрофильном стационаре с учетом требований международных стандартов качества

Клиника ОАО «Медицина» – многопрофильная клиника в Москве, которая имеет сертификат качества по ISO 9001 и по международным стандартам JCI, в клинике также внедрена система управления качеством EFQM. Клиника является лауреатом премии качества EFQM 2012 г. Стандарты для учреждений здравоохранения международной объединенной комиссии (JCI) посвящены амбулаторному и стационарному лечению, реабилитации, клинической лабораторной диагностике, медицинской транспортировке, а также сертификации программ по лечению отдельных заболеваний. Стандарты

ЖСИ являются основой для аккредитации учреждений здравоохранения и сертификации других программ во всем мире. Они используются для развития и внедрения программ аккредитации во многих странах, а также применяются министерствами здравоохранения и различными общественными организациями для изучения и повышения безопасности и качества лечения пациентов.

Клиника ОАО «Медицина» имеет в своей структуре поликлинику на 1800 посещений в день, стационар на 50 коек, диагностические отделения и отделение реабилитации. Многолетний опыт работы клиники в системе российского здравоохранения и международных стандартов диктует требования к созданию дифференцированной оплаты труда медицинского персонала, учитывающий комплексное достижение показателей качества.

Оценка качества работы врачей стационара в клинике ОАО «Медицина»

В клинике ОАО «Медицина» заработная плата врача состоит из двух частей: фиксированный оклад, который гарантированно выплачивается врачу, и премиальная часть. Премиальная часть зависит от 3 основных показателей:

1. Соблюдение трудовой дисциплины (от 5 до 50% от премиальной части заработной платы).

2. Удовлетворенность пациента (наличие обоснованных жалоб пациента и данные рейтинга) (от 5 до 20% от премиальной части заработной платы).

3. Оценка качества оказанной медицинской помощи и безопасности пациента в соответствии с международными стандартами качества ЖСИ, соблюдение протоколов ведения пациентов с различными нозологиями. Размер премиальной части зависит от оценки качества, которая определяется в баллах (максимально врач может получить 20 баллов).

Пример расчета премиальной части заработной платы врача с использованием критериев эффективного контракта.

1. Оценка случая стационарного лечения. При проверке карты стационарного пациента заведующим отделением выявлены следующие дефекты:

- пациенту рекомендованы биологически активные добавки, которых нет в формуляре больницы – 1 балл;
- в истории болезни не проведена оценка боли в послеоперационном периоде – 1 балл;
- перед операцией не проведена процедура тайм-аута – 1 балл.

Таким образом, оценка данного случая стационарного лечения 17 баллов. Если врач пролечил 3 пациентов, и по остальным случаям замечаний не было, то итоговая оценка качества будет:

$$(17 + 20 + 20)/3 = 19 \text{ баллов.}$$

2. Пациент обратился с жалобой на врача, которая при комиссионном разборе была признана обоснованной. Это снижает оценку врача еще на 4 балла. Общая оценка качества становится $19 - 4 = 15$ баллов.

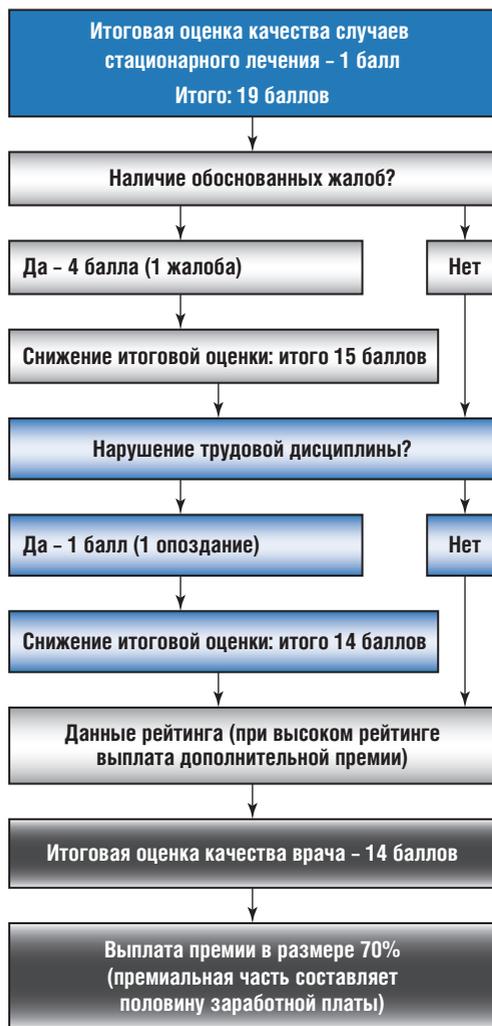
3. За месяц врач 1 раз опоздал на работу, и это уменьшает его оценку качества еще на 1 балл. Общая оценка качества становится $15 - 1 = 14$ баллов.

4. По данным рейтинга врач имеет средние оценки, поэтому нет оснований для дополнительных выплат.

Таким образом, **итоговая оценка качества составит 14 баллов из 20 возможных, или 70%** (см. рисунок). **Размер премиальной части, которая составляет половину общего дохода врача, при выплате заработной платы будет уменьшен на 30%.**

Внутренний контроль соблюдения трудовой дисциплины: возможности применения электронных технологий

В клинике ОАО «Медицина» контроль своевременности прихода и ухода в соответствии



Формирование оценки качества врача

с графиками работы осуществляется с помощью автоматизированной системы «Биотайм». Каждый сотрудник при входе в клинику должен пройти через турникет и отметить факт прихода в системе «Биотайм», которая работает по принципу идентификации отпечатков пальцев. Сотрудник прикладывает палец к датчику, который автоматически распознает его и фиксирует соответствие прихода и ухода времени, зафиксированном в графике. Ранее в клинике использовалась система регистрации прихода и ухода сотрудников при помощи считывания данных

с пластиковых карточек, однако эта система оказалась недостаточно эффективной: опаздывающие сотрудники передавали карточки своим коллегам, делали карточки-дубликаты, забывали и теряли их, в связи с чем было принято решение о модернизации системы регистрации прихода и ухода сотрудников. С момента внедрения системы «Биотайм» количество опаздывающих сотрудников значительно уменьшилось и не превышает 1%. При несоответствии между реальным временем прихода сотрудника и графиком работы этот факт учитывается в оценке качества работы сотрудника.

Удовлетворенность пациента и оценка качества работы врача

Оценка удовлетворенности пациента качеством работы врача осуществляется с помощью анализа отзывов пациента, как положительных, так и отрицательных. В клинике ОАО «Медицина» организованы следующие каналы поступления отзывов:

- сообщения из соответствующего раздела сайта ОАО «Медицина» www.medicina.ru;
- анонимные ящики сбора информации, установленные в подразделениях клиники ОАО «Медицина»;
- письменные и устные обращения физических лиц к руководству;
- звонки от пациентов по прямому телефону директора медицинской службы;
- жалобы и благодарности из заполненных чек-листов участниками программы «Секретный пациент»;
- официальные письма от страховых компаний и организаций;
- письменные и устные обращения сотрудников ОАО «Медицина» к руководству по вопросам, связанным с качеством медицинской помощи.

В клинике работает комиссия по жалобам, которая рассматривает каждое обращение и принимает решение о его обоснованности. Наличие каждой обоснованной жалобы учитывается в оценке качества работы врача и снижает ее на 4 балла.

Пациенты также могут оценить своего врача и принять участие в формировании его рейтинга через интернет-сайт или заполнив вручную бланки, размещенные в зонах ожидания.

Данные рейтинга учитываются при формировании премиальной части оценки работы врача.

Контроль качества работы врача в соответствии с международными стандартами: организация и принципы оценки

Контроль качества работы лечащего врача стационара осуществляется на нескольких уровнях.

I уровень контроля – самостоятельная проверка лечащим врачом качества работы.

II уровень. Заведующий отделением оценивает каждый случай стационарного лечения исходя из 20 баллов в соответствии с 10 основными разделами международных стандартов качества JCI (см. таблицу). Каждое замечание из критериев качества снижает оценку на 1 балл. Оценку качества заведующий отделением регистрирует в медицинской электронной системе. По итогам месяца формируется итоговая оценка исходя из 20 баллов.

Каждый врач в любой момент может ознакомиться не только со своей оценкой и замечаниями по каждому случаю стационарного лечения и с общей оценкой качества, но и с оценкой своих коллег, сравнив свои показатели с оценками других врачей отделения.

III уровень. Заместитель директора медицинской службы по экспертизе и качеству медицинской помощи или директор медицинской

Контроль качества работы лечащего врача стационара

Раздел стандарта	Критерии качества
Оценка состояния пациента	Правильность формулировки диагноза. Полнота оценки состояния пациента при первичном осмотре и ежедневных осмотрах лечащего врача. Полнота назначенного объема лабораторного и инструментального обследования
Лечение пациента	Правильность врачебной тактики. Планирование лечебного процесса. Полнота назначенных консультаций отделения реабилитации. Обеспечение контроля боли. Правильность определения показаний, проведения и оформления документации при переливании крови. Выполнение требований по работе с пациентами особых групп (дети, беременные женщины, маломобильные группы пациентов, пациенты с физическими недостатками, умирающие пациенты, жертвы насилия, пациенты со спутанным сознанием, пациенты, получающие диализ). Соблюдение сроков лечения. Исход заболевания
Хирургическое лечение	Правильность оказанного хирургического лечения. Наличие послеоперационных осложнений. Расхождение дооперационного и послеоперационного диагноза
Международные цели безопасности	Правильная идентификация пациента, соблюдение правил эффективной коммуникации, правильное назначение и введение препаратов высокого риска, соблюдение международного протокола безопасности хирургического вмешательства, соблюдение правил профилактики падений
Лекарственная терапия	Правильность назначений лекарственной терапии. Контроль эффективности лекарственной терапии и лекарственных взаимодействий. Соответствие назначенной лекарственной терапии формуляру. Соответствие назначенной лекарственной терапии принятым в клинике рекомендациям по нозологиям. При развитии побочных эффектов лекарственной терапии – правильная регистрация и реагирование на развитие побочных эффектов

Раздел стандарта	Критерии качества
Права пациентов и членов их семей	Правильность оформления информированных согласий и отказов от медицинского вмешательства. Взаимодействие с членами семьи пациента
Обучение пациентов и членов их семей	Проведение обучения пациента и членов его семьи во время госпитализации. Своевременность и полнота выдачи образовательных материалов пациенту и членам его семьи
Выписка пациента	Правильность оформления выписного эпикриза. Обеспечение преемственности лечения пациента.
Управление информацией	Оформление медицинской документации
Безопасность окружения пациента	Соблюдение требований безопасного окружения пациента (правильная транспортировка, сопровождение пациентов групп риска, безопасное окружение пациентов высокого риска падений)

службы осуществляет выборочную проверку случаев стационарного лечения по поручению президента клиники.

IV уровень. Ежемесячно члены лечебно-контрольной подкомиссии проводят экспертизу 20 случаев стационарного лечения и имеют право коллегиально изменить выставленную заведующим отделением оценку в сторону повышения или понижения. Любой врач также имеет возможность обратиться в лечебно-контрольную подкомиссию в том случае, если он

не согласен с оценкой качества случая стационарного лечения, выставленной заведующим отделением.

Заключение

Разработанные критерии качества оценки работы врача в соответствии с международными стандартами отражают качество лечебного процесса и могут быть использованы при внедрении в практику эффективного контракта.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Ройтберг Григорий Ефимович – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой семейной медицины ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, президент многопрофильной частной клиники ОАО «Медицина» (Москва)

E-mail: contact@medicina.ru

Кондратова Наталья Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», главный врач стационара ОАО «Медицина» (Москва)

E-mail: kondratova@medicina.ru



Контрольно-надзорные функции органов сферы здравоохранения: анализ и предложения в части экспертизы качества медицинской помощи

А.А. Старченко

ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

Пациентоориентированность – новый тренд системы контрольно-надзорных органов, интегрирующий в единую иерархическую экспертную систему страховые медицинские организации, фонды обязательного медицинского страхования и управления Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, единение экспертной деятельности в рамках ОМС и государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Ключевые слова:

пациентоориентированность, контроль и надзор в сфере здравоохранения, экспертиза качества медицинской помощи

Oversight functions of health administration: analysis and proposals in the context of expert quality report of medical care

A.A. Starchenko

Moscow Region Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirsky

Focus on patient care – the new trend of system of control supervisory authorities integrating into single expert system medical insurance companies, funds of obligatory medical insurance and Federal service on supervision in health sector, consolidation of expert activities within obligatory medical insurance and the state quality control and safety of medical activities.

Keywords:

focus on patient care, oversight and compliance monitoring in health care, expert quality report of medical care

Президент РФ В.В. Путин, выступая с Посланием Федеральному Собранию РФ 3 декабря 2015 г., определил: «Прямая обязанность страховых компаний, работающих в системе ОМС, – отстаивать права пациента, в том числе при необоснованных отказах в бесплатном оказании медицинской помощи».

Ранее, в предыдущем Послании, Президент РФ поставил такую задачу: «Система ОМС должна в полной мере финансово обеспечить государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи. Это касается и общего объема средств, и их доведения до конкретных больниц или поликлиник. При этом пациент должен знать, какую помощь ему обязаны предоставить бесплатно, а врач – понимать, по каким принципам оплачивается его работа... Задача заключается в том, чтобы работал именно страховой принцип, чтобы возросла ответственность человека за свое здоровье».

Пациентоориентированность – новый тренд сферы здравоохранения, в том числе работы системы контрольно-надзорных органов, интегрирующий в единую иерархическую медико-экспертную систему страховые медицинские организации (СМО), территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС) и Росздравнадзор, объединяя экспертную деятельность в рамках ОМС и государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Провозглашение принципа пациентоориентированности состоялось как ответ исполнительной власти на дискуссии о системе контроля и надзора сферы здравоохранения России на форуме Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину!» (2015 г.). По итогам форума Владимир Путин подписал перечень поручений, и среди них особо выделил следующее – представить предложения по внесению в законодательство Российской Федерации изменений, касающихся:

- конкретизации обязанностей СМО по защите прав застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи МО (в том числе в случае необоснованного отказа в оказании медицинской помощи,

предусмотренной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи), по информированию застрахованных лиц о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи;

- усиления контроля исполнения СМО обязанностей в системе ОМС, а также установления мер административной ответственности за их неисполнение.

Решить указанные проблемы невозможно в отрыве от всей сложившейся системы контроля и надзора сферы здравоохранения [1–6].

Конкретизация обязанностей СМО по защите прав застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи в МО – это новое перераспределение страховых рисков пациентов на плечи СМО. К этим рискам относятся:

- отказ в оказании медицинской помощи;
- навязывание платных услуг, которые могут быть оплачены СМО, так как они включены в программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;
- отказ в бесплатном предоставлении лекарственных препаратов, медицинских изделий, питания – всего, что предусмотрено программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (программа ОМС);
- вероятность нанесения пациенту ущерба здоровью и жизни при оказании медицинской помощи;
- вероятность нанесения пациенту ущерба здоровью и жизни отказом в оказании медицинской помощи;
- вероятность потери трудоспособности при оказании ему медицинской помощи;
- вероятность остаться без средств при затяжных судебных процессах по искам о возмещении материального и морального вреда при оказании медицинской помощи, включенной в программу ОМС.

Ряд вышеприведенных рисков успешно анализируется и предотвращается Росздравнадзором, поэтому формулировки новых страховых принципов системы ОМС невозможно рассматри-

вать изолированно от других контрольно-надзорных органов.

Совместное следование Росздравнадзора, ФОМС и СМО по пути пациентоориентированности приведет к большей степени защиты пациента при уважительном отношении к медицинскому работнику – главной фигуре здравоохранения.

Установление конструктивного взаимодействия между Росздравнадзором, ФОМС и СМО позволит предупредить и компенсировать риски пациентов, которые перекладываются на профессиональные СМО, в строгом соответствии с требованием Президента России *«отстаивать права пациента, в том числе при необоснованных отказах в бесплатном оказании медицинской помощи»*:

I. Введение обязанности СМО иметь офисы (филиалы, представительства) во всех субъектах РФ, независимо от наличия или отсутствия в этих субъектах РФ застрахованных лиц. Это финансовый риск для СМО – вести ОМС в субъекте при малом числе или отсутствии застрахованных лиц. Но это предотвращает риск для застрахованного лица, оказавшегося в данном субъекте РФ (командировка, отпуск), оказаться без медицинской помощи в отсутствие поддержки страховой компании. Этот страховой принцип можно было бы назвать федерализацией СМО.

II. Возмещение материального вреда застрахованному лицу, нанесенного навязыванием ему платных медицинских услуг, включенных в программу ОМС.

III. Возмещение материального вреда застрахованному лицу, нанесенного ему обязательством оплатить лекарственные препараты и медицинские изделия, включенные в программу ОМС.

IV. Реальное досудебное возмещение пациенту морального вреда и материального ущерба, связанного с причинением вреда его жизни и здоровью при отказе в оказании ему медицинской помощи (У66 – Случайное нанесение вреда больному: непредоставление хирургической и терапевтической помощи, преждевременное прекращение хирургической и терапевтической помощи).

V. Реальное досудебное возмещение пациенту морального вреда и материального ущерба, связанного с причинением вреда его жизни и здоровью по формулировке диагноза по МКБ-10, например, оставлением инородного тела, перфорацией органа, ошибочностью дозировки, недостаточной стерильностью, несовместимостью крови и другими причинами, конкретизированными разделом У60–У65 Международной классификации болезней (МКБ) 10-го пересмотра.

Эти страховые принципы (страховые риски) в системе ОМС должны обеспечиваться и реализовываться СМО. Аналогично такие же полномочия должны быть даны Росздравнадзору по защите рисков пациентов при получении медицинской помощи вне системы ОМС, а также при государственном контроле соблюдения государственными внебюджетными фондами прав граждан в сфере охраны здоровья граждан.

Пациентоориентированность как новый принцип работы системы контрольно-надзорных органов реализуется в рамках исполнения положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152, как формирование единого медико-экспертного поля:

1. СМО осуществляет контроль качества оказания медицинской помощи МО в системе ОМС методом экспертизы качества медицинской помощи.

2. ТФОМС осуществляет контроль экспертной деятельности СМО методом реэкспертизы качества медицинской помощи.

3. Росздравнадзор в рамках полномочий, данных постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152, осуществляет контроль реэкспертной деятельности ТФОМС методом экспертизы качества медицинской помощи.

4. Аттестованные в рамках реализации приказа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 16.03.2015 № 1620 эксперты качества медицинской помощи СМО могут проводить экспертизу при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе при осу-

ществлении Росздравнадзором государственного контроля соблюдения государственными внебюджетными фондами прав граждан в сфере охраны здоровья граждан.

Таким образом, пациентоориентированность одновременно является демократическим принципом сдержек и противовесов, реализуемым системой контрольно-надзорных органов:

1) право контроля (экспертиза СМО, реэкспертиза ТФОМС, экспертиза Росздравнадзора) сдерживается возможностью надзора за данным правом;

2) отсутствие неподнадзорных элементов;

3) эксперты, включенные в разные уровни иерархии контроля, осуществляют экспертную деятельность по одним принципам.

Реализация этих положений возможна при законодательном придании СМО мощной исполнительной функции – права досудебного возмещения застрахованному лицу материального вреда, причиненного взиманием денежных средств за услуги, предусмотренные программой ОМС. Это существенно сократит временные (3–4 года) и судебные финансовые издержки гражданина.

Социальная значимость. Существующее положение жителя небольших городов и сел обременительно. Фактически оно ограничивает его право на обращение за судебной защитой в силу опасения за свое здоровье, так как после решения суда он опять-таки будет вынужден обращаться за медицинской помощью в то же учреждение здравоохранения, с которым состоял в судебном споре. СМО, пользуясь финансовым и экспертным авторитетом, лицензией ЦБ РФ на ОМС, обязана в таких случаях осуществлять досудебные выплаты гражданину.

Финансовый источник досудебного возмещения застрахованным лицам – целевые средства ОМС.

