ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№8.2020

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

Менеджер здравоохранения

- **Издается с 2004 г.**
- **Выходит 10 раз в год**
- **Сайт: www.idmz.ru**
- **Включен в перечень ВАК по специальности 14.02.03**
- **Индексируется: РИНЦ, репозиторий «КиберЛенинка»**
- **Главный редактор В.И.Стародубов, idmz@mednet.ru**

№ 8
2020

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

КАКОРИНА Екатерина Петровна,
д.м.н., профессор, зам. директора Института лидерства и управления здравоохранением ФГАОУ ВО Первый Московский государственный университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

КАРПОВ Олег Эдуардович,
д.м.н., член-корр.РАН, генеральный директор ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

РЕДАКЦИЯ

Ответственный редактор –
КУРАКОВА Наталия Глебовна, idmz@mednet.ru

Выпускающий редактор –
ЦВЕТКОВА Лилия Анатольевна, idmz@yandex.ru

Литературный редактор –
БОРИСЕНКО Светлана Владимировна

Компьютерная верстка и дизайн –
ПЕСКОВА Елена Викторовна

Тел.: (495)-618-07-92, 8-915-265-01-44

Учредитель – ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Издатель – ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

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

Подписной индекс: Каталог Агентства «Урал-Пресс» 82614

Заказ:

Отпечатано в ООО «Клуб печати».
127018, г. Москва, 3-ий проезд Марьиной Рощи, д. 40, стр. 1
Тел. +7 (495) 669-5009

Дата выхода в свет: 1 октября 2020 г.

Общий тираж: 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№ 8 • 2020

В номере:

МЕНЕДЖМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Модель взаимодействия между медицинскими организациями на принципах фондодержания – способ повышения эффективности деятельности первичного звена здравоохранения

Р.А. Хальфин, М.В. Авксентьева, Д.Н. Муравьев, С.А. Орлов 3-11

Медико-социальные аспекты развития ресурсов здравоохранения федеральных округов России

В.Н. Трегубов, А.А. Бовина 12-19

Совершенствование медицинской помощи сельскому населению посредством управления бизнес-процессами

Э.А. Бакирова, Э.Н. Мингазова 20-26

Особенности организации работы многопрофильного стационара в условиях пандемии, вызванной новым коронавирусом COVID-19

И.Е. Хатьков, И.А. Ли, О.А. Минаева, М.А. Ермакова, В.М. Слезингер 27-34

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Удовлетворенность граждан как индикатор эффективности организационных моделей оказания медицинской помощи в амбулаторном звене

И.А. Деев, О.С. Кобякова, В.А. Бойков, И.П. Шибалков, С.В. Барановская, Л.М. Протасова, Г.В. Шнайдер, Т.А. Суворова 35-40

Основные жизненные ценности и потребности, определяющие качество жизни сельского населения старше трудоспособного возраста Калининградской области

Ю.В. Михайлова, И.Б. Шикина, Т.А. Сибурина, И.Ю. Чухриенко, А.Ю. Михайлов, И.А. Элизов 41-48

КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Изучение мнения выпускников медицинского ВУЗа о факторах, определяющих выбор места работы

И.А. Волчегорский, М.Г. Москвичева, О.А. Шумакова, М.М. Полинов 49-56

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Проблемы релевантных рынков медицинских услуг: исследование отечественного и зарубежного опыта

А.Д. Шматко, А.Ю. Щербук, Е.В. Черепанова, А.Н. Щукин 57-66

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ

Изменения в порядке финансового обеспечения медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования на современном этапе распространения коронавирусной инфекции

Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова, А.М. Чилилов 67-74

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Вопросы осуществления выплат стимулирующего характера за выявление онкологических заболеваний

Ю.В. Ендовицкая, Ф.Н. Кадыров 75-78

Менеджер здравоохранения

Contents:

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

Model of interaction between medical organizations based on the principles of Fund management – a way to improve the efficiency of primary health care

R.A. Halfin, M.V. Avksentieva, D.N. Muravyov, S.A. Orlov 3-11

Medical and social aspects of the development of health resources in the Federal districts of Russia

V.N. Tregubov, A.A. Bovina 12-19

Improving rural health care through business process management

E.A. Bakirova, E.N. Mingazova 20-26

Organization of tertiary hospital functioning during novel coronavirus pandemic

I.E. Khatkov, I.A. Li, O.A. Minaeva, M.A. Ermakova, V.M. Slezinger 27-34

SOCIAL ASPECTS IN HEALTHCARE

Satisfaction of patients as an indicator of the effectiveness of organizational models of providing medical care in the outpatient sector

I.A. Deev, O.S. Kobyakova, V.A. Boykov, I.P. Shibalkov, S.V. Baranovskaya, L.M. Protasova, G.V. Shnaider, T.A. Suvorova 35-40

