ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№2.2018

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

КОНФЕРЕНЦИИ ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ТЕЛЕМЕДИЦИНЕ:

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

Организаторами конференции выступают ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России совместно с Кафедрой информационных и интернет-технологий Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и Консалтинговым центром «ЗдравРеформ».
В качестве докладчиков выступят представители Минздрава России, эксперты ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Национального Института Медицинского Права и др.

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

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

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

КОНФЕРЕНЦИЯ ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:

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

Организаторами конференции выступают ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России и Консалтинговый центр «ЗдравРеформ».
Конференция состоится при участии представителей Минздрава России, Федерального ФОМС, ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России и ведущих экспертов отрасли здравоохранения.

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

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

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

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер здравоохранения

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

- **14.02.01 – Гигиена**
- **14.02.02 – Эпидемиология**
- **14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение**
- **14.02.04 – Медицина труда**
- **14.02.05 – Социология медицины**
- **14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация**

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№2
2018

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

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

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

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

В номере:

НАСЕЛЕНИЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Динамика заболеваемости населения старше трудоспособного возраста злокачественными новообразованиями кожи и смертности от них за период с 2012 по 2016 гг.
Н.А. Голубев, Е.В. Огрызко, Н.М. Попова, А.В. Одинец 6-15

Потери жизненного потенциала и экономический ущерб, обусловленный алкоголь-атрибутивной смертностью, в приарктических регионах европейского севера России
Э.А. Мордовский 16-28

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Количественные характеристики использования рентгеновской компьютерной томографии в поликлинической практике в крупном городе
М.П. Свещинский 29-36

Разработка и внедрение стандарта организации работы регистратур медицинских организаций: проект «Входная группа»
А.В. Холопов, В.А. Бойков, О.С. Кобякова, И.А. Деев 37-43

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

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

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

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

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Финансирование информатизации государственного здравоохранения России в 2013–2016 гг.

А.В. Гусев **44-56**

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

Страховой представитель 3 уровня – новая фигура системы ОМС

Н.И. Гришина, А.А. Старченко, О.В. Тарасова **57-70**

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

«Иные условия» как основание для платности оказываемой медицинской помощи. Часть 1

Ф.Н. Кадыров **71-78**

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров **79-80**

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Товарный знак и название «Менеджер здравоохранения» являются исключительной собственностью ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения». Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации.
Материалы рецензируются редакционной коллегией.
Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Перепечатка текстов без разрешения журнала «Менеджер здравоохранения» запрещена. При цитировании материалов ссылка на журнал обязательна.
За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

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

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

Главный редактор:
академик РАН,
профессор В.И.Стародубов
idmz@mednet.ru
Зам. главного редактора:
д.э.н. Ф.Н.Кадыров
kadyrov@mednet.ru
Шеф-редактор:
д.б.н. Н.Г.Куракова
kurakov.s@relcom.ru

Директор отдела распространения и развития:
к.б.н. Л.А.Цветкова
(495) 618-07-92
idmz@mednet.ru, idmz@yandex.ru

Автор дизайн-макета:
А.Д.Пугаченко
Компьютерная верстка и дизайн:
ООО «Допечатные технологии»
Литературный редактор:
С.В.Борисенко

Подписные индексы:
Каталог агентства «Роспечать»
Годовая — **20102**
Полугодовая — **82614**

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

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

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

Monthly scientific journal

Manager Zdravoochranenia

№2 2018

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

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

Contents:

POPULATION AND HEALTH

The dynamics of morbidity of the population over working age with malignant skin tumors and mortality from them for the period from 2012 to 2016

N.A. Golubev, E.V. Ogryzko, N.M. Popova, A.V. Odinets 6-15

Potential years of a life lost and economic losses due to the alcohol-attributable mortality in the near-arctic regions of the european north of Russia

E.A. Mordovskiy 16-28

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

Analysis of CT utilization for primary care clinics of the large city

M.L. Sveshchinskiy 29-36

Development and implementation of a standard for the organization of work of registries medical organizations: the project «Entrance group»

A.V. Holopov, V.A. Boykov, O.S. Kobyakova, I.A. Deev 37-43

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

INFORMATIZATION OF HEALTH CARE

Financing of Informatization of Public Health in Russia in 2013–2016

A.V. Gusev 44-56

SPECIAL OPINION

The Insurance representative level 3-a new figure of the system of mandatory medical insurance

N.I. Grishina, A.A. Starchenko, O.V. Tarasova 57-70

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

«Other conditions» as a basis for payment of medical care. Part 1

F.N. Kadyrov 71-78

QUESTIONS AND ANSWERS

Questions answered by PhD of Economic F.N. Kadyrov 79-80

Н.А. Голубев,
к.м.н, старший преподаватель кафедры информационных и интернет технологий ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва, Россия, golubev@mednet.ru
Е.В. Огрызко,
д.м.н, зав. отделением медицинской статистики ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, ogrev@mednet.ru
Н.М. Попова,
д.м.н, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ижевск, Россия, kafedra-ozz@mail.ru
А.В. Одинец,
к.м.н., доцент кафедры кожных и венерических болезней ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет», г. Ставрополь, Россия, odinets1@yandex.ru

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ И СМЕРТНОСТИ ОТ НИХ ЗА ПЕРИОД С 2012 ПО 2016 ГГ.

УДК 614.2

Голубев Н.А., Огрызко Е.В., Попова Н.М., Одинец А.В. ***Динамика заболеваемости населения старше трудоспособного возраста злокачественными новообразованиями кожи и смертности от них за период с 2012 по 2016 гг.*** *(ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва, Россия; ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия; ФГБОУ «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Ижевск, Россия; ФГБОУ «Ставропольский государственный медицинский университет», г. Ставрополь Россия)*

Аннотация. В статье представлен анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи и смертности от них среди населения старше трудоспособного возраста. Выделены субъекты с высокими показателями заболеваемости и смертности по причине злокачественных новообразований кожи. Отмечена необходимость совершенствования работы смотровых кабинетов поликлинического звена здравоохранения и первичных онкологических кабинетов в системе онкологической помощи населению.

Ключевые слова: *злокачественные новообразования кожи, население старше трудоспособного возраста, показатели заболеваемости.*

Актуальность исследования

Наблюдающаяся тенденция к постарению населения привлекает внимание ученых к изучению заболеваемости и оказанию медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста [1, 2, 8, 17, 22, 27]. По данным источников литературы неблагополучная ситуация с болезнями кожи прослеживается в ряде субъектов страны

© Н.А. Голубев, Е.В. Огрызко, Н.М. Попова, А.В. Одинец, 2018 г.

[18, 21], в том числе по злокачественным новообразованиям кожи [5, 16]. В связи с отмечающейся в мире, в том числе и на территории Российской Федерации, тенденций к росту злокачественных новообразований кожи [4, 9, 6, 19, 20], актуален анализ динамики заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи и смертности от них, на основании которого можно получить представление о вероятных причинных факторах, обусловивших эпидемиологическую тенденцию, рационально организовать противораковую борьбу [12].

Исследований по заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи и смертности от них среди населения старше трудоспособного возраста недостаточно, в то время как злокачественные новообразования кожи преобладают у лиц пожилого и старческого возраста, которые практически выпадают из поля зрения врачей-дерматовенерологов кожно-венерологических медицинских организаций, что чаще всего связано наличием сопутствующих соматических заболеваний, отсутствия субъективных беспокойств со стороны новообразований кожи [26].

В сложившейся эпидемиологической ситуации по заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи необходима ориентация специалистов на первичную профилактику и своевременность выявления заболеваний [15]. Необходимы нормативные документы по определению норм нагрузки специалистов для более внимательного осмотра пациентов и качественного оказания медицинской помощи [1, 11, 24, 25]. Однако нормативные документы не имеют финансового подкрепления, поэтому представляется сложность в их реализации [7, 10] в условиях дефицита кадров [23]. В связи с вышеизложенным, необходим анализ заболеваемости среди населения старше трудоспособного возраста и смертности для оптимизации оказания медицинской помощи данной категории населения и обеспечения необходимыми кадрами амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения, поскольку смертность от злокачественных заболеваний кожи представляет серьезную медико-социальную проблему.

Цель исследования: проанализировать заболеваемость населения старше трудоспособного возраста злокачественными новообразованиями кожи и смертность от них в Российской Федерации за период с 2012 по 2016 гг.

Материалы и методы

Заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи в Российской Федерации за период с 2012 по 2016 гг. проанализирована по данным формы федерального статистического наблюдения № 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями», утвержденной приказом Росстата от 29.12.2011 № 520. Данные по заболеваемости за 2016 год были взяты из формы федерального статистического наблюдения № 7 «Сведения о злокачественных новообразованиях», утвержденной приказом Росстата от 30.12.2015 № 672. Для анализа смертности от злокачественных новообразований кожи использовались данные Росстата о распределении умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти (таблица С51 формы № 5).

Результаты исследования

В 2016 году в Российской Федерации впервые в жизни выявлено 70293 случаев злокачественных новообразований (вместе с меланомой) кожи среди обратившихся старше трудоспособного возраста (в том числе 46544 и 23749 среди мужского и женского населения соответственно). Злокачественные новообразования кожи (14,5%, с учетом меланомы – 16,0%) в общей структуре онкологической заболеваемости (оба пола) среди населения пенсионного возраста в 2016 году в целом по России занимали первое место, второе – злокачественные новообразования молочной железы (11,0%), третье – злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легких (10,1%).

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения в возрасте 60 лет и старше злокачественные новообразования кожи (11,3%, с учетом меланомы – 12,3%) занимали третье место после злокачественных новообразований трахеи, бронхов и легких (17,8%) и предстательной железы (17,7%). В структуре онкологической заболеваемости женского населения в возрасте 55 лет и старше злокачественные новообразования кожи (16,9%, с учетом меланомы – 18,6%) занимали второе место после злокачественных новообразований молочной железы (19,2%).

За период с 2012 по 2016 годы заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи среди населения пенсионного возраста в Российской Федерации выросла на 7,1% (с 182,2 до 195,3 на 100000 населения старше трудоспособного возраста). За этот период отмечалась тенденция увеличения доли злокачественных новообразований кожи среди населения старше трудоспособного возраста с 80,6% в 2012 году до 82,5% в 2016 году от общего числа впервые в жизни выявленных злокачественных новообразований кожи среди всего населения *(таблица 1)*.

Следует отметить наличие гендерных различий: у мужчин пенсионного возраста показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи выше, чем среди женского населения пенсионного возраста *(таблица 2)*.

В 2016 году показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи

Таблица 1

Динамика абсолютного числа впервые в жизни выявленных злокачественных новообразований кожи в Российской Федерации за период с 2012 по 2016 гг. (абс. число)

N/N	Показатели	годы				
		2012	2013	2014	2015	2016
1	Всего впервые в жизни выявленных злокачественных новообразований кожи среди всего населения	74066	75112	80684	83601	85175
2	Всего впервые в жизни выявленных злокачественных новообразований кожи среди населения старше трудоспособного возраста	59704	61272	66407	68592	70293
3	Доля впервые в жизни выявленных злокачественных новообразований кожи среди населения старше трудоспособного возраста от общего числа впервые в жизни выявленных новообразований кожи среди всего населения (в %)	80,6	81,6	82,3	82,0	82,5

Таблица 2

Динамика показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи среди населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации в зависимости от гендерной принадлежности за период с 2012 по 2016 гг. (на 100000 соответствующего населения)

годы	Оба пола	мужчины	женщины
2012	182,2	211,4	170,6
2013	183,2	212,9	171,3
2014	188,9	215,6	177,9
2015	192,8	219,5	181,9
2016	195,3	226,4	182,6

Таблица 3

Динамика показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи среди населения старше трудоспособного возраста (оба пола) в федеральных округах Российской Федерации за период с 2012 по 2016 гг. (на 100 000 населения соответствующего возраста)

N/N	*Федеральные округа*	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*
1	Российская Федерация	182,2	183,2	188,9	192,8	195,3
2	Центральный ФО	165,3	173,0	176,5	178,8	185,8
3	Северо-Западный ФО	146,1	147,9	149,6	169,0	174,4
4	Южный ФО	235,6	230,5	230,9	223,9	223,0
5	Северо-Кавказский ФО	197,0	183,7	202,1	217,4	197,1
6	Приволжский ФО	190,4	193,8	199,4	203,4	205,5
7	Уральский ФО	186,9	176,1	177,3	184,9	181,9
8	Сибирский ФО	190,4	185,4	191,8	200,4	203,4
9	Дальневосточный ФО	168,0	177,4	189,7	185,9	180,4
10	Крымский ФО	-	-	245,2	190,0	-

среди населения старше трудоспособного возраста были выше среднероссийского значения в Южном (на 14,2%), Приволжском (на 5,2%), Сибирском (на 4,1%), Северо-Кавказском (на 0,9%) федеральных округах. В Северо-Западном федеральном округе показатель заболеваемости был на 10,7% ниже среднероссийского уровня, в Дальневосточном – на 7,6%, Уральском – на 6,9%, Центральном – на 4,9% *(таблица 3)*. В динамике за 2012–2016 гг. в Российской Федерации практически во всех федеральных округах (за исключением Южного и Уральского) отмечался рост заболеваемости среди населения пенсионного возраста: в Северо-Западном (на 19,4%), Центральном (на 12,4%), Приволжском (на 7,9%), Дальневосточном (на 7,4%), Сибирском (на 6,8%), Северо-Кавказском (на 0,1%) федеральных округах. В Южном и Уральском федеральных округах заболеваемость уменьшилась на 5,3% и 2,7% соответственно.

Таблица 4

Показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи среди населения старше трудоспособного возраста (оба пола) в субъектах Российской Федерации в 2016 году (на 100 000 населения соответствующего возраста)

N/N	*Субъекты с максимальными значениями показателя заболеваемости*		*N/N*	*Субъекты с минимальными значениями показателя заболеваемости*	
1	Самарская область	311,9	1	Чукотский авт.округ	60,4
2	Воронежская область	279,9	2	Республика Саха (Якутия)	66,4
3	Пензенская область	276,6	3	Ненецкий авт.округ	80,4
4	г. Севастополь	272,2	4	Республика Дагестан	89,3
5	Белгородская область	271,6	5	Ямало-Ненецкий авт.округ	89,7
6	Омская область	265,9	6	Республика Калмыкия	104,4
7	Оренбургская область	264,0	7	Республика Бурятия	113,5
8	Краснодарский край	263,1	8	Ханты-Мансийский авт.округ	118,1
9	Ярославская область	256,8	9	Республика Башкортостан	122,3
10	Республика Адыгея	253,0	10	Республика Коми	122,8

Таблица 5

Динамика абсолютного числа умерших от злокачественных новообразований кожи в Российской Федерации за период с 2012 по 2016 гг. (абс. число)

N/N	Показатели	Годы				
		2012	2013	2014	2015	2016
1	Число умерших от злокачественных новообразований кожи среди всего населения	5048	5046	5064	5268	5265
2	Число умерших от злокачественных новообразований кожи среди населения старше трудоспособного возраста	3577	3606	3590	3812	3876
3	Доля умерших от злокачественных новообразований кожи в пенсионном возрасте от числа умерших от злокачественных новообразований всего (в%)	70,9	71,5	70,9	72,4	73,6

Заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи среди населения старше трудоспособного возраста в субъектах Российской Федерации в 2016 году различалась в 5,2 раза *(таблица 4)*.

В 2016 году в Российской Федерации от злокачественных новообразований кожи (вместе с меланомой) умерло 3876 человек пенсионного возраста. Доля умерших от злокачественных новообразований кожи среди населения старше трудоспособного возраста в 2016 году составила 73,6% от общего числа умерших от данного заболевания. За период с 2012 по 2016 гг. прослеживалась тенденция к росту доли умерших с 70,9% в 2012 году до 73,6% в 2016 г. *(таблица 5)*.

Прослеживаются гендерные различия среди заболевших: у мужчин пенсионного возраста показатели смертности от злокачественных новообразований кожи были выше, чем у женщин старше трудоспособного возраста *(таблица 6)*.

Показатель смертности от злокачественных новообразований (вместе с меланомой) в 2016 году в Российской Федерации составил 10,8 на 100000 населения старше трудоспособного возраста.

В 2016 году в ряде федеральных округов были зарегистрированы показатели смертности от злокачественных новообразований кожи среди населения старше нетрудоспособного возраста выше среднероссийского уровня: в Северо-Западном (на 19,4%), Южном (на 10,2%), Центральном (на 9,3%) и Дальневосточном (на 2,8%). В Приволжском федеральном округе показатель смертности от злокачественных новообразований кожи был на 19,4% ниже среднероссийского

Таблица 6

Динамика показателей смертности от злокачественных новообразований кожи среди населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации в зависимости от гендерной принадлежности за период с 2012 по 2016 гг (на 100000 соответствующего населения)

годы	оба пола	мужчины	женщины
2012	10,9	15,0	9,3
2013	10,8	14,8	9,2
2014	10,5	14,7	8,8
2015	10,7	14,7	9,1
2016	10,8	15,2	9,0

Таблица 7

Динамика показателей смертности от злокачественных новообразований кожи среди населения старше трудоспособного возраста (оба пола) в федеральных округах Российской Федерации за 2012–2016 гг. (на 100 000 соответствующего населения)

N/N	Федеральные округа	Годы				
		2012	2013	2014	2015	2016
1	Российская Федерация	10,9	10,8	10,5	10,7	10,8
2	Центральный ФО	11,8	12,1	11,4	11,7	11,8
3	Северо-Западный ФО	13,3	12,0	12,9	12,3	12,9
4	Южный ФО	10,7	11,2	11,1	11,1	11,9
5	Северо-Кавказский ФО	10,5	9,5	10,6	9,5	9,3
6	Приволжский ФО	9,0	9,2	8,9	8,9	8,7
7	Уральский ФО	10,7	9,3	9,8	9,9	9,8
8	Сибирский ФО	10,2	10,2	9,3	10,7	10,0
9	Дальневосточный ФО	11,9	11,3	9,8	9,9	11,1
10	Крымский ФО	-	-	-	14,2	-

Таблица 8

Показатели смертности от злокачественных новообразований кожи среди населения старше трудоспособного возраста в субъектах Российской Федерации в 2016 году (на 100 000 населения соответствующего возраста)

N/N	Субъекты с максимальными значениями показателя заболеваемости		N/N	Субъекты с минимальными значениями показателя заболеваемости	
1	Республика Адыгея	19,5	1	Ямало-Ненецкий авт.округ	1,9
2	Республика Карелия	18,3	2	Республика Ингушетия	3,7
3	Рязанская область	16,8	3	Ханты-Мансийский авт. округ	4,0
4	г.Севастополь	16,8	4	Новгородская область	4,5
5	Орловская область	16,3	5	Республика Дагестан	4,7
6	г.Санкт-Петербург	15,2	6	Республика Саха (Якутия)	5,3
7	Приморский край	15,2	7	Чувашская Республика	5,4
8	Республика Крым	13,8	8	Республика Алтай	5,4
9	Ленинградская область	13,6	9	Республика Мордовия	6,1
10	Еврейская авт.область	13,6	10	Тюменская область	6,1

значения, в Северо-Кавказском – на 13,9%, Уральском – на 9,3% и Сибирском – на 7,4%.

За анализируемый период смертность от злокачественных новообразований кожи среди населения старше трудоспособного возраста снизилась на 0,9% (с 10,9 до 10,8 на 100 000 соответствующего населения). Практически во всех федеральных округах, за исключением Центрального (стагнация), отмечалось снижение смертности: в Северо-Кавказском (на 11,4%), Южном (на 11,2%), Уральском (на 8,4%), Дальневосточном (на 6,7%), Приволжском (на 3,3%), Северо-Западном (на 3,0%), Сибирском (на 2,0%) *(таблица 7)*.

Смертность от злокачественных новообразований кожи среди населения старше трудоспособного возраста в субъектах Российской Федерации в 2016 году различалась в 10,3 раза *(таблица 8)*.

Таблица 9

Показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи и показатели смертности от них среди населения старше трудоспособного возраста в субъектах Российской Федерации в 2016 году (на 100 000 населения соответствующего возраста)

N/N	*Субъекты Российской Федерации*	*Показатели заболеваемости*	*Показатели смертности*
Субъекты с высокими показателями			
1	Республика Адыгея	253,0	19,5
2	г. Севастополь	272,2	16,8
Субъекты с низкими показателями			
1	Республика Дагестан	89,3	4,7
2	Республика Саха (Якутия)	66,4	5,3
3	Ямало-Ненецкий авт. округ	89,7	1,9
4	Ханты-Мансийский авт. округ	118,1	4,0

При сравнительном анализе заболеваемости и смертности в субъектах Российской Федерации в 2016 году были выявлены наиболее высокие показатели заболеваемости новообразованиями кожи и высокая смертность от них среди населения старше трудоспособного возраста в Республике Адыгея и г. Севастополь. В республиках Дагестан и Саха (Якутия), Ямало-Ненецком и Ханты-Мансийском автономных округах были зарегистрированы наименьшие значения показателей заболеваемости и смертности *(таблица 9)*.

Результаты анализа свидетельствуют о необходимости совершенствования работы смотровых кабинетов поликлинического звена здравоохранения и первичных онкологических кабинетов в системе онкологической помощи населению в Республике Адыгея и г. Севастополь [13, 14] для раннего выявления онкологических заболеваний кожи.

Выводы

В общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями среди населения старше трудоспособного возраста лидируют злокачественные новообразования кожи.

Доля этих заболеваний среди населения старше трудоспособного возраста в 2016 году составила 82,5% от всех случаев заболеваний злокачественными новообразованиями кожи, и доля умерших в данной возрастной группе по их причине составила 73,6% от общего числа умерших от злокачественных новообразований кожи.

С 2012 по 2016 гг. заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи среди населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации выросла на 7,1% (с 182,2 до 195,3 на 100 000 населения соответствующего возраста), смертность от злокачественных новообразований кожи среди данной возрастной группы населения снизилась на 0,9% (с 10,9 до 10,8 на 100 000 населения соответствующего возраста).

Выявлены гендерные различия по заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи и смертности от них: показатели заболеваемости и смертности у мужчин были выше.

При сравнительном анализе заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи и смертности от них в субъектах Российской Федерации в 2016 году наиболее высокие показатели среди населения старше трудоспособного возраста отмечены в Республике Адыгея и г. Севастополь.

Литература

1. *Александрова Г.А., Поликарпов А.В., Голубев Н.А., Оськов Ю.И., Кадулина Н.А., Беляева И.М., Гладких Т.Е., Щербакова Г.А., Семенова Т.А.* Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) по России в 2016 году. Статистические материалы. Часть VII. М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава Российской Федерации. 2017. Доступно по: http://mednet.ru/ru/statistika/zabolevaemost-naseleniya/zabolevaemost-vsego-naseleniya.html.

2. *Александрова Г.А., Поликарпов А.В., Голубев Н.А., Оськов Ю.И., Кадулина Н.А., Беляева И.М., Гладких Т.Е., Щербакова Г.А., Семенова Т.А.* Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) по России в 2016 году. Статистические материалы. Часть VIII. М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава Российской Федерации. 2017. Доступно по: http://mednet.ru/ru/statistika/zabolevaemost-naseleniya/zabolevaemost-vsego-naseleniya.html.

3. *Иванова М.А.* Нормирование труда – один из путей оптимизации качества оказания медицинской помощи больным. Социальные аспекты здоровья населения. 2007. –№ 3 http://vestnik.mednet.ru/content/view/42/30/.

4. *Иванова М.А.* Злокачественные новообразования кожи в Российской Федерации в 2000–2007 гг. Межрегиональный сборник научных работ с международным участием «Актуальные проблемы профилактической и реабилитационной медицины». Саратов. – 2009. – С. 71–72.

5. *Иванова М.А., Огрызко Е.В., Розит Н.С.* Заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи в Удмуртской Республике. Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2013. – № 3. – С. 64–66.

6. *Иванова М.А., Огрызко Е.В., Волгин В.Н., Кабанова М.А.* Заболеваемость меланомой в Российской Федерации в 2011 году. Материалы научно-практической конференции с международным участием, посвященные 90-летию образования Витебского областного клинического кожно-венерологического диспансера. Витебск. 2013. Тиография УО «Витебский государственный медицинский университет». С. 35–36.

7. *Иванова М.А.* Нормирование труда – как главный инструмент формирования штатного расписания амбулаторно-поликлинических учреждений. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2014. – № 1. – С. 2–14.

8. *Иванова М.А., Прощаев К.И., Ильницкий К.И, Бессарабов В.И.* Современный взгляд на проблемы герогогики. Геронтология. – 2013. – № 2; URL: gerontology.esrae.ru/ru/2–13 (Дата обращения: 21.04.2014).

9. *Иванова М.А., Бутрина В.И., Жокина Н.А.* Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Российской Федерации, Центральном Федеральном округе и Москве в период с 2004 по 2012 гг. Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 30.09 2014. – № 6. – С. 33–37.

10. *Иванова М.А.* Рекомендуемые штатные нормативы – не документы прямого действия. Экономика ЛПУ в вопросах и ответах. – 2016. – № 1. – С. 12–16.

11. *Иванова М.А., Соколовская Т.А.* Нормирование труда в дерматовенерологической помощи в условиях внедрения эффективного контракта. Клиническая дерматология и венерология. – 2016. – Т. 14. – № 6. – С. 4–7.

12. *Кабанова М.А.* Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости меланомой в России в 2015 году//Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». – 2017. – № 3, URL: //healtproblem.ru/magazines? Text=133 (Дата обращения: 12.12.2017).

13. *Кривонос О.В., Чиссов В.И., Старинский В.В., Александрова Л.М., Петрова Г.В., Грецова О.П.* Организация работы и задачи первичного онкологического кабинета в системе онкологической помощи населению Российской Федерации. Методические рекомендации. М.; ФГУ «МНИОН им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России. – 2010. – 32 с.

14. *Кривонос Р.В., Чиссов В.И., Старинский В.В., Александрова Л.М.* Роль и задачи смотрового кабинета поликлиники, как этапа в организации профилактических мероприятий, направленных на совершенствование онкологической помощи населению. М.: ФГУ «МНИОН им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России. – 2010. – 34 с.

15. *Кубанов А.А., Иванова М.А.* Результаты социологического опроса врачей-дерматовенерологов в различных субъектах Российской Федерации в период модернизации дерматовенерологической помощи населению. Вестник дерматологии и венерологии. – 2006. – № 2. – С. 25–27.

16. *Люцко В.В., Иванова М.А., Кабанова М.А.* Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости меланомой кожи в Российской Федерации в 2002–2011 гг. Клиническая дерматология и венерология. – 2013. – Т. 11. – № 6. – С. 18–22.

17. *Назаров В.Н., Иванова М.А. Павлова Т.М.* К вопросу о демографической ситуации и об организации медико-социальной помощи населению пожилого возраста. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2011. – Т. 13. № 4–1(99). – С. 132–136.

18. *Николаева Т.В., Иванова М.А., Воронина Л.Г., Пострелко М.Д.* Частота распространения болезней кожи и подкожной клетчатки в Оренбургской области в 2001–2009 гг. Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2011. – № 1. – С. 73.

19. *Огрызко Е.В., Иванова М.А., Волгин В.Н., Ялхороева Р.М.* Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости новообразованиями кожи и организация медицинской помощи больным в Российской Федерации в 2000–2006 гг. Социальные аспекты здоровья населения. – № 4. 2007 (4). – № 4. http://vestnik.mednet.ru/content/view/44/30/.

20. *Огрызко Е.В., Волгин В.Н., Иванова М.А., Ялхороева Р.М.* Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости новообразованиями кожи в Российской Федерации в 2000–2006 гг. Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2008. – № 6. – С. 4–8.

21. *Огрызко Е.В., Иванова М.А., Волгин В.Н., Кабанова М.А.* Злокачественные новообразования кожи в Российской Федерации и на территории Центрального Федерального округа за период с 2002 по 2011 год. Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2013. – Т. 8. – № 3 (16). – С. 61–65.

22. *Поликарпов А.В., Огрызко Е.В.* Динамика заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации за 2010–2013 годы // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 2. – С. 37–46.

23. *Стародубов В.И., Иванова М.А, Бантьева М.Н., Соколовская Т.А., Армашевская О.В.* Деятельность и обеспеченность специалистами первичного звена. Российский медицинский журнал. – 2014. – № 6. – С. 4–7.

24. *Стародубов В.И., Сон И.М., Иванова М.А., Армашевская О.В., Люцко В.В., Соколовская Т.А.* Затраты рабочего времени врачей-специалистов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях. Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 2. – С. 6–12.

25. *Стародубов В.И., Сон И.М., Иванова М.А., Люцко В.В., Бантьева М.Н., Армашевская О.В.* Затраты рабочего времени врачей амбулаторного звена по данным фотохронометражных исследований. Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 8. – С. 18–22.

26. *Чиссов В.И., Старинский В.В., Александрова Л.М., Ермаков А.В., Маторин О.В.* Раннее выявление и профилактика меланомы кожи: методические рекомендации. – М ФГБУ «МНИОН им. П.А. Герцена» Минздрава России. – 2013. – 22 с.