Приведем алгоритм действий СМО по досудебному возмещению застрахованным лицам материального ущерба:

1. Рассмотрение жалобы застрахованного лица на незаконное взимание денежных средств МО за медицинские услуги, предусмотренные программой государственных гарантий бес-

платной медицинской помощи, или понуждение к приобретению за личные средства лекарственных препаратов, медицинских изделий и другие материальные ценности, включенные в программу ОМС.

2. Проведение целевой экспертизы качества медицинской помощи по жалобе застрахованного лица с установлением показаний к выполнению медицинских услуг, назначению лекарственных препаратов или медицинских изделий, включение их в порядки и стандарты оказания медицинской помощи, клинические протоколы, обязательные перечни и формуляры, предусмотренные законодательством РФ.

3. Предъявление Акта целевой экспертизы качества медицинской помощи по жалобе застрахованного лица и предписания в МО о возмещении гражданину незаконно понесенных затрат в месячный срок.

4. Отказ МО в месячный срок возместить незаконно понесенные затраты гражданину является основанием для возмещения СМО гражданину из целевых средств ОМС с последующим удержанием данной суммы из объема финансирования МО.

5. С целью предупреждения возможных злоупотреблений со стороны СМО необходимо предусмотреть формирование сдержек и противовесов: удержание суммы из объема финансирования МО проводится после реэкспертизы качества медицинской помощи ТФОМС, подтверждающей выводы о необходимости возмещения гражданину незаконно понесенных затрат.

6. Денежные средства перечисляются СМО на расчетный счет гражданина по Акту целевой экспертизы качества медицинской помощи СМО и Акту реэкспертизы ТФОМС.

7. В случае несогласия МО с решением СМО и ТФОМС медицинская организация направляет иск в судебные инстанции, тем самым пациент, уже получивший компенсационное возмещение, исключается из дальнейших судебных споров между МО, СМО и ТФОМС, а следовательно, не несет риска потери денежных средств и мести со стороны сотрудников МО при очередном обращении за медицинской помощью. Реализация

этих двух страховых принципов несет финансовый риск для СМО: если в судебном споре она проигрывает МО, возмещение пациенту признается судом необоснованным, и СМО возмещает МО из собственных средств ранее изъятую из финансирования сумму.

Возмещение пациенту морального и материального ущерба, связанного с причинением вреда его жизни и здоровью при оказании ему медицинской помощи ненадлежащего качества. Аналогично реализации предыдущих двух принципов: СМО, изымая по решению, одобренному ТФОМС, из финансирования МО сумму на компенсацию вреда жизни и здоровью пациента, несет риск выплаты МО означенной выше суммы из собственных средств по судебному решению, признавшему выплату пациенту необоснованной.

В рамках решения указанной проблемы эксперты медицинской помощи ставят важный вопрос: в какой модели эксперт сможет проявить максимальную объективность – **в модели частных СМО или в модели государственных институтов?**

Очевидно, что сегодня соблазн административного давления на эксперта огромен. Поэтому основным гарантом независимости и объективности эксперта является финансовая устойчивость и независимость от местных органов власти СМО: чем она финансово более устойчива, чем больше застрахованных из большого числа субъектов РФ отдали ей предпочтение, тем больше социальная база и опора этой страховой компании, тем больше возможностей привлекать разных экспертов к работе, тем объективнее выводы экспертов независимо от мнения чиновничества, уважительнее к выводам экспертов СМО и представители судебно-медицинской службы, правоохранительных органов и суда.

Предложения по реализации принципа пациентоориентированности в системе контрольно-надзорных органов

С целью реализации этого принципа в системе ОМС (СМО–ТФОМС–Росздравнадзор) **целесо-**

образно внедрять новые нормы предотвращения смертности – объективизацию контроля преемственности оказания медицинской помощи, соблюдение этапности оказания медицинской помощи и ее стандартизации:

1. В нормативных актах руководителей органов государственной власти субъектов Российской Федерации должны быть указаны соответствующие требования по последовательности внедрения обязательных позиций стандартов медицинской помощи в форме утвержденных:

- перечня нозологических форм в соответствии с ч. 16–19 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ (заболевание, состояние, основное заболевание, сопутствующее заболевание), курация (диагностика, лечение, профилактика, реабилитация) которых разрешена на уровне конкретной отдельной МО в соответствии с требованиями, обеспечивающими доступность и качество оказания медицинской помощи пациенту;
- правил направления, перевода и медицинской эвакуации больных конкретными нозологическими формами (состояниями, заболеваниями) с целью консультации, диагностики, лечения, профилактики и реабилитации из конкретной МО одного этапа оказания медицинской помощи на другой, вышестоящий этап с соблюдением требований своевременности оказания медицинской помощи и учетом соразмерности временного, пространственного и транспортного факторов для ее оказания.

2. Введение в реестр пролеченных онкологических пациентов данных:

- стадия онкологического процесса в соответствии с отечественной классификацией (I–IV стадия) – для оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов диагностики (стандарты для разных стадий) и контроля результата;
- номенклатурный код или наименование хирургического вмешательства, выполненное пациенту, определяющее клинико-статистические группы болезней.

3. Введение в Программу государственных гарантий конкретные цифровые значения критериев качества медицинской помощи:

- доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года;
- доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в МО, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы ОМС;
- доля выездов бригад скорой медицинской помощи (СМП) со временем доезда до пациента менее 20 мин с момента вызова в общем количестве вызовов;
- доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 ч от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда;
- доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия (ТЛТ), в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда;
- доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда;
- количество проведенных выездной бригадой СМП тромболитисов у пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда в расчете на 100 пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами СМП;
- доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 ч от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями;

- доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена ТЛТ в первые 6 ч госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом.

Основанием для подобного предложения является ежегодное постановление Правительства РФ, которым утверждается Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающая раздел «IX. Критерии доступности и качества медицинской помощи», но не содержащая цифровых параметров критерия качества медицинской помощи, поэтому субъекты РФ нередко устанавливают **произвольные цифры**. Из такого подхода к критериям качества медицинской помощи следует возможность нарушения конституционной гарантии на равное право граждан РФ на получение медицинской помощи равно надлежащего качества, что способствует дискриминации граждан в равноправии на надлежащее качество медицинской помощи в зависимости от места проживания. Напомню: Президент РФ, являясь гарантом исполнения Конституции РФ, стоит на защите равного права для всех граждан на объем, качество и доступность медицинской помощи, что и выражено в его Послании 2015 г.

Поэтому с целью общественного контроля и медицинской экспертизы документ должен содержать целевые цифровые значения критериев (показателей) качества медицинской помощи, которые соответствовали бы и отражали надлежащее качество медицинской помощи.

4. Введение в реестр пролеченных пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения и острыми коронарными синдромами:

- 1) на догоспитальном этапе:
 - время доезда кареты СМП (время контакта с больным с момента вызова СМП);
 - дата выполнения ТЛТ;
 - код препарата для ТЛТ;
 - доза препарата для ТЛТ;
 - при отсутствии введения препарата – причина: противопоказание по инструкции, отсутствие препарата;

- 2) на госпитальном этапе:
- дата выполнения ТЛТ;
 - код препарата для ТЛТ;
 - доза препарата для ТЛТ;
 - при отсутствии введения препарата – причина: противопоказание по инструкции, отсутствие препарата или др.
 - *время, прошедшее от начала заболевания до госпитализации* (доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 ч от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда);
 - *сведения о проведенной ТЛТ (препарат, доза и т.д.) и причины отказа в применении лекарственных средств (противопоказания по инструкции, отсутствие препарата, др.)* (доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена ТЛТ, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда);
 - *сведения о стентировании коронарных артерий (дата операции, номенклатурный код вмешательства и т.д.), в случае отказа – причина (конкретное противопоказание для постановки стента, отсутствие стента, др.)* (доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда);
 - *время, прошедшее от начала заболевания до госпитализации* (доля пациентов с острыми цереброваскулярными заболеваниями, госпитализированных в первые 6 ч от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными заболеваниями);
 - *сведения о проведенной ТЛТ (препарат, доза и т.д.) и причины отказа в применении лекарственных средств (противопоказания по инструкции, отсутствие препарата, др.)* (доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена ТЛТ в первые 6 ч госпитализации,

в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом).

Исходя из вышеприведенных положений пациентоориентированность в отечественном здравоохранении следует рассматривать как двуединую принцип-задачу:

- конкретный набор реально реализуемых организационно-медицинских предложений, которые могут существенно снизить негативные риски пациентов при получении медицинской помощи, в первую очередь летальный исход как безвозвратную потерю для общества;
- создание ориентированной на результат системы контроля с интегрированным функционированием всех контрольно-надзорных органов (СМО–ТФОМС–Росздравнадзор) с целью выявления дефектов при оказании пациенту медицинской помощи и последующего их предупреждения.

Проблемы и предложения по взаимодействию в системе контрольно-надзорных органов (СМО–ТФОМС–Росздравнадзор)

Консенсус в системе и иерархии правоотношений «учреждение здравоохранения–эксперт качества медицинской помощи–страховая медицинская компания–ТФОМС–пациент» в процессе осуществления экспертной деятельности возможен только на базе взаимного уважения субъектов системы, которое, в свою очередь, формируется в результате открытого, ясного и четкого формулирования правил взаимодействия субъектов системы. Представляем читателю далеко не исчерпывающую классификацию моделей конфликтов системе ОМС.

1. Конфликт в системе «СМО–застрахованное лицо».

Вступившим в силу с 01.01.2011 Федеральным законом РФ от 29.11.2010 № 326-ФЗ предусмотрен ряд норм, устанавливающих обязанность СМО осуществлять контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи гражданам по ОМС.

В соответствии с п. 9 ч. 7 ст. 34 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи ведет ТФОМС: «7. Территориальный фонд осуществляет следующие полномочия страховщика: ...9) ведет территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи».

Приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» установлено: «При проведении экспертизы качества медицинской помощи эксперт качества медицинской помощи имеет право на сохранение анонимности/конфиденциальности».

Методическими указаниями ФОМС о порядке ведения реестров экспертов качества медицинской помощи в сфере ОМС от 17.02.2011 (№ 822/30-5/и) к полномочиям ТФОМС отнесены:

- формирование территориального реестра экспертов при предоставлении последними (в качестве кандидатов) сертификата специалиста и свидетельства о подготовке по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС (неустановленных нормативными актами образцов);
- формирование территориального реестра экспертов на основании ходатайств органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения; Управления Росздравнадзора по субъекту Российской Федерации; профессиональной медицинской ассоциации; общественного объединения специалистов медицинского профиля; МО; СМО;
- вынесение решения о включении в реестр;
- вынесение решения об исключении из реестра.

Таким образом, на сегодняшний день СМО вынуждена выполнять экспертизу качества ме-

дицинской помощи (ЭКМП) силами экспертов качества медицинской помощи. Регулирование этой экспертной деятельности (ведение реестра, включение в реестр и исключение из него, учет претензий к качеству работы ЭКМП, поступающих от организаторов и/или субъектов контроля) в полной мере и исчерпывающе осуществляется ТФОМС.

В этих условиях законодательства СМО может нести риск ответственности за качество экспертной деятельности эксперта, тем более при наличии у эксперта права на сохранение анонимности/конфиденциальности.

Схема возникновения ответственности может быть следующей: ненадлежащее качество выполнения экспертизы экспертом из реестра ТФОМС, которое фактически представляет собой заключение СМО, направляется пациенту, который не может согласиться с такими выводами эксперта и обращается в медико-юридические центры, Лигу защитников пациентов, экспертные бюро, которые готовят возражения на выводы экспертизы и иск в суд.

Специалисты медико-юридических фирм и адвокатских контор основывают свои возражения на фундаментальном принципе квазинезависимости эксперта из реестра ТФОМС: эксперт из реестра ТФОМС – это, как правило, медицинский работник системы здравоохранения того же субъекта РФ, на учреждение которого жалуется пациент. Поэтому выводы такого квазиэксперта **необъективны, скрывают истинное положение с качеством** оказанной помощи, не выдерживают проверки действующим законодательством о государственной судебной экспертной деятельности. Таким образом, в возражениях медико-юридического бюро основным аргументом будет указано суждение о невозможности вынесения судебного решения на основании такого акта экспертизы, как на основании доказательства, полученного с нарушением норм законодательства о государственной судебной экспертной деятельности.

Ответчиком по данному иску, с точки зрения, увеличения объема возмещения вреда юристами медико-юридического бюро наряду с учреждением здравоохранения, причинившим реальный

вред жизни и здоровью пациента, указывается и страховая медицинская компания, которая представила своему застрахованному лицу экспертизу ненадлежащего качества, выполненную экспертом из реестра ТФОМС.

СМО как потенциальный ответчик, по мнению специалистов медико-юридического бюро, располагает финансовыми средствами для возмещения львиной доли вреда жизни и здоровью застрахованного лица, так как она не выполнила перед ним свою основную обязанность – защиту прав и законных интересов застрахованного лица, предоставив акт экспертизы ненадлежащего качества.

В этих условиях и при такой аргументации районному суду проще всего принять решение о субсидиарной ответственности учреждения здравоохранения и СМО, отнеся основное финансовое бремя на ее счет. Такое «простое» решение районного суда будет обусловлено рядом объективных и субъективных факторов:

- справкой Минздрава субъекта РФ о недостаточном финансировании учреждения здравоохранения;
- заключением ТФОМС о финансировании оказания медицинской помощи по неполному тарифу;
- субъективным мнением суда о финансовых возможностях СМО;
- ангажированностью суда в пользу учреждений здравоохранения района проживания членов состава суда и его председателя.

Медико-юридические бюро в обоснование своих расходов на повторные экспертизы и привлеченных экспертов предоставят суду расчет исходя из собственных финансовых интересов, как правило, завышенных. Эти издержки также будут отнесены на счет СМО,

Дополнительным основанием для возникновения конфликтов в системе «СМО–застрахованное лицо» является отсутствие правового равенства в статусах МО и пациента (застрахованного лица). Приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 утвержден Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления ме-

дицинской помощи по ОМС, которым (п. 73–75) МО предоставлено право обжаловать заключение СМО по результатам контроля путем направления претензии в ТФОМС. Пациент по данному приказу ФОМС таким правом не обладает. Налицо явная дискриминация прав гражданина-пациента.

2. Конфликт в системе «СМО–эксперт качества медицинской помощи–ТФОМС».

Коль скоро ответственность за ненадлежащее качество экспертизы медицинской помощи, выполненной экспертом из реестра экспертов ТФОМС, по мнению Минздрава России, изложено выше в письме от 09.06.2011 № 10/4-336-316-20, возлагается на сторону СМО, пригласившей данного эксперта, возникает абсурдная цепь событий:

1. СМО пригласила эксперта, включенного в реестр экспертов ТФОМС, заключила договор подряда с экспертом.

2. Эксперт выполнил экспертизу и представил акт.

3. Результаты (акт экспертизы) экспертизы обжалованы МО в соответствии с п. 73–75 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденного приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230.

4. Результаты экспертизы признаны другим экспертом из реестра ТФОМС, приглашенного ТФОМС, не обоснованы.

5. ТФОМС вправе предъявить СМО штрафные санкции за ненадлежащее качество выполненной экспертом из реестра фонда экспертизы.

6. СМО, для того что предвидеть такой плачевный для себя исход в виде выплат штрафа ТФОМС, получив по реализации договора подряда Акт экспертизы медицинской помощи, должна каким-то образом проверить качество выполненной работы.

Как и в каком порядке СМО должна это сделать, с тем чтобы обезопасить себя?

Вот здесь-то и возникает неразрешимый конфликт в системе «СМО–эксперт качества медицинской помощи–ТФОМС»:

1. На каком основании СМО не должна доверять выводам эксперта из реестра ТФОМС? Она

должна иметь еще одного эксперта для внутренней реэкспертизы или задавать каждый раз вопрос ТФОМС о надлежащем качестве проведенной экспертом из его реестра экспертизе?

2. На каком основании реэкспертиза ТФОМС, проведенная таким же экспертом из реестра, что и эксперт, проводивший первичную экспертизу по заказу СМО, признается более обоснованной, научно доказанной и, наконец, законной?

Эти вопрос должны быть адресованы Минздравсоцразвития России, ФОМС и ТФОМС.

Очевидно, в рамках реестра эксперты обладают одинаковыми полномочиями, равными возможностями и не могут иметь никаких преимуществ друг перед другом.

Как решать этот конфликт, в Порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденного приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230, не указано!

Целесообразно внести в договор с экспертом следующие положения.

В соответствии с п. 82 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденным приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230, эксперт ответственно гарантирует, что он не состоит в трудовых или иных договорных отношениях с проверяемой МО, не является (являлся) родственником застрахованного лица или его врачом, принимавшим участие в его лечении.

Ответственность эксперта определяется внешними в договор положениями о санкциях к эксперту в случае невыполнения обязательств (отсутствие ответов на поставленные выше вопросы).

Эксперт несет ответственность перед заказчиком (СМО) за качество выполненной по договору экспертизы, качество и полноту ответов на поставленные перед экспертом вопросы, подлежащие разрешению в процессе экспертизы качества медицинской помощи, качество и полноту заполнения Акта экспертизы. При невыполнении указанных требований заказчик вправе полностью или частично не оплачивать

выполненную экспертную работу ненадлежащего объема и качества, а также предъявить эксперту к возмещению штраф (убытки), выставленный СМО со стороны ТФОМС за выполнение экспертизы ненадлежащего качества.

Эксперт самостоятельно несет полную юридическую ответственность перед третьими лицами (МО, застрахованное лицо, ТФОМС и др.), законные права и интересы которых могут быть затронуты ненадлежащим качеством и объемом выполненной экспертом экспертизы качества медицинской помощи.

Перед заключением договора подряда с руководителем СМО необходимо специально предупредить эксперта о том, что, если результаты его деятельности будут оспорены ТФОМС, он возвращает СМО свой гонорар и выплачивает штраф, равный штрафу, выставленному ТФОМС к оплате СМО.

Это будет конец предложенной ФОМС модели экспертизы! Ни один эксперт на таких условиях работать не станет! Кто будет отвечать за развал экспертного поля в системе ОМС?

3. Конфликт в системе «СМО–учреждение здравоохранения».

Аналогичный судебный конфликт не в пользу СМО может быть инициирован и учреждением здравоохранения, особенно возглавляемым известным в районе (области) руководителем учреждения, являющимся выборным депутатом или общественным деятелем, родственником крупного регионального чиновника.

СМО, привлекая квазинезависимого эксперта из реестра ТФОМС, несет существенный риск признания судом его экспертных документов незаконными в силу отсутствия федерального регулирования деятельности эксперта и его квалификации:

- о реквизитах нормативных правовых актов об утверждении форм сертификатов специалистов, свидетельств о подготовке по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС;
- о сведениях об уполномоченных образовательных учреждениях, имеющих на законных основаниях право выдачи свидетельств о подготовке по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС;

■ о законных критериях подготовки по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС:

- наименование подготовки;
- наименование документа о подготовке;
- обязательный минимум срока подготовки (учебные часы);
- утвержденная уполномоченным федеральным органом исполнительной власти программа подготовки;
- периодичность проведения подготовки.

При отсутствии таких норм суд, руководствуясь вышеперечисленными объективными и субъективными причинами, удовлетворит иск учреждения здравоохранения, подготовленный медико-юридическим бюро, отнеся его расходы на повторные экспертизы и привлеченных экспертов, на счет СМО в качестве затрат учреждения здравоохранения и судебных издержек.

4. Конфликт в системе «СМО–учреждение здравоохранения–застрахованное лицо».

Данная модель риска ответственности СМО возникает напрямую как следствие решения суда по модели 2 «Конфликт в системе “СМО–учреждение здравоохранения”».

Застрахованное лицо, в пользу которого так неудачно был подан иск СМО, не получив материального возмещения вреда, полученного при оказании ему медицинской помощи, с учреждения здравоохранения, будет вправе подать иск против СМО, которая, по его мнению и мнению нанятых им специалистов медико-юридического бюро, не выполнила перед ним своей обязанности защиты надлежащим образом, предоставив в суд заключение эксперта, который не удовлетворяет (и не может при действующем законодательстве удовлетворять) указанным выше квалификационным требованиям и характеристикам.