The core vital values and requirements defining quality of life of country people are more senior than working-age of the Kaliningrad region

Yu.V. Mikhaylova, I.B. Shikina, T.A. Siburina, I.Yu. Chukhrienko, A.Yu. Mikhaylov, I.A. Elizov 41-48

PERSONNEL MANAGEMENT

Studying the opinion of graduates of a medical university about the factors that determine the choice of place of work

I.A. Volchegorskii, M.G. Moskvicheva, O.A. Shumakova, M.M. Polinov 49-56

INTERNATIONAL EXPERIENCE

Problems of relevant medical services markets: research of domestic and foreign experience

A.D. Shmatko, A.Y. Shcherbuk, E.V. Cherepanova, A.N. Schukin 57-66

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

Changes in the procedure for financial support of medical organizations in the system of compulsory medical insurance at the present stage of the spread of coronavirus infection

F.N. Kadyrov, O.V. Obukhova, A.M. Chililov 67-74

QUESTIONS AND ANSWERS

Issues of implementing incentive payments for cancer detection

Yu.V. Endovitskaya, F.N. Kadyrov 75-78

Р.А. Хальфин,
д.м.н., профессор, ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет); Институт Лидерства и управления здравоохранением, г. Москва, Россия, e-mail: ruskhalf@gmail.com, http://orcid.org/0000-0001-7406-9826
М.В. Авксентьева,
д.м.н., профессор, ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет); Институт Лидерства и управления здравоохранением, г. Москва, Россия, e-mail: avksent@yahoo.com, https://orcid.org/0000-0001-6660-0402
Д.Н. Муравьев,
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); Институт Лидерства и управления здравоохранением, г. Москва, Россия, e-mail: dmuravev@makcm.ru, http://orcid.org/0000-0002-7332-6760
С.А. Орлов,
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет); Институт Лидерства и управления здравоохранением, г. Москва, Россия, e-mail: orlovsergio@mail.ru, http://orcid.org/0000-0002-8749-8504

МОДЕЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ НА ПРИНЦИПАХ ФОНДОДЕРЖАНИЯ – СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ*

УДК: 614.2 *DOI: 10.37690/1811-0185-2020-8-3-11*

Хальфин Р.А., Авксентьева М.В., Муравьев Д.Н., Орлов С.А. ***Модель взаимодействия между медицинскими организациями на принципах фондодержания – способ повышения эффективности деятельности первичного звена здравоохранения*** *(ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет); Институт Лидерства и управления здравоохранением, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Проанализирован опыт подушевого финансирования первичной медико-санитарной помощи на принципах фондодержания в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Показаны особенности практической реализации моделей фондодержания при подушевом финансировании, их влияние на конечные результаты деятельности медицинских организаций фондодержателей. Предложена унифицированная схема взаимодействия между участниками ОМС (медицинские организации, страховые медицинские организации, территориальный фонд ОМС) (медико-экономическая модель бизнес процессов) при внедрении подушевого финансирования ПМСП (первичная медико-санитарная помощь) с частичным фондодержанием для реализации пациентоориентированной модели оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: *подушевое финансирование, фондодержание, страховой случай, система ОМС, страхование, оказание медицинской помощи, эффективность медицинской помощи, взаимодействие стационарного и поликлинического звена.*

Эффективность системы обязательного медицинского страхования (ОМС) зависит не только от уровня финансовой обеспеченности, но и от выбора способов оплаты за оказанную медицинскую помощь, мотивирующих производителя медицинских услуг развивать пациентоориентированные, ресурсосберегающие технологии в первичном звене здравоохранения.

* Статья подготовлена по материалам НИР рег. номер АААА-А20-120090990069-5, выполненного по государственному контракту в 2020 году. Ссылка на НИОКТР: https://www.rosrid.ru/nioktr/USABRZCSUNP7MXSLHBXJUL0J

© Р.А. Хальфин, М.В. Авксентьева, Д.Н. Муравьев, С.А. Орлов, 2020 г.

Основным содержанием реформирования системы здравоохранения в индустриальных демократических обществах является установление равенства, социальной справедливости, эффективности и потребительской удовлетворенности, которые достигаются сочетанием достоинств общественных, государственных принципов финансирования, обеспечения доступности медицинской помощи и контроля за затратами, с конкурентными рыночными принципами потребительского удовлетворения и внутренней эффективности [11].

Мировой опыт показывает, что состояние системы здравоохранения во многом зависит от формы организации первичного звена здравоохранения, на котором решается до 80% вопросов оказания медицинской помощи, благодаря связующей роли этого этапа между пациентом и всеми уровнями оказания медицинской помощи [6, 7, 10].