27. *Шляфер С.И., Иванова М.А.* Госпитальная заболеваемость населения старше трудоспособного возраста. Успехи геронтологии. – 2016. – Т. 29. – № 5. – С. 690–694.

UDC 614.2

Golubev N.A., Ogryzko E.V., Popova N.M., Odinets A.V. ***The dynamics of morbidity of the population over working age with malignant skin tumors and mortality from them for the period from 2012 to 2016*** *(Central Research Institute of Health, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia, Izhevsk State Medical Academy, Ministry of Health of the Russian Federation, Izhevsk, Russia, Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia)*

Abstract. The article presents an analysis of the incidence of malignant neoplasms of the skin and mortality from them among the population over working age. Subjects with high rates of morbidity and mortality due to malignant neoplasms of the skin are identified. The need to improve the work of the observation rooms of the polyclinic health care unit and primary oncology offices in the system of oncological care for the population was noted.

Keywords: *malignant neoplasms of the skin, population over working age, incidence rates.*

О ПРОГРАММЕ СОЗДАНИЯ ИСКУССТВЕННЫХ ОРГАНИЗМОВ

Минобрнауки РФ предлагает реализовать многолетнюю программу «Постгеномная магистраль», в финале которой появятся возможности корректировки геномов человека и создания искусственного организма, сообщил во вторник в Новосибирске на заседании рабочей группы по развитию биотехнологий замглавы министерства Григорий Трубников.

«В течение 2017 года совместно с РАН, Минздравом, Минсельхозом и некоторыми другими министерствами и агентствами мы разработали комплексную научно-техническую программу «Постгеномная магистраль». В рамках программы мы предлагаем освоить генетическое редактирование как элемент участия России в формировании шестого природоподобного технологического уклада», – заявил он.

По словам Трубникова, в программе собрана совокупность отечественных разработок, применяющих геномные и постгеномные методы для решения задач генетического редактирования биологических систем.

«Основная часть этой программы будет реализована в течение ближайших 6–7 лет. Это одна из подпрограмм новой государственной программы научно-технологического развития России. Бюджеты и сроки исполнения сопоставимы с вложениями зарубежных правительств в подобные программы», – сказал он. «Постгеномная магистраль» потребует 18,3 миллиарда рублей из бюджета РФ, и 10,7 миллиарда составит внебюджетное софинансирование.

Первый шаг программы, как предполагается, решит проблему получения геномов нескольких тысяч микроорганизмов. Вторым будет синтез инженерных биоподобных конструкций. По словам Трубникова, для растений это приведет к повышению сроков хранения, для животных – к возможности выращивания органов, в экосистемах – к очистке сточных вод микроорганизмами. «На третьем шаге планируется ограниченное и высокоэтичное медицинское применение, чтобы скорректировать геном неизлечимо больных людей. В финале программы мы хотим положить создание несложного искусственного организма. Прежде всего такой организм понадобится для борьбы с массовыми инфекциями, а эта ситуация по мере увеличения популяции человека, животных и растений будет все хуже», – отметил замглавы Минобрнауки. Ведомство в 2018 году предложит Программу на утверждение правительству РФ.

Источник: РИА Новости

Э.А. Мордовский,
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск

ПОТЕРИ ЖИЗНЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УЩЕРБ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ АЛКОГОЛЬ-АТРИБУТИВНОЙ СМЕРТНОСТЬЮ, В ПРИАРКТИЧЕСКИХ РЕГИОНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА РОССИИ

УДК 614.2

Мордовский Э.А. ***Потери жизненного потенциала и экономический ущерб, обусловленный алкоголь-атрибутивной смертностью, в приарктических регионах европейского севера России*** *(ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Архангельск)*

Аннотация. *Актуальность.* Следствием значительной алкоголизации населения приарктических регионов Европейского Севера России является высокий уровень преждевременной алкоголь-атрибутивной смертности и ассоциированный с ней экономический ущерб. *Цель исследования:* оценить потери жизненного потенциала и экономический ущерб населения Мурманской, Архангельской областей и Республики Коми от преждевременной алкоголь-атрибутивной смертности в 2006–2015 гг. *Методы.* На основе кратких таблиц смертности (дожития) по пятилетним возрастным интервалам рассчитаны потери жизненного потенциала населения приарктических регионов, обусловленные случаями смерти от алкоголь-атрибутивных состояний. Полученные данные использованы для оценки величины «фактических» (ежегодных) и «перспективных» экономических потерь от группы состояний. *Результаты.* Выявлен обратный «полярно-экваториальный градиент» объема потерь жизненного потенциала населения регионов в результате смертности от алкоголь-атрибутивных состояний (максимальные значения показателя отмечены в Архангельской области и Республике Коми; минимальные – в Мурманской области). Основной объем избыточных потерь несли мужчины и женщины 30–49 лет. Рост значений индикатора в группе граждан старше трудоспособного возраста был обусловлен увеличением средней предстоящей продолжительности жизни населения регионов. В 2006–2015 гг. «перспективные» экономические потери вследствие преждевременной алкоголь-атрибутивной смертности населения Мурманской области составили 5,5 млрд. руб., Архангельской области – 9 млрд. руб., Республики Коми – 11,7 млрд. руб. *Выводы.* Алкоголь-атрибутивная смертность в 2006–2015 гг. оставалась одной из ведущих причин значительного по объему демографического и экономического ущерба населению приарктических регионов Европейского Севера России. *Область применения результатов.* Результаты исследования могут быть использованы при разработке программ медицинской профилактики и формирования здорового образа жизни; для обоснования мероприятий, направленных на повышение эффективности регулирования регионального алкогольного рынка.

Ключевые слова: *потери жизненного потенциала, экономические потери, алкоголь-атрибутивная смертность, приарктические территории, Мурманская область, Архангельская область, Республика Коми.*

ВВЕДЕНИЕ

Глубокий социально-экономический кризис рубежа XX–XXI вв. в значительной степени обусловил характер демографической ситуации в современной России. Ее отличает высокая смертность граждан трудоспособного возраста и, как следствие, относительно низкая средняя продолжительность жизни населения [1]. В качестве одной из основных причин сложившейся ситуации Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (в ред. Указа Президента РФ

© Э.А. Мордовский, 2018 г.

от 01.07.2014 № 483) определяет «высокий уровень ... распространенности алкоголизма» [2]. Несмотря на предпринимаемые государством меры, пагубное употребление алкоголя все еще широко распространено среди большинства возрастных и социальных групп населения страны: в 2000-е гг. объем среднего подушевого потребления спиртных напитков поднимался до критического уровня в 15–18 литров (чистого алкоголя) на 1 чел. старше 15 лет в год [1, 3, 4]. Качество спиртных напитков оставалось низким: в 2000-е гг. объем реализованного контрафактного (продукции, на которой незаконно размещен товарный знак) и фальсифицированного («умышленно измененной, подделанной продукции, имеющей скрытые свойства и качество») алкоголя достигал 40% от общего оборота рынка спиртных напитков [5]. Результаты исследований зарубежных специалистов свидетельствуют о том, что до 7–8% россиян на рубеже XX–XXI вв. регулярно употребляли суррогаты алкоголя [6]. Закономерными следствиями катастрофической по масштабу алкоголизации населения России признаны не только низкие значения показателей популяционного здоровья, но и сложившийся уровень общественного благосостояния [3, 7].

Экономический ущерб от употребления алкоголя (в специальной литературе можно найти такие варианты формулировки этой категории, как «экономические потери», «социальная стоимость» и т. д.) является значительным для всех субъектов экономических отношений. К сожалению из-за ряда методических проблем количественная оценка масштаба прямого экономического ущерба от фактора риска (суммарные затраты всех домохозяйств, организаций и государства на профилактику, лечение алкоголь-атрибутивных состояний, выплату связанных с ними пособий по временной нетрудоспособности, научно-исследовательскую работу, подготовку медицинских кадров и проч.) в России до настоящего времени не выполнена [8]. В том числе по этой причине дискуссия о целесообразности национальной антиалкогольной политики остается открытой. Альтернативой оценке прямого экономического ущерба от употребления алкоголя является расчет потерь жизненного потенциала населения в результате алкоголь-атрибутивной смертности (суммарное число человеко-лет предстоящей жизни, которое не дожило население в результате преждевременных смертей от алкоголь-атрибутивных состояний). Объем последних, в свою очередь, позволяет оценить масштаб условного экономического ущерба от данного фактора риска (определяемый как объем недополученного валового национального (регионального) продукта (ВН(Р)П), в результате преждевременной смертности населения региона от алкоголь-атрибутивных состояний), который несут все субъекты экономических отношений [9].

Вследствие сложных климатических условий, слаборазвитой социальной инфраструктуры и ряда других факторов население приарктических территорий Европейского Севера России исторически характеризуется низким качеством самосохранительного поведения. Средний объем подушевого потребления алкоголя здесь также заметно выше, чем в целом по стране [10, 11]. Учитывая эти особенности, указанные регионы представляют собой удобную площадку для изучения причин значительной алкоголизации населения страны и экономического ущерба от данного фактора риска.

Цель исследования: оценить потери жизненного потенциала и экономический ущерб от преждевременной алкоголь-атрибутивной смертности населения приарктических регионов Европейского Севера России (Мурманской, Архангельской областей и Республики Коми) в 2006–2015 гг.

МЕТОДЫ

Выполнено аналитическое, сплошное, популяционное исследование – документальное наблюдение. Данные о распределении умерших от алкоголь-атрибутивных состояний *(таблица 1)* в Мурманской, Архангельской областях и Республике Коми в 2006–2015 гг. по

Таблица 1

Алкоголь-атрибутивные состояния, регистрируемые в статистической форме № 5 (таблица С51) «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти»

Код в таблице С 51	*Состояние*
96	Острая интоксикация алкоголем
97	Пагубное употребление алкоголя
98	Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя (хронический алкоголизм)
99	Другие и неуточненные психические расстройства поведения, обусловленные употреблением алкоголя
100	Алкогольные психозы, энцефалопатия, слабоумие
113	Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем
115	Алкогольная полиневропатия
116	Алкогольная миопатия
135	Алкогольная кардиомиопатия
176	Алкогольный гастрит
182	Алкогольная болезнь печени (алкогольный цирроз, гепатит, фиброз)
187	Хронический панкреатит алкогольной этиологии
240	Алкогольный синдром у плода (дизморфия)
279	Случайное отравление (воздействие) алкоголем
283	Преднамеренное отравление и воздействие алкоголем
288	Отравление и воздействие алкоголем с неопределенными намерениями

полу (за исключением Республики Коми), возрастным группам и первоначальной причине смерти были предоставлены медицинским информационно-аналитическим центром ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина», ГБУЗ Архангельской области «Медицинским информационно-аналитическим центром» и ГБУЗ Республики Коми «Республиканским бюро медицинской статистики».

Данные о численности населения в регионах (в т. ч. в половозрастных группах) в указанный период, а также величине ВРП (в руб.) были предоставлены Территориальными органами Федеральной службы государственной статистики соответствующих субъектов.

Анализ данных включал три этапа. На первом этапе были рассчитаны «потери жизненного потенциала» (число человеколет предстоящей жизни, которое не дожило население в результате преждевременных смертей), обусловленные случаями смерти от алкоголь-атрибутивных состояний. Для этого были построены краткие таблицы смертности (дожития) по пятилетним интервалам, которые, в свою очередь, позволили получить данные о средней продолжительности предстоящей жизни (СППЖ) для каждой возрастной группы. Произведение показателей СППЖ и числа умерших от алкоголь-атрибутивных состояний в соответствующих возрастных группах представляло из себя искомый показатель «потерь жизненного потенциала» (рассчитан отдельно для группы «острых» алкоголь-атрибутивных состояний (случайные и преднамеренные отравления алкоголем, воздействие алкоголя с неопределенными намерениями) и «хронических» алкоголь-атрибутивных заболеваний (все прочие алкоголь-атрибутивные состояния, *таблица 1*)).

На втором этапе по методике, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской

Федерации от 10 апреля 2012 года № 323н были рассчитаны «фактические» ежегодные экономические потери от алкоголь-атрибутивной смертности населения приарктических регионов в 2006–2015 гг. (как упущенная выгода в производстве ВРП в результате смертности лиц в отчетном году) [9]. На третьем этапе по той же методике были рассчитаны «перспективные» экономические потери от алкоголь-атрибутивной смертности населения регионов за период возможного дожития умерших в отчетном году до окончания возраста экономической активности (72 года).

Категориальные данные были представлены в виде процентных долей. Для анализа данных был использован пакет прикладных программ STATA 12.0. Достоверными считались отличия при вероятности ошибки 1 типа менее 5% ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 2006–2015 гг. в приарктических регионах отмечалась устойчивая положительная динамика показателя СППЖ *(рис. 1)*. Темп прироста коэффициента для населения Мурманской области в исследуемый период составил +7,7%, Архангельской области: +8,2%, Республики Коми: +7,6%.

Динамика потерь жизненного потенциала населения приарктических регионов Европейской части России в результате смертности от алкоголь-атрибутивных состояний не была однородной *(рис. 2)*.

Так, в Мурманской области в 2006–2015 гг. темп убыли значения коэффициента в группе хронических алкоголь-атрибутивных заболеваний составил –37,3% у мужчин и –47,9% у женщин; в группе острых алкоголь-атрибутивных состояний: –27,4% и –58,4% соответственно. В Архангельской области темп убыли значений указанных коэффициентов для мужского и женского населения практически не отличался и составил –31,3% и –30,3%; –50,9% и –46,8% соответственно. Вместе с тем с 2013 г. в Архангельской области и с 2014 г. в Мурманской области отмечается очередная волна роста потерь жизненного потенциала населения от хронических алкоголь-атрибутивных заболеваний. В Республике Коми значение коэффициента для той же группы состояний (оба пола в целом не изменилось; в группе

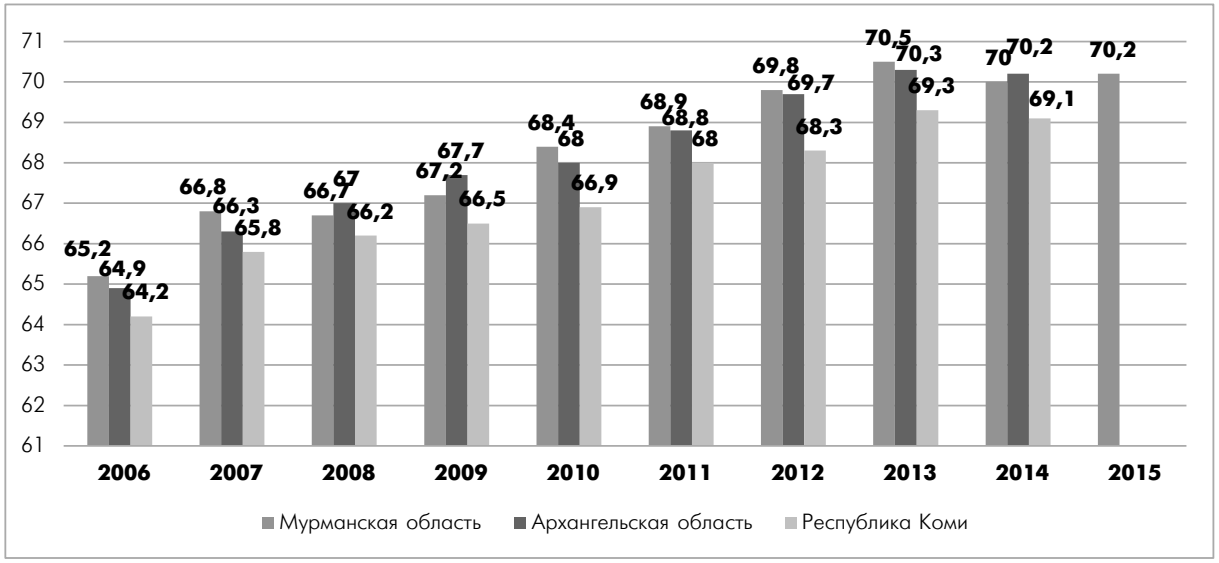


Рис. 1. **Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении в приарктических регионах, лет (Примечание: в 2006–2009 гг. показатели рассчитаны для Архангельской области с Ненецким автономным округом)**

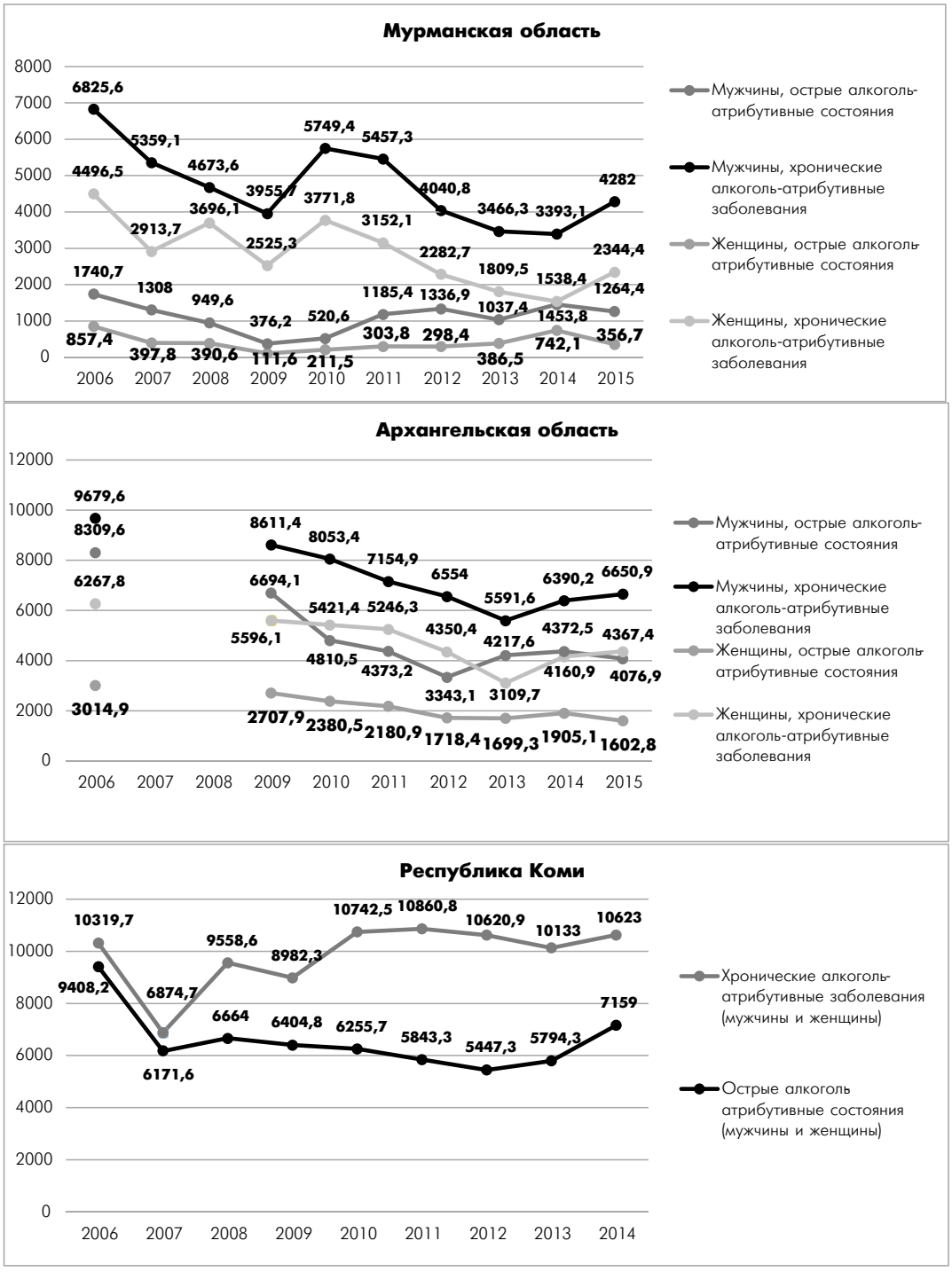


Рис. 2. **Общие потери жизненного потенциала населения приарктических регионов в результате смертности от алкоголь-атрибутивных состояний в 2006–2016 гг. по полу и возрастным группам, человеко-лет на 100 000 чел.**

(Примечание: в 2006–2009 гг. показатели рассчитаны для Архангельской области с Ненецким автономным округом; данные за 2007 и 2008 гг. отсутствовали)

острых алкоголь-атрибутивных состояний в исследуемый период темп его убыли составил −23,9%.

В Мурманской и Архангельской областях потери жизненного потенциала в результате алкоголь-атрибутивной смертности среди мужчин были ожидаемо более высокими, чем среди женщин во всех возрастных группах *(таблицы 2,3)*. В целом во всех трех приарктических регионах максимальные по масштабу потери отмечены среди граждан 30−59 лет *(таблицы 2−4)*.

Величина ВРП, а также значение коэффициента «ВРП на 1 занятого в год» (тыс. руб. / 1 чел. в год) в Мурманской, Архангельской областях и Республике Коми постепенно росли в 2006−2015 гг., несмотря на неблагоприятные демографические тенденции и продолжающийся в масштабе страны экономический кризис *(рис. 3)*.

Объем «фактических» ежегодных экономических потерь приарктических территорий Европейского Севера России в результате алкоголь-атрибутивной смертности населения существенно варьировал в исследуемый период *(рис. 4)*. Колебания значений коэффициента были обусловлены как неоднозначной динамикой потерь жизненного потенциала от преждевременной алкоголь-атрибутивной смертности населения, так и ростом показателя «ВРП на 1 занятого в год». Обращает на себя внимание наличие обратного «полярно-экваториального градиента величины «фактических» ежегодных экономических потерь − их максимум отмечен в Республике Коми; минимум − в Мурманской области.

Таблица 2

Потери жизненного потенциала населения Мурманской области в результате смертности от алкоголь-атрибутивных состояний в 2006−2016 гг. по полу и возрастным группам, человеко-лет на 100 000 чел.

группа состояний	годы	пол	< 19 лет	20−29 лет	30−39 лет	40−49 лет	50−59 лет	60 лет и >
острые алкоголь-атрибутивные состояния	2006−2007	мужчины	42,83	350,31	1021,63	1117,16	466,32	50,47
		женщины	0,00	227,14	234,64	474,44	262,25	56,70
	2008−2009	мужчины	0,00	178,23	444,26	398,75	278,89	25,66
		женщины	0,00	92,88	157,27	148,93	71,98	31,08
	2010−2011	мужчины	0,00	143,73	695,07	554,73	291,48	20,94
		женщины	0,00	51,71	121,62	151,26	140,27	50,42
	2012−2013	мужчины	0,00	301,57	763,99	579,77	597,75	131,16
		женщины	0,00	51,94	194,69	153,91	216,15	68,18
	2014−2015	мужчины	0,00	191,92	992,21	838,07	606,38	89,59
		женщины	0,00	0,00	233,15	464,65	237,89	163,02
хронические алкоголь-атрибутивные заболевания	2006−2007	мужчины	44,18	1280,24	2646,50	4466,06	3365,13	382,64
		женщины	56,23	518,22	1488,46	2203,22	2662,74	481,33
	2008−2009	мужчины	0,00	644,38	2262,15	2689,65	2555,04	478,04
		женщины	56,15	235,27	1463,72	1923,92	2147,77	394,60
	2010−2011	мужчины	0,00	919,24	2884,82	3287,97	3434,62	680,06
		женщины	0,00	331,62	1853,78	1568,79	2546,32	623,34
	2012−2013	мужчины	0,00	412,18	1939,38	2193,44	2381,25	580,88
		женщины	0,00	47,38	1009,91	1072,15	1517,68	445,09
	2014−2015	мужчины	0,00	223,94	1971,91	2384,25	2520,49	574,48
		женщины	0,00	52,58	610,98	1162,36	1474,66	582,21

Таблица 3

Потери жизненного потенциала в результате алкоголь-атрибутивной смертности населения Архангельской области в 2006–2015 гг. по полу и возрастным группам, человеко-лет на 100 000 чел.

группа состояний	годы	пол	< 19 лет	20–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	50–59 лет	60 лет и >
острые алкоголь-атрибутивные состояния	2006	мужчины	0,00	1212,13	2044,63	2821,81	1970,96	260,11
		женщины	0,00	46,49	502,90	1111,21	1048,52	305,77
	2009	мужчины	0,00	630,56	1642,19	1916,21	2093,89	411,27
		женщины	0,00	189,31	398,05	725,57	1013,09	381,86
	2010–2011	мужчины	89,30	626,63	2502,02	2588,18	2783,93	593,65
		женщины	0,00	144,75	1097,34	965,72	1632,80	720,86
	2012–2013	мужчины	47,26	714,65	1934,21	1910,76	2389,84	563,95
		женщины	0,00	211,83	456,40	866,31	1266,29	616,80
	2014–2015	мужчины	0,00	499,67	2772,98	2284,22	2144,44	748,10
		женщины	0,00	49,23	622,79	1151,35	1098,52	586,07
хронические алкоголь-атрибутивные заболевания	2006	мужчины	0,00	535,03	2119,09	4025,00	2556,56	443,93
		женщины	0,00	418,43	1452,04	2126,61	1759,69	511,04
	2009	мужчины	44,69	324,10	1837,59	2708,59	3141,04	555,40
		женщины	0,00	340,81	1431,13	1491,41	1899,04	433,72
	2010–2011	мужчины	0,00	966,15	3372,30	4674,62	5326,61	868,53
		женщины	0,00	642,39	2707,42	2885,38	3425,24	1007,29
	2012–2013	мужчины	0,00	696,80	2878,91	3496,58	3964,22	1109,11
		женщины	0,00	300,23	1796,52	2296,35	2440,57	626,40
	2014–2015	мужчины	0,00	715,21	3174,91	3704,09	4251,37	1195,53
		женщины	0,00	103,08	2192,45	2448,76	2743,81	1040,23

(Примечание: в 2006–2009 гг. показатели рассчитаны для Архангельской области с Ненецким автономным округом).

Таблица 4

Потери жизненного потенциала населения Республики Коми в результате смертности от алкоголь-атрибутивных состояний в 2006–2014 гг. по возрастным группам, человеко-лет на 100 000 чел.