При отсутствии таких норм суд, руководствуясь вышеперечисленными объективными и субъективными причинами, удовлетворит иск потерпевшего вред здоровью застрахованного лица, подготовленный медико-юридическим бюро, отнеся его расходы на повторные экспертизы и привлеченных экспертов, на счет СМО в качестве затрат учреждения здравоохранения и судебных издержек.

Реальный пример страхового случая с перспективой судебного конфликта.

В СМО поступило письмо ТФОМС, в котором сообщается, что «Согласно акту реэкспертизы сотрудники ТФОМС выявили нарушения со стороны СМО при экспертизе качества медицинской помощи, а именно имеет место неправильное кодирование СМО нарушений о стороны МУЗ, что повлекло за собой неправильное формирование штрафных санкций».

Анализ акта реэкспертизы ТФОМС показал:

1. В 8 экспертных случаях, по мнению специалистов ТФОМС, вместо кода дефекта «Неадекватное качество оказания медицинской помощи» должен был быть применен код «Дефекты оформления медицинской документации, препятствующие экспертной оценке качества медицинской помощи» и действующего на территории Перечня дефектов и финансовых санкций страховщика к медицинскому учреждению, работающему в системе ОМС.

В указанных экспертных случаях по заключениям эксперта СМО выявлены следующие дефекты качества медицинской помощи, оказанной больным с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца в стационаре, которые отнести к дефектам только оформления документации не просто невозможно, а и преступно:

- история болезни № ... – «динамика течения инфаркта по ЭКГ не отражена и не проанализирована, в лечении отсутствуют ингибиторы АПФ, статины, β-блокаторы; не обосновано назначение омега-3»;
- история болезни №... – «неадекватное лечение – не назначены статины, β-блокаторы»;
- история болезни № 1013 – «неадекватное обследование (глазное дно, мониторирование ЭКГ)»;
- история болезни № 1469 – «неадекватное обследование (глазное дно, мониторирование ЭКГ)».

2. В 11 случаях, по мнению экспертов ТФОМС, дефекты в оказании медицинской помощи вообще отсутствуют:

- история болезни № ... – «нет обследования по данному заболеванию, не назначены β-блокаторы»;

- история болезни № ... – «недостаточное обследование по данному заболеванию (глазноедно, мониторинг ЭКГ). Схема введения гепарина не верна»;
- история болезни № ... – «при аллергии на НПВС назначен аспирин. Для подтверждения клинического диагноза нет необходимых исследований»;
- история болезни № ... – «динамика течения инфаркта по ЭКГ не отражена, в лечении нет ингибиторов АПФ, статинов, β-блокаторов»;
- история болезни № ... – «боли в сердце сохраняются в течение 3 дней, отсутствует коррекция терапии»;
- история болезни № ... – при диагнозе крупноочагового инфаркта миокарда динамика состояния оценивается неполно (дневники должны быть каждые 3 ч, ЭКГ каждые сутки и по показаниям). Симвастатин назначен без схемы, отсутствует контроль МНО»;
- история болезни № ... – при диагнозе «впервые возникшая стенокардия» не проведены суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиография»;
- история болезни № ... – обследование и лечение не в полном объеме: учитывая изменения на ЭКГ по задней и боковой стенке, не проводится эхокардиография, мониторинг ЭКГ, не назначается гепарин, необоснованно назначается цефотаксим, омегапрозол, бромгексин»;
- история болезни № ... – недостаточно собраны жалобы и анамнез, в результате выставлен диагноз, не отвечающий требованиям классификации. Не обоснована отмена гепарина, эналаприла.

Необходимо ответить, что поощрение ТФОМС СМО оплатить медицинскую помощь ненадлежа-

щего качества недопустимо! Оплата медицинской помощи заведомо ненадлежащего объема и качества представляет собой нецелевое расходование средств и деятельность, противоречащую нормам Закона РФ от 29.11.2010 № 326-ФЗ и приказа ФОМС от 01.12.2010 № 230.

Важно отметить, что по результатам проведенной ЭКМП экспертом СМО было проведено обсуждение результатов экспертизы с руководством МУЗ, на котором было достигнуто согласование всех предъявленных дефектов, о чем есть запись в акте СМО, который подвергался реэкспертизе экспертом ТФОМС.

Таким образом, налицо ряд конфликтных позиций ТФОМС:

- попытка признать ненадлежащее качество медицинской помощи приемлемым;
- попытка ТФОМС понудить СМО оплатить медицинскую помощь заведомо ненадлежащего объема и качества, что представляет собой нецелевое расходование средств;
- попытка применить штрафные санкции в отношении СМО за ненадлежащее качество экспертизы, выполненной экспертом из реестра ТФОМС;
- попытка установления неравноправия в статусе двух экспертов из одного реестра ТФОМС и незаконной иерархии экспертов в одном реестре;
- попытка понуждения к изменению кода дефекта может быть расценена пациентом как целенаправленное сокрытие СМО общественно опасного деяния, о чем они могут уведомить Следственный комитет РФ и потребовать возбуждения уголовного дела по факту служебного подлога.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Старченко Алексей Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», член Общественного совета при Минздраве России (Москва)

E-mail: alstar3@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Старченко А.А. Двуединство систем государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности и контроля медицинской помощи в рамках ОМС // *Здравоохранение*. 2014. № 8. С. 64–68.
2. Старченко А.А. Безопасность медицинской деятельности: требования НП «Национальная медицинская палата» // *Вестн. Национал. мед.-хир. центра им. Н.И. Пирогова*. 2014. Т. 9, № 1. С. 83–90.
3. Старченко А.А., Гришина Н.И., Тарасова О.В. Проблемы взаимодействия контрольно-надзорных органов в сфере здравоохранения, ОМС и реализации прав потребителей // *Санэпидемконтроль. Охрана труда*. 2015. № 4. С. 31–39.
4. Старченко А.А. Поручения Президента России: обязательства медицинских страховщиков по действенной защите прав граждан в сфере здравоохранения // *Менеджер здравоохранения*. 2015. № 4. С. 64–67.
5. Старченко А.А. Диалектика формирования обязательств власти перед обществом: исключительно профессиональный подход (начало) // *Здравоохранение*. 2015. № 5. С. 94–96.
6. Старченко А.А. Диалектика формирования обязательств власти перед обществом: исключительно профессиональный подход (окончание) // *Здравоохранение*. 2015. № 6. С. 84–86.

REFERENCES

1. Starchenko A.A. Unity of system of state quality control and safety of medical services and control medical care within compulsory medical insurance. *Zdravookhranenie [Healthcare]*. 2014; Vol. 8: 64–8. (in Russian)
2. Starchenko A. A. Safety of medical activities: the requirements of non-commercial partnership "National medical chamber". *Vestnik Natsional'nogo mediko-khirurgicheskogo tsentra imeni N.I. Pirogova [Journal of the National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov]*. 2014; Vol. 9 (N 1): 83–90. (in Russian)
3. Starchenko A. A., Grishina N. And. Tarasova O. V. Problems of interaction between regulatory bodies in the health sector, compulsory medical insurance and the implementation of the rights of consumers. *Sanepidemkontrol'. Okhrana truda [Sanitary and epidemic control. Occupational Safety and Health]*. 2015; Vol. 4: 31–9. (in Russian)
4. Starchenko A.A. Orders of the President of Russia: the liability of health insurers for effective protection of citizens ' rights in health care. *Menedzher zdravookhraneniya [Healthcare Manager]*. 2015; Vol. 4: 64–7. (in Russian)
5. Starchenko A.A. Dialectics of formation of the obligation of the authorities to the society: the professional approach (beginning). *Zdravookhranenie [Healthcare]* 2015; Vol. 5: 94–6. (in Russian)
6. Dialectics of formation of the obligation of the authorities to the society: the professional approach (ending). *Zdravookhranenie [Healthcare]*. 2015; Vol. 6: 84–6. (in Russian)

Безопасность пациентов



Человечество на протяжении всей своей истории не могло обходиться без лекарств. Первые люди, по всей видимости, интуитивно предпринимали поиски в окружающей их природе веществ, облегчающих страдания при заболеваниях и травмах. Позднее, с возникновением религии, применение лекарств стало носить мистический характер. Использовалось большое количество магических формул, заклинаний и обрядов, выполнение которых должно было сопровождать изготовление и применение лекарства. Документальные сведения об использовании лекарственных средств датируются 16 в. до н.э. В древних папирусах описаны слабительные средства из клещевины, мяты и др. В Древнем Египте и странах Древнего Востока основные приемы изготовления лекарственных препаратов были сходны с приемами приготовления пищи: измельчение, вымачивание, отваривание, сушка и прочие.

...В I в. н.э. в Риме появились энциклопедические труды Авла Корнелия Цельса и Плиния Старшего, содержащие сведения по медицине, способы приготовления лекарств. Причина составления труда состояла в желании независимости «от обманов врачей», которые нередко «продавали самые дешевые лекарства за огромные деньги». Кроме того, «некоторые врачи... недомогания, которые можно было бы устранить за несколько дней или даже часов, растягивали на длительное время, чтобы дольше иметь доход от больных, считавших свое положение тяжелым». В I в. н.э. древнеримский врач Диоскорид Педаний в сочинении «О лекарственных средствах» описал все известные к тому времени лекарства растительного, животного и минерального происхождения, сгруппировал свыше 500 растений по морфологическому признаку. Крупнейший врач Древнего Рима Гален (130–200 гг.) обобщил представления античной медицины, включая описания лекарств в виде единого учения, которое оказало большое влияние на развитие естествознания вплоть до XV–XVI вв. Как видим высокие этические позиции поведения врача (клятва Гиппократова – V–IV вв. до н. э., который не должен использовать знания и лекарства во вред человеку), медицинская практика в Древнем Риме не всегда соответствовала этим принципам. Более того, имевшие место случаи шарлатанства, обмана приводили к неблагоприятным последствиям в медицинской практике.

<http://izh.sudmed.ru/d/mono2014.pdf>

...В соответствии с уровнем медицины XII–XIII вв. древнерусские врачи занимались главным образом терапией, широко используя в качестве лекарственных средств и отечественную флору, и привозные лекарства. Средневековые терапевты представляли основную тогда медицинскую специальность. Но можно с уверенностью утверждать, что в Древнерусском государстве существовала и хирургия: специалисты-хирурги занимались оперативным лечением, оказывали помощь при различных ранениях и травмах, при заболеваниях, считавшихся тогда хирургическими. Историк медицины Н.А. Богоявленский, специально изучавший древнерусское врачевание, считал, что это были ранения, переломы, вывихи, «расшибение с коней», «притрение возом», «хапление» (растерзание) зверем, «убиение скотом», «подавление кусом», «ожары» (ожоги), «камчюг» (мочепузырные камни),

«гвор», «пузырь», «кила» (пахово-мошоночная грыжа), «недуг, егда в очи власы врастають» (трихиаз) и др. Конечно, самыми частыми были различные повреждения, боевые травмы, раны. Лечение всей этой, говоря по-современному, хирургической патологии занимались и лечцы – тогдашние врачи общей практики, и специалисты-хирурги – в Древнерусском государстве их называли резалниками, рукоделниками, врачами рукодельными. Врачи назывались резалниками, так как им приходилось ножом удалять «ушибеные» части тела. Впрочем, процесс дифференциации врачебных специальностей шел уже тогда, свидетельством чему было существование «узких специалистов» – зубоволоков (зубных врачей), кровопусков и рудометов (они пускали кровь), затем кильных мастеров (они лечили грыжи), очных, чечуйных (они занимались геморроем) и др.

...Становление единой русской национальной культуры, происходившее в XIV–XVI вв., сопровождалось ростом научных знаний, просвещения, проникновением к нам самых различных произведений, в том числе книг естественно-научного и медицинского содержания. Об уровне медицины и хирургии в России в XIV–XVI вв. свидетельствуют дошедшие до нас старинные рукописи. Такова найденная в православном Кирилло-Белозерском монастыре рукопись «Галиново на Ипократе» (комментарии Галена к сочинениям Гиппократе), написанная в XIV–XV вв. Рукопись эта была предназначена тем русским лекарям, которые занимались медицинской практикой. Не важно, кем они были, учеными монахами или профессиональными лекарями, – действовать они должны были в духе высказываний Гиппократе.

...Медицинская, в том числе хирургическая, помощь простому народу, в частности лечение ран, в какой-то мере обеспечивалась законодательно. Об этом свидетельствует «Судебник» 1589 г., предназначенный, по словам Б.Д. Грекова, «специально для суда среди крестьянства северных черносошных волостей». В ст. 53 «А о изъедистой лихой собаке» говорилось: «А у кого во дворе или под окном на улице и в избе собака изъест стороннего человека, ино чем тот раненой пожалует, или кормить и поить и рана личить покаместа изживет, тому на дому своем, чья собака». Иными словами, пострадавший мог по приговору есть, пить и, самое главное, лечить рану за счет хозяина покусавшей его собаки, в его доме.

Мирский М.Б. История медицины и хирургии : учеб. пособие для студентов учреждений высш. проф. образ. М., 2010. 528 с.

С самого начала человеческой цивилизации известны яркие примеры принципиального отношения представителей государственной власти к действиям врачей, в результате которых причинен вред пациенту. О последствиях такого вреда говорится во многих древних и средневековых правовых источниках. Так, параграфы 218–220 Свода законов вавилонского царя Хаммурапи (приблизительно 1750-е гг. до н.э.) устанавливали: «§ 218. Если лекарь сделал человеку тяжелую операцию бронзовым ножом и убил этого человека или же он вскрыл бельмо у человека бронзовым ножом и выколол глаз человеку, то ему должны отрубить кисть руки. § 219. Если лекарь сделал тяжелую операцию бронзовым ножом рабу мушкенума и убил его, то он должен возместить раба за раба. § 220. Если он вскрыл ему бельмо бронзовым ножом и выколол ему глаз, то он должен отвесить серебром половину его покупной цены».

Эта тема ввиду ее особого значения и в связи с влиянием врачебных ошибок на судьбы людей из любых социальных групп, независимо от их положения в обществе и имущественного статуса, привлекала внимание множества исследователей. Как отмечает Бенито Нарей Рамос Домингез, в древнем мире использовалась фраза «*Primum non nocere*» – «Прежде всего не навреди», выражавшая должную медицинскую гуманность и характеризовавшая необходимость избегать неправильных действий. В таких государствах, как Древний Египет и Древняя Индия, специальные чиновники наблюдали за соблюдением требований в области оказания медицинской помощи...

В XIII в. одна из первых в мире медицинских школ в Салерно (Италия) установила правила по лечебной работе, предусматривавшие элементы независимого внешнего контроля и оценки качества медицинской помощи.

В 1865 г. сестра милосердия, основательница первой в мире школы медсестер и известный общественный деятель Великобритании того времени, Флоренс Найтингейл подняла вопрос о проблеме заболеваний, непосредственно связанных с результатами лечения.

В 1910 г. известный профессор медицины и реформатор здравоохранения в США Абрахам Флек-снер свой доклад Конгрессу США посвятил проблеме низкого качества стационарной медицинской помощи и обучения врачей, предложив меры по улучшению системы здравоохранения...

http://www.state-religion.ru/files/Ponkina_A_Medical_error.pdf

Подготовила Ольга Попова (Москва)



ТЕЗИСЫ

IV Международной конференции «ОРГЗДРАВ–2016. Эффективное управление медицинской организацией» (26–27 мая 2016 г., Москва)

Артамонова Г.В., Барбараш Л.С., Максимов С.А., Табакаев М.В.

Современный взгляд на анализ показателей общей и сердечно-сосудистой смертности в РФ

ФГБНУ НИИ КПССЗ, Кемерово

Актуальность темы. Сокращение общей смертности россиян обеспечено более чем 4% снижением вклада болезней системы кровообращения (БСК) и болезней от внешних причин. Представляет интерес совместный анализ общей и сердечно-сосудистой смертности. Проведение информационно-содержательного мониторинга здоровья населения в субъектах РФ является совсем не тривиальной задачей, особенно в условиях значительного их количества и разнообразия. Самый распространенным подходом является анализ показателей из официальных источников Росстата. Сравнение показателей смертности по субъектам РФ затруднено в силу представления официальных данных с опозданием на 14–16 мес, уровни смертности и социально-экономические показатели не интегрированы и не централизованы.

Цель исследования – используя современные статистические методы, провести анализ региональных показателей общей и сердечно-сосудистой смертности в РФ, учитывая комплекс факторов.

Методы. При решении задач использовались показатели Росстата [общая смертность и смертность от БСК, ишемической болезни сердца (ИБС), цереброваскулярных болезней в целом и в трудоспособном возрасте] по 81 субъекту РФ с 2000 по 2012 г. В расчетах применяли метод ранжирования коэффициентов смертности в субъектах РФ. Для группировки субъектов РФ по смертности применялся кластерный анализ – древовидная кластеризация, Евклидово расстояние, метод полной связи. Методом регрессии установлены зависимости всех видов смертности от комплекса социально-экономических факторов (СЭФ): доля мужчин в структуре населения, доля лиц пенсионного возраста, доля городского населения, доля лиц с доходом ниже прожиточного минимума/уровень безработных, индекс Джини, доля лиц с высшим образованием, загрязнение атмосферного воздуха выбросами от стационарных источников (т/км²), среднедушевое потребление водки и ликеров (л/чел.), преступность (на 100 тыс. населения), доля бюджета региона на социально-культурные расходы, доля работников, занятых во вредных условиях труда от общей численности населения региона.

Результаты. В 2000–2012 гг. в РФ четко выделяются 2 периода с разными тенденциями как по общей смертности, так и по смертности от БСК. В первый (с 2000 по 2005 г.) отмечается ежегодное увеличение общей смертности и смертности от БСК: в РФ – лишь на 4–7% соответственно. Во второй (с 2006 по 2012 г.) происходит снижение смертности – соответственно уже на 16–19%. Выбор 2006 г. в качестве первичной временной точки объясняется тем, что в 2005–2006 гг. произошел качественный переход общероссийских (и большинства региональных) тенденций общей и сердечно-сосудистой смертности от увеличения (с 1998 г.) к снижению. Все субъекты РФ ранжированы (Р) в порядке увеличения коэффициентов смертности, рассчитана разность рангов (РР) между 2006

и 2012 гг., которая может быть как отрицательной, так и положительной. Отрицательная разница РР – это «ухудшение», которое свидетельствует об увеличении ранга смертности в 2012 г. по сравнению с 2006 г. относительно других регионов. Положительная разница – это «улучшение», которое свидетельствует об уменьшении ранга смертности в 2012 г. по сравнению с 2006 г. относительно других регионов. В свою очередь разность рангов (РР) ранжирована в порядке убывания. Субъекты РФ сгруппированы в 10 кластеров подобия, отражающих 3 основных тренда (позитивный, нейтральный, негативный). В один кластер вошли территории, отличные по возрастно-половым, климатогеографическим, экологическим и другим параметрам.

Для расчета доли вклада СЭФ в уровни смертности использовали уравнение регрессии: $Z_1 = |\beta_1| \times (R^2 \times 100\%) / (|\beta_1| + |\beta_2| + |\beta_3| \dots + \dots |\beta_n|)$ (в %). Все модели прогнозирования статистически значимы, коэффициенты регрессии достигают высоких значений, СЭФ на 40–75% объясняют разброс региональных показателей смертности. Из всех СЭФ выраженное и устойчивое влияние на смертность оказывает удельный вес лиц пенсионного возраста (13–35%). В трудоспособном возрасте значимый фактор увеличения смертности – среднедушевое потребление крепких алкогольных напитков (5–7%). Доля мужчин в структуре населения, доля лиц с высшим образованием, индекс Джини имеют статистически значимую связь лишь по отдельным показателям смертности. На основании уравнений регрессии рассчитали смоделированную (предсказанную) смертность от БСК. Далее определялась разница между смоделированными и фактическими показателями (в %) в 81 субъекте РФ, которая стала основой для их группировки. В результате получены 8 кластеров регионов РФ с несоответствием между предсказанной и фактической смертностью от БСК. Первые 4 кластера объединяют регионы с позитивными тенденциями, т.е. фактическая смертность ниже смоделированной. Другие 4 кластера представляют регионы с преимущественно негативными тенденциями, т.е. фактическая смертность выше смоделированной.