Истории реформирования российского здравоохранения на основе страховой модели и внедрению подушевых способов оплаты, предшествовали различные эксперименты по экономическому стимулированию работы медицинских учреждений Советского Союза за достижение установленных показателей.

Наиболее значимым, с точки зрения развития первичной медико-санитарной помощи, стало внедрение в 1988 г. нового хозяйственного механизма (НХМ), когда амбулаторно-поликлинической службе, как центральному звену системы здравоохранения, выделялись деньги на весь объем деятельности – полное фондодержание. При этом на фоне внедрения рыночных отношений между заказчиками и производителями медицинских услуг отрабатывались схемы материального стимулирования лечебных учреждений и работников за конечные результаты деятельности [12].

Целью внедрения НХМ являлось повышение качества и улучшение доступности медицинской помощи за счет включения экономических стимулов, заинтересовывающих медицинские учреждения в эффективном использовании ресурсов и обеспечении финансового благополучия медицинских учреждений и медицинских работников от достигнутых конечных результатов [2, 4].

Система ОМС предоставила регионам возможность расширить экономические методы управления здравоохранением. Практика подушевого финансирования с элементами фондодержания и системой межучрежденческих взаиморасчетов реализовывалось в 11 регионах Российской Федерации: Белгородская, Владимирская, Калужская, Тверская, Вологодская, Томская, Калининградская, Ленинградская области, Хабаровский край, Республики Чувашия и Татарстан. В качестве фондодержателя средств за услуги узких специалистов и внешние консультации выступало первичное звено, что предполагало увеличение объема профилактической деятельности и снижение уровня потребления стационарных видов медицинской помощи.

Одними из первых регионов, внедрившими подушевое финансирование первичной медицинской помощи с элементами фондодержания и модель конечных результатов работы в развитии экономических методов управления здравоохранением, стали – Кемеровская, Самарская, Мурманская и Тульская области.

Опыт этих регионов показал влияние способов оплаты на структурную эффективность здравоохранения при условии рационального сочетания их по условиям оказания медицинской помощи.

В Кемеровской области на душу населения тратилось меньше средств, чем в других областях, стоимость койко-дня была почти в 2 раза выше, заметно ниже были показатели госпитализации, средней длительности пребывания, но выше показатель работы койки. Значительно выше – показатели стационарозамещающих технологий [2].

Одним из первых регионов, принявших подушевое финансирование амбулаторной помощи в сочетании с фондодержанием, стала Самарская область. Накопленный опыт позволил выделить важные условия практического применения фондодержания:

- при расчете подушевых нормативов кроме половозрастных особенностей рекомендовано учитывать такие факторы как заболеваемость, инвалидность, смертность, экологическая и санитарно-эпидемиологическая обстановка, доступность медицинской помощи;
- при полном фондодержании из подушевого норматива необходимо исключать виды медицинской помощи, на которые поликлиника не может влиять – инфекционные заболевания, травмы, отравления, беременность и роды;
- необходимо обеспечить контроль показателей объема госпитализаций и выполнения объемов амбулаторно-поликлинической помощи для предотвращения их необоснованного сокращения со стороны поликлиник;
- необходимо параллельное использование модели конечных результатов для оценки

деятельности службы в целом и конкретного медицинского работника [1].

Для исключения двойного финансирования при направлении пациентов в другие медицинские организации в рамках одного условия оказания медицинской помощи было предложено использовать систему горизонтальных расчетов между медицинскими организациями при подушевом финансировании.

Реализованная в Самарской области схема финансирования медицинской помощи «первичное звено – фондодержатель» повысила ответственность участковой службы за прикрепленное население, стимулировала к эффективной работе стационары, за счет чего был оптимизирован коечный фонд области, получили развитие стационарозамещающие технологии, снизилась потребность населения в дорогостоящих видах лечения.

Проводимые в регионах эксперименты по использованию метода «поликлиника-фондодержатель», при котором первичное звено контролирует часть расходов на стационарную помощь и получает право на сохранение экономии за счет снижения стационарной помощи, показали большой потенциал данного метода в укреплении первичного звена. Однако для широкого распространения данных практик требуется применение мер по нейтрализации возникающих рисков [15].

Модели фондодержания, условия внедрения в практику подушевого финансирования

Региональный опыт реализации подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической помощи позволил выделить различные типы фондодержания [14]. С учетом того, что финансирование медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, осуществляется как на свою деятельность (фондодержатель), так и на деятельность исполнителей – стационары, скорая медицинская помощь, диагностические центры, поликлиники, выделяют – полное и частичное фондодержание.

Полное, когда в состав подушевого норматива финансирования включают расходы по всем видам и условиям оказания медицинской помощи прикрепленному населению. Частичное, если расходы учитываются по определенным условиям оказания медицинской помощи.

Типы взаиморасчетов при фондодержании – межучрежденческие, внутриучрежденческие, без взаиморасчетов.