группа состояний	годы	< 19 лет	20–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	50–59 лет	60 лет и >
острые алкоголь-атрибутивные состояния (оба пола)	2006–2007	46,80	860,00	3111,59	5987,31	5983,48	1205,23
	2008–2009	0,00	1123,66	2929,66	5919,13	6838,31	1730,15
	2010–2011	49,81	934,53	4329,32	5524,76	8170,20	2594,67
	2012–2013	0,00	1109,87	3851,02	6042,60	7395,72	2354,68
	2014	0,00	374,79	2490,15	2939,68	3512,63	1305,73
хронические алкоголь-атрибутивные заболевания (оба пола)	2006–2007	191,29	1897,37	3377,36	5195,03	4247,07	671,71
	2008–2009	193,99	1233,48	3253,48	3736,68	3875,73	775,45
	2010–2011	48,79	1013,51	2865,94	2970,23	4262,33	938,24
	2012–2013	51,57	883,49	2948,05	3260,90	3004,67	1092,86
	2014	0,00	680,24	1820,19	1797,62	2247,81	613,13

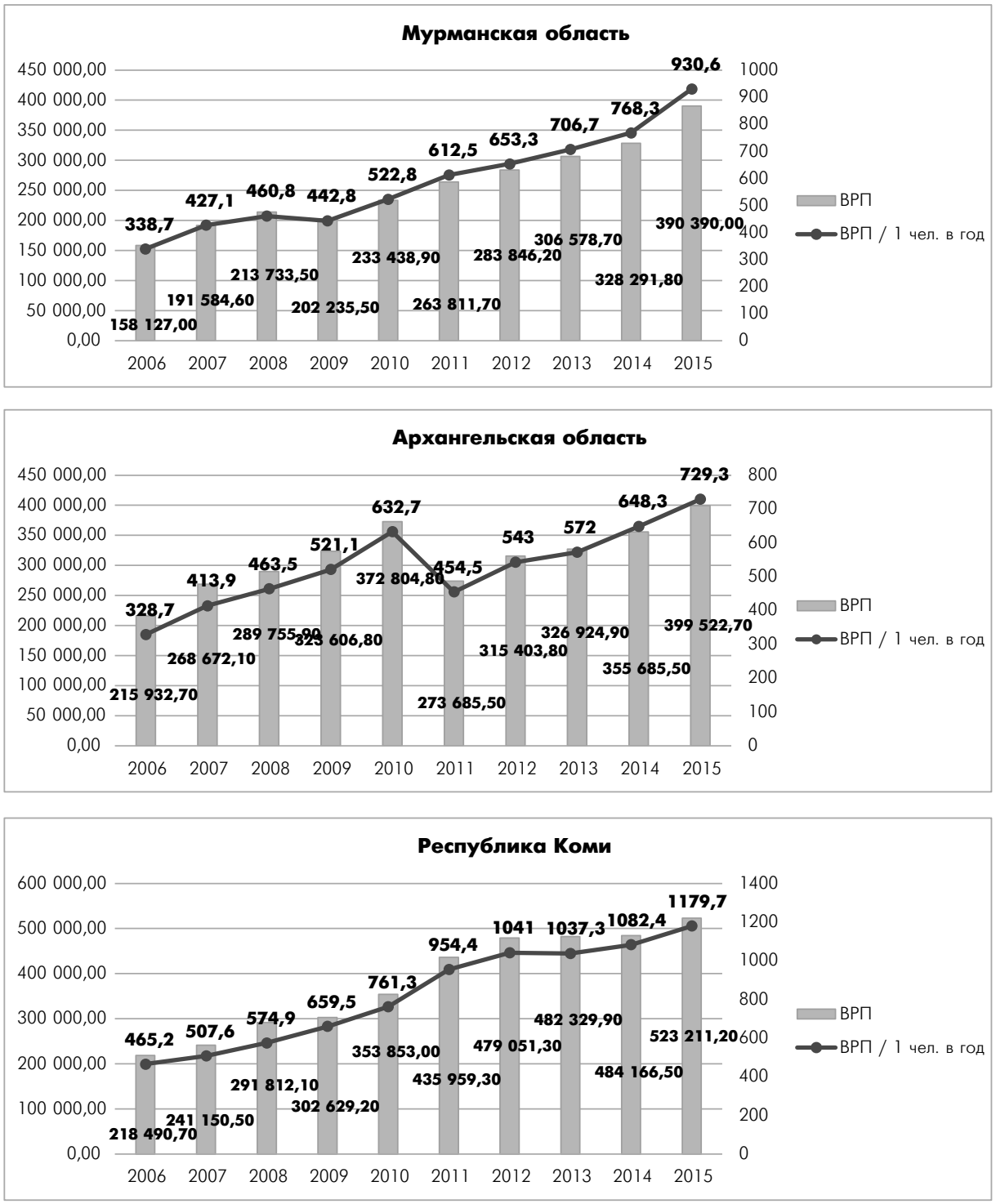


Рис. 3. **Динамика показателей ВРП (млн. руб.) и ВРП на 1 занятого в год (тыс. руб. / 1 чел. в год) в 2006–2015 гг. в приарктических регионах**

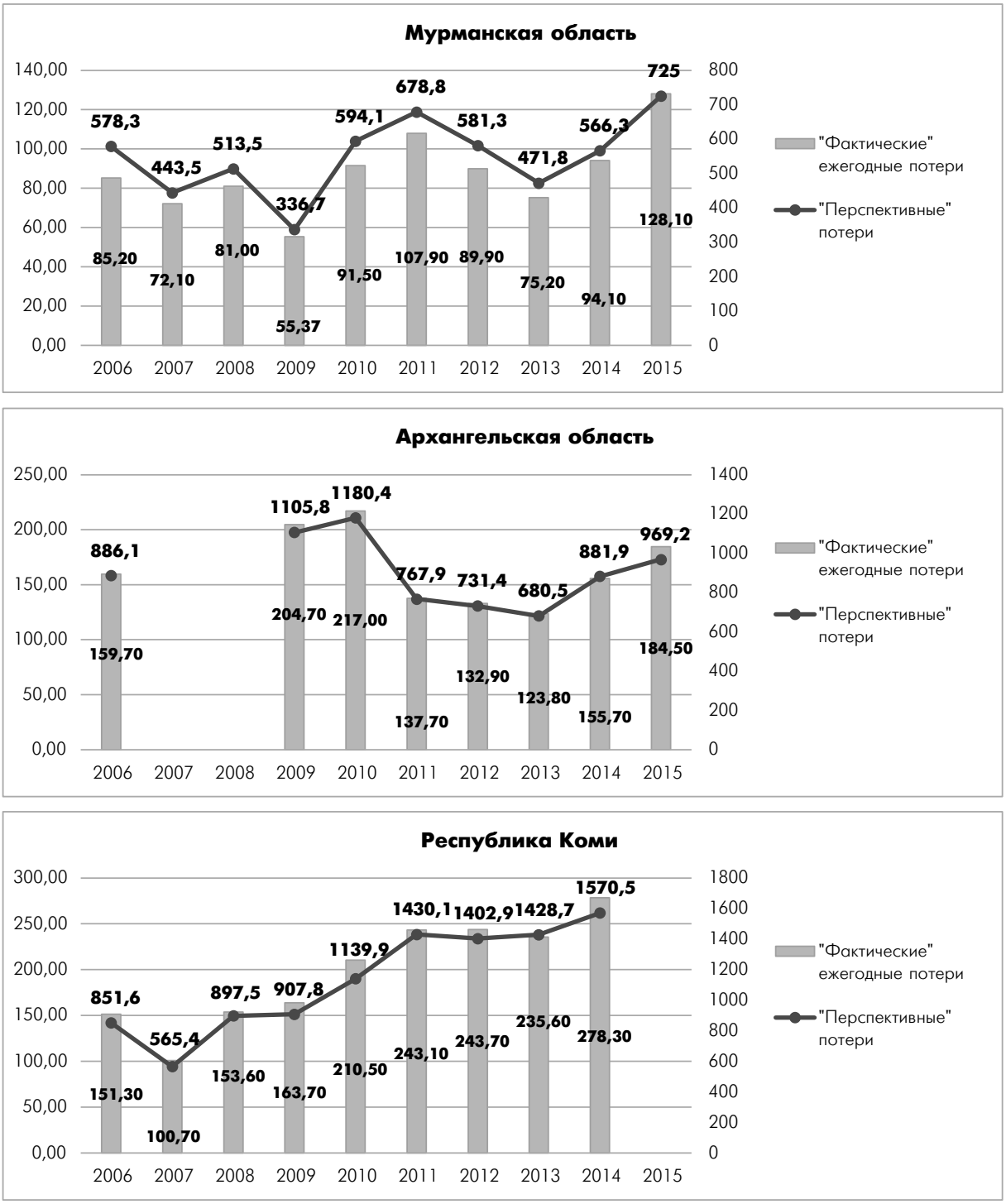


Рис. 4. **«Фактические» ежегодные и «перспективные» экономические потери от алкоголь-атрибутивной смертности населения приарктических территорий за период возможного дожития умерших в отчетном году до окончания возраста экономической активности (72 года) в 2006–2015 гг., в млн. руб.**

«Перспективные» экономические потери от алкоголь-атрибутивной смертности населения Республики Коми непрерывно увеличиваются с 2007 года; в Мурманской и Архангельской области их динамика в 2006–2015 гг. не была однородной *(рис. 4).* Суммарно их величина в исследуемый период составила в Мурманской области – 5,5 млрд. руб., в Архангельской области – 9 млрд. руб., в Республике Коми – 11,7 млрд. руб.

ОБСУЖДЕНИЕ

Негативные последствия потребления алкоголя в России представляют значительный интерес для научного сообщества – в конце 2017 г. крупнейшая отечественная электронная библиотечная система (eLibrary.ru) насчитывала около 68.000 ссылок на публикации, в которых упоминается термин «алкоголь», (в т.ч. более 20.000 ссылок на публикации, содержащие термин «потребление алкоголя»). Столь пристальное внимание специалистов к данной проблеме можно объяснить рядом причин. Некоторые из них вполне очевидные – потребление алкоголя широко распространено среди большинства половозрастных и социальных групп населения страны, а разнообразные негативные последствия фактора риска, без преувеличения, составляют угрозу ее национальной безопасности [3, 12]. С другой стороны, обилие исследований в данной сфере научных интересов может быть обусловлено наличием ряда нерешенных методических проблем. Так, до настоящего времени в профессиональном сообществе отсутствует единое междисциплинарное понимание природы фактора риска («потребление алкоголя» или «злоупотребление алкоголем»), определение категории «негативные последствия потребления алкоголя» [13, 14]. Более того, при оценке масштаба последних специалисты нередко используют собственные методики и разные источники данных, степень достоверности которых подвергается сомнению [8]. В своей совокупности эти и многие другие обстоятельства «облегчают» решение научной задачи лишь на первый взгляд, но достигается это ценой несопоставимости результатов подавляющего большинства исследований, ранее выполненных в указанной сфере. Полученные нами данные в значительной мере подтверждают этот тезис.

Качество самосохранительного поведения населения северных территорий России (особенно тех, где велика доля коренных малочисленных народов) традиционно ниже, чем в целом по стране [11]. Вполне «закономерной» представляется высокая степень его алкоголизации (о чем можно судить по регистрируемому уровню продаж алкогольной продукции, распространенности психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя) [15]. Логично предположить, что объем негативных последствий фактора риска (в т. ч. потерь жизненного потенциала, экономического ущерба) в приарктических территориях должен быть достаточно высоким. С.А. Лозовская и ее коллеги (2013) на примере Дальнего Востока ранее обнаружили наличие особого «полярно-экваториального градиента» в объеме экономического ущерба от употребления алкоголя – его максимум был отмечен в Чукотском автономном округе; минимум – в южных регионах федерального округа [16]. Аналогичный по характеристикам «полярно-экваториальный градиент», но уже медико-демографических потерь от фактора риска был выявлен в некоторых субъектах, относящихся к Северо-западному федеральному округу [17]. Результаты нашего исследования противоречат сложившимся представлениям о распределении негативных последствий от употребления алкоголя на Европейском Севере России. Так, максимальный объем потерь жизненного потенциала населения приарктических регионов от фактора риска (которые можно интерпретировать как компонент его демографического ущерба) зафиксирован в Архангельской области и Республике Коми, которые находятся южнее Мурманской области *(рис. 2).*

В Вологодской области, о чем свидетельствуют результаты исследования Ю.Е. Шматовой и коллеги (2014), он был еще выше [18].

Обратный «полярно-экваториальный градиент» был характерен и для величины экономического ущерба от употребления алкоголя. Наиболее значительные «фактические» ежегодные и «перспективные» потери от алкоголь-атрибутивной смертности населения зафиксированы в Республике Коми, минимальные – в Мурманской области (что, очевидно, обусловлено существенными отличиями в величине коэффициента «ВРП на одного занятого», *рис. 3, 4).*

Факт отсутствия единого паттерна в динамике общих потерь жизненного потенциала населения приарктических регионов в результате смертности от алкоголь-атрибутивных состояний в исследуемый период (на фоне устойчивого сокращения объема потребляемого алкоголя) нуждается в дополнительном исследовании *(рис. 2)* [15]. Обратим также внимание на отчетливое изменение тренда значений показателей с 2013 г. в Архангельской области, с 2014 г. в Мурманской области. Следуя устоявшемуся в научном сообществе мнению, можно предположить, что очередная волна роста объема демографического ущерба в результате смертности от алкоголь-атрибутивных заболеваний является следствием развивающегося в масштабе страны экономического кризиса [19]. Аналогичная ситуация была отмечена в ряде других регионов страны на рубеже 1990-х – 2000-х гг. [16, 18, 20]. С другой стороны, эта гипотеза противоречит динамике показателей ВРП и «ВРП на 1 занятого в год» на Европейском Севере России (где после 2009 г. экономическая ситуация оставалась относительно благополучной) *(рис. 3).* Исключая возможные изменения в подходах к посмертной диагностике и учету случаев смерти (по крайней мере от алкоголь-атрибутивных заболеваний), объяснение данной ситуации следует искать в сложном механизме взаимосвязи между потреблением алкоголя (как фактором риска) и его негативными последствиями (медицинскими, демографическими, социальными и экономическими); свойства этого механизма все еще не исследованы.

Группа риска избыточных потерь жизненного потенциала (и, соответственно, экономического ущерба) в результате преждевременной смертности от алкоголь-атрибутивных состояний в приарктических регионах имела ряд отличительных признаков. В Мурманской и Архангельской областях ее «ядро» образовывали мужчины 30–49 лет. Обращает на себя внимание значительный объем демографических потерь среди женского населения, который в исследуемый период в указанных возрастных группах был лишь немногим меньше такового среди мужчин *(таблицы 2, 3)*. Растущие значения индикатора в группе граждан старше трудоспособного возраста (особенно в Архангельской области) связаны, вероятно, с общим увеличением СППЖ населения регионов *(рис. 1, таблицы 2–4).* Отметим, что вклад женщин, а также граждан пожилого возраста в суммарные алкоголь-атрибутивные потери жизненного потенциала ранее не оценивался как значительный [1, 3, 6].

Таким образом, потребление алкоголя приносит значительный по объему демографический (в форме преждевременной алкоголь-атрибутивной смертности и ассоциированных с ней потерь жизненного потенциала) и экономический ущерб в приарктических территориях Европейского Севера России. Поиск путей решения данной медико-социальной проблемы приобретает особую актуальность на фоне ее предотвратимого характера. Результаты проведенного исследования дополняют объем информации о популяционной группе риска избыточных демографических и экономических алкоголь-атрибутивных потерь и могут быть использованы как при разработке программ медицинской профилактики и формирования здорового образа жизни, так и для обоснования мероприятий, направленных на повышение эффективности регулирования регионального алкогольного рынка.

ВЫВОДЫ

1. В 2006–2015 гг. в приарктических регионах Европейского Севера России выявлен обратный «полярно-экваториальный градиент» объема потерь жизненного потенциала населения в результате смертности от алкоголь-атрибутивных состояний (максимальные значения показателя отмечены в Архангельской области и Республике Коми; минимальные – в Мурманской области).

2. Динамика общих потерь жизненного потенциала населения в результате смертности от алкоголь-атрибутивных состояний в приарктических регионах на фоне демографической убыли населения и увеличения СППЖ была разнонаправленной. Снижение величины показателя в 2006–2013 гг. в Мурманской области и в 2006–2012 гг. в Архангельской области сменилось его устойчивым ростом с 2014 г. и 2013 г. соответственно. В Республике Коми объем потерь жизненного потенциала населения в результате смертности от хронических алкоголь-атрибутивных заболеваний в исследуемый период практически не изменился.

3. Основной объем избыточных потерь жизненного потенциала населения приарктических территорий в результате преждевременной смертности от алкоголь-атрибутивных состояний в 2006–2015 гг. несли мужчины 30–49 лет. Объем демографических потерь среди женского населения в исследуемый период был меньше такового среди мужчин. Рост значений индикатора в группе граждан старше трудоспособного возраста был обусловлен увеличением СППЖ населения регионов.

4. Распределение «фактических» ежегодных и «перспективных» экономических потерь населения приарктических территорий Европейского Севера России в результате алкоголь-атрибутивной смертности имело обратный «полярно-экваториальный градиент» соответственно распределению потерь жизненного потенциала. В 2006–2015 гг. суммарная величина «перспективных» экономических потерь составила в Мурманской области – 5,5 млрд. руб., в Архангельской области – 9 млрд. руб., в Республике Коми – 11,7 млрд. руб.

Литература

1. Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия: Доклад Общественной Палаты Российской Федерации. Москва. – 2009. – 84 с.

2. Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года: Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351. [Интернет]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_71673/7a46cb13de731db3333fcd77a4f7887e468287e3/ (Дата обращения: 05.12.2017).

3. *Кошкина Е.А., Павловская Н.И., Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Усенко К.Ю., Земскова Н.А.* Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в России. Наркология. – 2009. – 11:24–31.

4. *Бабушкина Е.И., Чернова Т.В.* Современные подходы к экономической оценке последствий алкоголизма. Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2012. – 5(42):5–8.

5. Росалкоголь поспорил с Росстатом о контрафактном алкоголе [интернет]. РБК daily. Ежедневная деловая газета [доступ от 05.12.2017]. Доступ по ссылке http://www.cifrra.info/upload/iblock/dfd/ivc%20daily%20-%20cwiuwgp%20hhejilg%20ucl%20o%20qlbdpk%20c%20t%20tmbp.pdf.

6. *Leon D.A., Shkolnikov V.M., McKee M.* Alcohol and Russian mortality: a continuing crisis. Addiction. – 2009. – 104:1630–1636.

7. *Говорин Н.В., Сахаров А.В.* Социально-экономические потери в результате алкогольной смертности населения. Сибирский медицинский журнал. – 2011. – 5:80–82.
8. *Соловьев А.Г., Мордовский Э.А., Санников А.Л.* Количественная оценка совокупного ущерба от злоупотребления алкоголем на популяционном уровне. Наркология. – 2016. – 1:16–32.
9. Об утверждении методологии расчета экономических потерь от смертности, заболеваемости и инвалидизации населения: приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 апреля 2012 года N323н. [Интернет]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_129302/446abd7313a7cd0488c270e090250516e6e265f8/ (Дата обращения: 05.12.2017).
10. *Рафаенко М.В., Цыганков Д.Б., Вильянов В.Б.* Динамика клинических проявлений болезни у больных алкогольной зависимостью Республики Коми. Наркология. – 2009. – 10(94):30–34.
11. *Козлов А.И.* Потребление алкоголя и связанные с алкоголем проблемы у коренного населения Севера России. Наркология. – 2006. – (10):22–29.
12. О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации: Указ Президента РФ от 31 декабря 2015 г. № 683. [Интернет]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191669/ (Дата обращения: 05.12.2017).
13. *Хачатрян Г.Р., Скоробогатова В.И., Цфасман Ф.М.* Ущерб от алкоголизма для работодателя. Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2011. – 1:22–28.
14. *Игумнов С.А., Петрович М.В., Осипчик С.И.* Социально-экономические последствия потребления алкоголя в Республике Беларусь. Проблемы управления (Минск). – 2011. – 3(40):104–115.
15. Федеральная служба по регулированию алкогольного рынка: сведения об объеме и доле розничных продаж алкогольной продукции по ЕГАИС в разрезе субъектов РФ. [Интернет]. URL: http://fsrar.ru/statisticheskaja_informacija/svedia_ob_obyme_i_dole_roznuchnuh_prodag_po_egais. (Дата обращения: 05.12.2017).
16. *Лозовская С.А., Изергина Е.В., Косолапов А.Б.* Злоупотребление алкоголем как одна из причин ущерба, наносимого экономике Дальнего Востока России. Фундаментальные исследования. – 2013. – 9; 687–691.
17. *Шелыгин К.В.* Демографические процессы на Европейском севере России на рубеже XX–XXI веков. Экология человека. – 2010. – 2:54–61.
18. *Шматова Ю.Е., Морев М.В., Любов Е.Б.* Экономическое бремя социально значимых болезней и девиантного поведения населения Вологодской области. Суицидология. – 2014. – 3(16):59–64.
19. *Perlman F.J.* Drinking in transition: trends in alcohol consumption in Russia 1994–2004. BMC Public Health. – 2010. – Nov 11; 10:691.
20. *Тимофеев Л.Ф., Иванова А.А., Линденбратен А.Л., Гришина Н.К.* Экономические аспекты смертности населения в Республике Саха (Якутия). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – 3:20–23.

UDC 614.2

Mordovskiy E.A. ***Potential years of a life lost and economic losses due to the alcohol-attributable mortality in the near-arctic regions of the european north of Russia*** *(Northern State Medical University, Arkhangelsk)*

Abstract. *Background.* High level of premature alcohol-attributable mortality and associated economic losses are the consequences of considerable alcoholization of the population of the near-arctic regions in Russia. *Aim of the study* is to assess potential years of a life lost and economic losses due to the alcohol-attributable mortality in the Murmansk, Arkhangelsk regions and the Komi Republic in 2006–2015 years. *Methods.* Potential years of a life lost due to the premature deaths from alcohol-attributable conditions were calculated using brief tables of mortality (survival) for the five-year age intervals. This data was used to estimate the scale of the "actual" (annual) and "prospective" economic losses. *Results.* Distribution of the potential years of a life lost due to the premature deaths from alcohol-attributable conditions had the inverse "polar-equatorial gradient" (the maximum values of the indicator were in the Arkhangelsk region and the Komi Republic; and the minimum values were in the Murmansk region). Men and women aged 30–49 were at the group of a high risk. Positive dynamics in the values of the indicator in the group of elderly persons was associated with an increase in the life expectancy of the population. In 2006–2015 total "perspective" economic losses due to premature alcohol-attributable mortality in Murmansk region amounted to 5.5 billion rubles, Arkhangelsk region – 9 billion rubles, Republic of Komi – 11.7 billion rubles. *Conclusions.* In 2006–2015 alcohol-attributable mortality remained a leading cause of a significant demographic and economic damage to the population of the near-arctic regions of the European North of Russia. *Application of the results.* Obtained results can be used to develop programs for medical prevention and the healthy lifestyle formation, justification of measures aimed at increasing the efficiency of regulation of the regional alcohol market.

Keywords: *potential years of life lost, economic losses, alcohol-attributable mortality, near-Arctic territories, Murmansk region, Arkhangelsk region, Komi Republic.*

М.Л. Свещинский,
д.м.н., ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия, e-mail: sveschin@mail.ru

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В КРУПНОМ ГОРОДЕ

УДК 614.2

Свещинский М.Л. ***Количественные характеристики использования рентгеновской компьютерной томографии в поликлинической практике в крупном городе*** *(ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Изучены количественные показатели использования рентгеновской компьютерной томографии в сорока пяти амбулаторно-поликлинических центрах крупного города. Максимальная загрузка одного аппарата достигала 657 исследований в месяц, средняя – 220 процедур (ДИ 95% 208–231). Прямой зависимости между объемами проводимых исследований и численностью прикрепленного к поликлиникам населения на найдено (r = 0,47). В расчете на тысячу человек взрослого населения в 2016 году в поликлиниках выполнялось 14,4 компьютерных томографии в год (ДИ 95% 12,4–16,5). Выявлены возрастные особенности потребления РКТ. В интервале от 18 до 45 лет активность применения РКТ постепенно увеличивалась с 4,24 до 5,94 на 1000 человек соответствующего возраста. Пик наступал в возрасте 70 лет, когда количество исследований на тысячу достигало 30,6. Изучены особенности потребления РКТ в зависимости от наличия в поликлинике собственного МРТ. При отсутствии последнего в структуре выполненных РКТ доля исследований головного мозга в среднем возрастала с 10,8 до 18,0%, а позвоночника – с 9,5 до 17,7%. Получены доказательства кратного увеличения частоты использования при РКТ рентгеноконтрастных средств в ответ на комплекс образовательных, контрольных и экономических вмешательств.

Ключевые слова: *рентгеновская компьютерная томография, поликлиника.*

Вопрос доступности сложных диагностических процедур в амбулаторной практике продолжает сохранять свою актуальность. В центре особого внимания во многих странах остается эффективность использования дорогостоящего оборудования, в том числе компьютерных томографов. Более того, характеристики обеспеченности этими инструментами и их использование рассматриваются как индикаторы качества [1], а сами измерения – как непременное условие развития здравоохранения [2]. При этом несмотря на более, чем тридцатилетний опыт массового применения различных типов томографов в клинической практике, не сложилось единого мнения о преимуществах их размещения в госпитальном или внебольничном секторах. Оценки национального уровня, регулярно публикуемые OECD, свидетельствуют, что в ряде стран с развитым здравоохранением, от 80 до 99% рентгеновских компьютерных томографий выполняются на приборах, установленных в стационарах (Нидерланды, Канада, Дания, Израиль, Испания, Корея и другие). В других, в том числе Австралии, Германии, Греции,

© М.Л. Свещинский, 2018 г.

Японии, значительная, а в некоторых странах преимущественная, часть исследований проводится в амбулаторных учреждениях.

Показатели рекомендуемой загрузки томографов входят в наборы основных индикаторов качества и в России [3]. При этом в качестве референсных показателей пока используются данные, полученные на основе консолидированной статистики субъектов Федерации и не учитывающие специфику работы различных типов медицинских учреждений. В нашей стране пока не накоплены надежные данные и об объемах потребления сложных диагностических исследований применительно к различным уровням оказания медицинской помощи. Такие специфицированные и надежные сведения в международной практике получают в результате масштабных исследований, в основе которых лежат стандартизованные подходы к учету и накоплению в режиме реального времени больших объемов данных. Это позволяет не только выявить признаки неравенства в их получении, но и понять их причины [4].

Целью исследования было получение исходных данных для планирования набора управленческих, в том числе образовательных мероприятий, направленных на повышение медицинской результативности применения рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) для пациентов амбулаторно-поликлинических центров для взрослых в крупном городе.

Материал и методы:

Использовались данные о работе 45 рентгеновских томографов в отделениях лучевой диагностики (ОЛД) амбулаторно-поликлинических центров для взрослых (АПЦ). Все они относились к системе государственного здравоохранения одного города, работали в одинаковых административных, правовых, финансовых условиях и использовали общие принципы выбора методов диагностики и лечения.

В качестве единицы наблюдения принималось исследование одной анатомической области методом РКТ. Применение контрастных средств учитывалось как отдельное исследование. Информация о каждой выполненной процедуре в автоматическом режиме передавалась на сервер единой радиологической информационной системы (ЕРИС). Данные для проводимой работы получены из базы данных ЕРИС. Критерием исключения учреждений из выборки была экстремально низкая загрузка рентгеновского томографа в связи с его длительной неисправностью.

Результаты и их обсуждение:

Статистическая обработка проводилась с применением пакета StatPlus Pro версии (macPro) версии 6.1.10. Характер распределения данных оценивался методом Колмогорова-Смирнова-Лиллифорса. В случаях, когда оно отличалось от нормального, для описания центрального значения выборки использовалась медиана. Сравнение групп выполнялось с применением двухвыборочного теста Колмогорова-Смирнова. Все расчеты выполнялись для доверительной вероятности 95% при уровне значимости 5%. Доверительный интервал для долей рассчитывался методом Клоппера-Пирсона.

Максимальная загрузка прибора достигала 657 исследований в месяц, средняя была втрое ниже и составляла 220 процедур (ДИ 95% 208–231). Показатели среднемесячной нагрузки для сети АПЦ представлены на *рис. 1.* Они демонстрируют явные различия в интенсивности использования оборудования, достигающие в отдельных случаях кратных значений. При этом коэффициент вариации ежемесячной загрузки в АПЦ, не имеющих длительных простоев из-за неисправностей, составлял 18,0% (ДИ 95% 16,0–20,0), что характеризует степень неоднородности как невысокую.

Нами была выдвинута гипотеза, что объемы проводимых в АПЦ исследований пропорциональны численности проживающего в зоне его обслуживания населения. Сопоставление данных показало, что даже при

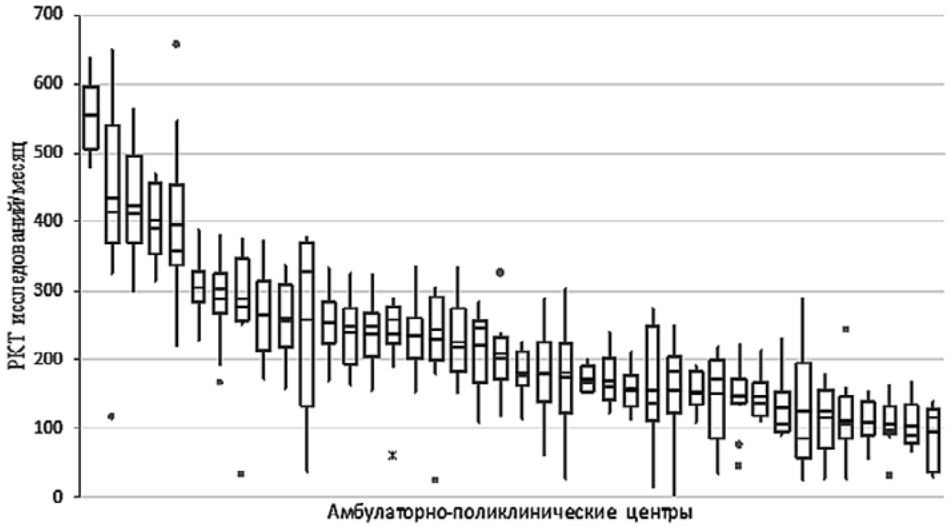


Рис. 1. **Среднемесячное число исследований в расчете на один РКТ в амбулаторно-поликлинических центрах для взрослых (среднее, медиана, 25-я и 75-я центили, минимальное и максимальное значения)**

исключении из выборки данных из Центров, где оборудование не работало дольше месяца, линейной зависимости изучаемых параметров найдено не было. Коэффициент корреляции Пирсона составил лишь 0,47. График распределения значений представлен на *рис. 2.*

В рамках дальнейшего исследования проводился расчет интенсивных показателей использования рентгеновской томографии в поликлинике. На основании данных системы Федерального статистического наблюдения мы выявили, что всеми государственными медицинскими учреждениями городского подчинения в 2016 г. в расчете на 1000 человек прикрепленного населения было проведено 91 РКТ исследование. В эти расчеты не включались данные о случаях обращения пациентов

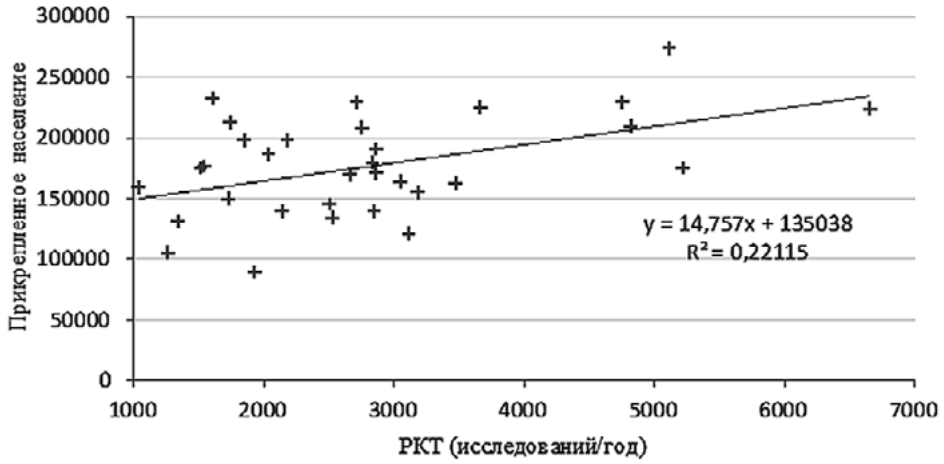


Рис. 2. **Соотношение численности обслуживаемого взрослого населения и объем РКТ исследований в АПЦ**

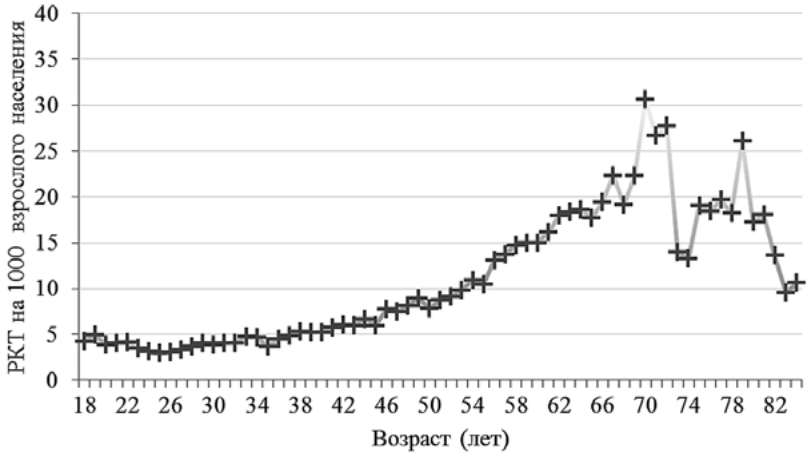


Рис. 3. **Возрастная динамика использования рентгеновской компьютерной томографии в амбулаторно-поликлинических центрах**

в отделения лучевой диагностики ведомственных, федеральных и частных учреждений. Всего в амбулаторных условиях было проведено 22,7 исследований на каждую тысячу жителей.