Заключение. На основе современных статистических методов получены качественно новые данные о тенденциях динамики смертности, связи и доли вклада комплекса СЭФ в изучаемое явление, в том числе в смертность от БСК и отдельно от ИБС и ЦВБ, и их роль в общей смертности населения в 81 регионе РФ. Полученные результаты могут быть использованы при социально-гигиеническом мониторинге здоровья населения и факторов окружающей среды, в частности при оценке причинно-следственных связей СЭФ и смертности, что важно при планировании мероприятий по ее снижению и нивелированию существенных различий показателей смертности в субъектах РФ. Это обеспечит наиболее рациональное распределение ресурсов здравоохранения и значимое снижение смертности населения России за более короткий период.

Бережков Д.В.¹, Москвичева М.Г.²

Государственно-частное партнерство в здравоохранении: опыт работы многопрофильной частной медицинской организации

¹ ООО «МЦ “Лотос”», Челябинск

² ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск

В докладе приводится анализ структуры и объемов медицинской помощи, оказанной в частной клинике в рамках программы государственных гарантий за 4-летний период, позволяющий оценить эффективность деятельности медицинской организации, возможности ее роста и развития при работе в системе обязательного медицинского страхования.

Государственно-частное партнерство (ГЧП) – это сотрудничество публичного партнера и частного, основанное на объединении ресурсов, распределении рисков, юридически оформленное на определенный срок. Основная цель в здравоохранении – привлечение частных инвестиций.

Обзор систем здравоохранения в странах мира показывает нам 2 основные модели с реализацией ГЧП. Первая – государственно-бюджетная модель в Великобритании, Швеции, Дании, Норвегии, Кубе. Она характеризуется доминирующей ролью государства. Основной недостаток этой модели – высокая налоговая нагрузка на работающих граждан. Вторая модель – социально-страховая медицина – представлена в большинстве экономически развитых стран, таких как Германия, Франция, Голландия, Бельгия, Япония, США. Ответственность и основные расходы на здравоохранение здесь несут работодатели, обязанные страховать своих работников. Существуют отчисления и самих граждан за счет приобретения полисов страхования. В этой модели предполагается равное участие медицинских организаций (МО) различной формы собственности. Главным критерием является выполнение стандартов качества оказания медицинской помощи.

Законодательная база ГЧП включает Федеральный закон № 115 «О концессионных соглашениях», принятый в 2005 г. Работа Минздрава России по внедрению ГЧП выразилась в утверждении приказами № 37 и № 442 комплекса мер, направленных на развитие этого закона в здравоохранении. В рамках деятельности Минздрава России разработаны Методические рекомендации для органов государственной власти субъектов РФ по применению механизмов государственно-частного взаимодействия в сфере здравоохранения (одобрены на заседании Координационного совета от 10.03.2015 № 73).

С 1 января 2016 г. вступил в силу Федеральный закон от 13.07.2015 № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве и внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ». Программа развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г. предусматривает возможность вхождения частных медицинских организаций в систему обязательного медицинского страхования (ОМС) начиная с 2012 г.

В Челябинской области в системе обязательного медицинского страхования в 2012 г. были наделены государственным заданием и оказывали медицинскую помощь 28 частных МО, что составляло 13,4% от всего количества МО, реализующих территориальную программу оказания медицинской помощи (в 2015 г. – 34). На 2016 г. заявки на участие в реализации Территориальной программы государственных гарантий (ТПГГ) Челябинской области дополнительно подали еще 5 частных медицинских организаций.

ООО «МЦ “Лотос”» – крупная многопрофильная клиника г. Челябинска с развитой филиальной сетью в нескольких районах. Самый большой филиал имеет площадь действующих помещений более 6000 м², объединяет в своей структуре поликлинику, подразделения компьютерной и магнитно-резонансной томографии, отделение вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО). В круглосуточном режиме работают скорая медицинская помощь, хирургический стационар, травматологический центр. Среднее количество обслуживаемых пациентов в месяц – 15–16 тыс. человек. МЦ «ЛОТОС» имеет лицензии на осуществление медицинской деятельности более чем по 50 медицинским специальностям.

Одним из самых перспективных для инвестиций в ГЧП является создание диализных центров. На сегодняшний день диализные центры работают в 35 субъектах РФ и постоянно развиваются (из последних: в феврале 2016 г. открылся диализный центр в Липецке, 10 марта 2016 г. – в Ульяновской области), где пациенты с хроническими болезнями почек могут получить жизненно важные для них услуги высокопоточкового гемодиализа и гемодиализации.

В нашем регионе в 2011 г. работало всего 2 отделения гемодиализа, расположенных в Челябинске. Это направление и было выбрано клиникой «Лотос» для начала работы в ОМС. Начиная с 2012 г. установлено государственное задание на выполнение услуг программного гемодиализа

за, план оказания медицинской помощи пациентам с терминальной хронической почечной недостаточностью составил 30 257 пациенто-дней. По итогам года выполнение плана составило 94,5%.

В 2013 г. для повышения доступности и качества услуг по направлению «гемодиализ» было открыто 2 филиала отделения в Челябинской области – в городах Миасс и Магнитогорск. В результате количество пациенто-дней увеличилось до 48 410 (рост 168% по сравнению с 2012 г.).

Дополнительно с 2013 г. был расширен перечень медицинских услуг, оказываемых в рамках государственного задания, выполнялись услуги компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

Средства ОМС, полученные за 2 года, были направлены на завершение строительства круглосуточного хирургического стационара на 35 коек, оборудование рентгеновского кабинета и травматологического центра. После открытия травматологического центра с необходимым количеством помещений стала возможна организация амбулаторной травматологической помощи пациентам клиники «Лотос».

В 2014 г. был открыт филиал поликлиники медицинского центра в новом активно застраиваемом районе города, впервые в ООО МЦ «Лотос» получено государственное задание по обслуживанию 13 500 человек прикрепленного населения г. Челябинска по территориально-участковому принципу, на оказание амбулаторной помощи в размере 20 954 посещений и 1440 пациенто-дней дневного стационара для проведения химиотерапии онкологических больных. Работа открытой «с нуля» поликлиники позволила выполнить плановые показатели за первый год работы по посещениям на 55%, по дневному стационару – на 75,5%. В рамках государственного задания в поликлинике осуществлялся прием по 11 врачебным специальностям и 5 диагностическим направлениям. За второй год работы (2015 г.) плановые показатели по посещениям были выполнены на 121,9%, по дневному стационару – на 105,5%.

Результаты работы ООО «МЦ “Лотос”» в рамках ТППГ и средства, полученные из системы ОМС, позволили обеспечить дальнейшее развитие медицинской организации. Работа круглосуточного хирургического стационара в 2015 г. в рамках государственного задания была расширена и осуществлялась по 9 клиничко-статистическим группам. За 2015 г. темп роста выполнения государственного задания в сравнении с 2014 г. составил 139,7%

Дополнительно инвестиции были вложены в развитие отделения вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) с полноценной технологической и лечебно-диагностической базой, что повысило уровень оказания специализированной медицинской помощи в клинике.

Были приобретены и оснащены современным оборудованием машины скорой медицинской помощи (класса С). В 2015 г. ООО «МЦ “Лотос”» получил государственное задание на осуществление скорой медицинской помощи территориально прикрепленного населения. В течение года бригады скорой медицинской помощи выполнили план на 128,1%; все это повысило уровень доступности медицинской помощи населению обслуживаемого района.

Итоги работы. В клинике за 4 года увеличилось количество направлений медицинской помощи в системе ОМС с 1 до 6, при этом выполнение государственного задания отделениями медицинского центра за последний год в большинстве случаев было 100% (как в отделении ВРТ) или выше: амбулаторно-поликлиническая помощь, химиотерапия, скорая медицинская помощь. Перевыполнение планового задания объясняется невозможностью отказа в экстренной и первичной медико-санитарной помощи гражданам прикрепленного района.

Объемы финансирования в ОМС клиники «Лотос» показывают наибольшие значения в первые 2 года. В 2014 г. отделение «гемодиализ» было передано немецкой компании «В. Braun», которая стала собственником сети диализных центров в Челябинской области. Дальнейшее развитие работы по ОМС осуществлялось по другим направлениям стационарной и поликлинической помощи.

Проблемы и оценка рисков. При принятии решения о вхождении и работе в системе ОМС медицинская организация должна предусматривать определенные риски и принимать меры, если данные риски являются управляемыми. Существующие риски при работе в системе ОМС делятся на управляемые и неуправляемые. К *неуправляемым с позиции медицинской организации* относятся:

- неустойчивая тарифная политика, так как орган государственной власти (или публичный партнер) является лишь одной из 4 сторон, определяющих тарифы в системе ОМС. Это не позволяет гарантировать в рамках Соглашения о ГЧП для частного партнера выгодные с экономической точки зрения тарифы;
- невозможность полного возмещения инвестиций частных медицинских организаций в основные фонды.

Риски, управляемые с позиции медицинской организации:

- необходимость и организация выполнения медицинской помощи в соответствии с условиями ТППГ – не только амбулаторный прием, но и проведение диспансерного наблюдения, вакцинация, диспансеризация, льготное лекарственное обеспечение граждан;
- необходимость взаимодействия с экспертами страховых медицинских организаций.

Выводы. 1. Влияние ГЧП на систему здравоохранения в целом позитивно, так как оно развивает конкурентную среду в сфере оказания медицинской помощи, увеличивая ее качество и доступность. 2. Участие в ГЧП в виде включения в ТППГ обеспечивает возможности роста и развития для частной клиники. 3. Работа в системе ОМС приносит стабильный доход в течение долгосрочного периода. 4. Медицинской клинике частной формы собственности необходимо оценивать риски при работе в системе ОМС.

Экономический кризис последних 2 лет актуализирует привлечение в ГЧП частных медицинских организаций для государства.

Борисова Е.А., Луцкан И.П.

Из опыта внедрения стандарта менеджмента качества в медицинском центре г. Якутска

ГАУ РС(Я) «Медицинский центр г. Якутска»

В статье рассмотрены вопросы, связанные с внедрением в деятельность государственного учреждения здравоохранения стандарта менеджмента качества (СМК) ISO:9001-2015, предложены примеры управленческих процессов, методов контроля и показателей оценки эффективности. Также подведены итоги работы в области стандарта менеджмента качества, достижения целевых показателей и отражены проблемы и риски, с которыми сталкивается медицинская организация при использовании в своей работе СМК.

Цель исследования – оценить внедрение стандарта менеджмента качества ISO:9001-2015 в медицинской организации.

Методы: аналитический, метод опроса и экспертных оценок, экспериментальный.

Медицинский центр г. Якутска одним из первых государственных медицинских учреждений Якутии получил сертификат соответствия стандарту менеджмента качества ISO:9001. В целях перехода на процессное управление организацией и повышения результативности процессов были разработаны и утверждены план контроля процессов системы менеджмента качества и Положение о Совете по управлению качеством, куда вошли заместители главного врача по направлениям (взрослая служба, детская, акушерско-гинекологическая помощь), клинично-экспертный отдел и отдел качества оказания

медицинских услуг, главные задачи которого – координация непрерывно функционирующей системы управления качеством медицинской помощи и безопасности медицинской деятельности Медицинского центра г. Якутска в целом, его структурных подразделений, служб и сотрудников, а также обеспечение прав пациентов на получение необходимого объема и надлежащего качества медицинской помощи, наиболее полное удовлетворение запросов населения в качественном получении медицинских услуг на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов, применения современных технологий и непрерывного повышения их качества. По итогам измерения удовлетворенности пациентов за 2015 г. реализованы следующие мероприятия: запись к врачам в определенное время (ликвидированы живые очереди) в отделениях амбулаторного приема; прием входящих звонков осуществляется call-центром, что позволило освободить регистраторов от необходимости отвечать на звонки во время обслуживания пациентов в регистратуре; реализован переход на электронные амбулаторные карты в медицинской информационной системе (МИС), таким образом обеспечивается сохранность информации (истории болезни, результаты лечения и т.п.). Общая удовлетворенность пациентов работой Медицинского центра к концу 2015 г. достигла 78%. Корректирующие и предупреждающие действия разрабатываются по итогам измерения удовлетворенности потребителей, еженедельного обхода, внутренних аудитов, анализа достижения годовых целей.

Основные несоответствия, которые выявились по результатам всех проверок за год: грубое отношение персонала к пациентам, долгое время ожидания в очереди на прием к врачу и в регистратуру, сложность процесса записи на прием к специалисту. По результатам анализа несоответствий были выявлены их причины, разработаны и реализованы корректирующие действия, такие как проведение ряда семинаров и бесед с сотрудниками; внедрение электронной очереди на прием к врачам, в регистратуру, на забор анализов, лучевую диагностику; создание отдела управления персоналом и оптимизация процесса «Управление персоналом»; регулирование выезда специалистов в пригородные районы. Корректирующие и предупреждающие действия разрабатываются не по всем процессам, ввиду того, что некоторые владельцы процессов игнорируют несоответствия. Для того чтобы исправлять несоответствия вовремя и для предотвращения их повторного появления принято решение проводить оценку деятельности подразделений.

Заключение. При реализации ISO:9001 необходимо придерживаться целей в области качества, обеспечивать предоставление услуг, согласно требованиям законодательства, руководства, пациентов, оперативно разрабатывать корректирующие действия совместно с проверяющими, обеспечивать выполнение корректирующих действий в установленные сроки и в случае возникновения необходимости введения нового вида услуг разработать проект новой услуги, который должен включать требования к качеству услуг, необходимые ресурсы, порядок оказания услуг, анализ рисков, а также процессы верификации и валидации.

Борисова Е.А., Луцкан И.П., Саввина Н.В., Тимофеев Л.Ф.

О внедрении эффективного контракта в медицинской организации (на примере ГАУ РС(Я) «Медицинский центр г. Якутска»)

ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова», Якутск

В статье рассмотрен вопрос внедрения на базе ГАУ Республики Саха (Якутия) «Медицинский центр г. Якутска» трудового договора в виде эффективного контракта. Разработаны новые долж-

ностные инструкции, критерии эффективности, оценки выполнения функции врачебной должности. При этом предложены механизмы учета и выполнения социальных гарантий работникам здравоохранения. По итогам изучения выработаны практические рекомендации, которые позволяют эффективно использовать трудовые ресурсы.

Цель – предложить механизм внедрения эффективного контракта на базе государственного бюджетного учреждения Республики Саха (Якутия) «Медицинский центр г. Якутска» (МЦЯ).

Методы: аналитический, статистический, экономический.

Результаты и обсуждение. На этапе I необходимо провести детальный анализ по определению функций, задач и объемов работ каждого работника, которые формализуются в соответствующих ведомственных нормативных актах. На этапе II необходимо спланировать финансовые средства на прогнозный период. Этап III – учет расходов. (Первичными документами оперативного учета затрат по участкам являются: амбулаторная карта, статистический талон, лист учета медицинских услуг. Все данные о финансовых затратах собираются и обрабатываются в информационно-аналитическом отделе.) Этап IV – анализ затрат – проводится по 3 основным блокам: собственная деятельность, узкие специалисты, параклиника, скорая медицинская помощь. Этап V – экспертиза качества медицинской помощи, исчисление штрафных санкций. Этап VI – изменение методологических подходов к формированию фонда оплаты труда в учреждении. Авторами предложены единые рекомендации по установлению и разработке показателей и критериев эффективности работы с учетом следующих принципов: а) объективность – размер вознаграждения работника должен определяться на основе объективной оценки результатов его труда; б) предсказуемость – работник должен знать, какое вознаграждение он получит в зависимости от результатов своего труда; в) адекватность – вознаграждение должно быть адекватно вкладу каждого работника в результат деятельности учреждения, его опыту и уровню квалификации; г) своевременность – вознаграждение должно следовать за достижением результата; д) справедливость – правила определения вознаграждения должны быть понятны каждому работнику; е) прозрачность – принятие решений о выплатах и их размерах с учетом мнения представительного органа работников. Считаем, что внедрение данной системы оплаты труда позволит не только сохранить, но и увеличить прежний уровень заработной платы медицинских работников.

Необходимо отметить, что при всей привлекательности эффективного контракта как способа мотивированного труда определен и ряд существенных недостатков и недоработок: 1. Количество видов работ и услуг в медицине столь велико, что для полного их охвата нормированием необходимо формировать, устанавливать, обновлять и дополнять десятки и даже сотни тысяч норм и нормативов. Затраты на установление и поддержание подобной нормативной базы столь велики, что они становятся соизмеримы с затратами на проведение самих видов нормированных работ и услуг. 2. Далеко не все виды медицинских работ и услуг поддаются расчленению на однородные, однотипные единицы, для которых могут быть установлены нормы и нормативы. 3. В рамках одних и тех же по виду единиц обслуживания, на которые установлены типовые нормативы трудозатрат по отрасли здравоохранения или даже по отдельному медицинскому учреждению, может наблюдаться значительный разброс трудозатрат, объективно обусловленный спецификой болезней и контингента обслуживаемых пациентов, уровнем обеспечения процессов лечения. 4. Существуют методические трудности в достижении соответствия между желанием работодателя и готовностью работника к новым формам исчисления заработной платы. 5. Отсутствие стабильного уровня ежемесячной заработной платы, и, как следствие, трудности планирования семейного бюджета работника. 6. Введение эффективного контракта влечет за собой определенные издержки, вызванные необходимостью регулярного оценивания достижения показателей качества, результативности и эффективности работы каждого сотрудника. Эти издержки могут быть минимизированы путем введения автоматической оценки с помощью использования электронных технологий с соответствующей компьютерной программой.

Герцик Ю.Г.

Внедрение систем менеджмента качества и риск-менеджмента в здравоохранении и медицинской промышленности

Научно-учебный комплекс «Инженерный бизнес и менеджмент» ФГБОУ ВО «Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана» (национальный исследовательский университет), Москва

Эффективное руководство организацией и ее функционирование возможно только при наличии соответствующего инструмента. Одним из таких инструментов является система менеджмента качества (СМК). Сертификат соответствия системы менеджмента качества ИСО (ISO – International Standard Organisation) становится сегодня обязательной практикой среди организаций и учреждений здравоохранения, а также предприятий, выпускающих и обслуживающих их медицинскую технику.

Современные стандарты менеджмента качества (СМК) ИСО 9000 – это первые признанные стандарты общего управления организацией. **Целью** статьи является обзор актуальных стандартов СМК, которые представляют систему управления качеством, неразрывно интегрированную в общую систему менеджмента и включающую взаимосвязанные и взаимодействующие процессы и процедуры, организационные и технические мероприятия, цели, планы, компетентный персонал, основные средства, документацию, т.е. все то, что необходимо для достижения целей хозяйственной деятельности.

Важной особенностью стандартов ИСО 9000 является их универсальность для любой сферы бизнеса. Управление качеством – необходимая и существенная часть управления любой компании: от лечебно-профилактического учреждения до крупной производственной компании.

Международные стандарты ИСО в настоящее время активно внедряются и в России: на основе их перевода создаются российские стандарты (ГОСТы Р ИСО), представляющие собой либо полностью аутентичные тексты, либо аутентичные тексты с поясняющими и конкретизирующими дополнениями. На сегодняшний день в Российской Федерации в области здравоохранения и медицинской промышленности наибольшее распространение получили следующие стандарты управления качеством и риск-менеджмента: ГОСТ Р ИСО 9000-2015 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» с датой введения 1 ноября 2015 г. (идентичен международному стандарту ISO 9000:2015 «Quality management systems – Fundamentals and vocabulary», IDT); ГОСТ ISO 13485-2011 «Изделия медицинские. Системы менеджмента качества. Системные требования для целей регулирования» (идентичен международному стандарту ISO 13485:2003 «Medical devices – Quality management systems – System requirements for regulatory purposes»); ГОСТ Р ИСО/ТО 16142-2008. «Изделия медицинские. Руководство по выбору стандартов, поддерживающих важнейшие принципы обеспечения безопасности и эксплуатационных характеристик медицинских изделий» (идентичен международному стандарту ISO/TR 16142:2006 «Medical devices – Guidance on the selection of standards in support of recognized essential principles of safety and performance of medical devices»); ГОСТ Р ИСО 19011-2012. Руководящие указания по аудиту систем менеджмента (идентичен международному стандарту ISO 19011:2011 «Guidelines for auditing management systems»); ГОСТ Р ИСО 15189-2015 «Лаборатории медицинские. Частные требования к качеству и компетентности» (вступает в силу с 01.06.2016, идентичен международному стандарту ISO 15189:2012 «Medical laboratories – Requirements for quality and competence»). Используя опыт применения международных стандартов, разрабатывается и внедряется национальная система контроля качества в здравоохранении и медицинской промышленности, представленная следующими

стандартами: ГОСТ Р 53092-2008 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения» (идентичен Соглашению международной экспертной группы ИСО IWA 1:2005 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения» (IWA 1:2005 «Quality management systems – Guidelines for process improvements in health service organizations»); ГОСТ Р 56606-2015 «Контроль технического состояния и функционирования медицинских изделий. Основные положения» (не имеет международных аналогов, утвержден приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 05.10.2015 № 1451-ст, вступает в силу 01.09.2016).