Взаиморасчеты могут быть реальными, когда доход поликлиники формируется после расчетов с исполнителями медицинских услуг, или нормативными, когда в расчет подушевого норматива включен норматив объемов деятельности исполнителей (круглосуточный стационар, скорая медицинская помощь) по оказанию медицинской помощи прикрепленному населению.

Расчет подушевого норматива может осуществляться на весь объем медицинской помощи или на отдельные виды медицинской помощи, если на них может влиять работа первичного звена. При этом методика расчета подушевого норматива должна учитывать уровень и структуру заболеваемости различных групп населения, производственный потенциал медицинских организаций с учетом их кадровой обеспеченности, оснащенности медицинским оборудованием и другими ресурсами, а также сложившуюся маршрутизацию пациентов в различных ситуациях [5].

Для реализации медико-экономической модели взаимодействия между медицинскими организациями на принципах фондодержания необходимо:

- иметь сбалансированную программу государственных обязательств и ее финансовое обеспечение;
- определить варианты фондодержания наиболее приемлемые для регионов;
- разработать модель конечных результатов деятельности медицинской организации фондодержателя и механизм мотивации за достигнутые показатели [3];
- разработать схему взаиморасчетов между исполнителями медицинских услуг и фондодержателями;
- разработать организационно-технологический регламент информационного взаимодействия между участниками фондодержания.

Немаловажным условием внедрения фондодержания является внедрение эффективных, ресурсосберегающих, персонализированных технологий оказания первичной медицинской помощи [13].

К новым технологиям оказания ПМСП, позволяющим массово и эффективно решать задачи профилактики относятся: мобильная медицина (дистанционный мониторинг – кардиологический, эндокринологический; дистанционные консультации в проблемных территориях), телемедицина (реабилитация на дому), информационное сопровождение застрахованного по данным реестров

счетов на основе искусственного интеллекта (своевременное прохождение наблюдения, консультации профильных специалистов, выбор методов реабилитации) [9].

Персонализированные технологии профилактики заболеваний обеспечивают сокращение объемов дорогостоящей специализированной медицинской помощи.

Эффективная работа медицинских организаций должна оцениваться с позиции удовлетворения потребности пациента в качественной и доступной медицинской помощи и уровнем затрат на ее оказание.

Финансовые средства, сэкономленные в результате использования эффективных технологий диагностики, лечения и реабилитации пациентов должны оставаться в распоряжении медицинской организации фондодержателя.

Концентрация финансовых ресурсов в первичном звене здравоохранения и предоставление возможности распоряжаться ими в интересах пациентов позволит улучшить укомплектованность медицинским персоналом, проводить более акцентированную работу с населением, осуществлять патронаж участков для эффективного контроля за состоянием здоровья прикрепленного населения, минимизировать риски обострения хронических заболеваний, требующих оказания скорой, в том числе специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи [8].

Медико-экономическая модель бизнес процессов при подушевом финансировании ПМСП в условиях частичного фондодержания – схема взаимодействия участников системы ОМС

Определение

Подушевое финансирование первичной медико-санитарной помощи с частичным фондодержанием – способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц к медицинской организации-фондодержателю (МО – фондодержатель), оказывающей первичную медико-санитарную помощь участковыми врачами (педиатрами, терапевтами), врачами общей практики (семейными), на весь объем медицинской помощи, оказанной прикрепленному населению, за исключением скорой медицинской помощи, услуг стоматологии, акушерства и гинекологии, оказанных в стоматологических поликлиниках и женских консультациях, высокотехнологичной медицинской помощи, с учетом взаиморасчетов за внешние медицинские услуги, оказанные прикрепленным к МО-фондодержателю застрахованным лицам в медицинских организациях исполнителях (МО – исполнитель), а также с учетом показателей результативности деятельности МО – фондодержателя.

Модель подушевого финансирования первичной медико-санитарной помощи с элементами фондодержания создается для решения следующих задач:

- обеспечить реализацию гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ, определенных территориальной программой обязательного медицинского страхования в условиях, максимально эффективного расходования финансовых средств;
- обеспечить предсказуемость затрат на медицинскую помощь;
- стимулировать развитие первичной медико-санитарной помощи через ресурсосбережение в системе ОМС за счет смещения значительного объема помощи на внегоспитальный этап, регулирования госпитализацией прикрепленного населения врачами первичного звена, усиления профилактической направленности в деятельности медицинских учреждений, обеспечения заинтересованности в рациональном расходовании финансовых ресурсов;
- обеспечить поэтапную реализацию модели фондодержания в системе ОМС Российской Федерации.