В амбулаторных центрах для взрослых в изучаемый период на тысячу человек выполнялось 14,4 компьютерных томографии в год (ДИ 95% 12,4–16,5). При этом в каждом третьем учреждении этот показатель не превысил 10 процедур на тысячу человек взрослого населения. Одной из причин столь выраженных различий могут быть возрастные особенности населения, проживающего в зонах прикрепления к АПЦ. Указания на значительные возрастные различия применения РКТ имеются в литературе [5, 6]. Для проверки этой гипотезы анализу подвергнуты данные о 200865 РКТ исследованиях, проведенных в амбулаторных центрах для каждой возрастной группы, сформированной с шагом один год в интервале от 18 до 84 лет. Корреляция возраста и объемов выполненных исследований оказалась сильной (коэффициент корреляции Пирсона 0,83). В интервале от 18 до 45 лет активность применения РКТ медленно увеличивалась с 4,24 до 5,94 на 1000 человек соответствующего возраста. Пик потребления наступал в возрасте 70 лет, когда количество исследований на тысячу достигало 30,6. После этого наблюдалось сокращение относительной частоты применения, наиболее выраженное для группы лиц, рожденных в 1942–1943 годах. Продолжение роста потребления до 26 на 1000 человек отмечен при достижении 79 лет, после чего объемы исследований плавно снижались *(рис. 3)*.

Вероятным фактором, влияющим на активность использования рентгеновской томографии в амбулаторной практике, может быть наличие более доступных альтернативных диагностических технологий [7]. Нами изучалась связь объемов и структуры РКТ исследований в связи с наличием в учреждении магнитно-резонансного томографа. Было высказано предположение, что если отсутствие МРТ в учреждении достаточно часто компенсируется заменой способа обследования на более доступную РКТ, то структура последних должна различаться. Если же всем нуждающимся в МРТ его проводят, в том числе направляя пациента в другое учреждение – структура РКТ исследований в однотипных ЛПУ остается идентичной.

Для решения поставленной задачи была сформирована выборка из данных, полученных в период с 1 октября по 31 декабря 2016 года. Учреждения были разделены на две группы. В первую включены 13 АПЦ,

располагающих только рентгеновскими компьютерными томографами. Во вторую – 25 АПЦ, где наряду с рентгеновскими не менее трех лет эксплуатировались магнитно-резонансные томографы.

Структура проведенных РКТ исследований оценивалась в выборке из 7705 наблюдений в первой и 9161 – во второй группе.

В изучаемый период в кабинетах МРТ амбулаторных центров преобладали исследования спинного мозга. Этот вид диагностики составлял 39,0% всех нативных процедур (ДИ 95% 38,3–39,7%). Второй по частоте применения оставалась МРТ головного мозга – 34,7% (ДИ 95% 34,0–35,3%). Изучение суставов этим методом составляло 16,4% всех процедур (ДИ 95% 15,8–16,9%). Применение для исследования этих анатомических областей метода рентгеновской томографии должно изменить типичную для амбулаторных центров структуру МРТ-назначений, а ее постоянство – стать достаточным основанием для подтверждения нулевой гипотезы.

В кабинетах РКТ амбулаторно-поликлинических центров наиболее массово выполнялись нативные исследования органов брюшной полости, грудной клетки, шеи, малого таза, а также головного и спинного мозга, черепа и тазобедренного сустава. В первой группе ЛПУ такие процедуры формировали 89,4%, а во второй – 82,1% всего объема выполненных исследований. Исследования редко исследуемых анатомических областей, а также случаи контрастирования в группах сравнения не представлены. Количество процедур по каждой анатомической области соотносилось с общим числом идентифицированных РКТ и в дальнейшем фиксировалось в виде долей. Структура исследований для каждой из изучаемых групп представлена в *таблице 1.*

В обеих группах почти четверть РКТ исследований проводилось для диагностики состояния органов грудной клетки. С несколько меньшей частотой метод применялся в оценке состояния органов брюшной полости. Реже всего в обеих группах учреждений выполнялась РКТ органов таза и шеи. Различий частоты использования этих видов исследований в группах сравнения нами не обнаружено.

В то же время полученные данные свидетельствуют о различиях активности использования РКТ в диагностике состояния головного мозга и позвоночника.

В АПЦ, не имеющих собственных магнитно-резонансных томографов, РКТ для изучения этих областей применялась почти вдвое чаще.

Это означает, что существуют причины, по которым вместо направления пациента для МРТ обследования в стороннюю организацию как минимум часть врачей предпочитает выполнить рентгеновскую томографию внутри собственного учреждения.

Таблица 1

Структура РКТ исследований в амбулаторно-поликлинических центрах

Метод	*Группа 1*		*Группа 2*		*Уровень значимости 95%*
	Среднее	*ДИ (95%)*	*Среднее*	*ДИ (95%)*	
КТ органов брюшной полости	16,6%	11,4%-21,8%	20,4%	15,8%-25,8%	0,47
КТ органов грудной клетки	22,4%	17,8%-27,1%	27,8%	23,9%-31,7%	0,30
КТ головного мозга	18,0%	13,7%-22,3%	10,8%	7,8%-13,8%	0,03
КТ тазобедренного сустава	2,6%	1,7%-3,6%	2,0%	1,6%-2,4%	0,16
КТ органов шеи	1,7%	1,1%-2,3%	1,2%	0,8%-1,6%	0,09
КТ органов таза	0,7%	0,3%-1,0%	1,1%	0,5%-1,8%	0,40
КТ черепа	10,7%	8%-13,4%	11,9%	9,2%-14,5%	0,72
КТ позвоночника	17,7%	13,1%-22,3%	9,5%	7,5%-11,6%	**0,0003**

Анализ причин и последствий такого выбора требует детального анализа, но остается за пределами данного исследования.

Широко известно, что клинические возможности метода РКТ значительно расширяются при использовании контрастного усиления. Длительное время рентгеноконтрастные средства в изучаемых АПЦ применялись крайне редко. Со стороны радиологов это объяснялось стремлением минимизировать риски развития аллергических осложнений, хотя это вероятно было не единственной причиной. Для решения этой задачи были разработаны специальные информационные материалы, осуществлен комплекс образовательных мероприятий для клиницистов и радиологов.

Активность применения контрастов при РКТ стала использоваться в качестве дополнительного индикатора результативности работы отделений лучевой диагностики. В октябре 2016 г. был утвержден тариф на РКТ с усилением, размер которого обеспечивает адекватное покрытие расходов на приобретение современных контрастных препаратов. Нами выполнен анализ первых результатов описанного комплекса вмешательств. При относительно постоянном объеме РКТ исследований количество болюсных контрастирований, ежемесячно проводимых в городских АПЦ, кратно выросло *(рис. 4)*. Такая динамика характерна не только для сети учреждений в целом. Этот тренд подтверждается и показателями применения контрастов в отдельных учреждениях. В качестве параметра сравнения нами использовано отношение числа исследований с болюсным контрастированием к количеству нативных исследований (частота контрастирования). Медиана этого индикатора в июне 2016 г. составляла 1% (ДИ 95% 0–7,2%). Через год, в июне 2017 г., его значение выросло до 11% (ДИ 95% 10,1–16,7%), p = 0,003. Динамика исследуемого параметра по данным 43 АПЦ представлена на *рис. 5.* Выраженный рост отмечен и при анализе динамики РКТ отдельных анатомических областей. Так, при проведении исследований органов брюшной полости частота контрастирования повысилась с 41,1 до 84,0%, а почек – с единичных до 70,1% проведенных диагностических процедур. Мы полагаем, что поддержанию устойчивости достигнутых результатов способствуют также и регулярно проводимые аудиты отделений лучевой диагностики АПЦ

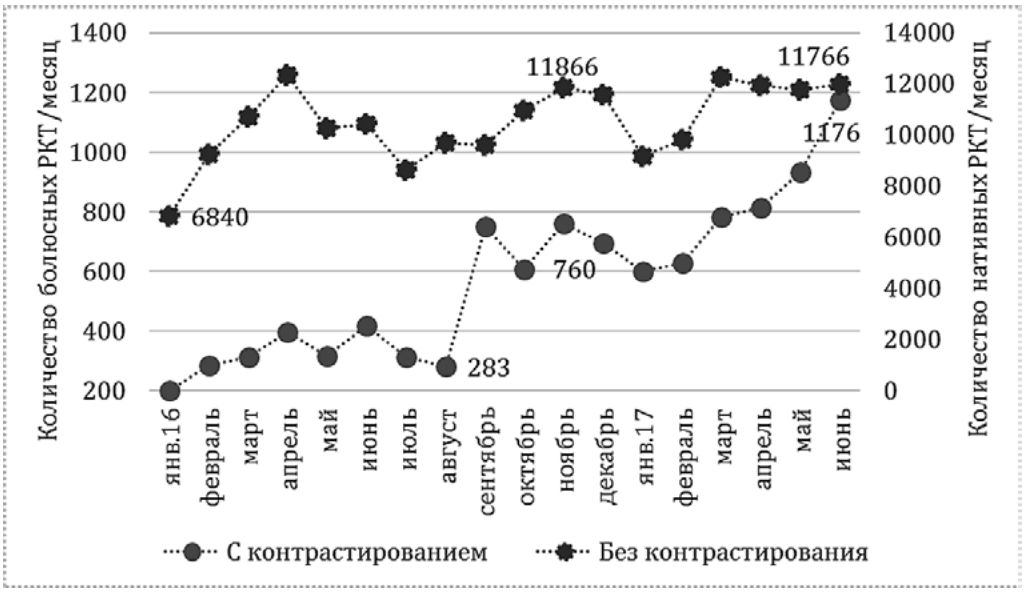


Рис. 4. **Динамика объемов нативных и болюсных РКТ в городской сети АПЦ**

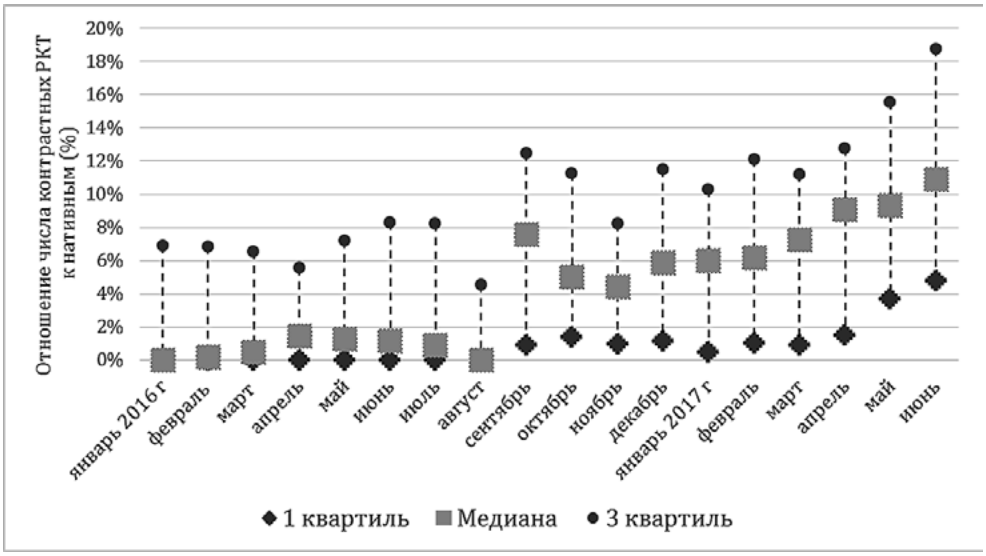


Рис. 5. **Динамика активности применения контрастных средств при выполнении РКТ в 43 АПЦ для взрослых**

и выборочный экспертный пересмотр через базу ЕРИС полученных данных и заключений.

Выводы:

Получены данные, характеризующие активность применения метода компьютерной рентгеновской томографии в условиях городской поликлиники. Их использование может оказаться полезным для динамической оценки работы поликлинических учреждений и их кабинетов рентгеновской компьютерной томографии. Эти показатели должны включаться в систему мониторинга исполнения управленческих решений, связанных с институциональными, финансовыми и организационными переменами в системе городского здравоохранения. Очевидно, что полученные данные должны с осторожностью применяться в регионах с иной инфраструктурой лечебной сети.

Выявлены возрастные особенности динамики потребления РКТ, которые могут и должны учитываться при планировании объемов амбулаторной медицинской помощи.

Получены исходные данные для выбора управленческих решений для планирования дальнейшего развития службы РКТ диагностики города, а также планирования образовательных мероприятий для врачей и руководителей. Доказано, что проведение комплекса образовательных мероприятий в сочетании с применением адекватных тарифов способствует повышению частоты применения болюсного контрастирования в АПЦ до клинически обоснованного уровня.

Получены доказательства зависимости структуры и объемов РКТ исследований в связи с наличием в медицинском учреждении собственного магнитно-резонансного томографа. Наши результаты подтверждают, что на поликлиническом этапе существуют причины, ограничивающие направление пациентов для МРТ в сторонние учреждения. Это дает основание предположить, что сравнительный анализ объемов и структуры РКТ и МРТ исследований в АПЦ с различной оснащенностью может быть использован для оценки действенности регламентов взаимодействия между поликлиниками. Кроме того наши данные подтверждают ранее опубликованные материалы о необходимости детальной регламентации порядков оказания медицинской помощи, в том числе и в приложении к выбору методов лучевой диагностики.

Литература

1. https://data.oecd.org/healthcare/computed-tomography-ct-exams.htm OECD (2017), Computed tomography (CT) exams (indicator). doi: 10.1787/3c994537-en (Accessed on 25 July 2017).

2. *Goodman D., Goodman A.* Israel Journal of Health Policy Research. 2017; 6–9. doi 10.1186/s13584-017-0135-6.

3. http://gmpnews.ru/wp-content/uploads/2016/04/roszdravnadzor-2015–2016.pdf.

4. *Rozenkrantz A.* Regional Variation in Medicare Imaging Utilization and Expenditures: 2007–2011 Trends and Comparison with Other Health Services. J Am Coll Radiol 2014; 11:45–50. doi.org/10.1016/j.jacr.2013.05.016.

5. *Lang K., Huang H., Lee D., Federico V., Menzin J.* National trends in advanced outpatient diagnostic imaging utilization: an analysis of the medical expenditure panel survey, 2000–2009. BMC Medical Imaging 2013; 13:40 http://www.biomedcentral.com/1471–2342/13/40. doi:10.1186/1471–2342–13–40.

6. *Bosch de Basea, Salott G.A., Pearce M., Muchart J., Riera L., Barber I. et al.* Trends and patterns in the use of computed tomography in children and young adults in Catalonia – results from the EPI–CT study. Pediatr Radiol. 2016; 46:119–129. doi 10.1007/s00247-015-3434-5.

7. *Levin D., Rao V., Parker L.* The Recent Downturn in Utilization of CT: The Start of a New Trend? J Am Coll Radiol 2012; 9: 795–798. doi.org/10.1016/j.jacr.2012.05.023.

UDC 614.2

Sveshchinskiy M.L. ***Analysis of CT utilization for primary care clinics of the large city*** *(Radiology Research and Practical Centre, Moscow, Russia)*

Abstract. We studied the use of CT scans in forty-five polyclinics in a large city. The maximum load per unit was 657 exams per month. The average load was 220 exams per month (CI 95% 208–231). No direct correlation was found between the exam volume and the size of the population served by the polyclinic (r = 0.47). The average CT utilization was 14.4 exams per 1000 adults inhabitants (CI 95% 12.4–16.5). The age-specific patterns of CT usage were revealed. For population within the age group of 18 to 45 years the frequency of CT usage gradually increased from 4.24 to 5.94 per 1000 people. Most often CT was used within the age group of 70-year-olds. Within this group, the number of tests reached 30.6 per 1000 adults inhabitants. In the older age groups, the number of exams was lower. In polyclinics without an MRI scanner, the structure of CT exams differed. The share of brain exams among all CT exams was 18% (compared to 10.8% in MRI equiped polyclinics), the share of spine exams was 17.7% (compared to 9.5% in MRI equiped polyclinics).

Evidence is obtained of a multiple increase in the frequency of use of contrast media for CT in response to a complex of educational, control and economic interventions.

Keywords: *CT scans, computed tomography, utilization, polyclinic.*

А.В. Холопов,
к.м.н., начальник Департамента здравоохранения Томской области, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, alexholopov@rambler.ru
В.А. Бойков,
к.м.н., заместитель начальника Департамента здравоохранения Томской области, доцент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, boykov85@mail.ru
О.С. Кобякова,
д.м.н., профессор, ректор ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, заведующая кафедрой общей врачебной практики и поликлинической терапии ФПК и ППС ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, olga_kobyakova@rambler.ru, г. Томск
И.А. Деев,
д.м.н., проректор по развитию-первый проректор ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, профессор кафедры факультетской педиатрии с курсом детских болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, ivandeyev@yandex.ru, г. Томск

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ СТАНДАРТА ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ РЕГИСТРАТУР МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ: ПРОЕКТ «ВХОДНАЯ ГРУППА»

УДК 614.2

Холопов А.В., Бойков В.А., Кобякова О.С., Деев И.А. ***Разработка и внедрение стандарта организации работы регистратур медицинских организаций: проект «Входная группа»*** *(Департамент здравоохранения Томской области, ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, г. Томск, Россия)*

Аннотация. На территории Томской области спланирован и реализован региональный проект «Входная группа», целью которого было разработать и внедрить стандарт организации работы регистратур медицинских организаций для обеспечения повышения удовлетворенности населения работой учреждений здравоохранения. Проект включает в себя пять направлений, такие как организация доступной телефонной связи, обустройство регистратуры, обучение специалистов, оптимизация потока медицинской документации, разработка корпоративного стиля. Применение комплексного, проектного подхода к реальному решению задач повышения доступности первичной медицинской помощи и уровня удовлетворенности граждан медицинской помощью.

Ключевые слова: *входная группа, проектное управление, доступность медицинской помощи, опорный университет.*

Введение

Начиная с 2000-х гг., в российском здравоохранении было реализовано достаточно большое количество проектов, направленных на повышение качества и доступности медицинской помощи для населения страны. Самыми крупными из них были приоритетный национальный проект «Здоровье» и региональные программы модернизации здравоохранения, которые позволили внедрить стандарты оказания медицинской помощи и решить большое количество инфраструктурных проблем региональных систем

© А.В. Холопов, В.А. Бойков, О.С. Кобякова, И.А. Деев, 2018 г.

2014 (12 мес.)	2015 (3 мес.)	2015–2016 (15 мес.)
I этап (n = 12972)	II этап	III этап (n = 1000)
Оценка удовлетворенности пациентов медицинской помощью	Разработка мероприятий проекта, исходя из результатов социологического опроса	Реализация проекта и оценка его эффективности*
- разработка вопросника; - проведение опроса; - анализ полученных данных; - выявление ключевых факторов, влияющих на удовлетворенность населения.	- организация доступной телефонной связи; - обустройство регистратуры; - обучение сотрудников регистратур; - оптимизация потока медицинской документации; - разработка корпоративного стиля.	- мониторинг доступности телефонной связи с использованием технических средств; - мониторинг очереди в регистратуре с использованием технических средств; - социологический опрос; - мониторинг.

Рис. 1. **Этапы реализации регионального проекта «Входная группа»**

*Примечание: * – реализация проекта в 24 регистратурах*

организации медицинской помощи населению. Однако на сегодняшний день вопросы комфортного получения медицинской услуги (длительное ожидание приема специалистов, недоброжелательное отношение медицинских работников и пр.) не теряют своей актуальности [1, 2].

Подавляющее большинство жалоб, связанных с низкой доступностью медицинской помощи, приходится на первичное звено здравоохранения. Это объяснимо, поскольку амбулаторно-поликлиническая помощь – это самый массовый вид медицинской помощи, которую получают около 80% всех пациентов, обращающихся в медицинские организации [3].

В этой связи в Томской области спланирован и реализован региональный проект «Входная группа», целью которого было разработать и внедрить стандарт организации работы регистратур медицинских организаций для обеспечения повышения удовлетворенности населения работой учреждений здравоохранения (схема проекта – *рис. 1).*

Методология

На первом этапе реализации проекта было проведено масштабное социологическое исследование, целью которого было выявление факторов, формирующих негативное отношение пациентов при обращении в медицинскую организацию. Специально разработанная анкета была размещена на сайте Департамента здравоохранения Томской области и всех медицинских организаций города и области.

Гражданам в анонимной форме предлагалось ответить на ряд вопросов, разделенных на блоки:

- отношение медицинских работников учреждения к пациентам;
- условия пребывания в учреждении;
- организация работы учреждения;
- общее отношение к работе учреждения.

Респондентам предлагалось оценить работу медицинской организации по указанным выше направлениям по шкале от 0 до 3, где 0 – «затрудняюсь ответить», 1 – «отлично», 2 – «удовлетворительно», 3 – « плохо». При обработке результатов анкетирования ответы со значением «1» учитывались как позитивная оценка, а ответы со значением «2» и «3» суммировались и были интерпретированы как негативный отзыв.

На втором этапе, исходя из результатов социологического опроса, был разработан стандарт организации работы регистратур медицинских организаций для обеспечения повышения удовлетворенности населения работой учреждений здравоохранения.

На третьем этапе была проведена оценка эффективности проекта с помощью социологического опроса и технических средств

мониторинга отдельных мероприятий проекта (телефонная связь, электронная очередь).

Для оценки различия средних в попарно не связанных выборках использовался U-критерий Манна-Уитни. Качественные данные были представлены в виде абсолютных или относительных (%) частот, количественные в виде X ± x, где X – среднее арифметическое, x – стандартное отклонение. Нулевая гипотеза (об отсутствии различия значений между группами) отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты

Количество респондентов, участвовавших в опросе, составило 12972 человек (мужчины – n=3491, женщины – n=9481), из которых 73% были жителями города и 27% проживали в сельской местности. Подобное распределение является типичным для Томской области, где около трети населения проживает в сельской местности. Средний возраст в исследуемой популяции составил 38,2 ± 14,3 года (средний возраст мужчин (36,3 ± 16,5) года; средний возраст женщин (39,9 ± 14,1) года).

Анализ результатов социологического опроса в 2014 году, в части отношения медицинских работников учреждения к пациентам, показал, что 61% респондентов отмечали отсутствие со стороны медицинского персонала внимания к своим просьбам и пожеланиям, а 55% граждан отмечали низкий уровень культуры обслуживания в первичном звене здравоохранения.

Условия пребывания в медицинской организации не соответствовали ожиданиям респондентов в 59% случаев, при этом наибольшее количество негативных оценок было связано с таким фактором, как «комфортность пребывания в учреждении».

Анализ мнения респондентов об организации работы учреждения показал, что основными проблемами амбулаторно-поликлинических служб медицинских организаций, по мнению граждан, являются очереди в регистратуру (52%) и отсутствие возможности дозвониться (63%) – *рис. 2.*

Последний блок вопросов анкеты касался общего отношения к работе учреждения и включал в себя 2 вопроса.

1. Ощущение респондентами себя ценным клиентом медицинской организации.

Отрицательный ответ был получен в 59% случаев, положительный ответ дали 32% респондентов и затруднялись ответить 9%.

2. Желание продолжать пользоваться услугами медицинской организации.

Отрицательный ответ был получен от 53% респондентов, положительный ответ дали 39% граждан и затруднялись ответить 8% *(рис. 2).*

Таблица 1

Рейтинг основных проблем, которые не позволяют пациентам считать медицинскую помощь качественной

Место	*Предложения пациентов по улучшению работы медицинских организаций*	*Рейтинг,%*
1.	Обеспечение доступной телефонной связи с медицинской организацией	15,3
2.	Обеспечение комфорта при ожидании медицинской услуги	12,4
3.	Очереди в регистратуру	10,7
4.	Очереди на приеме к участковому врачу	9,7
5.	Удобство режима работы учреждения в выходные и праздничные дни	9,4
6.	Очереди на обследования	9,1
7.	Доброжелательность медицинского персонала	8,8
8.	Сохранность амбулаторных карт и результатов анализов в поликлинике	8,5
9.	Возможность обращения к администрации учреждения при возникновении жалоб	8,2
10.	Возможность оказания помощи в организации ухода за тяжелобольными на дом	7,9

Помимо вопросов, на которые респондентам было предложено ответить, в анкете в качестве необязательного для заполнения блока гражданам предлагалось определить основные проблемы, которые не позволяли им считать медицинскую помощь качественной. На основании перечня обозначенных проблем был сформирован рейтинг *(таблица 1).*

По итогам проведения социологического опроса и анализа предложений граждан по улучшению работы медицинских организаций был сформирован перечень основных факторов, влияющих на снижение доступности медицинской помощи в первичном звене здравоохранения и негативно сказывающихся на удовлетворенности населения при обращении в регистратуры медицинских организаций.

На основании полученных данных были разработаны пять ключевых направлений проекта «Входная группа», которые направлены на устранение основных негативных факторов работы регистратур медицинских организаций:

1. организация доступной телефонной связи;
2. обустройство регистратуры;
3. обучение специалистов;
4. оптимизация потока медицинской документации;
5. разработка корпоративного стиля.

Организация доступной телефонной связи

Для решения вопросов, связанных с низкой доступностью телефонной связи пациентов и медицинских организаций, был выбран наиболее популярный и эффективный на сегодняшний день инструмент для оптимизации процесса обработки телефонных вызовов – организация сети «call-центров». Реализация данного направления обеспечила следующие основные функциональные возможности:

– формирование очереди из пропущенных вызовов с функцией автоматического перезвона оператором ближайшему в очереди пациенту;

– возможность записи телефонных звонков;

– гибкая система аналитических инструментов.

Организация «call-центров» в регистратурах медицинских организаций, принявших участие в проекте, позволила не только повысить качество обслуживания и значительно снизить число утраченных звонков пациентов, но и разработать прозрачную систему контроля над работой сотрудников регистратур. Следует отметить, что организация сети «call-центров», программное обеспечение которых дает возможность анализа широкого спектра информации, позволила разработать трехуровневую систему мониторинга в режиме реального времени. На первом уровне контроль осуществляется непосредственно в регистратуре, на втором уровне – администрацией медицинской организации и третий уровень – Департаментом здравоохранения Томской области. На сегодняшний день на уровне органа управления здравоохранением оценка эффективности «call-центров» осуществляется по набору параметров, представленных в *таблице 2.*

Таблица 2

Параметры оценки эффективности работы call-центров на уровне Департамента здравоохранения Томской области

Показатель	*2015*	*2016*	*Норма***
Уровень обслуживания (процент вызовов, получивших обслуживание в пределах 180 сек.),%	72,6	89,0	≥ 80
Средняя скорость ответа (время ожидания ответа абонентом), минут	4,1±1,4*	2,5±1,6	≤ 5,00
Доля потерянных абонентов,%	13,1	4,3	≤ 5

Примечание: * – <0,05;
** – значение определялось методом экспертных оценок.