Для руководителей и специалистов по качеству важно знать и уметь эффективно внедрять в своих учреждениях и на предприятиях основные принципы менеджмента качества, изложенные в стандартах семейства ИСО 9000, начиная с версии 2000 г.: а) ориентация на потребителя; б) лидерство руководителя; в) вовлечение работников; г) процессный подход; д) системный подход к менеджменту; е) постоянное улучшение; ж) принятие решений, основанное на фактах; и) взаимовыгодные отношения с поставщиками. В СМК процесс как «любая деятельность или комплекс деятельности, в которой используются ресурсы для преобразования входов в выходы», определяется как процессный подход, как систематическая идентификация и менеджмент применяемых организацией процессов и прежде всего как обеспечение их взаимодействия. Назначение стандартов семейства 9000 – побуждать принятие процессного подхода к менеджменту организации.

Таким образом, внедрение СМК позволит вывести взаимодействие на рынке здравоохранения на качественно новый уровень. Это касается не только ассортиментной политики и логистико-ориентированных процессов на предприятиях медицинской промышленности, объема оказываемых медицинских услуг лечебно-профилактическими учреждениями, но и конечной цели, которой должны следовать все участники рынка: повышению качества жизни населения.

Герцик Ю.Г., Горлачева Е.Н.

К вопросу целесообразности ранжирования рисков развития кластерных структур в сфере медицины и медицинской промышленности

Научно-учебный комплекс «Инженерный бизнес и менеджмент» ФГБОУ ВО «Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана» (национальный исследовательский университет), Москва

Сегодня для эффективного развития производства высокотехнологичных медицинских изделий (МИ) и успешной их коммерциализации необходим анализ факторов, сдерживающих развитие предприятий медицинской промышленности (ПМП), а также применение адекватных рыночным условиям методов формирования и управления организационно-экономической устойчивостью (ОЭУ) и конкурентоспособностью ПМП.

При выборе важно учитывать характер взаимодействия ПМП с предприятиями-конкурентами и лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) системы здравоохранения, где происходит внедрение в клиническую практику и эксплуатация МИ, а также уровень технологического развития ПМП, определяющий возможные для предприятия инновационные технологии в сфере здравоохранения.

Анализ материалов по оценке эффективности работы предприятий в сфере промышленности, в том числе фармацевтической, показал, что внедрение современных интегрированных кластерных

систем позволяет получить синергетический эффект взаимодействия, обеспечивающий повышение эффективности ПМП. Вместе с тем для кластерных структур в сфере медицины и медицинской промышленности в силу сравнительно небольших объемов производства и длительности клинических испытаний МИ возможны риски развития ПМП в составе кластерных структур со стороны внешней и внутренней среды. Соответственно, для успешного развития кластеров в сфере медицинской промышленности, роста импортозамещения и экспорта МИ необходима оценка вероятных рисков с использованием различных критериев ранжирования. Такой подход позволит оценивать вероятные риски развития кластерных структур и ПМП как участников кластера с учетом имеющегося технологического уровня – технологической зрелости ПМП, используя известные экономические методы анализа.

Таким образом, оценка рисков развития интегрированных кластерных структур в медицинской промышленности является одним из факторов устойчивого развития ПМП при вероятных негативных воздействиях со стороны внешней и внутренней среды.

Двойников С.Ю.

Глобальные тренды в здравоохранении

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр» Департамента здравоохранения г. Москвы

Введение. Важнейшими приоритетами современного общества являются укрепление популяционного здоровья, реальное формирование здорового образа жизни населения и повышение доступности и качества медицинской помощи.

Цель работы: оценка глобальных трендов и их влияния на развитие здравоохранения дает возможность правильно определять пути и способы развития как отдельных учреждений, так и всей системы оказания медицинской помощи в РФ.

Материал и методы. Проведен анализ и системное обобщение информационных материалов WB, WHO, NIC, NIH, ACUS, CFR, крупнейших консалтинговых и аналитических компаний (McKinsey & Company, PricewaterhouseCoopers, Bloomberg), центров стратегических исследований и разработок (RAND Corporation, Royal Institute of International Affairs, National Institute for research Advancemen, International Institute for Strategic Studies, The Heritage Foundation, DEMOS, CSIS), ведущих мировых и российских научных и клинических центров, а также литературных источников по указанной проблематике.

Результаты и обсуждение. Влияние глобальных трендов на состояние и развитие здравоохранения в первую очередь обусловлено развитием технологий – достижениями в области генетики, молекулярной биологии, фармакологии и программно-аппаратного обеспечения. Все более серьезное значение имеет учет социальных и культурных изменений в поведении людей, факторов, влияющих на их мировоззрение, взгляды, привычки, желания и потребности в улучшении качества жизни.

На основе анализа глобальных трендов можно предположить, что для российского здравоохранения целевым направлением развития в ближайшие годы будет комплексное повышение качества работы, базирующееся на применении кардинально новых технологий, во многом связанное с усиливающейся как внутрироссийской, так и международной конкуренцией в сфере здравоохранения.

Выводы. Долгосрочные глобальные тренды ориентируют развитие российского здравоохранения на инновационную составляющую его деятельности, обеспечивающую не только высокотехнологичные диагностику и лечение, но и совершенствование процессов управления, серьезно влияющих на эффективность деятельности, в том числе на качество оказания медицинской помощи.

Ермилова О.А.

К вопросу об изучении показателей смертности населения Нижегородской области

Аппарат Правительства Нижегородской области, Нижний Новгород

Последние десятилетия практически все показатели, характеризующие естественную убыль населения в Нижегородской области, регистрировались на более высоком уровне, чем в целом по стране. Для управления показателями здоровья населения необходим анализ показателей смертности в регионе, детализирующий проблему по таким аспектам, как возрастной состав населения, неравенство показателей в городской и сельской местности, среди мужчин и женщин, выделение причин преждевременной смертности.

Оценка социального, демографического и медицинского благополучия территории во многом зависит от показателей смертности населения. Последние десятилетия практически все показатели, характеризующие естественную убыль населения в Нижегородской области, регистрировались на более высоком уровне, чем в целом по стране. Общий показатель смертности в Нижегородской области за 2014 г. составил 15,9 на 1000 населения, что на 21,4% выше показателя по России. В 10-летней динамике этот показатель повторял общую тенденцию и снизился на 19,7% по сравнению с 2004 г. Управление показателями здоровья населения в первую очередь требует детального анализа демографической ситуации в регионе по четырем аспектам: 1. Возрастной состав населения. Нижегородская область характеризуется высокой долей лиц старше трудоспособного возраста, сопровождающейся снижением удельного веса населения трудоспособного возраста – с 29,5% в 2004 г. до 24,1% в 2014 г. 2. Неравенство показателей в городской и сельской местности: показатель общей смертности в сельской местности в 2014 г. регистрировался на уровне в 1,3 раза выше, чем аналогичный показатель в городской местности (по РФ – в 1,15 раза). В 2004 г. опережение показателя смертности сельского населения составляло 1,35 раза. 3. Неравенство показателей смертности женского и мужского населения: начиная с 15 лет смертность мужского населения превышает смертность женского. Эта тенденция сохраняется в старших возрастных группах: смертность мужского и женского населения в трудоспособном возрасте имеет наибольший разрыв – в 3,9 раза; в возрасте 60–64 лет мужская смертность превышает женскую в 3,2 раза, в 65–69 лет – в 2,7, в 70–74 – в 2,5, 75–79 – в 1,8, в возрасте старше 80 – в 1,5 раза (2014 г.). 4. Основными причинами смертности населения Нижегородской области в 2014 г. были болезни системы кровообращения – 60,2% (с частотой 955,5 на 100 тыс. населения, снижение по сравнению с 2004 г. на 24,2%), новообразования – 14,5% (с частотой 229,4 на 100 тыс. населения, без статистически достоверных колебаний уровня в 10-летней динамике), несчастные случаи, травмы и отравления – 8,0% (с частотой 128,5 случаев на 100 тыс. населения, снижение по сравнению с 2004 г. на 45,3%).

Обозначенные вопросы не могут рассматриваться отдельно – они представляют комплекс взаимосвязанных проблем. Дальнейший анализ каждого выделенного направления позволит определить основные задачи по снижению показателей смертности населения, выделить приоритеты региональной политики в области здравоохранения.

Казаковцев Б.А.

Эпидемиологические критерии качества организации психиатрической помощи

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Эффективность деятельности кризисных и реабилитационных психиатрических служб, использующих методы бригадного ведения пациентов, определяется оптимизацией количественных и качественных показателей кадровой обеспеченности служб медицинскими и немедицинскими специалистами.

Цель исследования – обоснование показателей качества организации психиатрической помощи с использованием эпидемиологических данных.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ данных федерального статистического наблюдения за 2005 и 2014 гг. по профилактике первичной инвалидности вследствие психических расстройств, суицидов и кадровому составу специалистов с медицинским и немедицинским образованием, занятых в амбулаторных и стационарных психиатрических службах в целом по России (РФ) и федеральным округам (ФО).

Результаты. По итогам реализации федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 гг.)» установлена обратная связь между показателями использования бригадных форм оказания психиатрической помощи и показателями психиатрической госпитализации. Установлено, что из 150 организованных в 2012–2013 гг. реабилитационных служб (РС) 85 (56,7%) находятся на начальной стадии развития, а 65 РС (43,3%) под другими наименованиями уже функционировали на протяжении ряда лет. До приведения в соответствие с новой номенклатурой (2012 г.) эти РС в течение длительного периода активно накапливали собственный, нередко уникальный опыт психосоциальной работы, и на период исследования их деятельность осуществляется по уже сформированным алгоритмам. Группы ФО с более высокими и менее высокими темпами снижения показателя первичной инвалидности значительно различались ($p < 0,05$) по количеству РС с уже разработанными и апробированными алгоритмами психосоциальной работы. С 2002 по 2012 г. статистически значимых ($p > 0,05$) изменений в соотношении числа ФО, использующих установленную Минздравом России номенклатуру кризисных служб (КС), не произошло. Вместе с тем абсолютное число служб «Телефон доверия» в стране увеличилось в 2,1 раза, служб «Кабинет социально-психологической помощи» – в 2,4 раза, служб «Кризисный стационар» – в 1,3 раза (кратность снижения показателей распространенности суицидов в стране составила 1,9). В то же время между группами ФО с наибольшим и наименьшим темпом снижения уровня распространенности суицидов были выявлены статистически значимые различия. Меньший уровень распространенности суицидов обеспечивался медицинскими специалистами (врачи-психиатры и врачи-психотерапевты), занимавшими значительно большее число штатных должностей, чем немедицинские специалисты (психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники). В ФО с большей эффективностью деятельности тех учреждений, где на протяжении более длительного временного периода при оказании психиатрической и психотерапевтической помощи используются бригадные формы профилактической и реабилитационной работы, отмечаются рост числа амбулаторных и стабилизация числа стационарных пациентов, получающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь. В динамике роста в исследуемый период числа занятых должностей 3 основных категорий специалистов с немедицинским образованием наметились определенные

различия. В общем числе занятых должностей медицинских психологов более интенсивно увеличивается число занятых должностей в амбулаторных психиатрических службах, притом что темпы роста числа должностей специалистов по социальной работе выше в стационарах. Рост показателей по категории социальных работников в стационарах адекватен расширению в них объема социальной работы более чем на $\frac{1}{3}$. Однако значительное число регионов страны характеризуется низкими уровнями обеспеченности и нулевыми показателями, что свидетельствует об актуальности проблемы дальнейшего развития психосоциальной помощи пациентам и их семьям как в амбулаторных, так и в стационарных психиатрических службах.

Заключение. Результаты эпидемиологического анализа подтверждают гипотезу о наличии причинно-следственных связей между качеством структуры (кадровая политика, начатая в отечественной психиатрии в 1993–1995 гг.), качеством лечебно-реабилитационного процесса (внедрение бригадных форм работы начиная с 2000-х гг.) и качеством результата (снижение показателей первичной инвалидности и уровня суицидальности к 2012–2014 гг.) (Donabedian A., 1988). С учетом высокой востребованности социальной работы в деятельности психиатрических и психотерапевтических служб необходима активизация послевузовской подготовки специалистов по социальной работе и расширение подготовки социальных работников в медицинских колледжах по уже разработанным и используемым в стране образовательным программам.

Карайланов М.Г., Русев И.Т., Прокин И.Г.

Методические основы оценки эффективности первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России,
Санкт-Петербург

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) составляет неотъемлемую часть всего процесса социально-экономического развития общества и национальной системы здравоохранения. Она является первым уровнем контакта людей с национальной системой здравоохранения и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья нации. Территориальная доступность ПМСП обеспечивается рациональным размещением медицинских учреждений с учетом расселения жителей. В развитии ПМСП наиболее значима роль врачей амбулаторно-поликлинических учреждений, которые осуществляют своевременную квалифицированную медицинскую помощь населению по профилю специальности в поликлинике и на дому, а также профилактическую деятельность по предупреждению и снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности, профессиональных болезней и травматизма. Развитие ПМСП должно быть направлено на решение следующих задач:

- обеспечение доступности этого вида медицинской помощи для всех групп населения, проживающих в любых регионах страны;
- удовлетворение потребности населения в квалифицированной врачебной лечебно-профилактической и медико-социальной помощи;
- переориентация деятельности учреждений на медико-социальную профилактику;
- повышение эффективности работы учреждений, совершенствование управления;
- повышение культуры и качества медико-социальной помощи.

В настоящее время приоритетной и нерешенной остается проблема оценки эффективности деятельности медицинского учреждения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях. Эффективность деятельности медицинского учреждения представляет собой степень достижения определенных для данного учреждения целей при определенных затратах, т.е. под понятием «эффективность» подразумевается достижение конкретного результата. Понятие эффективности медицинской помощи, в том числе ПМСП, не следует отождествлять с общеэкономической категорией эффективности, с соответствующими показателями в сфере материального производства, поскольку в здравоохранении даже при использовании квалифицированного труда и современного оборудования результат может быть нулевым, а возможно и отрицательным. Результаты тех или иных мероприятий здравоохранения в целом и амбулаторно-поликлинической службы в частности анализируются с позиций медицинской, социальной и экономической эффективности. Между этими видами эффективности существует взаимосвязь и взаимообусловленность, приоритетными являются медицинская и социальная эффективность. Что же касается экономической эффективности, в здравоохранении она не может являться определяющей при выборе средств профилактики и лечения заболеваний, организационных форм оказания медицинской помощи, хотя критерии экономической эффективности (наряду с медицинской и социальной эффективностью) могут помочь в установлении очередности проведения тех или иных мероприятий в условиях ограниченных ресурсов. Медицинская помощь должна оказываться таким образом, чтобы затраты на нее были оптимальными с точки зрения получаемых результатов (оптимальность) и исходя из наиболее важных направлений медицинской деятельности (приоритетность). Расчет показателей эффективности здравоохранения, его служб (включая амбулаторно-поликлиническую) и отдельных мероприятий проводится по следующим направлениям:

- по виду эффективности (медицинская, социальная, экономическая);
- по уровню (уровень работы врача, подразделения, учреждения в целом, уровень работы отрасли здравоохранения, уровень народного хозяйства);
- по этапам или разделам работы (эффективность на этапе предупреждения заболевания, лечения и реабилитации больных);
- по объему работы (эффективность лечебно-профилактических мероприятий и медико-социальных программ);
- по способу измерения результатов (через снижение потерь ресурсов, экономию ресурсов, через дополнительно полученный результат либо через интегрированный показатель, учитывающий все результаты);
- по затратам (учитываются затраты общественного труда, а также суммарный показатель по затратам живого общественного труда);
- по форме показателей (принимаются во внимание нормативные показатели здоровья населения, показатели трудовых затрат и стоимостные показатели).

Отечественные исследователи неоднократно предлагали перечень показателей, с помощью которых можно было бы оценить различные аспекты функционирования здравоохранения. Показатели должны иметь количественное выражение, быть простыми в расчете и иметь доступную и надежную информационную базу. Количество показателей по возможности должно быть минимальным, но при этом они должны отражать все основные аспекты деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения. Все параметры, используемые для оценки эффективности, могут и должны определяться на основе анализа учетно-отчетной документации учреждения и анкетирования пациентов. Используемые показатели должны нести определенную смысловую нагрузку и отражать конкретную связь с целями и задачами учреждения.

Карайланов М.Г., Русев И.Т., Прокин И.Г.

Организационные аспекты управления качеством медицинской помощи

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России,
Санкт-Петербург

Основными задачами современного здравоохранения являются внедрение новых методов и методик лечебно-диагностического процесса и методов управления ими с целью повышения качества медицинской помощи, а также совершенствование системы управления качеством медицинской помощи на основе стандартизации отрасли.

Государственная гарантия социальной защиты, основой которой является ряд законодательных актов, должна быть реализована в интересах каждого конкретного гражданина.

В соответствии с Конституцией Российской Федерации (1993 г.), Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» любой гражданин России имеет право на получение медицинской помощи определенного качества. Одним из основных немаловажных вопросов является внедрение новых, современных методов и методик лечебно-диагностического процесса и методов управления ими с целью повышения качества медицинской помощи, совершенствования системы управления качеством медицинской помощи на основе стандартизации отрасли, а совершенствование системы организации медицинской помощи также является основной задачей Концепции развития здравоохранения до 2020 г. Уровень качества медицинской помощи в медицинских учреждениях, по данным литературы, показывает, что он остается довольно низким, не отвечающим современным требованиям, особенно в амбулаторно-поликлиническом звене. Продолжается рост количества дефектов в оказании медицинской помощи пациентам, что является одним из объективных показателей, характеризующих недостаточный уровень качества. Так, по данным литературы, в 2015 г. по сравнению с 2014 г. количество дефектов увеличилось на 21,7%, причем 88,8% из них приходятся на догоспитальный период. Частыми дефектами на догоспитальном этапе являются невнимательное отношение к больным, несоблюдение правил врачебной этики и принципов медицинской деонтологии; на 2-м месте по количеству дефектов – недостаточная квалификация персонала медицинской службы; на 3-м – неполноценное обследование больных.

Слабые навыки врачей в информационно-аналитической работе, недостаточное владение статистическими методами изучения данных, полученных в повседневной деятельности, не позволяют использовать результаты анализа в процессе управления лечебно-диагностической работой. Наиболее распространенное определение качества медицинской помощи (КМП) сформулировано Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): это свойство взаимодействия врача и пациента, обусловленное квалификацией профессионала, т.е. его способность выполнять медицинские технологии, снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать объективные условия удовлетворенности пациента от его взаимодействия с медицинской подсистемой (врачом, отделением, медицинским учреждением). Таким образом, для определения качества оказанной медицинской помощи рекомендовано учитывать 4 основных компонента: соблюдение медицинских технологий (выполнение врачебного процесса), оптимальность использования ресурсов, риск травм и заболеваний в результате медицинского вмешательства, удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием.

В современных условиях управление КМП представляет совокупность управленческих структур и алгоритмов действий, направленных на обеспечение пациентов качественной медицинской помощью.

Во многих зарубежных странах организационно оформлены, созданы и функционируют общегосударственные системы управления (обеспечения) КМП. В гражданском здравоохранении РФ в рамках медицинского страхования создана и постоянно совершенствуется аналогичная система, на федеральном уровне созданы отдельные структуры по управлению КМП: Росздравнадзор, Роспотребнадзор, федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования. Деятельность по улучшению КМП является фундаментом обеспечения непрерывного совершенствования ее оказания на основе эффективного использования имеющихся ресурсов и учета потребностей каждого конкретного больного.