Участники фондодержания

Медицинские организации-фондодержатели (далее МО-фондодержатели) – амбулаторно-поликлинические организации (самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе больничных учреждений, общие (семейные) врачебные практики) любой формы собственности, участвующие в реализации территориальной программы ОМС и имеющие застрахованное по ОМС прикрепленное население. Оплата медицинской помощи МО-фондодержателям осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу за прикрепленного жителя, сформированному с учетом фондодержания и мотивационных выплат за достигнутые показатели работы.

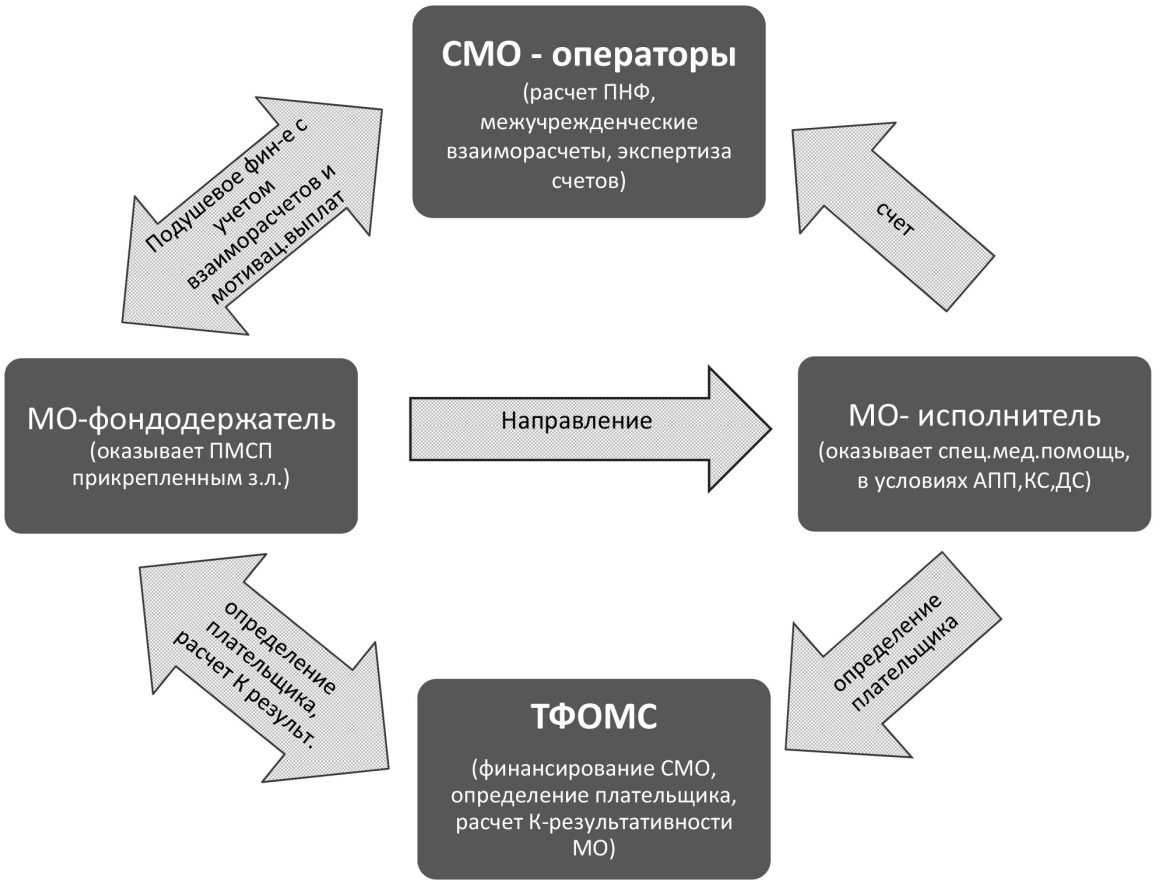

Рис. 1. **Схема взаимодействия участников подушевого финансирования ПМСП с частичным фондодержанием**

Медицинские организации-исполнители (далее МО-исполнители) – медицинские организации (стационары, дневные стационары медицинских организаций, самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе больничных учреждений, общие (семейные) врачебные практики), оказывающие внешние медицинские услуги.

Медицинская организация-фондодержатель является одновременно Медицинской организацией–исполнителем в случае оказания внешних медицинских услуг не прикрепленным гражданам.

СМО-операторы – страховые медицинские организации, заключившие договоры с МО-фондодержателями и МО-исполнителями по обработке реестров пролеченных больных, проведению взаиморасчетов между МО-исполнителями и МО-фондодержателями, осуществлению контроля реестров счетов и оплате оказанной медицинской помощи.

Медицинские организации, не участвующие в системе взаиморасчетов, оплата медицинской помощи которым осуществляется вне взаиморасчетов с МО-фондодержателем в рамках согласованных объемов по действующим способам оплаты – по профилю «стоматология», «акушерство и гинекология» в стоматологических поликлиниках и женских консультациях, а также высокотехнологичной медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы ОМС.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования осуществляют финансирование СМО, идентифицируют застрахованное лицо в целях определения плательщика (СМО), осуществляют расчет коэффициента результативности оказания ПМСП для расчета мотивационных выплат.