Следует отметить, что до реализации проекта среднее время ожидания пациентом ответа сотрудника регистратуры составляло 20 минут, а доля потерянных звонков около 40%, что, безусловно, вызывало справедливую критику со стороны населения региона. В результате реализации данного направления проекта процент граждан неудовлетворенных доступностью телефонной связи снизился до 38% *(рис. 2)*

Обустройство регистратуры

Обустройство регистратуры в рамках проекта предполагало разделение на две зоны: «back – office» (работа в режиме «call-центра») и «front – office» (непосредственная работа с обратившимися гражданами). Подобное зонирование позволило оптимально распределить нагрузку и функционал работников регистратуры и избежать ситуации, когда регистратор вынужден одновременно общаться с гражданами, пришедшими в учреждение и отвечать на телефонные звонки. Еще одним обязательным мероприятием, в рамках данного направления, была минимизация физического барьера, препятствующего непосредственному контакту регистратора с пациентами. Применялось несколько вариантов решения (с учетом особенностей помещений): открытая зона (отсутствие перегородок и окон) с посадочными местами для обратившихся; открытая зона – стойка, окна с посадочным местом.

Для упорядочивания процесса обращения граждан в регистратуру медицинской организации был использован такой инструмент, как электронная очередь, который уже достаточно давно и эффективно применяется, например, в банковской сфере. Электронная система управления очередью сделала процесс ожидания комфортнее и сократила его время. Она также дала возможность равномерно распределять нагрузку на регистраторов, уменьшая время простоя. Кроме того электронная очередь позволила не только оптимизировать поток посетителей, но и получать статистические данные о работе сотрудников, востребованности конкретных операций и услуг и многое другое. Для информационного сопровождения пациентов (в том числе в части использования электронных сервисов) было принято решение о размещении одного из сотрудников (особенно в часы пиковой нагрузки) непосредственно в холле регистратуры («администратор холла»). Помимо организационных мероприятий, которые описывались выше, в каждой медицинской организации, участвовавшей в проекте, были организованы зоны ожидания, оборудованные мебелью, информационными стендами, оформленными в соответствии с требованиями действующего законодательства, стойками с информационными буклетами, электронным табло с расписанием. Следует отметить, что проведение данных мероприятий не повлекло за собой увеличение штатной численности в регистратурах медицинских организаций.

Таким образом, проведенные в рамках проекта мероприятия организационно-технического характера позволили сократить среднее время ожидания в регистратурах (с 17 минут до реализации проекта до 6 минут через год после его начала), а также минимизировать конфликтные ситуации, возникающие как между пациентами, ожидающими своей очереди, так и между обратившимися гражданами и сотрудниками регистратур медицинских организаций. За 15 месяцев реализации проекта количество граждан, отмечающих низкую комфортность пребывания в учреждении снизилось на 11%, а наличие очередей в регистратуру на 15% *(рис. 2)*.

Обучение специалистов

Одним из ключевых мероприятий проекта было обучение сотрудников регистратур и call-центров, которое включало в себя основы этики, деонтологии и управление конфликтами, что позволило перейти на качественно новый уровень обслуживания граждан.

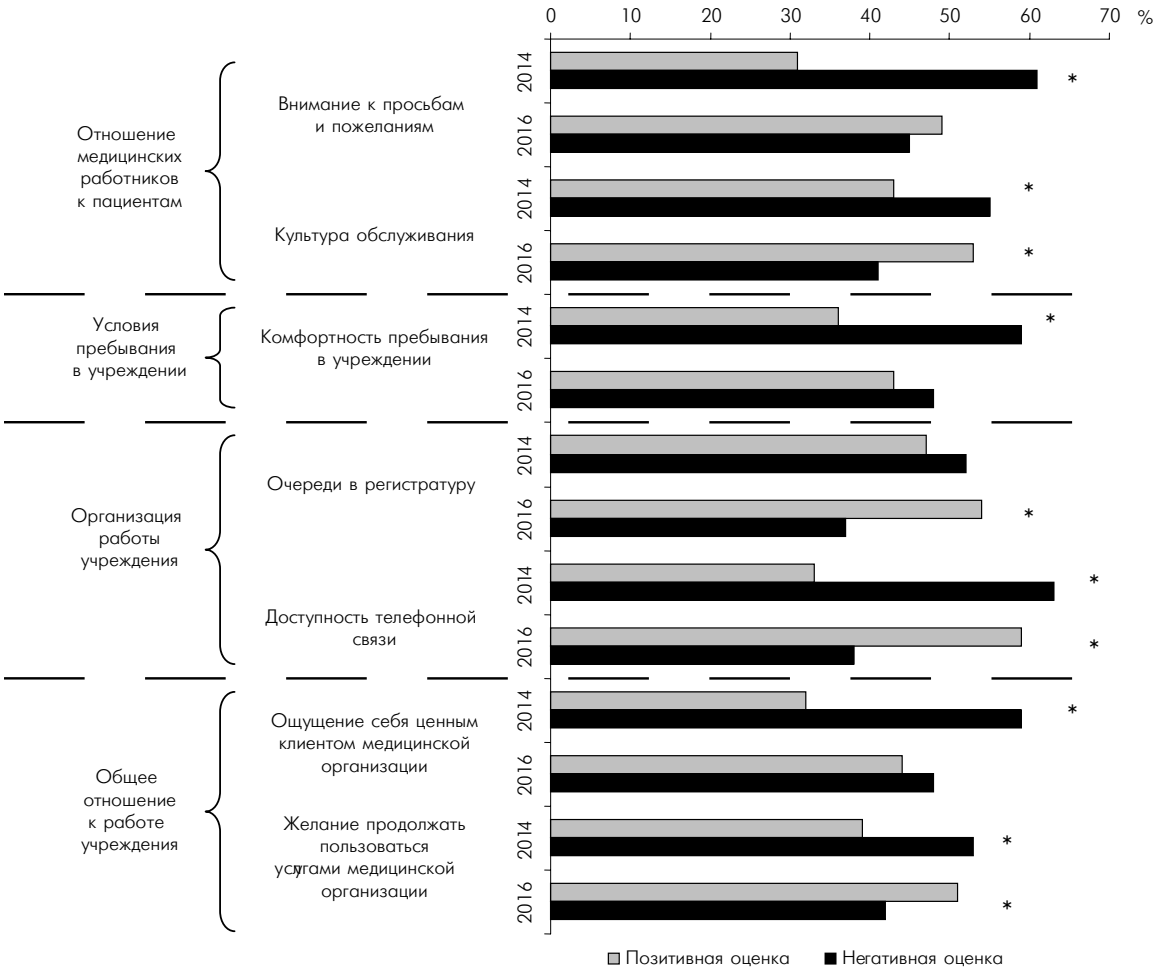
Для реализации данного направления на базе ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

был разработан специальный курс «Деловые коммуникации и управление конфликтами в здравоохранении» (36 часов), на котором прошли обучение более 250 сотрудников регистратур медицинских организаций. В рамках курса, помимо теоретической части, большое количество времени уделялось практическим занятиям – тренингам с опытными экспертами-преподавателями. После прохождения обучения в медицинских организациях были внедрены речевые модули, на постоянной основе осуществлялся контроль качества деятельности регистраторов (запись и анализ разговоров с пациентами), повторные тренинги.

Системное решение вопроса обучения сотрудников регистратур навыкам общения позволило снизить процент граждан, отмечающих отсутствие внимания к их просьбам и пожеланиям со стороны персонала, а также низкую культуру обслуживания на 16% и 14% соответственно *(рис. 2)*.

Оптимизация потока медицинской документации

Еще одним немаловажным мероприятием проекта была систематизация документооборота в регистратурах. Данное направление позволило снизить участие пациента в движении медицинской документации. Например,



Примечание: *-p < 0,05

Рис. 2. **Результаты социологического опроса до и после реализации проекта**

отсутствие необходимости обращаться в регистратуру за статистическим талоном и медицинской картой, запись пациента на повторный прием, прием узких специалистов и исследования врачом непосредственно на приеме позволили сократить время пребывания граждан в поликлинике и сократить кратность ее посещения с одной и той же целью визита. Проведенные мероприятия позволили увеличить долю записей на услуги, осуществленных в медицинской информационной системе Томской области на приеме специалиста с 20% до 51% уже через год реализации проекта.

Заключение

Таким образом, применение комплексного проектного подхода к реальному решению задач повышения доступности первичной медицинской помощи и уровня удовлетворенности граждан медицинской помощью, в рамках регионального проекта «Входная группа», в Томской области за два года реализации позволило решить целый ряд проблемных вопросов, которые были обозначены, в первую очередь, жителями региона. За два года реализации проекта стандарт организации работы регистратур был внедрен в 25 медицинских организациях. В дальнейших планах команды проекта его трансляция на все учреждения, оказывающие амбулаторную медицинскую помощь.

Безусловно, предстоит большой объем работы по дальнейшей оценке эффективности проекта и, при необходимости, корректирование его мероприятий, но уже сегодня можно сказать, что задачи, которые перед собой ставила команда проекта, в большей степени реализованы.

Литература

1. *Садовой М.А., Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Табакаев Н.А., Тюфилин Д.С., Воробьева О.О.* Удовлетворенность качеством медицинской помощи: «всем не угодишь» или «пациент всегда прав»? Бюллетень сибирской медицины. – 2017. – 16(1): 152–161.

2. *Кобякова О.С., Деев И.А., Тюфилин Д.С., Куликов Е.С., Табакаев Н.А., Воробьева О.О.* Удовлетворенность медицинской помощью: как измерить и сравнить? // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – 49 (3).

3. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник/О.П.Щепин, В.А. Медик. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2012. – 592 с.

UDC 614.2

Holopov A.V.[1,2], Boykov V.A.[1,2], Kobyakova O.S.[2], Deev I.A.[2]

Development and implementation of a standard for the organization of work of registries medical organizations: the project "Entrance group"

([1]Healthcare Department of Tomsk Region, [2]Siberian State Medical University, Tomsk)

Abstract. Regional project "Front-office" was set up and implemented in Tomsk oblast (Siberia, Russia). The aim of the project was launch a front-office of out-patients departments standard for improvement patients satisfaction in medical institutes. There are five directions in the project: providing affordable telephone service, front-office infrastructure, staff training, medical documents logistic, corporative style creation. Using of holistic project approach has led to significant improvement of availability and quality of health care in Tomsk oblast.

Keywords: *front-office, project management, health care, flagship university.*

А.В. Гусев,
к.т.н., заместитель директора по развитию, компания «Комплексные медицинские информационные системы» (К-МИС), e-mail: agusev@kmis.ru

ФИНАНСИРОВАНИЕ ИНФОРМАТИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ В 2013–2016 гг.

УДК 002.53

Гусев А.В. ***Финансирование информатизации государственного здравоохранения России в 2013–2016 гг.*** *(Комплексные медицинские информационные системы (К-МИС), г. Петрозаводск, Россия)*

Аннотация. Выполнен анализ государственных закупок программного обеспечения и услуг по информатизации здравоохранения за период 2013–2016 гг. В качестве базы исследования использованы открытые данные с портала государственных закупок о закупках программного обеспечения и услуг по информатизации здравоохранения, которые проводились по Федеральному закону № 44-ФЗ от 05.04.2013. Сведения о закупках аппаратного обеспечения, мероприятий по обеспечению информационной безопасности или предоставлению каналов связи в данном исследовании не изучались.

Проанализированы основные статистические показатели конкурсных процедур, данные о победителях конкурсов и аукционов, данные об основных направлениях финансирования, распределения финансирования по регионам, видам затрат и видам программного обеспечения.

Финансирование информатизации здравоохранения осуществляется главным образом за счет региональных бюджетов, внебюджетных средств и ОМС. В целом на информатизацию здравоохранения, по крайней мере в части программного обеспечения и соответствующих услуг, за последние 4 года выделялось примерно 4–5 млрд. руб. в год. В 2015 г. объем финансирования существенно сократился – на 44,4% до размера 3,6 млрд. руб., в 2016 г. – показал рост в 10%.

За прошедшее время ситуация с разработчиками и применяемыми решениями в целом стабилизировалась. Главным образом финансирование выделяется на региональные системы с долей затрат 61%, а также на медицинские информационные системы учрежденческого уровня с долей затрат в 27%.

Ключевые слова: *медицинские информационные системы, региональная информатизация здравоохранения, ЕГИСЗ*

Введение

Развитие Единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ) является ключевым драйвером информатизации здравоохранения в Российской федерации. Создание и развитие ЕГИСЗ финансируется из государственного бюджета, начиная с 2011 г. Как известно, 2011 и 2012 гг. были посвящены первому этапу создания системы – так называемой «Базовой информатизации». Второй этап, рассчитанный на 2013–2018 гг., подразумевает развитие федерального и региональных сегментов ЕГИСЗ, внедрение и модернизацию при необходимости выбранных на базовом этапе программных решений.

Выполнен анализ открытых данных о государственных закупках и заключенных в их результате государственных контрактов по информатизации здравоохранения. Материалами исследования явились сведения о 5857 состоявшихся конкурсных процедурах (КП) в различных регионах за 2013–2016 гг., которые проводились по Федеральному закону № 44-ФЗ от 05.04.2013, а также данные

© А.В. Гусев, 2018 г.

о подписанных государственных контрактах (ГК), размещенные в информационной системе государственных закупок. В материалы исследования были включены сведения только по закупкам программного обеспечения и услуг по его внедрению и/или сопровождению. Сведения о закупках аппаратного обеспечения, мероприятия по обеспечению информационной безопасности или предоставлению каналов связи в данном исследовании не изучались.

Общие сведения о затратах на информатизацию здравоохранения

Совокупный объем выделенного финансирования на закупку программного обеспечения и услуг по информатизации здравоохранения в России за 2013–2016 гг. составил 19 млрд. 145 млн. руб. Общая сумма фактически заключенных контрактов за этот же период составила 17 млрд. 352 млн. руб. (90,6% от суммы финансирования КП). Распределение выделенного финансирования и сумм заключенных контрактов по годам наблюдения приведено на *рис. 1.*

В 2016 г. было выделено 4 млрд. 69 млн. руб. средств государственного бюджета, что на 7.33% больше, чем в предыдущем 2015 г. В результате проведения государственных закупок были заключены различные государственные контракты на общую сумму 3 млрд. 993 млн. руб., что на 10.21% больше, чем в 2015 г. Таким образом, 2016 г. по сравнению с предыдущим 2015 г. стал годом роста рынка услуг информатизации здравоохранения в России.

Анализ экономии в результате проведения государственных закупок выявил стабильную отрицательную тенденцию. Если в 2013 г. в результате проведения конкурсов и аукционов суммы фактически заключенных государственных контрактов удалось снизить на 23.9% по сравнению с изначально выделенным финансированием, то в 2016 г. этот показатель составил минимальные 1.87%.

Распределение сумм заключенных государственных контрактов по видам конкурсных процедур за весь период исследования представлено на *рис. 2.* Как видно, подавляющее большинство КП (57%) проводятся в форме открытого аукциона. Второй по популярности вариант государственной закупки – проведение открытого конкурса (37%).

Закупки у единственного поставщика в 2016 г. составили 68,6% от всех закупок за весь период наблюдения. По сравнению

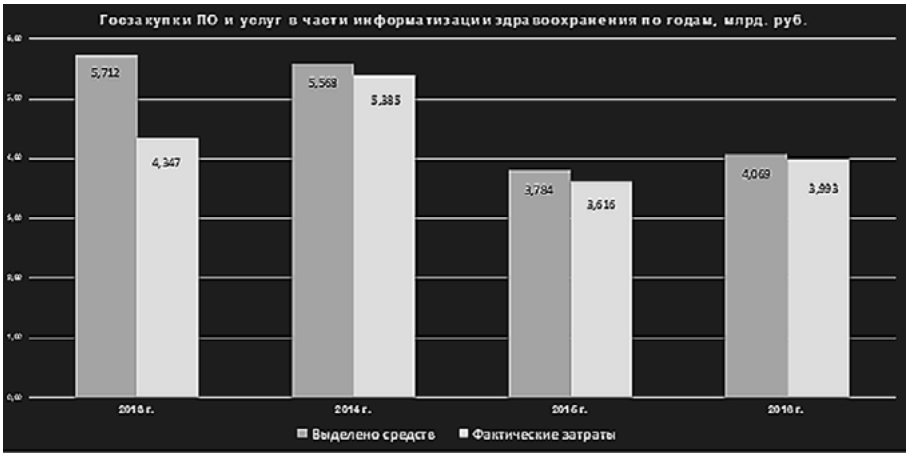


Рис. 1. **Выделенное финансирование и заключенные государственные контракты на поставку ПО и услуг по информатизации здравоохранения в 2013–2016 гг.**

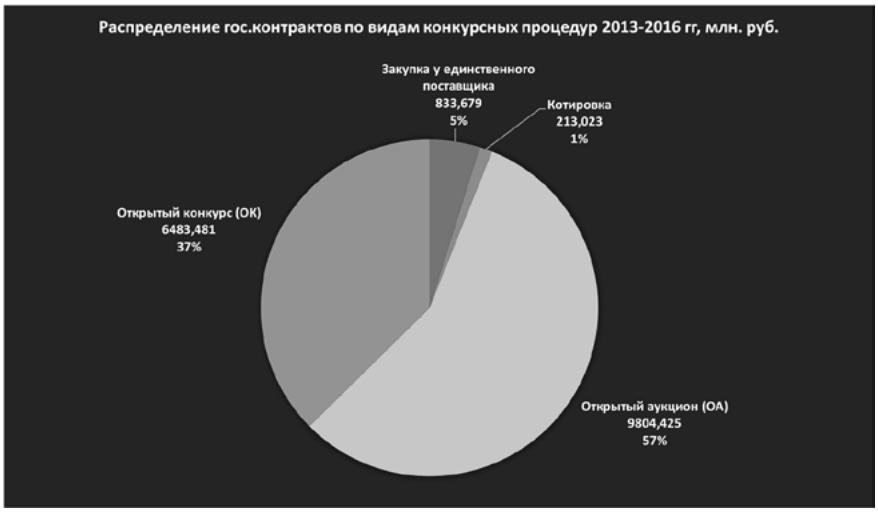


Рис. 2. **Суммы заключенных государственных контрактов по видам конкурсных процедур за 2013–2016 гг.**

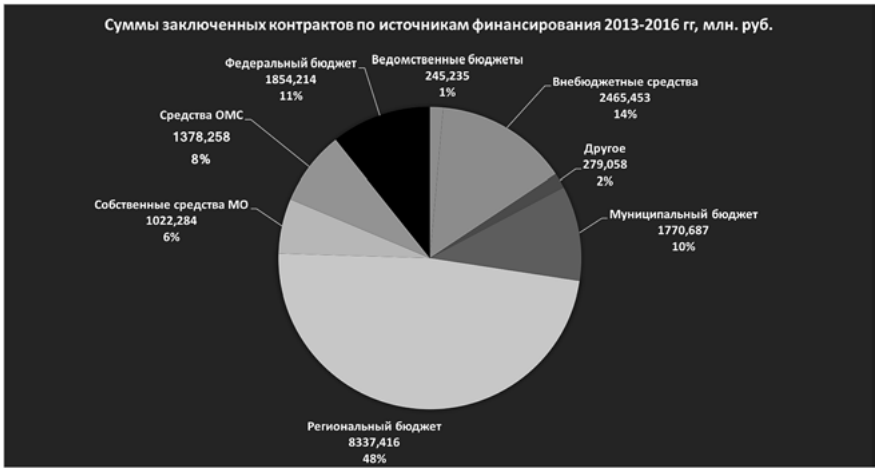


Рис. 3. **Суммы заключенных государственных контрактов по источникам финансирования за 2013–2016 гг.**

с 2015 г. сумма заключенных государственных контрактов с единственным поставщиком выросла в 3,2 раза.

Распределение государственных контрактов на развитие проектов информатизации здравоохранения в разрезе источников финансирования за 2013–2016 гг. представлено на *рис. 3*, то же самое распределение, но по данным только 2016 г. представлено на *рис. 4*.

Как видно, в настоящее время главным источником финансирования проектов в области информатизации здравоохранения являются региональные бюджеты – их доля в 2016 г. составила 52%. Для сравнения: в 2015 г. региональные бюджеты профинансировали 60% всех заключенных государственных контрактов. Следующий основной источник – это внебюджетные средства, которые в 2016 г. составили 21%., в 2015 г. этот показатель составлял 3%. В 2016 г. существенно увеличилось финансирование из федерального бюджета: оно выросло в 3,3 раза с 5% в 2015 г. до 13% в 2016 г.

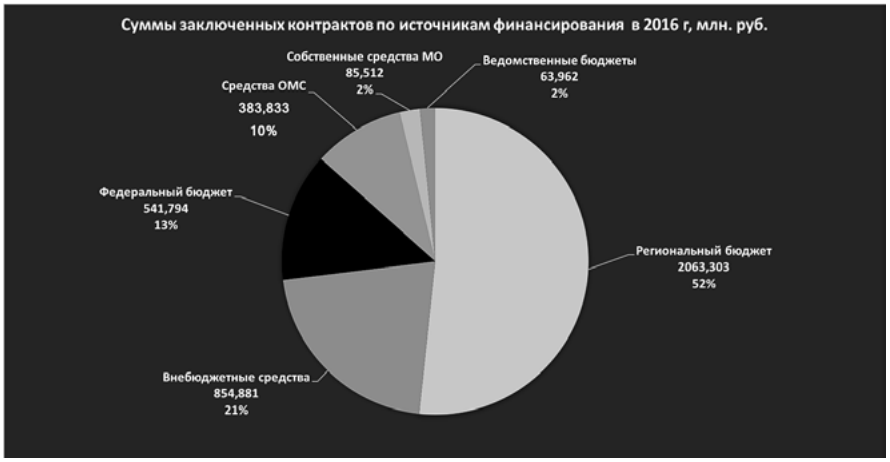


Рис. 4. **Суммы заключенных государственных контрактов по источникам финансирования в 2016 г.**

Анализ данных в разрезе регионов

Как показали результаты нашего исследования, не все регионы РФ на постоянной основе финансируют информатизацию здравоохранения, но в целом ситуация за последние годы выровнялась. В 2013 г. закупку программного обеспечения (ПО) и соответствующих услуг по направлению здравоохранения осуществили 54 региона (65%), в 2014 г. – 80 (94% с учетом 2 новых регионов – Крыма и Севастополя), в 2015 г. – 77 (88%), в 2016 г. – 76 (89%).

Наибольшие финансовые средства на закупку программного обеспечения и услуг по информатизации здравоохранения выделили следующие субъекты Российской Федерации: Москва – 7 млрд. 593 млн. руб. или 48,96% всего рынка; Санкт-Петербург – 1 млрд. 55 млн. руб. или 6.81% рынка; Московская область – 531 млн. руб. или 3,43% рынка; Ростовская область – 445 млн. руб. или 2,87% рынка; Новосибирская область – 363 млн. руб. или 2,34% рынка. Важно отметить, что первые 10 регионов с максимальным финансированием составляют 74,13% всего рынка информатизации здравоохранения.

Наибольшую положительную динамику в 2016 г. по сравнению с предыдущим 2015 г. показали следующие регионы: Ханты-Мансийский АО (+ 134 млн. руб.), Санкт-Петербург (+ 100 млн. руб.), Кабардино-Балкарская Республика (+ 69,8 млн. руб.), Астраханская обл. (+ 44,5 млн. руб.), Республика Дагестан (+ 44,3 млн. руб). За прошедший 2016 г. 39 регионов (45%) увеличили свои затраты на информацию здравоохранения по сравнению с предыдущим 2015 г. Возможно, в регионах, в которых были выявлены незначительные (или почти отсутствующие) затраты на информатизацию, данное направление работы финансировали, но из других источников.

Поскольку численность населения и количество медицинских организаций в регионах существенно отличается, был выполнен анализ относительных показателей. Во-первых, было проанализировано среднее отношение фактических затрат на информатизацию здравоохранения в расчете на число жителей региона. Среднее по всем регионам значение составило 58 руб. в год на 1 жителя. Лидерами по этому показателю явились: Москва – 504 руб. / 1 жителя (в 8,6 раза больше среднего значения по России); Ненецкий АО – 402 руб. / 1 жителя (в 6,9 раза больше среднего); Ямало-Ненецкий АО – 298 руб. / 1 жителя; Кабардино-Балкарская республика – 248 руб. / 1 жителя; Республика Алтай – 235 руб. / 1 жителя.

Среднее значение затрат на информатизацию здравоохранения в расчете на число медицинских работников составило 446 руб. Лидерами по этому показателю явились: Москва – 4303 руб. / 1 медработника (в 9,6 раза больше среднего значения по России); Кабардино-Балкарская республика – 2267 руб. / 1 медработника (в 5 раз больше среднего по РФ показателя); Ямало-Ненецкий АО – 2168 руб. / 1 медработника; Ненецкий АО – 2148 руб. / 1 медработника; Республика Алтай – 1761 руб. / 1 медработника.

Среднее значение затрат на информатизацию здравоохранения в расчете на число медицинских организаций (МО) составило 350 тыс. руб. Лидерами по этому показателю явились: Москва – 4 млн. 446 тыс. руб. / 1 МО (в 13 раз больше среднего значения по России); Ямало-Ненецкий АО – 2 млн. 560 тыс. руб. / 1 МО (в 7 раз больше среднего значения); Ханты-Мансийский АО – 1 млн. 185 тыс. руб. / 1 МО; Республика Алтай – 1 млн. 174 тыс. руб. / 1 МО; Кабардино-Балкарская республика – 1 млн. 170 тыс. руб. / 1 МО.

Безусловно, объем выделяемого каждым регионом финансирования на информатизацию здравоохранения не является единственным индикатором развития данного направления, но все же логично ожидать корреляции между объемами выделенного финансирования и полученной экономической эффективностью. Согласно этой логике, наибольший эффект от информатизации должен наблюдаться в Москве, ЯНАО, Алтае и Кабардино-Балкарии – именно в этих регионах зафиксировны самые высокие относительные показатели в пересчете на число медицинских работников или МО.

Заказчики информатизации здравоохранения

Распределение заключенных в 2013–2016 гг. государственных контрактов на закупку ПО и услуг по информатизации здравоохранения в разрезе заказчиков представлено на *рис. 5.*

Как видно, основными заказчиками информатизации здравоохранения за 2013–2016 гг. стали региональные органы исполнительной власти (ОИВ) (35%), государственные медицинские организации (26%), администрации города или района (15%) и федеральные ОИВ (10%).

Постепенно рынок трансформировался следующим образом: в настоящее время именно государственные МО выступают основным драйверов отрасли – они являются заказчиками госзакупок ПО и услуг по информатизации в 41% случаев. Вторые по

Рис. 5. **Суммы заключенных государственных контрактов на информатизацию здравоохранения по заказчикам, 2013–2016 гг.**

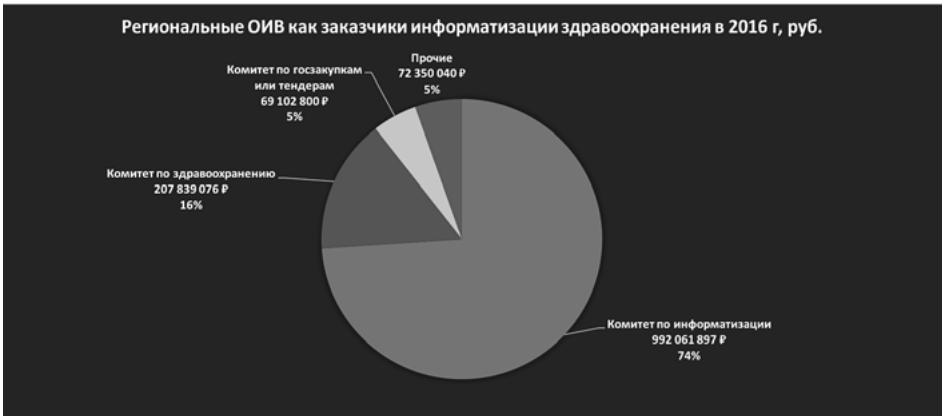


Рис. 6. **Суммы заключенных государственных контрактов на информатизацию здравоохранения по региональным ОИВ в 2016 г.**

весу – региональные ОИВ, они занимают долю в 34% от всех закупов. И, наконец, федеральные ОИВ (главным образом федеральный Минздрав) выступают заказчиками с долей в 14% рынка.

Распределение региональных ОИВ в 2016 г. представлено на *рис. 6.*

Как видно, если заказчиком информатизации здравоохранения выступает региональный ОИВ, то в подавляющем большинстве случаев (74%) им является комитет (министерство, департамент) по информатизации. Вторым основным региональным заказчиком с долей в 16% являются комитеты (министерства) по здравоохранению. Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что инициатива среди региональных ОИВ по информатизации здравоохранения сегодня исходит от «информатизаторов», а не от самого здравоохранения.