По данным ВОЗ, проблеме улучшения КМП пытаются разрешить во всех странах мира. Связано это с тем, что медицинская помощь ненадлежащего качества является фактором, оказывающим негативное влияние как на показатели смертности, утраты трудоспособности и рождаемости, так и на эффективность применения бюджетных средств, выделяемых на развитие здравоохранения. Указом Президента Российской Федерации от 12.05.2009 № 537 «О стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г.» определено, что решение задач национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации в средне- и долгосрочной перспективе достигается в том числе путем развития систем управления качеством и доступностью медицинской помощи, подготовкой специалистов здравоохранения. Согласно федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», доступность и КМП являются основными принципами охраны здоровья граждан и достигаются применением порядков и стандартов оказания медицинской помощи.

Карайланов М.Г., Русев И.Т., Прокин И.Г.

Первичная медико-санитарная помощь в условиях мегаполиса

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) осуществляет главную функцию и является центральным звеном всего здравоохранения. В Российской Федерации успешно реализован Национальный проект «Здоровье», целями которого являлись укрепление здоровья граждан, повышение доступности и качества медицинской помощи, развитие первичной медицинской помощи, возрождение профилактического направления в здравоохранении, обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

В Санкт-Петербурге в рамках реформы системы здравоохранения именно первичной медико-санитарной помощи отводится значительная роль и предполагается:

- повысить заинтересованность амбулаторно-поликлинических учреждений в интенсификации своей деятельности;
- совершенствовать структуру специализированной амбулаторной помощи и диагностических служб;
- развивать стационарозамещающих технологий.

На примере Санкт-Петербурга амбулаторно-поликлинические учреждения, оказывающие ПМСП, представлены поликлиниками для взрослого населения, детскими поликлиниками, женскими консультациями и специализированными диспансерами. Однако имеется различие в структуре здравоохранения в разных районах города. Необходимо отметить сохранение в ряде районов Санкт-Петербурга крупных амбулаторно-поликлинических учреждений, когда многие территориальные поликлиники для взрослого и детского населения, женские консультации, а в некоторых районах и диспансеры, были включены в состав территориальных медицинских объединений (ТМО). В даль-

нейшем ТМО как тип учреждения здравоохранения были исключены из Единой номенклатуры учреждений здравоохранения из-за несоответствия действующим правовым нормам. Но, тем не менее, длительный период функционирования ТМО подтвердил целесообразность укрупнения амбулаторных учреждений, в результате чего многие ТМО, сохранив свою организационно-штатную структуру, стали крупными поликлиниками, включающими в свой состав поликлинические отделения для взрослого и детского населения, а также женские консультации.

При организации ПМСП в амбулаторных условиях особое значение имеет оценка уровня обеспеченности населения тем или иным видом медицинской помощи. Уровень обеспеченности населения ПМСП в амбулаторных условиях традиционно принято оценивать по следующим показателям: число посещений в год на одного жителя; число врачей разных специальностей, работающих в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в расчете на 10 тыс. населения. Необходимо отметить, что в крупных городах, например в Санкт-Петербурге и в Москве, в последние годы идет прирост населения, требующий увеличения суммарной мощности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Организацию оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях необходимо планировать на уровне каждого района города с учетом специфики и тенденций демографических процессов, перспектив социально-экономического развития, а также имеющейся сети учреждений здравоохранения и их мощности.

Объемы амбулаторной помощи определяются из расчета количества посещений на одного человека в год с учетом нормативов. Однако во втором полугодии каждого года требуется перераспределять средства обязательного медицинского страхования между медицинскими организациями исходя из различной мощности и результатов анализа деятельности амбулаторных учреждений в разных районах города. При проведении реорганизации сети медицинских организаций, оказывающих ПМСП в амбулаторных условиях по участковому принципу, необходимо обеспечить максимальную приближенность этих учреждений к месту проживания обслуживаемого населения. В связи с этим необходимо строительство территориальных поликлиник для взрослых и детей в районах с интенсивной жилой застройкой, а до ввода в эксплуатацию этих учреждений целесообразно размещение офисов врачей общей практики на первых этажах уже построенных зданий. После ввода в эксплуатацию новых поликлиник данные помещения могут быть переоборудованы под жилье для медицинских работников, что будет способствовать решению кадровых проблем.

В заключение необходимо отметить, что в настоящее время реорганизация амбулаторной сети в таком крупном городе, как Санкт-Петербург, является одной из самых сложных задач управления здравоохранением. Это связано с многими факторами, прежде всего определяющими потребность населения в ПМСП: разнообразием организационных форм оказания амбулаторной помощи, интенсивно меняющейся жилой застройкой города, необходимостью обеспечения эффективного взаимодействия с другими социальными учреждениями.

Карайланов М.Г., Русев И.Т., Прокин И.Г.

Первичная медико-санитарная помощь – основа современной системы здравоохранения

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России,
Санкт-Петербург

Оказание первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению является одной из важнейших задач системы здравоохранения. Она позволяет в полной мере осуществлять профилактическую работу, направленную на раннее выявление факторов риска самых серьезных заболеваний,

а также определить их первые проявления. От уровня ее организации и качества оказания во многом зависят показатели здоровья населения.

С системой здравоохранения любой человек чаще всего впервые сталкивается, обратившись в поликлинику, которая является самым распространенным видом медицинской помощи. В среднем каждый гражданин посещает поликлинику или вызывает врача на дом около 9 раз в течение года. В последние годы в нашей стране ПМСП уделяется особое внимание. И это не случайно. Именно в первичном звене здравоохранения в полной мере можно проводить профилактическую работу, направленную на раннее выявление факторов риска самых серьезных заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых, а также определить их первые проявления.

Структура ПМСП достаточно многогранна, она сформирована с учетом оказания помощи населению в экстренном и плановом порядке, с учетом возраста, а также необходимости оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам. В связи с этим ПМСП представлена различными медицинскими организациями. В их числе поликлиники для взрослых и детей, женские консультации, скорая медицинская помощь. В сельской местности значимое место занимают врачебные амбулатории и фельдшерские здравпункты. Важную роль в организации и проведении обследования населения на предмет выявления факторов риска здоровья играют центры здоровья, которые были организованы в последние годы на базе поликлиник.

Особое место сегодня занимает паллиативная помощь больным в терминальной стадии хронических заболеваний. Этот вид помощи выделен не случайно, так как она может оказываться как в специализированных медицинских организациях – хосписах, в стационарах сестринского ухода, так и врачами, работающими участковыми терапевтами, или врачами общей практики в поликлинике.

В последние годы произошли значимые изменения в законодательстве, издан ряд Федеральных законов и приказов Минздрава России, регламентирующих работу системы здравоохранения, в частности первичной медико-санитарной помощи. Оказание ПМСП населению является одной из важнейших задач системы здравоохранения. От уровня ее организации и качества оказания во многом зависят показатели здоровья населения. В нашей стране в первичном звене здравоохранения работают врачи различных специальностей: участковые терапевты, врачи общей практики, семейные врачи, педиатры, узкие специалисты. Однако независимо от того, какой врач оказывает помощь прикрепленному населению, основным направлением его деятельности должна стать профилактика.

В России смертность от сердечно-сосудистых заболеваний является самой высокой среди европейских стран. На сегодняшний день доказано, что эти заболевания можно предотвратить, если снизить распространенность факторов риска их развития. В связи с этим реализация программ диспансеризации населения, проведение профилактических осмотров всех жителей, прикрепленных к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, является одной из приоритетных задач медицинских организаций, оказывающих ПМСП, в ближайшем будущем. Применение на практике порядков оказания помощи позволяет более четко определить приоритеты при лечении пациентов с различными острыми и хроническими заболеваниями. При этом необходимо помнить, что к врачу за помощью обращается человек с конкретными, присущими только ему проблемами. Защита его прав, соблюдение этических принципов при проведении консультации, назначении обследования и лечения являются основными принципами медицинской помощи на любых этапах ее оказания.

В современном медицинском сообществе принят термин «пациенториентированная помощь». Пациент становится центром всей системы здравоохранения, которая выстроена, для того чтобы уменьшить его страдания и провести адекватное лечение. Если этот принцип будет соблюден, между врачом и пациентом установятся доверительные отношения, что окажет позитивное влияние на приверженность пациента к выполнению полученных рекомендаций и, соответственно, во многом предопределил эффективность лечения или профилактических мероприятий.

Касимов О.В., Орлова Ю.И., Ефимова Л.В.

Клиентоориентированность – основа стратегии менеджмента многопрофильного лечебно-профилактического учреждения

Негосударственное учреждение здравоохранения «Дорожная клиническая больница на ст. Саратов II ОАО «РЖД»» (НУЗ ДКБ), Саратов

Высокий темп жизни и интенсификация медицинской деятельности диктуют необходимость внедрения отработанных до автоматизма методик ради сохранения конкурентных преимуществ. Для реализации принципа индивидуального подхода к пациенту в НУЗ ДКБ создан акушерско-терапевтико-педиатрический комплекс. **Цели** – индивидуализация, доступность качественной медицинской помощи. НУЗ ДКБ – многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, включающее стационар на 591 койку, стоматологическую и 5 взрослых поликлиник, женскую консультацию, акушерское отделение (роддом), консультативный диагностический центр для детей, Центр восстановительной медицины и реабилитации, отделение скорой медицинской помощи и другие подразделения. Индивидуальный подход к пациенту в сочетании с комплексом предлагаемых клинико-диагностических процедур позволяет достичь высокого качества медицинской помощи, максимально приблизить ее к пациенту.

Заключение. Выбранное направление в политике НУЗ ДКБ – клиентоориентированность – позволяет создавать дополнительный поток пациентов и дополнительную прибыль за счет глубокого понимания и удовлетворения потребностей пациентов.

Крылов А.В.

Внедрение и распространение инноваций: комплексный подход и доступные решения для роста эффективности лечебного учреждения и борьбы со смертностью

ЗАО «Научно-исследовательская производственная компания «Электрон»», Санкт-Петербург

Цели работы – выявить причины, влияющие на доступность и распространенность в РФ инновационной медицинской помощи, и предложить решение по одной или нескольким из них.

Материал и методы. В работе использованы результаты собственных исследований НИПК «Электрон», статистические материалы Минздрава России, Минпромторга России. В условиях экономического спада, падения доходов бюджета и недофинансирования медицинской отрасли стало актуальным получить альтернативу дорогостоящему импортному оборудованию от отечественного производителя. Имеются определенные стереотипы: импортозамещение невозможно из-за отсутствия отечественных разработок и производства оборудования; отечественные разработки не равны понятию «высокие технологии»; ЛПУ оснащены оборудованием для полноценной работы. Однако в РФ успешно работают российские компании полного цикла – разработка, производство инновационного медицинского оборудования, сервисное сопровождение и т.д., продукция которых соответствует международным стандартам.

После окончания национальных программ прошло несколько лет, срок эксплуатации первых поставленных аппаратов превысил 10 лет, оборудование изнашивается, выходит из строя, используют-

ся вчерашние технологии. Факты свидетельствуют о слабой насыщенности страны высокотехнологичным оборудованием. Например, средняя оснащенность отделений радиоизотопной диагностики по стране составляет ~1,7 шт. на 1 млн чел., тогда как необходимость для целей скрининга оценивается в 6–7 шт. Схожее положение с оборудованием для диагностики и борьбы с заболеваниями системы кровообращения. Выход из подобной ситуации – комплексный подход, учитывающий все нюансы, приводящие к оптимальному результату на пути от идеи до ввода в эксплуатацию оборудования высокотехнологичной медицинской помощи.

Подход диктует глубокий анализ и проработку следующих этапов.

1. Признание необходимости:

- оценка универсальности и возможности дополнения или замещения устанавливаемым оборудованием аппаратов других (смежных) модальностей, применимость в различных нозологиях;
- оценка готовности использовать результаты диагностики врачами-клиницистами (касается диагностического оборудования).

2. Оценка технологичности:

- аудит помещений – их наличие и соответствие нормативам (СП, СанПин и др.), пригодность для установки оборудования и анализ затрат на их подготовку;
- поиск и привлечение компетентных проектных и строительных организаций.

3. Оценка стоимости всего оборудования:

- основное оборудование – необходимость и достаточность функционала для основного объема проводимых операций, возможность расширения функционала за счет специализированных программных пакетов, ремонтостойчивость и ремонтпригодность, организация обслуживания;
- вспомогательное оборудование и аксессуары – как они будут использоваться для обеспечения работы основного оборудования и всего отделения в целом.

4. Оценка временных затрат:

- планирование всех действий от начала работ до полного их окончания с учетом того, что на некоторые действия, нужно закладывать в 2–3 раза больше времени, чем установлено нормативами и законодательством.

5. Стоимость владения:

- учет стоимости и частоты ТО оборудования, обновления ПО и комплектующих; стоимости и частоты приобретения расходных материалов – основных (для проведения исследований) и вспомогательных; расходы на поддержание отделения в соответствии с нормативами; непрямые текущие расходы.

6. Социально-экономический эффект:

- улучшение медицинской помощи населению от внедрения в ЛПУ инновационных технологий и воздействие на ЛПУ – влияние на режим работы ЛПУ;
- расчет потоков пациентов;
- виды проводимых исследований/операций;
- тарифообразование, финансирование исследований/операций – источники.

7. Финансирование:

- определение источников финансирования, периода и периодичности финансирования на время реализации проекта.

8. Подготовка помещений:

- авторский надзор за соответствием проекту, постоянный контроль работоспособности инженерных систем, соответствия их фактических параметров заявленным во избежание ненужных дополнительных трат.

9. Персонал:

- наличие персонала, возможность привлечения; квалификация персонала, необходимость в дополнительном обучении; обучение персонала для получения допусков работы с оборудованием.

10. Оборудование (поставка и монтаж):

- график поставки всего оборудования; надзор соответствия проекту и условиям контрактов в процессе монтажа; ответственность за страховые случаи.

11. Получение разрешительных документов:

- выбор и назначение лица, ответственного за взаимоотношения с надзорными органами, мониторинг изменений нормативных требований на всех этапах.

Заключение. В настоящий момент в России имеются и развиваются инструменты (комплексный подход), позволяющие сделать исследования и операции при помощи инновационных технологий более значимыми и эффективными как клинически, так и экономически, что поможет увеличить число обследуемых и при необходимости применить профилактические меры, повсеместно снизив смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, онкологии и др.

Курбанов К.М., Тагирова Г.К., Наврузова С.К., Курбанова С.К.

Путь повышения эффективной деятельности службы скорой медицинской помощи

ГБУ «Дагестанский центр медицины катастроф» Минздрава Республики Дагестан, Махачкала

Скорая медицинская помощь (СМП) – одно из трудных звеньев здравоохранения. За прошедшие десятилетия организационные формы, структура и содержание работы учреждений СМП на разных этапах ее развития изменялись и совершенствовались.

В частности основными направлениями проводимых реформ здравоохранения Российской Федерации являются реструктуризация лечебно-профилактических организаций и смещение приоритетов в сторону первичной медико-санитарной помощи. В этих условиях значительно возрастает роль скорой медицинской помощи (СМП) как одного из ведущих компонентов обеспечения национальной безопасности страны. Рост числа и тяжести техногенных аварий и катастроф с большими медико-социальными потерями, угроза международного и локального терроризма возлагают на СМП и службу медицины катастроф дополнительные задачи, решение которых требует дальнейшего совершенствования их организации. Состояние экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе требует повышения эффективности управления бригадами скорой помощи и медицины катастроф, определения методик и показателей оценки объемов и качества медицинской работы, выполненной бригадами быстрого реагирования и скорой помощи, персоналом, осуществляющим управление бригадами и водителями санитарного автотранспорта. Наличие таких методик и показателей позволяет проводить сравнительную оценку качества работы сотрудников, оптимизировать распределение бригад, дифференцированно оплачивать труд персонала в зависимости от количества и качества выполняемой работы, и, следовательно, повысить эффективность функционирования всей экстренной службы.

В настоящее время в условиях частого возникновения террористических, техногенных и природных чрезвычайных ситуаций (ЧС) необходима качественно новая комплексная система мероприятий по развитию и оптимизации СМП, развитие взаимодействия и координации деятельности всех ведомств и служб, обеспечивающих оказание экстренной медицинской помощи на всех этапах медицинской эвакуации. Сложившаяся к настоящему времени организационная структура службы СМП не позволяет достаточно оперативно реагировать на возникающие ЧС. Одна из основных проблем заключается в том, что на практике пока еще отсутствует цельная система управления службой, объединяющая ее возможности с силами и средствами различных министерств и ведомств. Положение дел экстренной службы в Дагестане поставило администрацию службы СМП перед необходимостью его технического пере-

вооружения, подготовки кадров и непрерывному повышению их квалификации, изменению системы управления, руководства.

Вопросы реформирования службы СМП нашли свое отражение в концепции Министерства здравоохранения Республики Дагестан по развитию здравоохранения до 2020 г. В соответствии с Постановлением правительства Республики № 326 от 17.07.2014 произошла реорганизация путем слияния учреждений «Дагестанский центр медицины катастроф» и «Станция скорой медицинской помощи», куда также вошло отделение санитарной авиации и медицинской эвакуации. Подобное структурное образование позволяет:

- оперативно выдвигать медицинские формирования как к больным, так и в очаг ЧС;
- соблюдать принципы преемственности на путях эвакуации пострадавших;
- отработать маршрутизации бригад быстрого реагирования к месту ЧС не только в пределах одного муниципального образования, но и на всей территории республики и за ее пределами;
- повышать профессиональную и тактико-специальную подготовку бригад быстрого реагирования при действиях в режиме повышенной готовности;
- осуществлять оперативное дистанционное управление мобильными медицинскими формированиями медицины катастроф и бригадами СМП;
- внедрить единые технологические требования и стандарты оказания экстренной медицинской помощи, системы оценки качества;
- внедрить современные финансово-экономические механизмы для повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения;
- снизить уровни смертности и инвалидизации при неотложных состояниях.

Согласно вышеуказанному постановлению, все бригады СМП являются силами службы медицины катастроф, их передовым отрядом, наиболее оперативно реагирующим на все чрезвычайные ситуации. Как известно, тактика организации медицинской помощи при ЧС резко отличается от повседневной работы СМП, поэтому проблема взаимодействия служб СМП и медицины катастроф в современных условиях приобретает очень большое значение. По сути дела, служба медицины катастроф стала центром системы управления службами экстренной медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Дагестан с изменением функций и структуры управления экстренной медицинской и скорой помощи. Разработана система трехуровневого обучения населения оказанию первой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях.

В плане организационно-методической работы служба медицины катастроф взаимодействует с аварийно-спасательными отрядами и медицинским отделом МЧС, кафедрой военной подготовки Дагестанской медицинской академии, сотрудниками УГИБДД, медицинским отделом МВД, ФСБ и другими ведомственными медицинскими учреждениями.

Одним из основных принципов службы экстренной медицинской помощи в ЧС является ее общегосударственный характер и опора на существующую сеть медицинских учреждений территориального и ведомственного здравоохранения.

Создание высокоэффективной системы экстренной медицинской помощи в стране невозможно без активного участия службы медицины катастроф.

Немцверидзе Э.Я., Касапов К.И., Кашникова К.Я.

Частные медцентры: от проблем к решениям

Многопрофильный медицинский холдинг «СМ-клиника», Москва

Можно сказать, что частная медицина в нашей стране появилась 20 лет назад, когда в 1993 г. в Конституции Российской Федерации появилось упоминание о частной системе здравоохранения.

В том же году были утверждены Основы законодательства об охране здоровья граждан, где был определен правовой статус частных медицинских организаций, и вводятся существенные ограничения на отдельные виды медицинской деятельности. Тем не менее медицинский бизнес начал развиваться, и с 2005–2006 гг. можно говорить об активном росте коммерциализации в медицинской сфере.

Соотношение частных и государственных клиник и кабинетов различается в зависимости от региона. Например, в Москве из 4,5 тыс. медучреждений 3,5 тыс. – частные, из них около 2 тыс. – стоматологические клиники и кабинеты, около 100 – клиники пластической хирургии, т.е. примерно половина частных клиник – стоматологические. В других крупных городах соотношения частных и госклиник – 1:1.