Схема взаимодействия и функции вышеперечисленных участников фондодержания представлены на *рисунке 1.*

Элементы финансового обеспечения и системы взаиморасчетов

Дифференцированный подушевой норматив финансирования МО-фондодержателя с фондодержанием – ежемесячный объем финансирования конкретной МО-фондодержателя на 1-го прикрепленного застрахованного по ОМС. Дифференцированный подушевой норматив финансирования включает в себя средства, направляемые на межучрежденческие взаиморасчеты.

Фондодержание – способ подушевого финансирования МО-фондодержателя, при котором подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность МО-фондодержателя и дополнительные средства, за счет которых производятся взаиморасчеты за внешние медицинские услуги, оказанные прикрепленным к МО-фондодержателю гражданам в МО-исполнителях по тарифам для взаиморасчетов, действующим в системе ОМС.

Межучрежденческие взаиморасчеты – расчеты, осуществляемые СМО-операторами, между МО-исполнителями и МО-фондодержателями. Для учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в МО-исполнителе, необходимо указывать код медицинской организации, выдавшей направление, номер и дату выдачи направления.

Внешние медицинские услуги – консультативные, диагностические, лечебные амбулаторно-поликлинические услуги, плановая стационарная помощь, медицинские услуги, дневных стационаров всех типов, оказываемые застрахованным по ОМС гражданам, не прикрепленным к МО-исполнителю, по направлению МО-фондодержателя, к которой данные застрахованные прикреплены.

Направление – документ, оформляемый врачом МО-фондодержателя в установленном порядке и передаваемый прикрепленному гражданину с целью получения им внешних медицинских услуг в МО-исполнителях, на основании которого для осуществления взаиморасчетов с МО-фондодержателями формируются реестры пациентов, которым оказаны внешние медицинские услуги в отчетном периоде. Один экземпляр направления или его копия в обязательном порядке передается и хранится у МО-исполнителя, второй экземпляр хранится у МО-фондодержателя.

Прикрепившиеся застрахованные лица – лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию и включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, прикрепившиеся в установленном порядке к медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи на основании факта места жительства на территории обслуживания медицинской организации или заявления о выборе медицинской организации. Территориальный фонд ОМС ежемесячно представляет СМО и медицинской организации утвержденные численность и списки прикрепленных на отчетный период.

Порядок и способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях при фондодержании

Источник поступления финансовых средств:

- оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной МО-фондодержателями собственному прикрепленному населению, производится за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования МО-фондодержателя за каждого прикрепленного гражданина;
- оплата внешних консультативных, диагностических, лечебных амбулаторно-поликлинических услуг, оказанных МО-исполнителем прикрепленному к МО-фондодержателю застрахованному по направлению врача-специалиста МО-фондодержателя за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования МО-фондодержателя;
- мотивационные выплаты за достижение конечных результатов работы на основании оценки расчетных показателей результативности деятельности МО-фондодержателя.

Порядок взаиморасчетов:

1) МО-фондодержатель и МО-исполнитель в сроки, установленные договором, направляет СМО-оператору счета и реестры за оказанную медицинскую помощь застрахованным данной СМО, в том числе за оказанные внешние услуги.

2) СМО с учетом результатов проведенного медико-экономического контроля реестров счетов МО-исполнителя и МО-фондодержателя, формирует Акты МЭК с указанием суммы счета, принимаемой СМО к оплате, в том числе за внешние медицинские услуги, оплата которых осуществляется за счет дифференцированного подушевого норматива МО-фондодержателя.

3) В установленные договором сроки СМО производит окончательный расчет с МО-фондодержателем и МО-исполнителем с учетом результатов МЭК, МЭЭ, ЭКМП и мотивационных выплат за достижения конечных результатов работы.

Порядок и способы оплаты плановой медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационаров при фондодержании

Источник поступления финансовых средств:

оплата плановой помощи в круглосуточном и дневном стационарах, оказанной МО-исполнителем пациенту по направлению врача-специалиста МО-фондодержателя осуществляется СМО за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования МО-фондодержателя за законченный (прерванный) случай лечения, включенного в соответствующую группу КСГ.

Порядок взаиморасчетов:

1) МО-исполнитель в сроки, установленные договором, направляет СМО-оператору счета фактуры и реестры пролеченных застрахованных СМО пациентов, которым в отчетном периоде была оказана плановая медицинская помощь в условиях круглосуточного и/или дневного стационаров по направлениям врачей МО-фондодержателей.