Несколько иные по сравнению с рынком тенденции по затратам на информатизацию учреждений здравоохранения наблюдаются в государственных ведомствах. В 2013 г. их затраты составили 10 млн. руб., в 2014 г. – 112 млн. руб., в 2015 г. – 58 млн. руб., в 2016 г. – 45 млн. руб. Распределение этих затрат по различным ведомствам в 2016 г. представлено на *рис. 10.* Как видно, на данный момент наибольшее внимание информатизации здравоохранения уделяют в ФМБА (60%) *(рис. 7).*

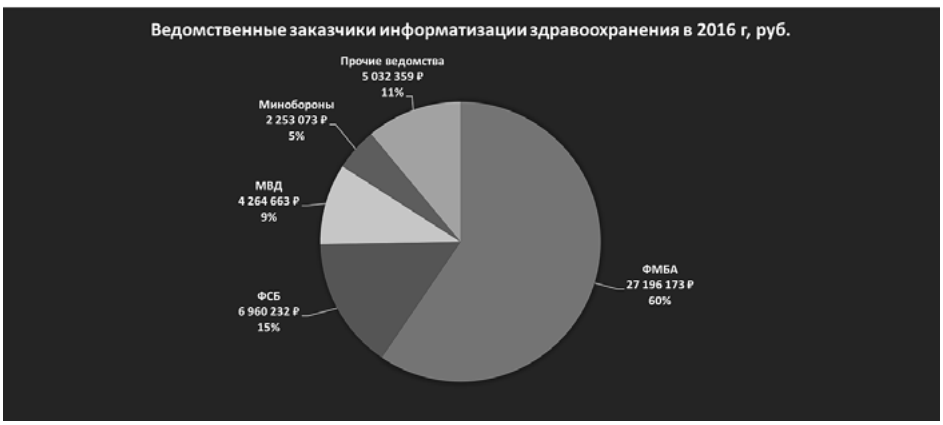


Рис. 7. **Суммы заключенных государственных контрактов на информатизацию здравоохранения по ведомственным заказчикам в 2016 г.**

Анализ предмета государственных закупок на информатизацию здравоохранения

Распределение государственных закупок по предмету конкурсной процедуры представлено на *рис. 8.* Как видно, 75% затрат на информатизацию за прошедшие 4 года – это закупка различных услуг. Оставшиеся 25% – это закупка ПО.

Распределение затрат на услуги по информатизации представлено на *рис. 9*, а распределение затрат на закупку ПО – на *рис. 10.* Как видно, основные затраты при закупке услуг приходятся на техническое сопровождение закупленных ранее различных программных продуктов (48% от всех услуг). Второе по значимости направление работ – это внедрение различного программного обеспечения (22%).

В 2016 г. предмет госзакупок практически полностью трансформировался в закупку услуг: на них пришлось 96% всех затрат. Закупка ПО составила «всего» 160 млн. руб., из них 130,6 млн. руб. – это дозакупка лицензий (81,5%), 29,1 млн. руб. – заказные разработки (18,1%) и 0,4 млн. руб. – выбор и поставка ПО (0,4%). Распределение затрат на услуги по информатизации здравоохранения в 2016 г. представлено на *рис. 11.*

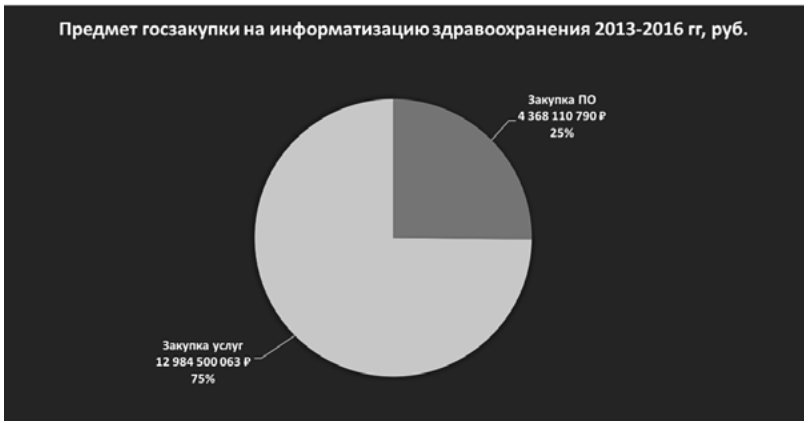


Рис. 8. **Суммы заключенных государственных контрактов на информатизацию здравоохранения по предмету госзакупки в 2013–2016 гг.**

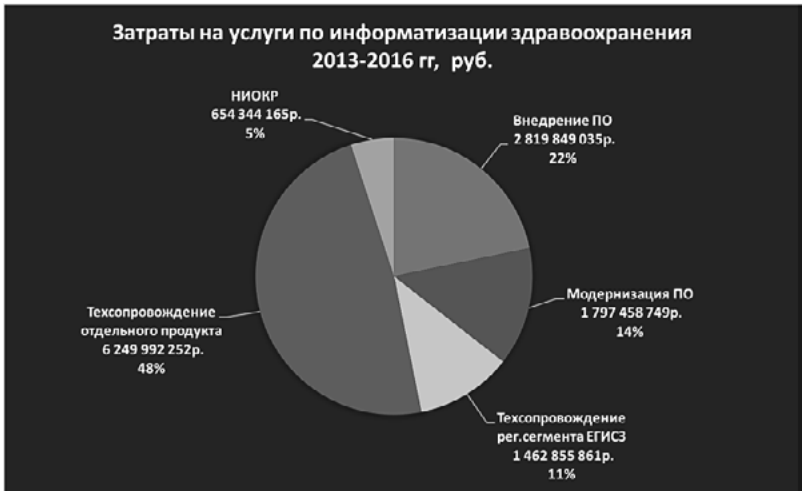


Рис. 9. **Затраты на закупку услуг по информатизации здравоохранения в 2013–2016 гг.**

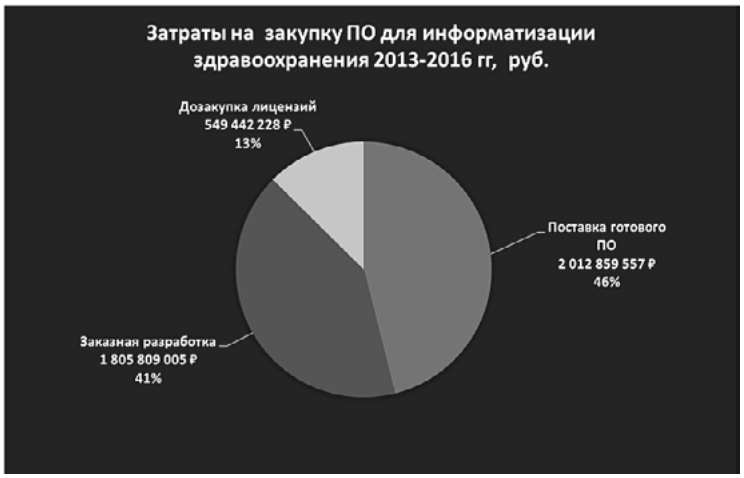


Рис. 10. **Затраты на закупку ПО для информатизации здравоохранения в 2013–2016 гг.**

На сегодняшний день основной статьей затрат (34% от всех услуг) является техническое сопровождение приобретенных ранее информационных систем. Средняя стоимость технического сопровождения одной информационной системы в год постепенно снижается: в 2014 г. она составляла 1 млн. 354 тыс. руб., в 2015 г. – 1 млн. 81 тыс. руб. (снижение на 20,1% по сравнению с предыдущим годом), в 2016 г. – 1 млн. 25 тыс. руб. (снижение на 5,1% по сравнению с предыдущим годом).

Вторая по весу затратная часть – это сопровождение в целом созданных ранее региональных сегментов ЕГИСЗ, которые чаще всего составляют комплекс интегрированных между собой различных программных продуктов, в том числе нередко разных производителей. В 2014 г. средняя стоимость такого контракта составляла 50 млн. руб. В 2015 г. она «рухнула» в 10 раз и составляла уже 4 млн. 598 тыс. руб., причем количество контрактов на тех. сопровождение всего регионального сегмента ЕГИСЗ в целом увеличилось в 2 раза. В 2016 г. средняя стоимость составляла уже 5 млн. 874 тыс. руб. (рост на 27,7%), а число

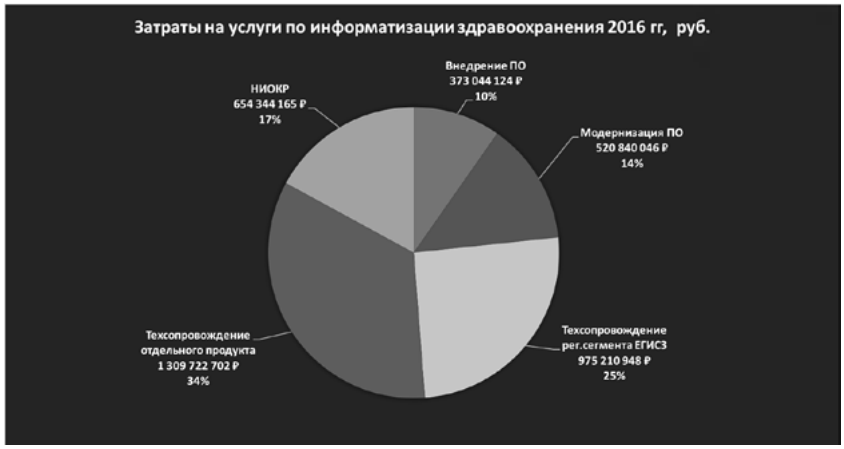


Рис. 11. **Затраты на закупку услуг по информатизации здравоохранения в 2016 г.**

заключенных контрактов по этому направлению выросло в 8 раз.

Анализ компаний-участников рынка

Распределение подписанных государственных контрактов на поставку ПО и услуг по информатизации здравоохранения за 2013–2016 гг. в зависимости от исполнителя представлено на *рис. 12.*

Как видно из *рис. 12*, основная сумма заключенных контрактов (35%) пришлась на крупные ИТ-компании и системных интеграторов, реализующих свои проекты по всей стране. Второе место (28%) – у различных коммерческих компаний, где основную массу составляют региональные ИТ-компании. Третье место (19%) – у специализированных разработчиков, к которым относятся ИТ-компании, работающие главным образом именно на рынке информатизации здравоохранения.

Рейтинг из 10-ти первых компаний в секторе «Крупная федеральная ИТ-компания

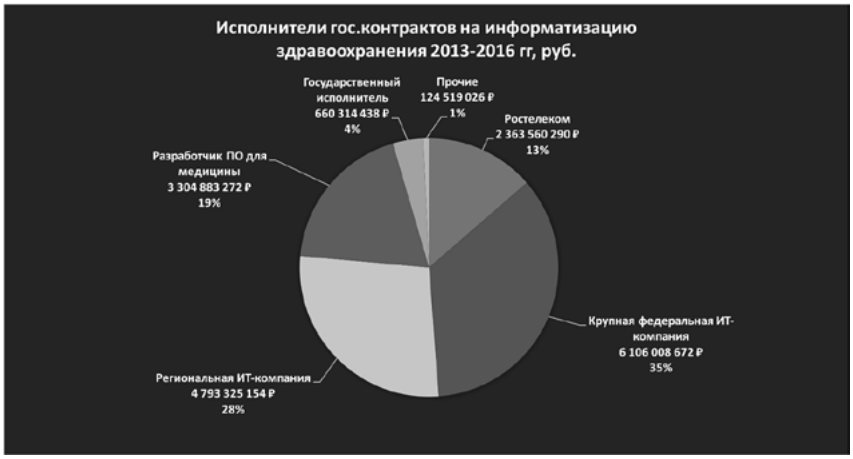


Рис. 12. **Суммы заключенных в 2013–2016 гг. государственных контрактов на информатизацию здравоохранения по видам исполнителя, руб.**

Таблица 1

Лидеры госзакупок в сфере информатизации здравоохранения среди крупных федеральных ИТ-компаний по итогам работы 2015–2016 гг.

№ п/п	Компания	Сумма заключенных ГК, млн. руб.	
		2015 г.	2016 г.
1	Ланит ЗАО (Москва)	276,16	357,99
2	КРОК инкорпорейтед ЗАО (Москва)	243,93	253,41
3	Ростех ЗАО (Москва)	118,99	539,15
4	Группа компаний Барс Груп (Казань)	133,79	60,55
5	Нетрика ООО (Санкт-Петербург)	23,17	101,95
6	Информзащита ЗАО НИП (Москва)	85,5	90,5
7	СофтЛайнТрейд ЗАО (Москва)	99	
8	1С-РАРУС ООО (Москва)	14,55	33,4
9	Техносерв Консалтинг ООО (Москва)	12,5	
10	IBS ООО (Москва)	2,5	

(интегратор)» по результатам 2015–2016 гг. представлен в *таблице 1*. В прошедшем 2016 г. основные лидеры (Ланит, КРОК, Ростех) улучшили финансовые показатели работы на рынке информатизации здравоохранения.

Анализ финансовых показателей среди специализированных разработчиков основан на более сложной структуре. В данной группе характерна достаточно большая разница между суммами гос. контрактов, которые заключены с каким-то разработчиком и суммами по решениям данного разработчика, которые применяются в конечном итоге для выполнения требований гос. контракта. Эта разница обусловлена тем, что часто соответствующие компании используют своих партнеров для выполнения различных проектов. В таком случае сумма гос. контрактов по разработчику будет меньше, чем сумма по разрабатываемым им решениям. Для того, чтобы учесть эту особенность и оценить финансовую результативность не только по прямым контрактам, а по всем выигранным конкурсным процедурам, мы проанализировали 2 показателя: сумму ГК, заключенных по решениям данного разработчика и отдельно сумму прямых ГК с ним. Результаты рейтинга представлены в таблице ниже.

Как видно из *таблицы 2*, среди специализированных разработчиков можно выделить два различных подхода к выполнению проектов. Одни компании активно используют партнерские отношения и далеко не все контракты заключают с заказчиком напрямую. Лидерами по такому подходу являются компания «ПостМодерТекнолоджи» (входящая в группу «Армада» и имеющая свою развитую партнерскую сеть), компания К-МИС (активно работающая с РАМЭК-ВС и тоже имеющая собственных региональных партнеров), а также СофтТраст. В противоположность им некоторые разработчики стараются заключать максимально большее число собственных прямых контрактов. К их числу относятся «Сп.АРМ», «АИТ-холдинг», «Медотрейд» и ряд других.

Для лидеров рынка 2013 г. был самым сложным с точки зрения финансовых показателей. Эта особенность скорее все связана с тем, что в 2013 г. еще не истекли сроки гарантированной технической поддержки со времен заключения первичных гос. контрактов на выбор систем для создания региональных сегментов ЕГИСЗ, которые преимущественно игрались в 2012 г. Кроме этого,

Таблица 2

Общие данные о лидерах среди специализированных разработчиков ПО для здравоохранения по результатам работы 2013–2016 гг.

№ п/п	*Компания*	*Сумма ГК по решениям компании, млн. руб.*	*Сумма прямых ГК с компанией, млн. руб.*	*% от суммы по решениям*
1	СП. АРМ ООО (Санкт-Петербург)	659,3	600,1	91,0%
2	Пост Модерн Текнолоджи ООО (Москва)	468,7	162,9	34,8%
3	Группа компаний К-МИС (Петрозаводск)	356,7	148,3	41,6%
4	Группа компаний Сван (Пермь)	252,7	169,5	67,1%
5	СофтТраст ООО (Белгород)	192,5	111,8	58,1%
6	МедИнфоЦентр ООО (Сургут)	143,8	102,0	71,0%
7	Самсон Групп ООО (Санкт-Петербург)	129,3	108,0	83,6%
6	Электронная медицина ООО (Ростов-на-Дону)	128,6	106,8	83,1%
9	Медотрейд ООО (Москва)	117,2	101,3	86,4%
10	АИТ- холдинг ООО (Москва)	105,6	103,6	98,1%

в 2013 г. оставались уже профинансированные в предыдущем 2012 г. обязательства по доработкам и оказанию услуг по внедрению. Поэтому показатели 2013 г. оказались на уровне заметно ниже, чем в 2011–2012 гг. Завершив взятые обязательства, компании стали более широко заключать гос. контракты на техническое сопровождение поставленных продуктов в 2014 г., и поэтому некоторые из разработчиков заметно улучшили свои результаты.

В 2015 и 2016 гг. различные компании показали разную динамику, но тут следует учесть особенность бюджетных циклов и структуру государственных контрактов и обязательств по ним. То, что какие-то компании улучшили свои показатели в один из последних двух лет, а некоторые ухудшили – не является надежной и объективной характеристикой стабильности и динамичности компаний. Вполне возможно, что на эти результаты повлияли просто особенности заключения контрактов: например, часть разработчиков заключили серьезные большие контракты в последние месяцы 2015 г., и, соответственно, эти суммы отразились в балансе этого года. Но выполнение обязательств и оплата по этим контрактам де факто начались в 2016 г. Поэтому с точки зрения цифр в таблице выше может сложится впечатление, что компании ухудшили свои показатели в 2015 г. и улучшили в 2016 г. (или наоборот) – но на самом деле их работа и функционирование являются стабильными и надежными, просто фактическое поступление выручки невозможно отследить по данным портала госзакупок.

Анализ применяемых медицинских информационных систем

На сегодняшний день в информатизации государственного здравоохранения России применяется 260 различных программных продуктов. На *рис. 13* представлено распределение заключенных государственных контрактов в 2013–2016 гг. по видам применяемого ПО. В силу особенно большого объема финансирования на региональные сегменты, создаваемые ОАО «Ростелеком», а также ЕМИАС г. Москвы – эти 2 группы решения были выделены в отдельные показатели.

Распределение региональных медицинских информационных систем представлено на *рис. 14*. Если допустить, что ЕМИАС г. Москвы и решения ОАО «Ростелеком» согласно принятой на данное время классификации относятся скорее к региональным медицинским информационным системам, то данный класс ПО является лидером по финансированию – на такие решения за 2013–2016 гг.

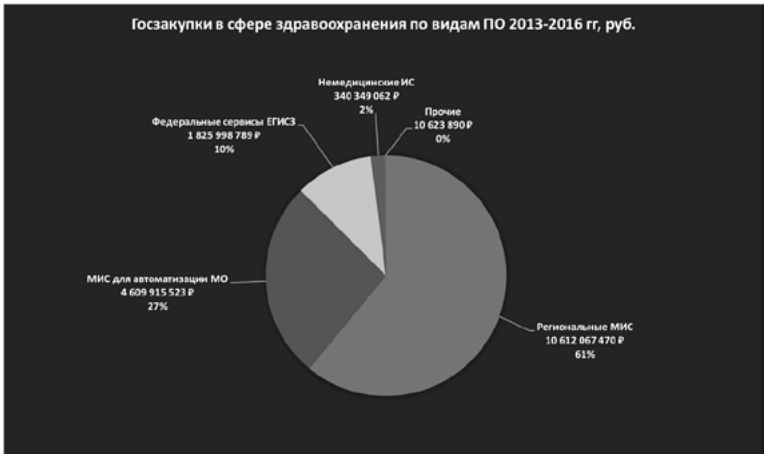


Рис. 13. **Виды применяемого ПО в информатизации здравоохранения, 2013–2016 гг.**

потрачено 10 млрд. 612 млн. руб. или 61% от всех затрат на информатизацию. Безоговорочным лидером среди Российских региональных МИС является ЕМИАС г. Москвы – на эту систему приходится 61% потраченных средств среди РМИС или 37% от всего объема госзакупок на информатизацию. Региональная МИС ОАО «Ростелеком» прочно занимает второе место: на нее за 4 года было потрачено 1 млрд. 997 млн. руб. или 11,48% от всех госзакупок *(рис. 14)*.

Второе место занимают различные медицинские информационные системы, предназначенные для автоматизации отдельных учреждений здравоохранения. Затраты на этот вид ПО составили в 2013–2016 гг. 4 млрд. 609 млн. руб. или 27% от всех госзакупок. Подавляющее большинство (89%) затрат в этой категории пришлось на различные медицинские информационные системы медицинских организаций (МИС МО), число которых за период наблюдения составило 160 систем. Второе место занимают лабораторные информационные системы (6%), третье (3%) – программные продукты для автоматизации аптечной деятельности *(рис. 15)*.

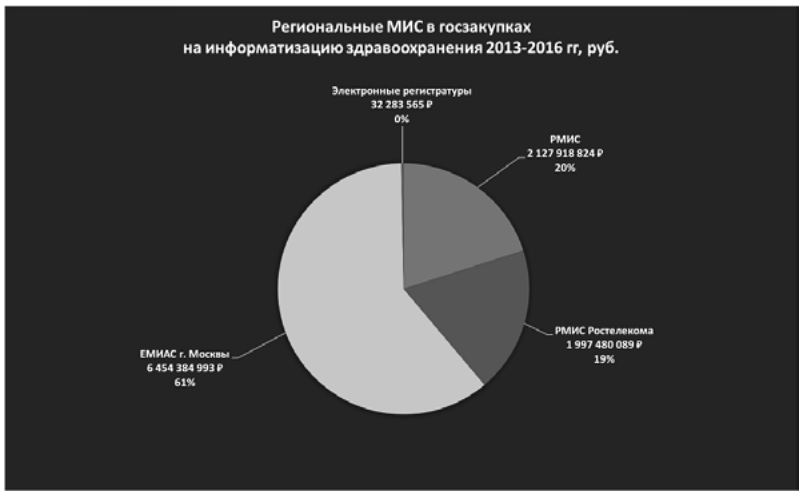


Рис. 14. **Госзакупки региональных МИС в России в 2013–2016 гг.**

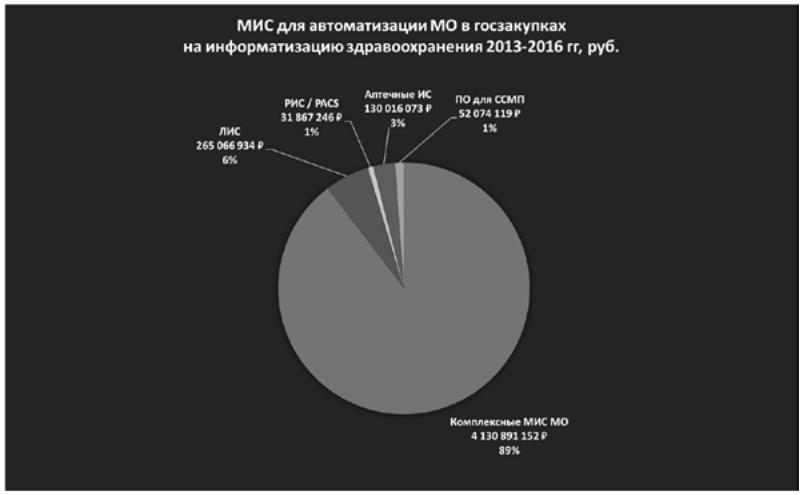


Рис. 15. **Госзакупки МИС для автоматизации медицинских организаций в России в 2013–2016 гг.**

Рейтинг лидирующих МИС МО представлен в *таблице 3*.

Результаты выполненного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. На информатизацию здравоохранения, приобретение программного обеспечения и соответствующих услуг за последние 4 года в Российской Федерации направлялось около 4–5 млрд. руб. в год. В 2015 г. объем финансирования существенно сократился – на 44,4% до 3,6 млрд. руб., 2016 г. показал рост в 10%.

2. Финансирование информатизации здравоохранения осуществляется главным образом за счет региональных бюджетов, внебюджетных средств и ОМС.

3. За рассмотренный период рынок в целом сформировался как по составу участников, так и по набору предлагаемых и востребованных решений. Главным образом этот рынок составляют региональные системы с долей 61%, а также медицинские информационные системы учрежденческого уровня с долей в 27%.

4. Специализированные решения, такие как например лабораторные или радиологические информационные системы, решения для скорой помощи или лекарственного обеспечения не имеют заметной доли на рынке, каждые из таких видов решений занимает менее 1%.

Таблица 3

Лидирующие медицинские информационные системы медицинской организации (МИС МО)

№ п/п	Решение	Кол-во регионов, которые закупали данное решение и услуги по нему	Сумма контрактов, млн. руб.	% от всей суммы *
1.	qMS (Сп. АРМ, Санкт-Петербруг)	9	659,3	15,96%
2.	Медиалог (ПМТ, Москва)	20	468,7	11,34%
3.	Комплексная МИС (К-МИС, Петрозаводск)	19	271,5	6,57%
4.	ТрастМед (СофТраст, Белгород)	7	192,4	4,66%
5.	ПК МедИнфоСистема (МедИнфоЦентр, Сургут)	2	143,8	3,5%
6.	САМСОН (Самсон Групп, Санкт-Петербург)	7	129,3	3,13%
7.	ЛПУ-ЭМ (Электронная медицина, Ростов-на-Дону)	6	128,7	3,12%
8.	Эскулап (Эскулап: МИТ, Москва)	2	121,5	2,94%
9.	Пациент (Медотрейд, Москва)	5	115,7	2,80%
10.	Ариадна (Решение, Санкт-Петербург)	9	109,8	2,66%

** В данном случае % берется от суммы всех гос. контрактов по учрежденческим системам (МИС МО)*

UDC 002.53

Gusev A.V. ***Financing of Informatization of Public Health in Russia in 2013-2016*** *(Complex Medical Information Systems, Petrozavosk, Russia)*

Abstract. The analysis of state purchases of software and services for the informatization of health care for the period 2013 -2016 was carried out. As the study materials, public data from the public procurement portal on procurement of software and health information services, which were conducted under Federal Law No. 44-FZ of 5.04.2013, were used. Data on procurement of hardware, activities to ensure information security or provision of communication channels in this study have not been studied. The work analyzes the main statistical indicators of competitive procedures, data on the winners of tenders and auctions, data on the main areas of financing, the distribution of funding by region, types of costs and types of software.

In general, for informatization of health care, at least in terms of software and related services, Russia spent about 4-5 billion rubles over the past 4 years. in year. In 2015, the volume of financing decreased significantly - by 44.4% to the level of 3.6 billion rubles, in 2016 showed an increase of 10%. Financing of health informatization is carried out mainly through regional budgets, extrabudgetary funds and MHI.

Over the past time, the situation with developers and applied solutions has generally stabilized. The main funding is allocated to regional systems with a 61% share of costs, as well as medical information systems of an institutional level with a 27% share of costs.

Keywords: *medical information systems, regional health informatization, EGISZ*

Н.И. Гришина,
генеральный директор СМО «Росгосстрах-Медицина»
А.А. Старченко,
д.м.н., профессор, член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, советник генерального директора СМО «Росгосстрах-Медицина»
О.В. Тарасова,
к.м.н., доцент, заместитель директора Дирекции экспертизы СМО «Росгосстрах-Медицина»

СТРАХОВОЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ 3 УРОВНЯ – НОВАЯ ФИГУРА СИСТЕМЫ ОМС

19 декабря 2017 года в Федеральном фонде ОМС состоялось видеоселекторное совещание по вопросам реализации концепции организации работы страхового представителя 3 уровня, давшее старт новому направлению работы СМО и ТФОМС в новом году.

Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11 мая 2016 г. № 88 утвержден Регламент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (далее – Регламент).

Пунктом 7 раздела «I. Общие положения» дано определение страхового представителя 3 уровня – «*специалист-эксперт страховой медицинской организации или эксперт качества медицинской помощи, деятельность которого направлена на работу с письменными обращениями застрахованных лиц, включая организацию экспертизы качества оказанной им медицинской помощи и обеспечение при наличии индивидуального согласия их информационного сопровождения при организации оказания медицинской помощи*».

Пункт 11 раздела «IV. Порядок взаимодействия Участников при информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи в плановом порядке» Регламента детализирует определение страхового представителя 3 уровня набором его функций:

- участие в оперативном разрешении спорных ситуаций, возникающих в момент госпитализации, путем взаимодействия с уполномоченными должностными лицами медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях;
- организация экспертизы оказания медицинской помощи в момент получения специализированной медицинской помощи для контроля доступности медицинской помощи, соответствия условий ее оказания установленным показателям, соблюдения прав пациента.

© Н.И. Гришина, А.А. Старченко, О.В. Тарасова, 2018 г.

Таким образом, страховой представитель 3 уровня (СП-3) является новой фигурой системы ОМС. Новизна современного этапа развития ОМС заключается в переходе от констатации нарушения прав гражданина в сфере здравоохранения по итогам ретроспективных экспертных мероприятий к решению задачи: восстановление нарушаемого права или законного интереса застрахованного лица в процессе оказания медицинской помощи до окончания страхового случая.

Пункт 8 раздела «IV. Порядок взаимодействия Участников при информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи в плановом порядке» еще более расширяет полномочия страхового представителя 3 уровня в системе управления качеством медицинской помощи: «*осуществляет взаимодействие с медицинской организацией для уточнения причин выявленных нарушений и принятия оперативных мер, направленных на их устранение».*

Пунктом 10 раздела «II. Порядок взаимодействия Участников при оказании застрахованным лицам услуг справочно-консультационного характера» установлено: «*10. Страховые представители 2 и 3 уровней в рамках принятия мер, направленных на соблюдение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема, качества в установленные сроки имеют право: обращаться за содействием к уполномоченным должностным лицам медицинских организаций и получать от них необходимую информацию для урегулирования и оперативного разрешения спорных ситуаций*».

Взаимодействие страхового представителя с медицинской организацией предусматривает, в первую очередь, взаимодействие СП-3 с должностными лицами МО – заведующими отделениями, заместителями главного врача, главным врачом, функциональные обязанности которых включают:

- разрешение споров между субъектами и участниками системы ОМС;

- принятие управленческих решений, направленных на разрешение конкретной спорной ситуации и восстановление нарушенных прав конкретного пациента – заявителя;

- принятие управленческих решений, направленных на недопущение аналогичных нарушений прав граждан в будущем.

Полномочия СП-3 на принятие оперативных мер с целью предотвращения нарушения прав и законных интересов застрахованных лиц на доступность и надлежащие объем и качество оказываемой медицинской помощи являются одной из основных составляющих процесса управления качеством медицинской помощи!