Таким образом, совершенно очевидным становится увеличение количества, а следовательно и социальной значимости коммерческих лечебных учреждений в общей системе здравоохранения Российской Федерации.

Первый блок проблем: несовершенное и недостаточное правовое и нормативное регулирование деятельности частного здравоохранения.

Закон «О регулировании частной медицинской деятельности», рассмотрение которого прошло в ноябре 2015 г., морально устарел еще до его принятия к рассмотрению. Он не решает актуальной проблемы взаимодействия и саморегуляции внутри сообщества, а создает дополнительные ограничения для работы коммерческих клиник.

Необходимо разработать закон «О саморегулировании предпринимательской и профессиональной деятельности в частной системе здравоохранения Российской Федерации», чтобы реализовать следующие возможности:

- снятие прямого ограничения на оказание определенных видов медицинской помощи в коммерческом здравоохранении;
- пересмотр санитарных норм и норм оснащения кабинетов для лицензирования оказания помощи согласно существующим реалиям, а также современным материалам, дезинфицирующим средствам, системам освещения, кондиционирования и т.д.;
- лицензирование самих лечебных учреждений системой саморегулирующихся организаций внутри сообщества;
- легитимизация на законодательном уровне права частных лечебных учреждений заниматься научно-исследовательской работой, а также проведением клинических испытаний оборудования и лекарственных препаратов;
- внедрение вразумительного алгоритма работы с электронными историями болезни и цифровой подписью врача.

Второй блок проблем связан с продвижением медицинских услуг, т.е. с рекламой. С 1 января 2014 г. на рекламу медицинских услуг фактически был введен запрет, с последовавшими изменениями в законе, где было разрешено рекламировать медицинские услуги во всех средствах массовой информации. Однако противоречия в самом законе не позволяют до конца понять, что можно рекламировать, а что нельзя. В итоге, например, Google, так и не поняв особенностей российского законодательства, вовсе отказался от рекламы в медицине. Для решения этого парадокса нужно полностью легализовать право лечебных учреждений рекламировать свои услуги согласно наличествующей лицензии без каких-либо нюансов.

Третий блок проблем: работа контролирующих органов – проверки.

Бывали прецеденты, когда в клинике работали сразу 2 или 3 проверяющих организации, притом что работа даже одной комиссии наносит большой финансовый урон работе клиники. В связи с этим считаем целесообразным на законодательном уровне регламентировать количество проверок вне зависимости от их плановости или внеплановости.

Для частных лечебных учреждений не менее важно создать благоприятные экономические предпосылки. В первую очередь это льготное кредитование и создание государственной поддержки лизинга дорогостоящего оборудования. Существующая сегодня общая ставка рефинансирования не позволяет банковской системе снижать ставки кредитования для медицинских учреждений, что не только затрудняет своевременное модернизирование существующих лечебных учреждений, но и до крайней степени затрудняет открытие новых.

Также за эти годы была проведена большая работа со стороны государственных институтов, когда были приняты ряд нормативных актов, облегчающих работу коммерческого здравоохранения.

В соответствии с Налоговым кодексом Российской Федерации медицинские услуги освобождаются от налогообложения налогом на добавленную стоимость, а также налогоплательщик имеет право на получение социальных налоговых вычетов в сумме, уплаченной налогоплательщиком в налоговом периоде за медицинские услуги.

Решение этих в большинстве своем тактических задач позволит лечебным учреждениям разной формы собственности занять достойное место в реформируемой сегодня системе здравоохранения нашей страны, а расходование общенациональных ресурсов, направляемых на здравоохранение, станет более эффективным, продуктивным и результативным.

Олевская Н.В.

Практическая польза ИТ-решений в организации диагностического и административного процесса от кабинета рентгенодиагностики до регионального уровня

ЗАО «Научно-исследовательская производственная компания «Электрон»», Санкт-Петербург

В статье проведен анализ текущей ситуации по уровню внедрения информационных решений в сфере лучевой диагностики. Выявлены причины, ограничивающие развитие процессов автоматизации деятельности медицинских учреждений и создания единого информационного пространства между ними для обмена медицинскими изображениями. Предложены примеры информационных продуктов, позволяющих решить данные проблемы. Приведен пример успешной реализации проекта по маммологическому скринингу в Санкт-Петербурге на базе Центрального архива медицинских изображений (ЦАМИ) НИПК «Электрон».

Цель – предложить решение проблем в области информатизации системы здравоохранения в виде использования современных ИТ-решений отечественного производства НИПК «Электрон», позволяющих автоматизировать процессы как отдельного лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), так и сети медицинских учреждений целого региона.

Материал. В работе использованы результаты собственных исследований НИПК «Электрон».

Методы исследования: аналитический, статистический, метод опроса, экспертных оценок и практического наблюдения.

Результаты и обсуждение. На сегодняшний день инфраструктура медицинских учреждений РФ по-прежнему состоит из разрозненных медицинских аппаратов и информационных систем, обеспечивающих лишь частичную автоматизацию деятельности медицинских организаций. Это влечет за собой потерю времени, финансов, эффективности и большие трудозатраты медицинских кадров. Постепенно ситуация меняется в лучшую сторону в связи с запуском различных федеральных целевых программ по созданию единого информационного пространства здравоохранения в России, но есть

ряд факторов, ограничивающих этот процесс: 1. Отсутствие инфраструктуры и специализированного программного обеспечения для быстрой передачи цифровых данных между удаленными участниками лечебно-диагностического процесса, в связи с чем осложнено оперативное консультирование результатов рентгенодиагностических исследований. 2. Отсутствие узкопрофильных медицинских кадров на удаленных территориях регионов. 3. Хранение архивов диагностических изображений на одиноко расположенных рабочих станциях, в связи с чем доступ к этим данным имеет очень узкий круг лиц, а не все заинтересованные участники лечебно-диагностического процесса. 4. Необходимость в повторных (дублирующих) исследованиях, так как доступ к ранее полученным первичным диагностическим изображениям затруднен или невозможен. 5. Отсутствие системы контроля и перераспределения загрузки дорогостоящего медицинского оборудования. Решение вышеперечисленных проблем в первую очередь должно проводиться на законодательном уровне путем стандартизации и применения единых подходов, во вторую очередь – путем использования современных информационных систем. В качестве примера таких ИТ-решений были приведены: 1. PACS-система (на уровне региона – ЦАМИ) – уникальное решение, которое позволяет объединять оборудование разных производителей в единое пространство. В результате с любого рабочего места можно использовать медицинские данные для обработки, анализа и описания исследований вне зависимости от физического места нахождения специалиста внутри медицинской организации или региона. 2. Радиологическая информационная система – решение, предназначенное для автоматизации процессов отделений лучевой диагностики от регистрации назначения на исследования, получения результатов исследований и передачи их в медицинскую информационную систему до ведения учета оказанных услуг, загрузки аппаратов и необходимой отчетности. 3. Телемедицинский портал – решение, позволяющее организовывать и передавать документы различных форматов между удаленными участниками лечебно-диагностического процесса, проводить удаленные медицинские консультации. Результаты внедрения данных ИТ-решений: снижение смертности, увеличение общей выживаемости и показателей ранней выявляемости заболеваний; повышение эффективности оказания медицинских услуг населению и доступности высококвалифицированной медицинской помощи в удаленных от центра районах; предоставление врачам доступа ко всем исследованиям пациента независимо от места их проведения; оптимизация загрузки дорогостоящего диагностического оборудования и затрат на хранение исследований за счет их централизации; организация удаленных экспертных центров в области инструментальной диагностики; контроль качества инструментальной диагностики на всех этапах лечебно-диагностического процесса; постановка более точных, обоснованных диагнозов; экономия времени. Пример успешного проекта внедрения ИТ-решения НИПК «Электрон» (ЦАМИ) – проект маммоскрининга в Санкт-Петербурге. В рамках сопровождения центрального архива медицинских изображений НИПК «Электрон» объединила 33 аппарата различных медучреждений города. Врач-эксперт производит в ИТ-системе НИПК «Электрон» удаленный анализ полученных из данных ЛПУ изображений и готовит экспертное заключение. Таким образом, выполняется двойное чтение маммограм. При выявлении подозрения на рак молочной железы пациентки направляются в медучреждение для более углубленного обследования и лечения. В результате работы за I квартал 2016 г. экспертным центром было просмотрено 10 881 исследование пациенток в возрасте от 39 до 69 лет, а затем вызвано 226 (2,0%) пациенток для дообследования, которое выявило у 36 женщин рентгенологически верифицированный (уточненный) рак молочной железы.

Заключение. Результатами внедрения высокотехнологичных ИТ-решений, позволяющих автоматизировать диагностические и административные процессы как отдельного ЛПУ, так и сети медицинских учреждений региона, являются спасение человеческих жизней, экономия времени, которая имеет критическое значение для социально-значимых заболеваний, например, таких как онкологические, а также снижение финансовых затрат за счет перехода на цифровое хранение исследований.

Сенченко А.Ю., Юрьева Е.А., Морозова Т.Д.

Преодоление состояния вынужденного спроса у слушателей циклов повышения квалификации

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

Врач зачастую приобретает образовательную услугу не потому, что хочет получить знания, а потому, что ему требуется документ о том, что он эти знания получил. Вынужденный спрос на циклы повышения квалификации для медицинских работников может быть преодолен благодаря изменению подходов к передаче знаний:

- 1) приоритет практическим занятиям;
- 2) построение практических занятий на основе цикла Колба;
- 3) актуализация знаний на основе постоянной обратной связи.

В Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г. отмечено, что одной из основных задач развития здравоохранения, направленных на улучшение здоровья граждан Российской Федерации, является «обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров на основе непрерывного образования». В настоящий момент основная причина, побуждающая медицинских работников проходить повышение квалификации, связана с необходимостью своевременно получать или подтверждать сертификат специалиста, т.е. обеспечить себе профессиональный допуск. Такая ситуация с точки зрения маркетинга представляет собой вынужденный спрос, т.е. такой спрос, при котором покупка не соответствует изначальным потребностям в товаре. Вынужденный спрос – это всегда неудовлетворенная потребность. Получение сертификата в этом случае является первичной потребностью, а получение знаний – в лучшем случае вторичной. Во время как у производителя услуги на первом месте стоит именно передача знаний, а не документов. Налицо противоречие между целями потребителя и производителя услуги. С точки зрения экономики, знания как часть человеческого капитала могут быть включены в состав как трудовых, так и информационных ресурсов организации. Инвестируя средства в человеческий капитал через образование своих сотрудников, медицинская организация существенно увеличивает стоимость своих ресурсов. Однако ориентированность заказчиков образовательных услуг только на низкие цены в итоге может привести как к обесцененности знаний, так и к удешевлению имеющихся в организации трудовых и информационных ресурсов. Не случайно 4-й принцип построения устойчивого бизнеса Эдвардса Деминга гласит: «Покончите с практикой оценки и выбора поставщиков лишь на основе цены на их продукцию. Вместо этого наряду с ценой требуйте серьезных подтверждений качества продукта». Вынужденный спрос на образовательную услугу является деструктивным элементом во взаимоотношениях между производителем и потребителем. Потребитель, минимизируя свои требования к качеству образовательной услуги, побуждает непосредственного производителя услуги снижать требования к обучаемым в рамках контроля знаний и посещаемости, таким образом запускается порочный круг во взаимоотношениях образовательной организации и слушателя.

Наш опыт преодоления вынужденного спроса и повышения заинтересованности в получении знаний у слушателей циклов профессиональной подготовки «Организация здравоохранения и общественное здоровье» включает:

1. Разделение обучения на аудиторную и дистанционную часть: а) 2 нед лекции; б) 2 нед семинарские и практические занятия в малых группах; в) 9 нед дистанционное обучение (организация здравоохранения, экономика здравоохранения, правовые вопросы организации здравоо-

охранения, менеджмент здравоохранения, подготовка курсовой работы); г) 3 нед семинарские и практические занятия в малых группах; д) публичная защита курсовых работ (лучшие работы представляются на Сибирской научно-практической конференции «Здравоохранение будущего: экономика, управление и право»).

2. Практические занятия – тренинги развития управленческих навыков на основе цикла Колба, применяемого для обучения взрослых. Пример: тренинг «Принятие управленческих решений». Общие проблемы, выявляемые у слушателей на этапе применимости опыта и его анализа: 1) неумение работать в команде; 2) стремление решить проблему, не выявив ее причины; 3) неумение мыслить системно (узкий взгляд на проблему); 4) неумение ставить цель и определять задачи; 5) слабые навыки планирования; 6) неумение принимать нестандартные решения. В результате признания проблем в реализации имеющихся знаний и умений у слушателя существенно повышается заинтересованность в обучении и отработке передаваемых знаний на практике.

3. Анализ результатов обучения. Со слушателями поддерживается постоянная обратная связь, выявляются их текущие потребности, что позволяет оперативно корректировать как лекционный, так и предлагаемый на практических занятиях материал. В качестве инструмента оценки деятельности преподавателей используются: 1) модифицированная анкета, применяемая в университете, – оценка дается не только всему циклу, но и каждому преподавателю; 2) индекс потребительской лояльности (NPS).

Сватковский Д.В.¹, Кузнецов Г.Н.¹, Переслегина И.А.¹, Очекурова Н.Ю.²

Эффективные закупки лекарств и медицинских изделий

¹ Правительство Нижегородской области, Нижний Новгород

² Министерство здравоохранения Нижегородской области, Нижний Новгород

В соответствии со Стратегией лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 г., утвержденной приказом Минздрава России от 13.02.2013 № 66 (далее – Стратегия), государственная политика в сфере лекарственного обеспечения направлена на охрану здоровья каждого гражданина Российской Федерации.

Основной целью государственной политики в сфере лекарственного обеспечения является повышение доступности качественных, эффективных и безопасных лекарственных препаратов на основе формирования рациональной и сбалансированной с имеющимися ресурсами системы лекарственного обеспечения населения Российской Федерации.

Система лекарственного обеспечения базируется на реальных возможностях бюджетной системы Российской Федерации и внебюджетных источников исходя из государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации лекарственными препаратами для медицинского применения.

Механизм использования имеющихся ограниченных ресурсов и повышения удовлетворенности населения доступностью лекарственного обеспечения заложен при формировании мероприятий программы «Развитие здравоохранения Нижегородской области до 2020 г.», утвержденной постановлением Правительства Нижегородской области от 26.04.2013 № 274 (далее – Программа), и внедряется при реализации подпрограммы «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях».

Ключевые мероприятия подпрограммы направлены на дальнейшую отработку существующих в области механизмов лекарственного обеспечения в стационаре и на амбулаторном этапе лечения.

Обеспечение лекарственными препаратами рассматривается как услуга, включающая закупку, хранение, доставку, контроль качества лекарственных средств, организацию обеспечения лекар-

ственными средствами, персонифицированный учет, автоматизацию процесса лекарственного обеспечения и т.д. Для выполнения этой услуги выбирается уполномоченная фармацевтическая организация (УФО). Действующая в Нижегородской области система закупок доказала свои экономические и организационные преимущества:

1. Снижение стоимости закупаемых лекарственных препаратов.
2. Увеличение объемов закупаемых лекарственных препаратов при сохранении размера финансирования. При снижении стоимости лекарственных препаратов по итогам электронных торгов объем закупок увеличивается.
3. Снижение затрат медицинских организаций на содержание отдельного персонала по закупкам. Необходимые функции выполняет УФО.
4. Снижение бюджетных затрат на хранение закупаемых лекарственных средств.
5. Снижение потерь бюджета медицинских организаций при наличии нереализованных остатков.
6. Противодействие коррупции. Централизация закупок с участием УФО позволяет полностью освободить должностных лиц заказчиков (главных врачей медицинских организаций, других заинтересованных лиц) от взаимодействия с поставщиками.
7. Снижение рисков неплатежеспособности.
8. Уменьшение сроков поступления лекарственных препаратов.
9. Обеспечение безопасности и качества лекарственных препаратов.
10. Автоматизация закупок.

Существующая система закупок лекарственных препаратов в Нижегородской области позволяет выполнять государственные задачи лекарственного обеспечения, определенные Стратегией лекарственного обеспечения населения Российской Федерации, в виде:

- 1) бесперебойного обеспечения лекарственными препаратами, в том числе при изменении схем лечения и для ликвидации чрезвычайных ситуаций;
- 2) отсутствия нереализованных остатков лекарственных препаратов и медицинских изделий;
- 3) обеспечения стабильности цен закупаемых лекарственных препаратов;
- 4) обеспечения безопасности и качества лекарственных препаратов;
- 5) обеспечения холодовой цепи;
- 6) улучшения доступности лекарственных препаратов для жителей сельских малочисленных населенных пунктов.

Таким образом, достигается наилучший результат при использовании наименьшего объема средств, что полностью соответствует ст. 34 Бюджетного кодекса Российской Федерации о принципе эффективности использования бюджетных средств и направлено на сохранение объема государственных гарантий в части обеспечения населения лекарственными препаратами.

Сватковский Д.В.¹, Переслегина И.А.², Ермилова О.А.³, Варенова Л.Е.⁴

О формировании ключевых показателей эффективности деятельности (KPI) медицинских организаций

¹ Правительство Нижегородской области, Нижний Новгород

² Министерство здравоохранения Нижегородской области, Нижний Новгород

³ Аппарат Правительства Нижегородской области, Нижний Новгород

⁴ ГБУЗ НО «МИАЦ», Нижний Новгород

В статье представлена методика расчета ключевых показателей эффективности деятельности (KPI) медицинских организаций для оценки эффективности использования ресурсов здравоохра-

нения при выполнении программы государственных гарантий бесплатного оказания населению медицинской помощи (ПГГ).

Известно, что КРІ – это система оценки достижения организациями стратегических и тактических целей. Правильное формирование системы КРІ позволяет определить, в каком процессе возникла проблема. В бизнесе система расчета КРІ используется достаточно активно. В здравоохранении она практически не используется, хотя отвечает оптимальным критериям комплексной оценки деятельности: имеет немного показателей, что позволяет рассчитывать КРІ ежемесячно, показатели имеют количественную характеристику и являются объективными.

Цель – разработать методику расчета ключевых показателей эффективности деятельности (КРІ) медицинских организаций (МО), позволяющую оценить степень достижения МО стратегических целей и наметить руководителю МО тактику исправления ситуации.

Материал и методы. Используются следующие показатели экономической эффективности МО: показатель смертности населения, наличие обоснованных жалоб, показатель заработной платы медицинских работников, показатель просроченной кредиторской задолженности (ПКЗ). Расчет КРІ включает 5 показателей: 1. Показатель экономической эффективности на основе оценки выполнения функции врачебной должности в поликлинике, показателей рационального и целевого использования коечного фонда. Методика расчета представлена в ежегодном письме Минздрава России о формировании и экономическом обосновании ПГГ. Данный показатель учитывает выполнение объемных показателей по плану-заданию в сочетании с финансовыми затратами медицинской организации. Источник информации – МО. 2. Показатель смертности населения в сравнении с аналогичным периодом прошлого года. Введен в соответствии с Указом Президента РФ. Для оценки показателя используются данные Росстата. 3. Наличие обоснованных жалоб. Рассчитывается на 1 сотрудника МО. Данный показатель утвержден в качестве критерия доступности и качества медицинской помощи в федеральной ПГГ и соответственно введен в территориальную ПГГ. Источники информации – Министерство здравоохранения Нижегородской области (МЗНО) и ТФОМС. 4. Показатель заработной платы медицинских работников. Введен в соответствии с Указом Президента РФ. Проводится определение показателя в процентах к средней заработной плате в экономике отдельно по врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу. Источник информации – Росстат. 5. Показатель ПКЗ введен в соответствии с Федеральным законом от 08.05.2010 № 83-ФЗ, приказом Минздравсоцразвития России от 06.09.2010 № 787н «Об утверждении Порядка определения предельно допустимого значения просроченной кредиторской задолженности федерального бюджетного учреждения, превышение которого влечет расторжение трудового договора с руководителем федерального бюджетного учреждения по инициативе работодателя в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации». ПКЗ считается кредиторская задолженность 3 и более месяцев. Предельно допустимое значение ПКЗ – 2%. Источник информации – МО. Все показатели направляются ежемесячно в ГБУЗ НО «МИАЦ» для обработки информации и автоматизированного расчета КРІ МО. По каждому показателю МО ранжируются от меньшего к большему и определяется ранговое место. Затем для каждой МО определяется сумма ранговых мест всех показателей, которая и является показателем КРІ. По КРІ МО ранжируются от меньшего к большему. Выделяется группа МО, имеющих ПКЗ 2% и более. Остальные МО по КРІ попадают в 3 зоны: зеленую, желтую и красную. КРІ МО красной зоны равен 45 и больше. Как правило, это 10% МО, находящихся в конце списка. Учитывая, что КРІ состоит из 5 показателей, видно, за счет какого показателя МО попала в красную зону. Таким образом, показатель КРІ может выполнять системообразующую, интегрирующую, регулирующую и результирующую функции. Полученные данные свидетельствуют о чувствительности КРІ и целесообразности его использования как в разрезе каждого из составных показателей, так и в виде интегративного показателя для комплексной оценки деятельности МО и ее руководителя, а также для принятия управленческих решений.