2) СМО – оператор, с учетом результатов проведенного МЭК реестра счетов МО-исполнителя за оказанную медицинскую помощь в условиях круглосуточного и/или дневного стационаров, в том числе на предмет соответствия номера и даты выдачи направления для плановой госпитализации МО–фондодержателем, формирует Акты МЭК с указанием суммы счета, принимаемой к оплате за счет дифференцированного подушевого норматива МО-фондодержателя.

3) В установленные договором сроки СМО производит окончательный расчет с МО-фондодержателем и МО-исполнителем с учетом результатов МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

Порядок расчета СМО с МО-фондодержателем

Финансовое обеспечение (оплата) амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной МО-фондодержателем, рассчитывается на основании дифференцированного подушевого норматива с фондодержанием, количества прикрепленных застрахованных лиц и сумм, принятых СМО к оплате за внешние медицинские услуги, оказанные МО-исполнителями застрахованным лицам, прикрепленным к МО-фондодержателю за отчетный период, по формуле:

$$ФО = ДПН * ЧЗ*(1-Дрд) - Sкду - Sст - Sдс + ОСрд,$$

где:

ФО – финансовое обеспечение (сумма к оплате) амбулаторно-поликлинической помощи за отчетный месяц, указываемое в счете-фактуре, предъявляемой МО-фондодержателем в страховую медицинскую организацию;

ДПН – утвержденный Тарифным соглашением дифференцированный подушевой норматив финансирования МО-фондодержателя с фондодержанием на одного застрахованного прикрепленного гражданина;

ЧЗ – численность застрахованных лиц, прикрепленных к МО-фондодержателю и застрахованных конкретной СМО согласно регистру, прикрепленных к МО за отчетный месяц;

Дрд – доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;

Sкду – сумма, принятая СМО к оплате за внешние консультативные и лечебно-диагностические амбулаторно-поликлинические медицинские услуги МО-исполнителей согласно сводному отчету, полученному МО-фондодержателем от СМО;

Sст – сумма, принятая СМО к оплате за оказание плановой стационарной помощи МО-исполнителями согласно сводному отчету, полученному МО-фондодержателем от СМО;

Sдс – сумма, принятая СМО к оплате за оказание стационарозамещающей помощи МО-исполнителями согласно сводному отчету, полученному МО-фондодержателем от СМО;

Осрд – размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

Оплата медицинской помощи, не включенной в систему взаиморасчетов (женские консультации, стоматологические поликлиники, экстренная медицинская помощь в круглосуточных стационарах, химио- и лучевая терапия при онкологических заболеваниях, гемодиализ, ВМП и др.) оплачивается по способам оплаты, предусмотренным тарифным соглашением. В этот перечень входят в основном

медицинские услуги, на которые не может повлиять первичное звено здравоохранения.

К показателям результативности деятельности МО-фондодержателей относятся критерии, характеризующие эффективность профилактической работы с прикрепленным населением, по данным анализа реестров-счетов медицинских организаций, оказывающих специализированную и скорую медицинскую помощь.

Действующая финансовая система оказывает различные эффекты на стационарное и поликлиническое звено. Предлагаемая нами модель подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической помощи с частичным фондодержанием мотивирует первичное звено внедрять эффективные ресурсосберегающие профилактические технологии оказания медицинской помощи, контролировать обоснованность госпитализаций и результаты лечения прикрепленного населения, развивая пациентоориентированную модель оказания медицинской помощи.

Выводы:

В настоящий момент оплата амбулаторно-поликлинической помощи в системе ОМС осуществляется на принципах подушевого финансирования зачастую без привязки к конечным результатам работы.

Модель подушевого финансирования с частичным фондодержанием с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций позволяет модернизировать первичное звено здравоохранения, внедрить эффективные технологии профилактики заболеваний и реабилитации, контролировать обоснованность госпитализаций и результаты лечения пациентов, создать условия для внедрения пациентоориентированной модели оказания медицинской помощи в системе ОМС.

Финансовые механизмы экономии ресурсов здравоохранения на уровне первичного звена, в сочетании с правом их использования, а также мотивацией за достигнутые результаты работы позволит поднять уровень заработной платы работников и решить кадровый дефицит амбулаторно-поликлинической службы. Объем необоснованных госпитализаций в медицинские организации 1–2 уровня по данным экспертиз СМО составляет до 30%.

Конечные результаты работы, показатели результативности деятельности ПМСП при оказании медицинской помощи прикрепленному населению являются ключевыми критериями оценки в модели подушевого финансирования с частичным фондодержанием.

Литература

1. *Гехт И.А., Артемьева Г.Б.* Когда фондодержание необходимо // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 10. – С. 47–52.