Пунктом 18 раздела «III. Порядок взаимодействия Участников при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий» утверждены основные цели деятельности страхового представителя 3 уровня: «*Страховые представители 3 уровня осуществляют индивидуальное информирование о необходимости своевременного обращения в медицинские организации в целях предотвращения ухудшения состояния здоровья и формирования приверженности к лечению*».

Исходя из объявленных целей предотвращения ухудшения состояния здоровья пациентов и формирования приверженности их к лечению, страховыми представителями 3 уровня (СП-3) могут быть две категории штатных экспертов СМО:

1) штатный врач-эксперт с сертификатом по специальности «Общественное здоровье и организация здравоохранения»;

2) штатный врач-эксперт с сертификатом по клинической специальности, отличной от специальности «Общественное здоровье и организация здравоохранения».

Основным инструментом СП-3 для восстановления нарушаемых прав и законных интересов застрахованных лиц при оказании медицинской помощи достижения цели является тематическая экспертная деятельность.

Методической основой проведения тематических экспертиз является «Карта дефектов медицинской помощи...», разработанная в ООО «РГС–Медицина» на основе действующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) в рамках проекта «Независимая медицинская экспертиза – инструмент общественного контроля в сфере здравоохранения России». Цель проекта «Независимая медицинская экспертиза – инструмент общественного контроля в сфере здравоохранения России»: повысить эффективность мер контроля за качеством оказания медицинской помощи посредством формирования института независимой экспертизы медицинской помощи на базе Национальной медицинской палаты и сформированного в системе ОМС профессионального экспертного сообщества. При реализации проекта использовались средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 25.07.2014 № 243-рп и на основании конкурса, проведенного Общероссийской общественной организацией «Лига здоровья нации».

«Карта дефектов медицинской помощи» размещена для практического использования на сайте Национальной Медицинской Палаты в разделе «НЕЗАВИСИМАЯ ЭКСПЕРТИЗА НПМ» в свободном доступе (http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=49), а также и на сайте «РГС–Медицина» (https://rgs-oms.ru/press/metodicheskie-materialy/).

Модели старта работы СП-3 с 1 января 2018 года с объявленными целями возможны по двум направлениям, соответствующим условиям оказания медицинской помощи:

- в амбулаторных условиях;
- в стационарных условиях.

В каждом субъекте РФ может быть выбрана та или иная тема для разработки СП-3 уровня в зависимости от величины и актуальности статистических показателей (уровня заболеваемости, смертности и т.д.).

Модель старта деятельности страхового представителя 3 уровня при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях предусматривает следующее.

Предотвращение ухудшения состояния здоровья на амбулаторном этапе – это реализация права пациента по результатам проведенной диспансеризации на получение медицинской помощи надлежащего качества, радикально меняющей его индивидуальный риск смерти. Например, при сердечно-сосудистых заболеваниях (атеросклероз, ИБС, АГ, ХСН), выявленных по итогам диспансеризации, к такой медицинской помощи может быть отнесено своевременное проведение стентирования коронарных, сонных артерий, аорто-коронарного шунтирования (АКШ), каротидной эндартероэктомии и т. д.).

Для решения задачи предотвращения ухудшения состояния здоровья в амбулаторных условиях по результатам проведенной диспансеризации СП 3 уровня осуществляется:

1) контроль направления на второй этап по результатам прохождения первого этапа;

2) контроль полноты объема и правильности выбора мероприятий второго этапа диспансеризации;

3) контроль диспансерного наблюдения застрахованных лиц с группами здоровья IIIа и IIIб по заболеваниям, имеющим высокую вероятность летального исхода и формирующим лидирующие позиции в смертности населения РФ и т. д.;

4) контроль постановки на диспансерное наблюдение лиц, выписанных из круглосуточного стационара с диагнозами онкологических заболеваний, оценки объема и качества дальнейшего динамического наблюдения;

5) контроль постановки на диспансерное наблюдение лиц, выписанных из круглосуточного стационара с диагнозами острого коронарного синдрома, острого нарушения мозгового кровообращения, оценки объема и качества дальнейшего динамического наблюдения;

6) контроль за случаями частых повторных вызовов скорой медицинской помощи по одному и тому же заболеванию в течение определенного короткого периода времени, организация и проведение тематических экспертиз как по случаям вызовов скорой медицинской помощи, так и контроль объема и качества амбулаторного наблюдения пациента и т. д.

Работа с базами данных медицинских услуг предполагает системную аналитическую работу СП-3 уровня с максимальным привлечением возможностей современных информационных технологий (программных комплексов по обработке реестров счетов).

Работа СП-3 с контингентами застрахованных лиц предусматривает:

1) информирование о необходимости прохождения этапов диспансеризации (профилактическое направление) или явки в медицинскую организацию по месту прикрепления для динамического наблюдения в связи с хроническим заболеванием, о работе пациентских школ (школы диабета, бронхиальной астмы и т. д.);

2) получение «обратной связи» о качестве полученных гражданами медицинских услуг, в том числе с помощью анкетирования, проводимого СП-2 уровня, с целью организации и проведения тематических экспертиз;

3) информирование застрахованных лиц о выявленных в ходе проведенных экспертиз нарушениях при оказании медицинской помощи и формирование плана по минимизации созданных рисков (организация необходимой медицинской помощи и т. д.).

Функция контроля предотвращения ухудшения состояния здоровья граждан в амбулаторных условиях проводится СП-3 в три этапа:

1 этап – контроль определения медицинской организацией риска развития фатальных осложнений заболеваний. Например, контроль расчета суммарного сердечно-сосудистого риска осложнений и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний или стратификации риска внезапной сердечной смерти, в т. ч. при ИБС, артериальной гипертензии, ОНМК и других заболеваниях, которые занимают первое место среди причин смертности населения РФ.

2 этап – контроль направления пациента на консультации к специалистам – носителям методов радикального лечения (например, сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия, эндоваскулярная диагностика и лечение).

3 этап – контроль результата:

- перевод больного из группы высокого риска фатальных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний в группу низкого риска после выполнения инвазивных вмешательств;
- контроль ведения диспансерного наблюдения после выполнения инвазивных вмешательств.

В рамках оказания помощи в амбулаторных условиях СП-3 должна проводиться оценка адекватности собранных врачом анамнестических данных на каждого пациента, включая данные проведенного анкетирования в соответствии с Методическими рекомендациями Минздрава России от 29.08.2013 г. № 14–2/10/2–6432 «Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения», а также:

I. Правильности определения риска согласно шкале SCORE, в случаях, когда это необходимо – см. *таблицу 1.*

II. Контроль распределения риска на основе Клинических рекомендаций «Стабильная ишемическая болезнь сердца» (2016) (МКБ 10: I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.1, I25.2, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9):

1) низкий риск (ежегодная смертность <1%): нормальная сократимость миокарда по данным стресс-ЭхоКГ, либо исходные участки локального гипокинеза не увеличиваются при нагрузке (сочетание этого признака с выраженной дисфункцией ЛЖ в покое (ФВЛЖ <35%) переводят пациента из группы низкого риска в группу высокого риска);

2) **умеренный риск** (ежегодная смертность 1–3%):

- при нагрузке индуцируется дефект перфузии миокарда умеренной величины без сопутствующей дилатации ЛЖ и без увеличения поглощения индикатора легкими;

- при стресс-ЭхоКГ с фармакологической нагрузкой нарушение локальной сократимости ЛЖ вызывается только большими дозами препарата и распространяется не более, чем на 2 сегмента;

3) **высокий риск** (ежегодная смертность >3%):

1) тяжелая дисфункция ЛЖ при нагрузке (ФВЛЖ<35%);

2) крупный дефект перфузии при нагрузке (особенно в передней стенке ЛЖ);

3) множественные умеренные дефекты перфузии миокарда при нагрузке;

4) крупный необратимый дефект перфузии миокарда в сочетании с послестрессовой дилатацией ЛЖ или увеличением поглощения индикатора легочной тканью;

5) при стресс-ЭхоКГ – нарушение локальной сократимости в >2 сегментах на фоне введения низких доз фамакологического препарата или при низкой ЧСС (<120/мин);

6) распространенный гипокинез по данным стресс-ЭхоКГ с использованием иных методов нагрузки.

III. Контроль по прогностическому индексу ИБС по данным коронароангиографии при медикаментозном лечении – см. *таблицу 2.*

Клиническими рекомендациями «Стабильная ишемическая болезнь сердца» Российского кардиологического общества, Национального общества по изучению атеросклероза, (2016) (МКБ 10: I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.1, I25.2, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9) предусмотрено:

1) *при «выявлении, по данным мониторирования ЭКГ, суммарной продолжительности ишемии миокарда >60 мин. в сутки служит веским основанием для направления пациента на коронароангиографию (КАГ) и последующую реваскуляризацию миокарда, поскольку говорит о тяжелом поражении коронарной артерии»;*

2) *«При недостаточно эффективной оптимальной медикаментозной терапии рекомендуется направить больного на консультацию к врачу-сердечно-сосудистому хирургу для определения возможной реваскуляризации мокарда (IIaC)».*

Российские рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) «Диагностика и лечение стабильной стенокардии» (Российский национальный конгресс

Таблица 1

Технология использования шкалы SCORE: Степени кардиоваскулярного риска (Национальные рекомендации «Кардиоваскулярная профилактика» Всероссийского научного общества кардиологов, 2011)

Риск СССР	*Оценка риска*
ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ РИСК	– Доказанный атеросклероз любой локализации (коронарография, мультиспиральная компьютерная томография и др., перенесенные ИМ, транслюминальная баллонная ангиопластика, аорто-коронарное шунтирование, мозговой инсульт, периферический атеросклероз). – СД II и I типа с поражением органов-мишеней (микроальбуминурией). – Хроническая болезнь почек (СКФ < 60 мл/мин./1,73 м^2). – Риск SCORE >= 10%.
ВЫСОКИЙ РИСК	– Значительно повышенные уровни отдельных факторов риска, например АГ высокой степени тяжести или семейная дислипидемия. – Риск SCORE >= 5% и < 10%.
УМЕРЕННЫЙ РИСК	Риск SCORE >= 1% и < 5%.
НИЗКИЙ РИСК	Риск SCORE < 1%.

кардиологов, Москва, 2008): «*Антиангинальную терапию считают эффективной, если удается стенокардию устранить полностью или перевести больного из более высокого ФК в I ФК при сохранении хорошего качества жизни*».

Тематическая экспертиза с целью изучения преемственности медицинской помощи при наличии диагноза «Стабильная стенокардия» проводится с учетом следующих **критериев** отсутствия преемственности, составленных на основе Клинических рекомендаций «Стабильная ишемическая болезнь сердца» Российского кардиологического общества, Национального общества по изучению атеросклероза, ВНОК (2016) (МКБ 10: I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.1, I25.2, I25.5, I25.6, I25.8, I25.9):

1. Отсутствие назначения и/или результатов мониторирования ЭКГ.

2. Отсутствие эпикриза с учетом суммарной продолжительности ишемии миокарда в минутах, по данным мониторирования ЭКГ, более 60 минут.

3. Отсутствие направления на консультацию к специалисту по эндоваскулярным вмешательствам или кардиохирургу на предмет выполнения КАГ или реваскуляризации при суммарной продолжительности ишемии миокарда >60 минут, по данным мониторирования ЭКГ.

4. Отсутствие в формулировке диагноза функционального класса стабильной стенокардии.

5. Отсутствие контроля за изменением (определением) функционального класса после 3 месяцев антиангинальной терапии.

6. Отсутствие направления на консультацию сердечно-сосудистым хирургом к специалисту по эндоваскулярным вмешательствам на предмет выполнения КАГ или реваскуляризации при отсутствии перехода пациента из более высокого ФК в I ФК в течение 3 месяцев антиангинальной терапии.

7. Несвоевременность постановки на диспансерный учет лиц с впервые выявленными хроническими неинфекционными и инфекцион-

Таблица 2

Прогностический индекс ИБС по данным коронароангиографии (при медикаментозном лечении) (Клинические рекомендации «диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца» Общества специалистов по неотложной кардиологии и профильной комиссии по кардиологии, 2013)

Распространенность атеросклероза и степень стенозирования КА (% стенозирования)	*5-летняя выживаемость (%)*
Поражение 1 КА (75%)	93
Поражение >1 КА (50–74%)	93
Поражение 1 КА (>95%)	91
Поражение 2 КА	88
Поражение 2 КА (оба стеноза >95%)	86
Поражение 1 КА, стеноз в проксимальном отделе ПНА >95%	83
Поражение 2 КА, стеноз ПНА >95%	83
Поражение 2 КА, стеноз в проксимальном отделе ПНА >95%	79
Поражение 3 КА	79
Поражение 3 КА, один из стенозов >95%	73
Поражение 3 КА, стеноз в проксимальном отделе ПНА 75%	67
Поражение 3 КА, стеноз в проксимальном отделе ПНА >95%	59

ными заболеваниями, а также имеющими высокий риск их развития, подлежащими динамическому наблюдению в соответствие с приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения».

8. Отсутствие протоколов диспансерных осмотров и/или констатации в них обоснованности отказа от консультаций у врачей специалистов (приказ МЗ РФ от 21.12.12 г. № 1344н) и полноты проведения медицинскими работниками обязательных мероприятий в рамках диспансерного приема (осмотра, консультации) согласно приказу Минздрава России от 21.12.2012 № 1344н).

Клиническими рекомендациями «Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых» (МКБ 10: I63, G45, G46), 2015 предусмотрено: *«Рекомендуется операция КЭАЭ пациентам с гемодинамически значимыми стенозами сонных артерий 70–99% на базе центров с показателями периоперационных осложнений менее 6%» – рекомендуется каротидная эндартерэктомия симптомной артерии в течение 6 месяцев от момента ОНМК (при стенозе 70–99% диаметра ВСА гомолатеральному инфаркту или ТИА). Рекомендовано как можно более раннее выполнение операций КЭАЭ после ишемического события, в идеале – в течение первых двух недель. Каротидная эндартерэктомия симптомной артерии может быть проведена при умеренной степени (50–69% диаметра) стеноза ВСА при отсутствии выраженных сочетанных заболеваний, наличии дополнительных факторов риска, например, у мужчин».*

Национальными рекомендациями по ведению пациентов с заболеваниями брахиоцефальных артерий (председатель Профильной комисии по сердечно-сосудистой хирургии Экспертного совета Минздрава РФ академик РАН и РАМН Л.А. Бокерия) предусмотрены следующие показания к проведению ультразвукового дуплексного сканирования у бессимптомных пациентов с диагностированным или подозреваемым стенозом сонных артерий.

1. У бессимптомных больных с подозрением на наличие стеноза сонных артерий рекомендуется выполнение ультразвукового дуплексного сканирования (УДС) в качестве начального диагностического теста для выявления гемодинамически значимого стеноза сонных артерий.

2. Выполнение ультразвукового дуплексного сканирования для выявления гемодинамически значимого стеноза сонных артерий целесообразно у неврологически бессимптомных пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, ишемической болезнью сердца или аневризмой аорты.

3. Целесообразно ежегодно повторять ультразвуковое дуплексное сканирование для оценки прогрессирования или регресса заболевания у пациентов с атеросклерозом, у которых ранее был выявлен стеноз более 50% (уровень доказательности С).

4. Выполнение ультразвукового дуплексного сканирования целесообразно у неврологически бессимптомных пациентов старше 50 лет, у которых имеются два или более из следующих факторов риска: артериальная гипертензия, гиперлипидемия, курение, семейный анамнез среди ближайших родственников со случаями проявления атеросклероза в возрасте до 60 лет или случаев ишемического инсульта в семейном анамнезе (уровень доказательности С).

Таким образом, критерии отсутствия преемственности при наличии в анамнезе диагноза ОНМК, ТИА (I63, G45, G46; G69, G70.9):

1. Отсутствие направления пациента с ОНМК в анамнезе и/или признаками ТИА в анамнезе на консультацию к сердечно-сосудистому хирургу или интервенционному эндоваскулярному специалисту для определения степени стеноза сонных артерий.

2. Отсутствие направления и/или результатов (через срок указанный в ПГГ) на

ультразвуковое дуплексное сканирование пациента с признаками ТИА в анамнезе.

3. Отсутствие учета степени стеноза (в %) внутренней сонной артерии, гомолатерльной признакам ТИА или ОНМК в анамнезе.

4. Отсутствие направления и/или результатов (через срок указанный в ПГГ) ультразвукового дуплексного сканирования сонных артерий при наличии у пациента облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей, ишемической болезни сердца или аневризмы аорты, шума, аускультативно выслушиваемого над сонными артериями.

5. Отсутствие в протоколах осмотров диспансерного учета больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями данных о наличии или отсутствии шума, аускультативно выслушиваемого над сонными артериями.

6. Отсутствие в данных протоколах осмотров диспансерного учета указания на наличие факторов риска: артериальная гипертензия, гиперлипидемия, курение, семейный анамнез среди ближайших родственников со случаями проявления атеросклероза в возрасте до 60 лет или случаев ишемического инсульта в семейном анамнезе.

7. Отсутствие направления и/или результатов ультразвукового дуплексного сканирования сонных артерий пациента старше 50 лет при выявлении факторов риска: артериальная гипертензия, гиперлипидемия, курение, семейный анамнез среди ближайших родственников со случаями проявления атеросклероза в возрасте до 60 лет или случаев ишемического инсульта в семейном анамнезе.

8. Отсутствие направления пациента с ОНМК в анамнезе и/или признаками ТИА в анамнезе на консультацию к сердечно-сосудистому хирургу или интервенционному эндоваскулярному специалисту для определения показаний каротидной ангиопластике со стентированием или каротидной эндартерэктомии.

9. Отсутствие формулировки патогенетического подтипа ишемического инсульта в анамнезе, определяющего тактику диспансерного ведения (в т.ч. инструментальные и лабораторные исследования) и перечень врачей-специалистов для консультаций:

- атеротромботический инсульт (вследствие атеросклероза крупных артерий, включая артерио-артериальную эмболию);
- кардиоэмболический инсульт (сердечные эмболы);
- лакунарный инсульт (вследствие окклюзии артерий малого калибра);
- инсульт другой известной этиологии (неатеросклеротические васкулопатии, диссекция артерии, мигрень, тромбофилии);
- инсульт неизвестной этиологии.

Функция контроля предотвращения ухудшения состояния здоровья граждан включает информирование страховым представителем 3 уровня:

1. Застрахованных лиц, прошедших диспансеризацию или профмедосмотр, которым установлена группа здоровья 3а, 3б и/или лиц, состоящих на диспансерном учете в связи с хроническим заболеванием, – о необходимости посещения/наблюдения у врача-терапевта по месту прикрепления в медицинской организации для получения необходимых рекомендаций, направления на дополнительное обследование и т. д.

2. Медицинской организации – о выявленных в результате тематических контрольных мероприятий фактах, свидетельствующих о необходимости направления граждан на 2 этап диспансеризации по результатам 1-го или фактах систематического непроведения диспансерного наблюдения лиц с хроническими заболеваниями и т. д.

3. Орган управления здравоохранением и региональный сосудистый центр – о необходимости выполнения консультаций нейрохирурга, кардиохирурга и др. для группы застрахованных лиц, находящихся на диспансерном наблюдении.

4. ТФОМС – об объемах необходимой консультативной помощи.

5. С целью формирования и повышения приверженности лечению возможно

взаимодействие с медогранизацией (график приема консультантами) в целях информирования гражданина о согласованной с МО дате визита гражданина к лечащему врачу или консультанту – нейрохирургу, кардиохирургу, эндокринологу, в МРТ-кабинет, КТ-кабинет, УЗИ-кабинет.

Модель старта деятельности страхового представителя 3 уровня при оказании медицинской помощи в стационарных условиях с целью решения задачи – предотвращение ухудшения состояния здоровья:

1. Для пациентов с ОКС и ОНМК данная задача решается СП-3 в региональном сосудистом центре. Поэтапное внедрение СП-3 целесообразно начать с региональных сосудистых центров с целью своевременного восстановления нарушенных прав застрахованных лиц оказанием ненадлежащего качества медицинской помощи по поводу ОНМК и ОКС, являющихся первостепенной причиной смерти.

2. Для пациентов с онкологией – информационное сопровождение и экспертная деятельность в онкодиспансере с целью профилактики нарушения прав и своевременного понуждения к восстановлению прав застрахованного лица на своевременную госпитализацию, предусмотренную порядком оказания онкологической помощи (приказ МЗ РФ от 15.11.12 г. № 915н):

1) соблюдение и восстановление права на сроки цикловой химиотерапии и таргетной терапии;

2) соблюдение и восстановление права на госпитализацию в установленный МЗ РФ срок – 15 календарных дней с даты установления предварительного диагноза новообразования и/или 10 календарных дней с даты гистологической верификации злокачественного новообразования;

3) соблюдение срока выполнения патолого-анатомических исследований (верификация), 15 рабочих дней с даты поступления биопсийного (операционного) материала.

Важно: с целью решения вопросов по внедрению СП-3 с минимальными издержками следует придать СП-3 по специальности «Общественное здоровье и организация здравоохранения» статус, позволяющий осуществлять оперативный контроль, в т. ч. экспертную функцию за оказанием медицинской помощи.

1. Очный экспертный контроль в рамках медико-экономической экспертизы (МЭЭ) за исполнением МО характеристик качества по показателям своевременности, утвержденным законом РФ № 323-ФЗ (п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ; п. 4 ст. 40 Закона РФ № 326-ФЗ), порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Пунктом 4 статьи 40 Закона РФ № 326-ФЗ установлена компетенция медико-экономической экспертизы: «*4. Медико-экономическая экспертиза – установление соответствия **фактических сроков оказания медицинской помощи**, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации*».

Таким образом, критериями ненадлежащего качества, выявляемыми СП-3 в рамках МЭЭ, являются, например, критерии несвоевременности, определенные Порядком оказания медпомощи по ОНМК (приказ МЗ РФ от 15.11.12 г. № 928н):

«*20. Определение содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, МНО, АЧТВ производится в течение 20 минут с момента забора крови, после чего результат передается дежурному врачу-неврологу Отделения.*

23. Время с момента поступления больного с признаками ОНМК в Отделение до получения дежурным врачом-неврологом Отделения заключения КТ-исследования или МРТ-исследования головного мозга и исследования крови составляет не более 40 минут.

25. Больным, у которых по заключению КТ-исследования или МРТ-исследования

установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация нейрохирурга в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов КТ-исследования, по итогам которой консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения.

29. В палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии Отделения в течение всего срока пребывания каждому больному с ОНМК проводятся:

- мониторинг неврологического статуса (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);

- мониторинг соматического статуса, включающий контроль за функцией сердечно-сосудистой, дыхательной системы и системы гомеостаза (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще)».

При невыполнении этих критериев СП-3 вправе потребовать от МО немедленного их исполнения, а также одновременно составить Акт МЭЭ, в котором можно констатировать код дефекта 3.2.3 «Несвоевременное выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания».

Основанием для данного решения являются полномочия главного врача или заместителя главного врача по лечебной работе, которые, считаясь специалистами по специальности «Общественное здоровье и организация здравоохранения», вправе за неисполнение требований порядков и клинических рекомендаций применить дисциплинарные взыскания.

Привлекать экспертов КМП по клинической специальности для проверки в данных случаях невыполнения строгих нормативов своевременности выполнения медицинских вмешательств нецелесообразно, т.к. совершенно очевидно, что невыполнение этих строгих нормативов является риском прогрессирования имеющегося заболевания, в противном случае эти критерии не были бы утверждены Минздравом России или Ассоциацией специалистов в клинических рекомендациях с высокой степенью доказательств, что и удостоверяется СП-3 на основании его специальности «Общественное здоровье и организация здравоохранения».

Привлекать экспертов КМП по клинической специальности необходимо для установления дефекта 3.2.3 в части констатации причинения ухудшения состояния или причинения возникновения нового заболевания: «Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск возникновения нового заболевания».

2. Очный экспертный контроль СП-3 за исполнением МО критериев оценки качества медицинской помощи по характеристикам:

А) своевременность (п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ), утвержденных приказом МЗ РФ № 203н, являющихся однозначными типа «да-нет», а также утвержденными Ассоциациями специалистов в клинических рекомендациях, т.е. необходимость привлечения эксперта КМП по клинической специальности отсутствует, т.к. заменяется однозначностью критерия и его выработкой консенсусом Ассоциации специалистов;

Б) правильность выбора методов диагностики и лечения (п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ), утвержденных приказом МЗ РФ № 203н, являющихся однозначными типа «да-нет» и не имеющих в качестве условия выполнения наличия показаний или противопоказаний, а также утвержденными Ассоциациями специалистов в клинических рекомендациях,

т.е. необходимость привлечения эксперта КМП по клинической специальности отсутствует, т.к. заменяется однозначностью критерия и его выработкой консенсусом Ассоциации специалистов.

Пример: «3.9.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром нарушении мозгового кровообращения (коды по МКБ-10: I60 – I63; G45; G46)» – см. *таблицу 3*.

Таблица 3

3.9.1. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при остром нарушении мозгового кровообращения (коды по МКБ-10: I60 – I63; G45; G46) (приказ МЗ РФ от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»):

N п/п	*Критерии качества*	*Оценка выполнения*
1.	Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 10 минут от момента поступления в стационар.	Да/Нет
2.	Выполнена компьютерная томография головы или магнитно-резонансная томография головы с описанием и интерпретацией результата не позднее 40 минут от момента поступления в стационар.	Да/Нет
3.	Выполнена компьютерно-томографическая ангиография и/или магнитно-резонансная ангиография и/или рентгеноконтрастная ангиография церебральных сосудов (при субарахноидальном кровоизлиянии).	Да/Нет
4.	Выполнено определение уровня глюкозы в периферической крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар.	Да/Нет
5.	Выполнено определение уровня тромбоцитов в крови не позднее 20 минут от момента поступления в стационар.	Да/Нет
6.	Выполнено определение международного нормализованного отношения и активированного частичного тромбопластинового времени не позднее 20 минут от момента поступления в стационар.	Да/Нет
9.	Выполнена консультация врача-нейрохирурга не позднее 60 минут от момента установления диагноза внутричерепного кровоизлияния.	Да/Нет
10.	Начато лечение в условиях блока (палаты) интенсивной терапии или отделения реанимации не позднее 60 минут от момента поступления в стационар.	Да/Нет
11.	Выполнено стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания не позднее 3 часов от момента поступления в стационар.	Да/Нет
12.	Выполнена оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго и неврологического статуса по шкале инсульта NIH не позднее 3 часов от момента поступления в стационар.	Да/Нет
13.	Выполнено мониторирование жизненно важных функций (артериального давления, пульса, дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза).	Да/Нет
14.	Начата индивидуальная нутритивная поддержка не позднее 24 часов от момента поступления в стационар с последующей ежедневной коррекцией.	Да/Нет
15.	Выполнено определение патогенетического варианта ишемического инсульта по критериям TOAST.	Да/Нет
17.	Начата медицинская реабилитация не позднее 48 часов от момента поступления в стационар.	Да/Нет
18.	Выполнена оценка по шкале Рэнкин в первые 24 часа от момента поступления в стационар и на момент выписки из стационара.	Да/Нет
19.	Оценка по шкале Рэнкин уменьшилась не менее, чем на 1 балл за время пребывания в стационаре.	Да/Нет
20.	Отсутствие пролежней в период госпитализации.	Да/Нет
21.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации.	Да/Нет

При невыполнении МО критериев оценки качества СП-3 вправе потребовать от МО немедленного их исполнения, а также одновременно составить Акт МЭЭ, в котором констатировать код дефекта 3.2.3 «Невыполнение или несвоевременное выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания».

Основанием для данного решения являются полномочия главного врача или заместителя главного врача по лечебной работе, которые, считаясь специалистами по специальности «Общественное здоровье и организация здравоохранения», вправе за неисполнение требований нормативных актов МЗ РФ применить дисциплинарные взыскания.

Привлекать экспертов качества медицинской помощи (КМП) по клинической специальности для проверки в данных случаях невыполнения строгих критериев своевременности выполнения медицинских вмешательств и критериев оценки, не имеющих определенные условия их реализации (показания или противопоказания) нецелесообразно, т.к. совершенно очевидно, что невыполнение этих строгих нормативов является риском прогрессирования имеющегося заболевания, в противном случае эти критерии не были бы утверждены Минздравом России или Ассоциацией специалистов в клинических рекомендациях с высокой степенью доказательств, что и удостоверяется СП-3 на основании его специальности «Общественное здоровье и организация здравоохранения».

Привлекать экспертов КМП по клинической специальности необходимо для проверки в данных случаях невыполнения строгих критериев своевременности выполнения медицинских вмешательств и критериев оценки, имеющих определенные условия их реализации (показания или противопоказания), исключительно с целью установления дефекта 3.2.3 в части констатации причинения ухудшения состояния или причинения возникновения нового заболевания: «Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск возникновения нового заболевания».