Третьякова О.С., Сухарева И.А.

Вклад болезней системы кровообращения в структуру общей смертности населения Республики Крым

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь

В статье дан анализ вклада сердечно-сосудистой патологии в общую смертность населения Республики Крым в 2014–2015 гг. и распространенности основных факторов риска. Намечены пути их снижения.

Серьезным вызовом для систем здравоохранения в современном мире является эпидемия неинфекционных заболеваний. Статистические данные и экспертные оценки подтверждают галопирующее увеличение распространенности неинфекционной патологии в мире и увеличение масштабов вызванных ею негативных медико-социальных последствий. Удельный вес смертности от неинфекционных заболеваний в общей структуре смертности неуклонно растет. Угрожающая ситуация сложилась в европейском регионе, где неинфекционные заболевания являются самой распространенной причиной смерти, достигая 86% всех случаев и составляя 77% глобальной тяжести болезней. Особую тревогу вызывает тот факт, что около 40% смертей от неинфекционных заболеваний в мире преждевременные. На глобальном уровне с 2014 г. 31,3% случаев смерти были обусловлены сердечно-сосудистой патологией, 13,0% – онкопатологией, 6,2% – сахарным диабетом, 5,0% – хроническими обструктивными заболеваниями легких. Поскольку ведущую роль в формировании бремени болезней и уровней смертности в странах Европы, а также РФ в целом играют сердечно-сосудистые заболевания, чрезвычайно важны анализ ситуации, факторов риска развития заболеваний, мониторинг и принятие взвешенных управленческих решений.

Цель – оценить вклад болезней системы кровообращения в структуру общей смертности населения Республики Крым в 2015 г.

Материал и методы: анализ статистических показателей.

Результаты: При анализе ситуации, сложившейся в Крыму, выявлено, что основной вклад в общую смертность населения вносит сердечно-сосудистая патология. При стандартизованном коэффициенте смертности в регионе 1547 на 100 тыс. населения удельный вес болезней системы кровообращения в 2015 г. составил 64,8% при 48,2% в РФ (в 2014 г. 68,2 и 49,9% соответственно). Как известно, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составляет почти 50% всех случаев смерти населения Европы. Однако за последние 20 лет стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения в Европе уменьшился на 23,4% (с 482,5 до 369,5 случаев на 100 тыс.), в странах ЕС – на 46,2% (с 395,6 до 212,9 на 100 тыс.) при увеличении его в странах СНГ на 6,3% (с 634,5 до 674,5 на 100 тыс.). Оценивая ситуацию в РФ в целом, следует отметить, что в 2015 г. этот показатель по сравнению с 2014 г. снизился на 3,4% (с 653,7 до 631,8 случаев на 100 тыс. населения), но в Республике Крым этот коэффициент остается стабильно высоким (1002,8 против 1002,7 случаев на 100 тыс.), продолжая превышать общегосударственный показатель более чем на треть (на 37,0% в 2015 г. и на 34,8% в 2014 г.). При анализе структуры смертности от сердечно-сосудистой патологии выявлено, что основной вклад в смертность в этой группе вносят ишемическая болезнь сердца (804,3 случая на 100 тыс.), цереброваскулярные болезни (114,2 на 100 тыс.) и инфаркт миокарда (31,6 на 100 тыс.). Известно, что в европейском регионе около 60% общего бремени болезней принадлежит 7 ведущим поведенческим и биологическим факторам риска: артериальной гипертензии (12,8%), табакокурению (12,3%), алкоголизму (10,1%), повышенному уровню холестерина крови (8,7%), избыточной массе тела (7,8%), недостаточному употреблению фруктов и овощей (4,4%),

малоподвижному образу жизни (3,5%). В Крыму распространенность факторов риска смерти от сердечно-сосудистой патологии несколько иная: среди жителей республики в 3 раза чаще регистрируются артериальная гипертензия (35,5%), гиперхолестеринемия (23,0%) и нерациональное питание (12,9%), примерно на одну треть больше крымчан в сравнении со среднестатистическим европейцем подвержены табакокурению (17,1%), ожирению (12,5%), вдвое больше жителей полуострова (9%) ведут малоподвижный образ жизни при практически сопоставимом числе злоупотребляющих алкоголем (11,9%). Такая широкая распространенность факторов риска среди жителей полуострова во многом объясняет высокий уровень заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистой патологии в регионе, что не может не вызвать тревогу и требует принятия неотложных мер по минимизации этих факторов.

Выводы. Проводимая в Крыму модернизация здравоохранения, включающая в том числе создание регионального сосудистого отделения, 5 первичных сосудистых отделений, решение кадровых проблем, внедрение стандартов лечения острого коронарного синдрома и острых нарушений мозгового кровообращения, расширение практики применения тромболитиков на догоспитальном этапе пациентам с острым коронарным синдромом, внедрение маршрутизации, соответствующей порядкам и уровням оказания медицинской помощи, повышение доступности специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, совершенствование системы медицинской реабилитации, открытие кабинетов медицинской профилактики, формирование здорового образа жизни, должна привести к снижению вклада болезней системы кровообращения, который на сегодня является очень весомым, в структуру общей смертности населения Крыма.

Фомин А.А.

Информационные системы стационара и поликлиники г. Петрозаводска

ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», Медицинский институт

В статье рассматриваются 2 информационные системы: Карельская медицинская информационная система и Региональная информационно-аналитическая система «ПроМед», поднимаются вопросы их построения, возможностей, назначения, распространенности, внедрения на базе поликлиники и стационара.

Цель исследования – изучить и сравнить Карельскую медицинскую информационную систему (КМИС) и Региональную информационно-аналитическую систему «ПроМед». Задачи: изучить построение, возможности, назначение, распространенность данных систем.

Материал исследования – данные о внедрении и эксплуатации КМИС на базе Больницы скорой медицинской помощи и Отделенческой клинической больницы г. Петрозаводска, а также сведения об эксплуатации системы «ПроМед» на базе Инфекционной больницы, республиканского онкологического диспансера, ГБУЗ РК «Городская поликлиника № 2» и ГБУЗ РК «Городская детская поликлиника № 1».

Результаты. Карельская медицинская информационная система написана на программном продукте Lotus/Domino, построена на объективно-ориентированной базе данных, операционная система имеет следующие возможности: переносимость, масштабируемость, простота администрирования, минимальные требования к аппаратной части, низкая стоимость программного обеспечения или возможность получения его бесплатно. Основной принцип хранения документов: единая амбулаторная карта, электронная история болезни. Вся информация в системе представлена в виде электронных документов, которые хранятся по иерархическому принципу в соответствующих базах данных системы. Задачи КМИС: замена бумаги и авторучки на клавиатуру и монитор компьютера, облегчение труда медицин-

ских работников. Преимуществами данной системы являются интеграция с информационной системой «Электронное правительство Республики Карелия», полнота функциональных возможностей, быстрота обновления. Региональная информационно-аналитическая система «ПроМед» – специализированный программный комплекс, позволяющий автоматизировать процессы сбора, обработки и хранения медицинской, экономической и статистической информации в системе здравоохранения региона. Принцип работы: функционирует по модели SaaS – программное обеспечение как услуга на едином центре обработки данных для неограниченного числа пользователей. Центр обработки данных обеспечивает работу серверной части системы, осуществляет весь цикл обработки данных для нужд участников информационного процесса, обеспечивает работу Call-центра в рамках проекта «Электронная регистратура», обеспечивает безопасность хранения персональных данных, осуществляет полный цикл обработки данных для нужд медицинских учреждений, органов управления здравоохранением, страховых медицинских компаний, территориального фонда обязательного медицинского страхования, формирование электронной медицинской карты. Функции «ПроМед стационара»: поиск и идентификация человека в регистре граждан, ведение учета случаев стационарного лечения пациента, учета выданных медицинских свидетельств о рождении и смерти, учета данных о родах и абортах, мониторинг и анализ данных, составление отчетности, автоматизация лабораторий. В поликлинике внедрена электронная регистратура. Ее преимущества: отсутствие очередей в регистратурах и у кабинетов врачей поликлиник, максимальное упрощение процедуры записи на первичный прием, максимальное упрощение процедуры записи на последующие этапы лечения, исключение отказов в записи, уменьшение срока ожидания посещения врачей первичного звена на 22%, врачей-специалистов – на 34%, уменьшение времени ожидания диагностических процедур на 28%, госпитализации – на 24%, увеличение числа пациентов трудоспособного возраста на 16%. Преимущества системы «ПроМед»: поддержка принятия медицинских решений на основе единой электронной медицинской карты, качественное повышение достоверности отчетных данных за счет централизованной обработки первичной информации, исключение затрат на обеспечение процессов сбора информации с медицинских учреждений, уменьшение трудозатрат на обеспечение процессов обработки информации на всех уровнях на 80%, на обеспечение технической поддержки работы системы – на 95%, минимизация стоимости владения системой, возможность оказания услуг населению в электронном виде, уменьшение затрат на обеспечение защиты персональных данных за счет централизации хранения на 70%.

Заключение. Карельская информационная система направлена на автоматизацию работы стационара; информационная система «ПроМед» больше подходит для автоматизации страховой и финансовой работы как стационара, так и поликлиники, при этом «ПроМед» получила большее распространение среди поликлиник города Петрозаводска.

Чупрова Т.А., Волошин Р.И.

Опыт использования электронных учетно-расчетных таблиц для ведения учета врачебных посещений в ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы»

ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы»

Интенсификация труда медицинских работников в условиях современного здравоохранения предъявляет повышенные требования к организационным факторам. Возрастают роль и значимость медицинской статистики в практической деятельности медицинского учреждения.

Цель – автоматизировать процесс работы с ведомостью учета врачебных посещений в ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы» (ГУЗ «ДКМЦ г. Читы»).

Материал и методы. Использована электронная форма сбора данных в рамках формы статистического учета № 039/у-02 на базе табличного процессора Microsoft Excel из пакета приложений Microsoft Office 2013.

Результаты. Статистический учет врачебных посещений в ГУЗ «ДКМЦ г. Читы» осуществляется отделом медицинской статистики. В процессе работы была усовершенствована бумажная форма № 039/у-02, являющаяся основой для обработки цифр – добавлены графы учета платных посещений и разработан ее компьютерный вариант. Электронная форма состоит из нескольких функциональных блоков: 1-й блок – графы, где учитывается время, затраченное на посещения; 2-й блок – информация об общем количестве посещений с делением, согласно бумажному варианту; 3-й блок касается посещений по заболеванию; 4-й – посещений с профилактической целью; 5-й блок представляет собой учет числа посещений по видам оплаты; 6-й – дополнительные графы на перспективу (незаполненные); в 7-м блоке отражена информация о количестве ставок ежемесячно, на которых работает данный врач, указано время приема на ставку, нагрузка в час и календарные рабочие дни; завершающий 8-й блок представляет массив граф, в которых с помощью формул проводится контроль вносимой информации.

Заключение. Форма позволила ускорить и систематизировать процесс работы с отчетной информацией, минимизировать возможность появления неконтролируемых ошибок учета, упростить процесс передачи собранной информации получателю для анализа.

Чупрова Т.А.

Операционализация стратегии общеполиклинического отделения ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы»

ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы»

В настоящее время одним из условий лидерства организации на рынке является его эффективная и рационально организованная операционная деятельность.

Цель – повысить эффективность и результативность деятельности структурного подразделения медицинской организации путем использования инструментов операционного менеджмента.

Материал и методы. Объект исследования – общеполиклиническое отделение (ОПО) – подразделение ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы» (ГУЗ «ДКМЦ г. Читы»), оказывающее специализированную консультативно-диагностическую помощь детскому населению г. Читы и Забайкальского края. Отделение сформировано вследствие реорганизации ГУЗ «Краевой детский консультативно-диагностический центр» путем слияния с 7-ю детскими медицинскими учреждениями в марте 2015 г. и образования ГУЗ «ДКМЦ г. Читы». В настоящее время в ОПО оказывается консультативная помощь по 24 педиатрическим специальностям, проводится порядка 60 видов диагностических, а также 180 видов лабораторных исследований. На базе ОПО развернут дневной стационар на 2 койки, функционирует специализированный аллергологический центр, централизованная ИФА-и ПЦР-лаборатория, а также профилактический «Центр здоровья».

Результаты. При работе с моделью построения цепочки добавленной стоимости (операционной деятельностью) учреждения и выделением подсистем бизнес-процессов (БП) были определены критичные БП – «локомотивы» для ОПО – внутренние процессы подразделения, на которых следует сконцентрировать усилия, чтобы удовлетворить ожидания пациентов и заказчика (БП7 «Осуществление производства медицинской услуги», БП9 «Мониторинг и обслуживание», БП13 «Система менеджмента качества»). Установлены целевые показатели результативности деятельности подразделе-

ления для критичных БП: БП7 – удельный вес пациентов в ремиссии (от 1 до 3 лет) – не менее 40% пролеченных; БП9 – удельный вес удовлетворенных пациентов (готовых воспроизвести услугу) – не менее 85%; БП13 – коэффициент качества оказания медицинской помощи не менее 0,95.

Заключение. Операционализация стратегии консультативно-диагностического подразделения позволяет оптимизировать деятельность, а также повысить эффективность управления в медицинской организации.

Zwinkels D.P.

The effect of customs on medical equipment pricing

NHTV Breda University of Applied Sciences, Netherlands

Medical equipment is one of the most important parts of treatments of any form however due to the price their accessibility is reduced making treatments possibly to expensive which leads to choosing cheaper equipment lowering the treatment quality. This text shows how customs authorities influences the price of medical equipment and how this can be reduced by using ways such as FTA's.

Where would the world be without microscopes, MRI scanners and other medical equipment? Understanding the importance of the equipment doctors and specialists use in their ever lasting endeavor to heal the injured is without a doubt engraved in everyone's mind who has been in a hospital. Few however, realise how expensive this equipment is and why they are so expensive. The intention of this work is to show how the importation of medical equipment makes medical equipment needlessly more expensive. Medical equipment in Russia is mostly imported from other regions, this results into the need for the equipment to pass customs and pay tariff. Customs is an authority, with multiple responsibilities which can be divided in two categories: fiscal and non-fiscal. The fiscal tasks of the customs authorities all over the world can be described as the collection of tariffs as well as the handling of export documents. Tariff is the collective name of Value Added Tax (VAT), customs duty and excises. The non-fiscal tasks include the controlling of the flow of goods, which means they check products on possible risks for national security, health, environment and economy. To explain how this works one should take of a normal product for instance a chair produced in Russia. If one is to buy a chair they have to pay VAT on top of the normal price of the chair, this is often included in the price for consumers. Businesses are different, they pay for the chair including the VAT and can reclaim, official term is deduct, the VAT they paid from the government this saves them up to 18% of the price. If this chair would be imported from Europe one has to pay this VAT as well as duty which is often around 15%, in this case the VAT can be deducted however the duty cannot. This means that a chair produced in Russia is at least 15% cheaper when not taking into account the process of importation and transportation which again adds a possible fee. Medical equipment is a bit different, one has to know that every product has a different VAT and duty rate which, in Russia, can either be 0%, 10% or 18% for VAT whereas duty rates vary from 0% until 20%. It would take several pages to list the specific rules and how these rates are determined, if one is interested they could research commodity codes and tariff rates themselves which are publicly available on the internet. The most important piece of information is that these extra costs of VAT and duty can be bypassed. This bypassing is the key element which could greatly improve the availability and affordability of medical equipment in Russia. One should know that several pieces of equipment are exempt from the initial import VAT by the russian government and that VAT generally is no problem for businesses as they can deduct it, this could at most result into a cash flow problem as the amount is most of the time paid back in a month of two. Duty is different, as aforementioned it cannot be deducted thus will increase the price of the equipment by generally 5–15%. This might sound low but if a hospital were to buy 20 pieces of equipment each being \$40.000 the worst case scenario would be that it would cost

\$120.000 on import duties. The fact remains however, that this duty payment can be avoided or reduced in several ways. The three most well-known are: suspensions, free trade agreements (FTA) and goods of preferential origin. Suspensions are the (partial) suspension of duties on certain goods. Examples include military goods or products which are not available in Russia. Free trade agreement are agreements with Russia about free trade between countries. Furthermore, these agreements are about the reduction or total abolition of import duty for all products unless otherwise noted. And finally preferential origin: Goods with a preferential origin benefit from trade agreements between countries. Heavy criteria are to be met for a good to be preferential. Requiring that a product is wholly obtained or processed enough in one country. If a good is preferential it can be imported at a reduced or zero duty rate These three methods are the general ways duty can be reduced or avoided. Out of these possibilities FTA's are the most common and reliable option. In the current period Russia only has a few FTA's with few countries such as Armenia, Serbia and the Kyrgyz Republic but is in negotiation with the EU and New Zealand. If this FTA was to come in effect the duty rate for medical equipment imported from these countries is sure to be reduced to possibly 0%. To conclude this text it should be said that in the current market it is impossible to get the rates to 0% which would create more accessible medical treatments for people. However in the coming years if Russia were to follow through with the negotiations it would surely open up possibilities for hospitals to get new equipment at a better price increasing the quality of treatments.

ИНФОРМАЦИЯ

Уважаемые читатели!

Вы можете оформить подписку на журнал «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение» в редакции.

Редакционная подписка – это:

- подписка с любого номера
- льготная цена
- гарантированная и своевременная доставка
- обратная связь с редакцией

Стоимость льготной подписки через редакцию:

- для индивидуальных подписчиков/для предприятий и организаций: 4 номера (год) – 2400 руб.

Периодичность выхода журнала – 1 раз в 3 месяца.

Оформить подписку очень просто. Разборчивым почерком впишите в квитанцию ФИО получателя, сумму, телефон, точный почтовый адрес для доставки журнала. Оплатите квитанцию в любом отделении Сбербанка России. Подтвердите оплату по телефону (495) 921-39-07 (доб. 137) или по электронной почте: bookpost@medknigaservis.ru (информация для отдела подписки).



Извещение	Форма №ПД-4
	ООО «ПрофмедКнига»
	(наименование получателя платежа)
	7730622494/773001001
	(ИНН получателя платежа)
	№ 40702810306000021201
	(номер счета получателя платежа)
	в ОАО «ТЭМБР-БАНК» г. Москва
	(наименование банка и банковские реквизиты)
	к/с 30101810445250000166 в Отделении 3 Москва БИК 044525166
Подписка на журнал «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение» (4 номера)	
кассир	Дата _____ Сумма платежа: _____ руб. _____ коп.
	Плательщик (подпись) _____
Извещение	Форма №ПД-4
	ООО «ПрофмедКнига»
	(наименование получателя платежа)
	7730622494/773001001
	(ИНН получателя платежа)
	№ 40702810306000021201
	(номер счета получателя платежа)
	в ОАО «ТЭМБР-БАНК» г. Москва
	(наименование банка и банковские реквизиты)
	к/с 30101810445250000166 в Отделении 3 Москва БИК 044525166
Подписка на журнал «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение» (4 номера)	
кассир	Дата _____ Сумма платежа: _____ руб. _____ коп.
	Плательщик (подпись) _____