Таким образом, на СП-3 по специальности «Общественное здоровье и организация здравоохранения» возлагаются административные обязанности и полномочия, аналогичные руководителям МО – главный врач и его заместитель по лечебной работе, которые, являясь специалистами по специальности «Общественное здоровье и организация здравоохранения», вправе за неисполнение требований нормативных актов МЗ РФ, порядков и клинических рекомендаций применить дисциплинарные взыскания. Указанные полномочия реализуются СП-3 с целью скорейшего восстановления нарушенных прав застрахованного лица на своевременную медпомощь надлежащего качества при оказании ему специализированной медицинской помощи, сопряженной с высоким риском причинения неблагоприятного исхода при ненадлежащем качестве по характеристикам своевременности и правильности выбора методов диагностики и лечения, утвержденным нормативными актами МЗ РФ и клиническими рекомендациями профессиональной ассоциации специалистов.

Вторая важная цель деятельности страхового представителя 3 уровня – формирование приверженности пациентов лечению.

Приверженность пациента лечению во многом формируется при демонстрации заботы и внимания к нему со стороны врача. Если пациент увидит такую заботу, а не равнодушие и невнимательность, то у пациента формируется повышение приверженности.

Обращение СП-3 напрямую к пациенту с вопросами о причинах непрохождения 2-го этапа диспансеризации или неявки в установленное время на динамическое наблюдение в связи с хроническим заболеванием формирует и/или повышает у граждан приверженность лечению по аналогии демонстрации внимания в нему со стороны лечащего врача.

Например, задача по формированию приверженности лечению на первых этапах может быть реализована СП-3 по сегменту застрахованных лиц, отобранных по результатам анализа реестров счетов, как часто вызывающих СМП в течение месяца:

- акцентируя внимание пациента на необходимости посещения врача поликлиники с целью информирования врача, коррекции терапии и получения новых рекомендаций;

- акцентируя внимание врача-терапевта на необходимости динамического наблюдения, планового стационарного лечения, включая направление пациента в специализированные медицинские центры (в т.ч. высокотехнологичные).

Информирование пациентов о необходимости посещения школ здоровья пациентов по конкретной патологии, информирование о правах пациентов и приверженности лечению на собраниях школ здоровья.

Формирование приверженности к лечению – важнейшая функция страхового представителя 3 уровня, заключающаяся в разъяснении застрахованному лицу по результатам экспертизы правильно оказанной ему медпомощи, обоснованности и необходимости:

- приема назначенных лекарственных препаратов;

- выполнения рекомендаций по плановому направлению на хирургическое лечение по поводу стенозов коронарных и сонных артерий, замены суставов;

- соблюдения принципов здорового образа жизни.

Реализация этой задачи страховым представителем 3 уровня неотрывно связана подтверждением высокого профессионального уровня правильно работающего лечащего врача и фактически представляет собой меру по повышению авторитета лечащего врача и медицинской организации.

Следование по пути объявленной цели – предотвращения ухудшения состояния здоровья и формирования приверженности к лечению – не позволит страховому представителю 3 уровня, являющемуся как минимум специалистом с высшим медицинским образованием и стажем практической работы не менее 5 лет, рекомендовать пациенту медицинскую организацию с неудовлетворительными показателями качества медицинской помощи и отсутствием необходимых ресурсов для получения им надлежащего качества медицинской помощи.

Из этого следует, что страховой представитель 3 уровня должен иметь право выдавать направление на оказание медицинской помощи застрахованному лицу по итогам его информирования и выбора им медицинской организации.

Полномочие страхового представителя 3 уровня на принятие оперативных мер с целью предотвратить нарушение прав и законных интересов застрахованных лиц на надлежащее качество оказываемой медицинской помощи – основание для выдачи направления застрахованному лицу в медицинскую организацию, имеющую более высокую репутацию среди экспертного сообщества СМО.

Таким образом, страховой представитель 3 уровня поддерживает конкурентную борьбу медицинских организаций за пациентов и, соответственно, объемы медицинской помощи, исходя из объективных признаков – качество оказываемой медицинской помощи по результатам ЭКМП, что одновременно является важнейшим принципом и мероприятием системы

управления качеством медицинской помощи: пациент направляется СМО в медицинскую организацию, имеющую более высокие показатели качества медицинской помощи по данным ЭКМП, поддерживающую актуальный объем ресурсов и кадровый потенциал.

По результатам аналитической работы страхового представителя ему может быть предоставлено время на заседании врачебной комиссии медорганизации для сообщения лечащим врачам о допущенных ими типичных дефектах качества оказываемой медицинской помощи, о типичных причинах этих дефектов и возможных мерах по их дальнейшему недопущению.

Кроме этого страховой представитель 3 уровня может нести важную информационную функцию – оперативно информировать лечащих врачей об изменении нормативных документов органов исполнительной власти в сфере здравоохранения (порядки оказания медицинской помощи, стандарты, инструкции, информационные письма и методические рекомендации) и появлении новейших редакций клинических протоколов, утверждаемых профессиональными медицинскими ассоциациями.

Причем важно, что страховой представитель 3 уровня – независимый от администрации медорагнизации альтернативный источник профессиональной медицинской информации для лечащего врача, заинтересованный исключительно в том, чтобы застрахованный им пациент получил медицинскую помощь в полном объеме и надлежащего качества.

Медицинские технологии

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ VS ВРАЧИ: нейросеть точнее определяет рак на ранних стадиях

Компания Skychain Global впервые в России провела тестовое испытание системы искусственного интеллекта для медицинской диагностики, сравнив количество ошибок с работой живых врачей.

Так, трем врачам было предложено подтвердить или отклонить диагнозы на основе предоставленных данных о больных. В первом туре рассматривались случаи подозрения на меланому по изображениям дерматоскопа; во втором – на рак груди по изображениям биопсии; в третьем – на заболевания сердца на основе ЭКГ. Всего – 50 тестов на каждого врача. Параллельно то же самое делал искусственный интеллект Skychain – ставил диагноз на основе тех же данных.

Skychain в среднем тратил на одну диагностику 0,1 сек., в то время как врачи 20–30 секунд. Система ошибалась от 4 до 14% случаев, а врачи от 18 до 32% случаев. Как можно посчитать, система позволит сократить ошибку врачей в 2 раза. Это особенно актуально при ранней диагностике и при широком внедрении в мире; искусственный интеллект в медицине позволит сохранить жизни миллионов человек каждый год.

Увы, люди несовершенны. Врачи часто допускают ошибки в медицинской диагностике. Так, врачебные ошибки – это третья причина смертности в США после старости и онкологии. К сожалению, официальная статистика врачебных ошибок в России не ведется, но можно предположить что врачи ошибаются в нашей стране не реже, чем в США.

Следующим шагом станет сбор данных о случаях возникновения рака и других патологий из множества независимых друг от друга источников. Это позволит нейросети выдавать более точные результаты. В настоящий момент компания Skychain Global разрабатывает платформу на блокчейне, которая должна кардинально повысить эффективность и точность искусственного интеллекта в медицине за счет безопасного объединения всех участников процесса создания компьютерного интеллекта. Ключевая идея Skychain – объединить единым смарт-контрактом владельцев big-data в области медицины, разработчиков ИИ и потребителей.

Краткое видео с мероприятия доступно по ссылке – *https://www.youtube.com/watch?v=lyd3ujEfTTQ.*

От редакции:

Законодательно основания для оказания платных медицинских услуг закреплены уже достаточно давно. Однако вопросы практической реализации законодательных положений возникают постоянно, тем более, что меняется и само законодательство. В связи с этим мы в очередной раз возвращаемся к вопросам оказания платных медицинских услуг. В предлагаемом материале рассматривается такое основание для оказания платных медицинских услуг, как «иные условия».

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,
заместитель директора, Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия

«ИНЫЕ УСЛОВИЯ» КАК ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ПЛАТНОСТИ ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. Часть 1

УДК 614.2.003

*Кадыров Ф.Н. **«Иные условия» как основание для платности оказываемой медицинской помощи. Часть 1** (Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Законодательство определило, что одним из оснований для оказания медицинской помощи за плату является ее предоставление на иных условиях, чем предусмотрено программой госгарантий. Однако трактовка «иных условий» довольно неоднозначна и требует детального рассмотрения. Для этого необходимо изучить не только саму программу госгарантий, но и целый ряд других нормативных правовых актов.
При этом следует четко отличать «иные условия» оказания медицинской помощи от бытовых и сервисных услуг.
В статье рассматриваются различные аспекты оказания медицинской помощи за плату на основании ее предоставления на условиях, отличающихся от программы госгарантий.

Ключевые слова: *платные медицинские услуги, основания для оказания платных услуг, программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, бытовые услуги, сервисные услуги.*

Законодательное определение «иных условий» оказания медицинской помощи

Одной из важнейших проблем регулирования сферы платности и бесплатности в здравоохранении до недавнего времени являлось отсутствие четкого правового определения оснований для предоставления медицинской помощи за плату. Новое законодательство определило такие основания, которые были дополнены подзаконными нормативными актами. Тем не менее целый ряд положений еще требует уточнения. Это касается и такого основания для предоставления медицинских услуг за плату, как предоставление их «на иных условиях».

Пунктом 1 части 5 статьи 84 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья

© Ф.Н. Кадыров, 2018 г.

граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323) предусмотрено: «Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги:

1) на «иных условиях», чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами».

Особо акцентируем внимание на следующих моментах:

- речь идет о медицинских услугах, ***входящих в программу госгарантий***, но оказываемых на иных условиях за плату;

- это платные ***медицинские*** услуги (а не бытовые, сервисные или другие немедицинские услуги);

- это законодательно установленное ***право государственных (муниципальных) учреждений*** и других медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Что это за «иные условия»? Где они закреплены?

Уже отмечалось, что в соответствии с пунктом 1 части 5 статьи 84 Федерального закона № 323-ФЗ за плату может оказываться медицинская помощь на «иных условиях», чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа госгарантий), территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Терпрограммы)[1] и (или) целевыми программами.

В соответствии с частью 5 статьи 80 Федерального закона № 323-ФЗ в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи устанавливаются:

6) требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, ***условий предоставления медицинской помощи***, критериев доступности медицинской помощи.

Согласно части 6 данной статьи в части медицинской помощи, оказание которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета в программе государственных гарантий, устанавливаются:

1) перечень видов, форм и ***условий медицинской помощи***, оказание которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета...;

4) порядок и ***условия оказания медицинской помощи*** за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, целевые значения критериев доступности медицинской помощи.

Если предлагаемые медицинскими организациями условия оказания медицинской помощи отличаются от тех, которые установлены в соответствии с данными пунктами, услуги могут предлагаться на платной основе.

Территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи посвящена статья 81 Федерального закона № 323-ФЗ. В ней установлено:

1. В соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской

[1] Далее в ряде случаев, когда речь идет одновременно и о Программах госгарантий, и Терпрограммах, они будут именоваться «госгарантии».

помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

2. В рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации устанавливают:

1) целевые значения критериев доступности медицинской помощи в соответствии с критериями, установленными программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

3) порядок и ***условия предоставления медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке***.

Если предлагаемые медицинскими организациями условия оказания медицинской помощи отличаются от тех, которые установлены в соответствии с данной частью статьи 81 Федерального закона № 323-ФЗ, услуги могут предлагаться на платной основе.

Часть 3 статьи 81 данного закона устанавливает: «Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при условии выполнения финансовых нормативов, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи могут содержать дополнительные виды и ***условия оказания медицинской помощи***, а также дополнительные объемы медицинской помощи, в том числе предусматривающие возможность превышения усредненных показателей, установленных стандартами медицинской помощи». То есть Терпрограммы должны содержать условия оказания медицинской помощи не худшие, чем в Программах, но при этом могут содержать дополнительные (лучшие) условия. С учетом этого, в общем случае для определения «иных условий», как правило, достаточно руководствоваться Терпрограммами.

Если на пациентов распространяются определенные целевые программы, то оказание медицинских услуг на «иных условиях», чем предусмотрено этими целевыми программами, также дает основание предоставлять эти услуги на платной основе.

Условия оказания медицинской помощи, устанавливаемые Программой госгарантий и Терпрограммами

Итак, к «иным условиям» относятся условия, отличающиеся от предусмотренных Программой госгарантий.

Рассмотрим условия оказания медицинской помощи, предусмотренные Программой госгарантий на примере «Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» (далее – Программа госгарантий на 2018 год), утвержденной Постановлением Правительства РФ от 08.12.2017 № 1492 (далее – Постановление № 1492).

Как записано в этом документе, «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов 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 подушевые 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».

Раздел VIII Программы госгарантий на 2018 год устанавливает «Требования к территориальной программе в части определения порядка, ***условий предоставления медицинской помощи***, критериев доступности и качества медицинской помощи».

Территориальная программа в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать в частности:

- условия пребывания в медицинских организациях при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста 4 лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний;

- условия размещения пациентов в маломестных палатах (боксах) по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов.

Эти условия с учетом особенностей субъекта Российской Федерации конкретизируются в территориальных программах госгарантий.

Дополнительные «иные условия», установленные Постановлением № 1006

В пункте 7 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 (далее – Правила) в целом положение пункта 1 части 5 статьи 84 Федерального закона № 323-ФЗ повторено, но не дословно. В Правилах записано: «Медицинские организации, участвующие в реализации программы и территориальной программы, имеют право предоставлять платные медицинские услуги:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика) ».

Кроме того, это положение получило в Правилах некоторую конкретизацию. В частности, добавлена фраза: «включая в том числе:

• установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;

• применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи».

Прежде всего обращает на себя внимание то, что приведенные в Правилах «иные условия» не являются исчерпывающими – фраза «включая в том числе» означает, что возможны указанные в Правилах ситуации, но ими не исчерпываются. То есть под «иные условия» подпадают любые условия, отличающиеся от указанных в госгарантиях, – они дают основания для оказания медицинской помощи за плату.

Иные сроки оказания медицинской помощи

За плату могут оказываться медицинские услуги в иные сроки, чем предусмотрено госгарантиями.

Программа госгарантий на 2018 год устанавливает, что территориальная программа в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать, в частности, сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов.

При этом:

- сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должны превышать 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

- сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, а для пациентов с онкологическими заболеваниями – не должны превышать 14 календарных дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления диагноза заболевания (состояния);

- сроки ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

- сроки проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;

- сроки проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 календарных дней со дня назначения;

- сроки проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня назначения.

Таким образом, предложив меньшие сроки ожидания, чем предусмотрены госгарантиями, медицинские организации могут оказывать соответствующие виды помощи за плату.

Но как это реализовать на практике? Ведь нельзя сказать пациенту: «Либо платите, либо заставим ждать плановой госпитализации 30 дней». Тем более, что Программа госгарантий на 2018 год устанавливает: «В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется лист ожидания специализированной медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, и осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети Интернет, о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации в области персональных данных». То есть должна соблюдаться общая очередь, которая должна быть прозрачной.

Кроме того, должны соблюдаться определенные требования, вытекающие из положений законодательных актов и т. д. Оказание медицинской помощи в соответствии с основанием «иные условия» в части сроков ожидания:

- должно осуществляться исключительно в добровольном порядке;

- не должно нарушать права других граждан на бесплатную медицинскую помощь, в том числе на сроки ожидания (недопустимо предоставлять платные услуги, «отодвигая» назад тех, кто стоял в общей очереди).

Проще всего это решается путем оказания платной медицинской помощи в специально выделенных для этого подразделениях (отделениях, палатах, кабинетах и т. д.).

Другой возможный вариант – оказание платных медицинских услуг во внерабочее

время (в случае, если специалисты соглашаются остаться после основной работы для оказания медицинской помощи за плату). Пациент имеет право выбора – ожидать ли своей очереди, например, на бесплатные диагностические исследования в течении 12–14 дней или получить услугу уже сегодня во второй половине дня, но за плату.

В ряде случаев платные услуги в соответствии с этим основанием могут оказываться и в основное рабочее время, если удается обеспечить вышеуказанные требования соблюдения прав других граждан, претендующих на получение медицинской помощи бесплатно.

Очень важный момент – оказание медицинской помощи за плату в иные сроки, чем предусмотрено госгарантиями – это не торговля очередью, никто не отодвигается назад. При этом пациент платит вовсе не за право внеочередного оказания медицинской помощи (тем более, что на платные медицинские услуги тоже может быть своя очередь), а именно за медицинскую помощь, предоставляемую на иных условиях в части сроков ее ожидания.

Отсюда следует, на первый взгляд, парадоксальный, но в общем-то логичный вывод: чем больше будет платных кабинетов, палат и т.д. в государственных (муниципальных) или частных медицинских организациях, которые оказывают платные услуги, тем выше будет доступность и качество бесплатной медицинской помощи.

Действительно, если, например, количество дополнительных платных коек, занятых пациентами, сравняется с количеством коек, на которых оказывается бесплатная медицинская помощь, то это будет означать, что резко сократится очередь на бесплатную помощь (то есть обеспечивается рост доступности); значительно больше можно будет тратить средств на медикаменты, медицинские изделия, продукты питания и т. д. (а это – предпосылка повышения качества медицинской помощи).

«Иные условия» оказания медицинской помощи с точки зрения бытовых и сервисных условий

Зачастую встречается путаница по поводу оснований для оказания медицинской помощи за плату при предоставлении «иных» (лучших) условий с точки зрения предоставления дополнительных бытовых и сервисных услуг.

При этом возникает целый ряд вопросов.

Во-первых, эти «иные условия», по логике, должны быть лучше предусмотренных госгарантиями. Но в госгарантиях ничего не говорится о бытовых и сервисных услугах.

Во-вторых, по сравнению с какими условиями улучшенные бытовые и сервисные условия должны выступать «иными условиями»? С чем они должны сопоставляться? В каких документах зафиксированы обычные («не иные») условия, предоставляемые бесплатно?

В-третьих, за что должен платить пациент при предоставлении медицинских услуг в улучшенных бытовых и/или сервисных условиях? Только за бытовые и сервисные услуги или за всю медицинскую помощь, предоставляемую на иных (с точки зрения бытовых и сервисных) условиях?

Для того, чтобы лучше разобраться в этих вопросах необходимо:

- разделить между собой понятия бытовых и сервисных услуг, имеющих различную природу;
- выявить особенности различных факторов, в совокупности составляющих понятие «бытовых услуг».

На практике к бытовым услугам, как правило, относят:

- пребывание в маломестных (одноместных) палатах;
- дополнительные площади палаты, приходящиеся на одного пациента;
- улучшенный ремонт;
- оснащение палат дополнительной мебелью и бытовой техникой (кресла, телевизоры и т. д.) и т. п.

Различные составляющие бытовых услуг регулируются различными нормативно-правовыми актами, поэтому некоторые из них рассмотрим более подробно. Здесь же отметим лишь, что, если пациент желает получить медицинскую помощь в улучшенных бытовых условиях (в условиях повышенной комфортности), то это может быть реализовано двумя способами:

1) Лечение в дополнительной (сверх выделенных для оказания медицинской помощи в рамках госгарантий) платной палате повышенной комфортности, когда пациент платит за все.

2) Лечение в палате повышенной комфортности, работающей в системе ОМС или финансируемой из бюджета, когда пациент платит только за дополнительную комфортность (за немедицинскую услугу), а сама медицинская помощь оказывается бесплатно в рамках ОМС или бюджетного финансирования.

При этом, если речь идет об основании для оказания медицинских услуг за плату в соответствии с пунктом 1 части 5 статьи 84 Федерального закона № 323-ФЗ, то там говорится об оказании за плату «медицинских услуг». То есть, в соответствии с этим основанием, пациентом должна быть оплачена вся услуга (а не только бытовая составляющая) – пациент платит за все. Таким образом, если эта койка выделена для оказания исключительно платных услуг, то лечение будет полностью осуществляться на платной основе. В этих случаях пациенты обязаны оплачивать ***медицинскую помощь***, оказанную в подобных условиях (улучшенные бытовые условия), отличающихся от обычных («иные условия»).

Если же эта палата входит в число тех, в которых оказывается медицинская помощь в рамках ОМС, то это будет доплата за бытовые или сервисные услуги – оплата за платные ***немедицинские*** услуги. Другими словами, это будет бытовая или сервисная (немедицинская) услуга и пациент будет оплачивать только ее.

«Иные условия» размещения пациентов с точки зрения количества коек в палатах

Как было отмечено выше, к бытовым составляющим медицинской помощи относится размещение пациента в «иных условиях» с точки зрения количества коек в палате. При этом за плату может предоставляться медицинская помощь, оказываемая при «иных условиях» размещения, чем предусмотрено госгарантиями. Например, при размещении в маломестных (1 или 2-х местных) палатах при отсутствии медицинских и (или) эпидемиологических показаний.

Пункт 3 части 3 статьи 80 Федерального закона № 323-ФЗ устанавливает, что «при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан... размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов – по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Приказом Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. № 535н утвержден перечень медицинских и эпидемиологических показаний к размещению пациентов в маломестных палатах (боксах).

Программа госгарантий на 2018 год устанавливает, что в территориальных программах госгарантий должны быть указаны условия размещения пациентов в маломестных палатах (боксах) по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Так, в территориальной программе госгарантий Санкт-Петербурга установлено: «При оказании медицинской помощи в стационарных условиях пациенты размещаются в палатах на два и более мест. Размещение

пациентов в одноместных палатах (боксах) осуществляется по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям в соответствии с перечнем показаний, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти»[2].

Поэтому при отсутствии показаний, предусмотренных Приказом № 535н, размещение в одноместных или двухместных палатах может осуществляться за плату.

Тем не менее, при этом должны быть соблюдены стандартные требования:

- добровольность выбора «иных условий» при размещении пациентов. Если в медицинской организации (отделении) все палаты, предназначенные для оказания бесплатной медицинской помощи (или их часть), в силу особенности планировки помещений, являются маломестными, не выполняя при этом функции боксов, то пациентам должно быть обеспечено право на бесплатное размещение в этих палатах;

- не должны нарушаться права других граждан на бесплатную медицинскую помощь. В рассматриваемой ситуации это означает, что платным пациентам не должно отдаваться предпочтение при размещении в маломестных палатах при наличии пациентов с медицинскими и эпидемиологическими показаниями к размещению в маломестных палатах (боксах). Оптимальным вариантом является выделение отдельных (дополнительных) палат (коек, отделений) для оказания платных медицинских услуг);

- условия должны быть иными по сравнению с госгарантиями, а не СанПиНами, приказами и т. д. Остановимся на этом более подробно.

Например, не может быть основанием для предоставления медицинской услуги за плату размещение пациентов в палатах, в которых на пациента приходится больше площади, чем предусмотрено СанПиНами. Во-первых, законодательством предусмотрено, что иные условия касаются именно госгарантий и только их. Во-вторых, требования, предусмотренные Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 мая 2010 года № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (Приложение 1) устанавливают «Минимальные площади помещений». Поэтому площадь в расчете на пациента и при бесплатном оказании медицинской должна быть не меньше, приведенных в СанПиН, то есть равна этим значениям либо больше.

Продолжение в следующем номере МЗ.

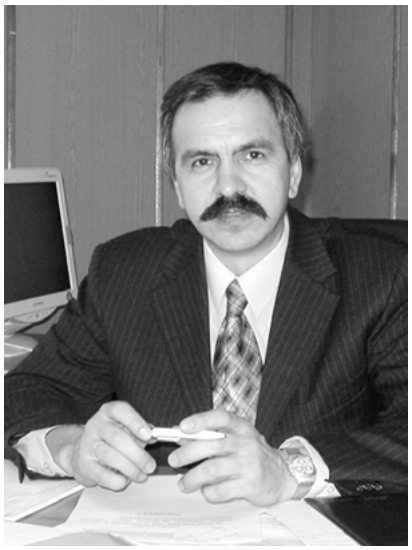
[2] Закон Санкт-Петербурга от 20.12.2017 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»

UDC 614.2.003

Kadyrov F.N. ***«Other conditions» as the basis for payment of the rendered medical care. Part 1*** *(Central research Institute of the organization and information of health care of the Ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia)*

Abstract. The legislation determined that one of the grounds for the provision of medical care for a fee is its provision on other conditions than provided by the state guarantees program. However, the interpretation of «other conditions» is rather ambiguous and requires detailed consideration. For this purpose it is necessary to study not only the state guarantees program itself, but also a number of other regulatory legal acts. Thus it is necessary to distinguish accurately other conditions of rendering medical care from household and service. The article deals with various aspects of medical care for a fee on the basis of its provision on terms different from the state guarantees program.

Keywords: *paid medical services, grounds for rendering paid services, the program of the state guarantees of free rendering medical care to citizens, household services, service.*



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

Как должны вноситься изменения в должностные инструкции при введении профессиональных стандартов?

Появление профессиональных стандартов приводит к необходимости внесения изменений в должностные обязанности работников. В свою очередь должностные обязанности работников могут быть зафиксированы различными способами:

Путем включения непосредственно в текст трудового договора с работником (без отдельного оформления должностной инструкции).

Путем оформления должностной инструкции, являющейся приложением к трудовому договору.

Путем утверждения должностной инструкции приказом в качестве самостоятельного документа.

В зависимости от того, каким образом зафиксированы должностные обязанности работников, используются различные варианты внесения изменений в соответствующие документы.

Если должностные обязанности указаны непосредственно в тексте трудового договора с работником (без оформления должностной инструкции), должно быть оформлено дополнительное соглашение к трудовому договору с указанием на вносимые изменения.

В случае, если должностная инструкция оформлена в виде приложения к трудовому договору, то тоже оформляется дополнительное соглашение, но оно будет касаться только изменения приложения к трудовому договору. Поэтому текст дополнительного соглашения может быть очень кратким. Например, содержательная часть дополнительного соглашения к трудовому договору может звучать так: «Изложить текст должностной инструкции (приложение № 1 к трудовому договору) в следующей редакции...». При этом производится полная замена текста должностной инструкции.

В обоих вышеуказанных указанных случаях новые (измененные) должностные обязанности вступают в силу не ранее, чем через два месяца после подписания дополнительного соглашения.

Если должностная инструкция утверждена в качестве самостоятельного документа, то новым приказом в нее вносятся изменения (или принимается новый приказ с новым

текстом должностной инструкции). При этом дополнительное соглашение к трудовому договору не оформляется, но работник должен быть ознакомлен под подпись с новой должностной инструкцией (или ее новой редакцией). Новые должностные инструкции могут быть применены к работнику не ранее, чем через два месяца после уведомления работника.

Правильно ли мы понимаем, что в медорганизации, в которой внедрили профстандарт по оргздраву, не может быть руководителем человек без медобразования?

Не совсем так. Приказом Минтруда России от 7 ноября 2017 года № 768н утвержден профессиональный стандарт «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья». Данный профстандарт призван заменить собой ныне действующие квалификационные характеристики на целый ряд должностей (включения должности руководителей), утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (далее также – Приказ № 541н). С момента введения в действие данного профстандарта, требования к руководителям медицинской организации, должности которых приведены в профстандарте по оргздраву, должны соответствовать профстандарту, а не Приказу 541н.

Но в отношении руководителя государственного (муниципального) учреждения этот профстандарт вводит не само учреждение, а «вышестоящий орган» (орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя). При этом срок – до 1 января 2020 года, установленный Постановлением Правительства Российской Федерации от 27 июня 2016 г. № 584, касается только учреждений, а не органов власти. Как этот орган решит, так и будет.

Кроме того, требования к должности «главный врач» должны соответствовать профстандарту. А для должностей «президент», «заведующий», «управляющий» – нет, ведь этих должностей профстандарт по оргздраву не касается. Пока не будет отменен Приказ № 541н, «президент», «управляющий» и т.д., прописанные в этом приказе могут спокойно работать на этих должностях. А если примут профстандарт, который на них распространяется, то тем более.

Поэтому профстандарт по оргздраву не устанавливает ограничений для занятия должностей руководителей медицинских организаций «президент», «заведующий», «управляющий» специалистами с немедицинским образованием.

С какого момента исчисляется срок ожидания плановой госпитализации: с момента выдачи направления на госпитализацию или с момента обращения в стационар с этим направлением?

«Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов», утвержденная Постановлением Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 № 1492, устанавливает: «сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 30 календарных дней ***со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию,*** а ***для пациентов с онкологическими заболеваниями*** – не должны превышать 14 календарных дней ***с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления диагноза заболевания (состояния)».***

Продолжается подписка на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2018 год

Периодичность – 10 выпусков в год

КАК ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ*

В почтовом отделении:

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

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

ООО «УП УРАЛ-ПРЕСС»
http://www.ural-press.ru/catalog/97213/8024679/?sphrase_id=134418, тел. (495) 789-86-36
ЗАО «ПРЕССИНФОРМ»
www.presskiosk.ru, тел. 8 (812) 335-97-48

Уважаемые читатели!

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

ВНИМАНИЕ!!!

Подписчики журнала «Менеджер здравоохранения» получают доступ к уникальному сервису.
Наши эксперты бесплатно ответят на все вопросы поступающие в редакцию журнала.
Вопросы принимаются по факсу ***(495) 618-07-92***
и электронной почте ***idmz@mednet.ru.***

Уважаемые подписчики!

С 2017 г. прекращается подписка на журналы «Менеджер здравоохранения» и «Врач и информационные технологии» через редакцию. Для подписки на эти журналы просим обращаться в агентство «Роспечать» или альтернативные агентства.

Менеджер
здравоохранения