2. *Кузнецов П.П., Исакова Л.Е., Лунская Л.Л., Шейман И.М., Фрид Э.М., Савчук О.П. и др.* Методы оплаты медицинской помощи и ценообразование в здравоохранении: методологические подходы, отечественный и международный опыт. – М., 2003.

3. *Павлов В.В., Суслина С.А., Галкин Р.А., Шешунова С.В.* Моделирование конечных результатов в системе управления качеством медицинской помощи // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 10. – С. 18–22.

4. *Саитгареев Р.Р.* Особенности оплаты первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования // Финансовый менеджмент. – 2016. – № 9. – С. 26–31.

5. *Столбов А.П., Мадьянова В.В., Алленов А.М., Кобяцкая Е.Е., Орлов С.А., Ефимова А.О.* К вопросу о формировании территориальной программы обязательного медицинского страхования: расчет нормативов объема амбулаторной помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – № 5. С. 813–816.

6. *Томпсон С., Фубистер Ф., Моссиалос Э.* Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. // Всемирная организация здравоохранения, 2010. – 270 с.

7. *Хальфин Р.А., Какорина Е.П., Мадьянова В.В., Игнатьева М.В.* Оценка эффективности деятельности органов государственной власти в сфере здравоохранения Российской Федерации. – М. «ГЭОТАР-Медиа», 2013. – 250 с.

8. *Хальфин Р.А., Мадьянова В.В., Столбов А.П.* О критериях деятельности медицинских организаций в новой пациентоориентированной системе здравоохранения // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 4. – С. 13–16.
9. *Хальфин Р.А., Полушкин В.Г., Муравьев Д.Н.* Страховой и клинический случаи: трактовка ряда категорий страхования в системе ОМС как возможная причина неэффективного оказания медицинской помощи населению // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2017. – № 7/8. – С. 17–22.
10. *Хальфин Р.А., Сырцова Л.Е., Львова Д.П., Кобяцкая Е.Е.* Пациент-ориентированный подход: базовые понятия // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2017. – № 1–2. – С. 9–13.
11. *Хальфин Р.А., Таджиев И.Я.* Некоторые итоги и проблемы реформирования системы отечественного здравоохранения // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 5. – С. 8–18.
12. *Чернышев В.М., Банин С.А., Заиграев А.Л., Лайвин А.Н.* Подушевое финансирование в здравоохранении. Отечественный и зарубежный опыт. Методология. – Новосибирск, 2005. – 94с.
13. *Шевский В.И., Шейман И.М.* Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2013. – № 3. – С. 24–47.
14. *Шевский В.И., Шейман И.М.* Система фондодержания в здравоохранении: типология, содержание, условия реализации // Здравоохранение. – 2008. – № 4. – С. 27–43.
15. *Шейман И.М.* Проблемы перехода на подушевой принцип оплаты первичной медико-санитарной помощи // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2016. – № 4. – С. 143–164.

UDC 614.2

Halfin R.A., Avksentieva M.V., Muravyov D.N., Orlov S.A. ***Model of interaction between medical organizations based on the principles of Fund management – a way to improve the efficiency of primary health care*** *(Sechenov First Moscow state medical University of the Ministry of health of the Russian Federation (Sechenov University); Institute of Leadership and health management, Moscow, Russia)*

Abstract. The article analyzes the experience of per capita financing of primary health care based on the principles of stock provision in the system of compulsory health insurance (MHI). The article shows the features of practical implementation of Fund-forming models of per capita financing, their impact on the final results of the activities of medical organizations of Fund-holders. A unified scheme of interaction between the MHI participants (medical organizations, insurance medical organizations, territorial MHI Fund) (medical and economic model of business processes) is proposed for the implementation per capita financing of primary health care, with provision of decoding with partial filling of the Fund for the implementation of a patient-oriented model of medical care.

Keywords: *per capita financing, Fund maintenance, insurance event, CHI system, insurance, medical care, efficiency of medical care, interaction of inpatient and outpatient care.*

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 БУДУТ ВКЛЮЧЕНЫ В ПЕРЕЧЕНЬ ЖНВЛП

Об этом сообщил министр здравоохранения России Михаил Мурашко во время визита в НМИЦ трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова. Михаил Мурашко отметил, что новое регулирование позволяет во время пандемии по ускоренной схеме включать в список ЖНВЛП лекарства, применяемые для лечения новой коронавирусной инфекции. Ранее Минздрав сообщил, что противовирусный препарат с МНН фавипиравир будет включен в перечень.

Минздрав по ускоренной процедуре в условиях ЧС одобрил четыре препарата от коронавируса – «Коронавир» компании «Технология лекарств», фавипиравир компаний «Кромис» и «Промомед Рус», а также левилимаб компании «Биокад». В середине сентября внесены изменения в регистрационные удостоверения двух отечественных препаратов для лечения новой коронавирусной инфекции – разрешено их применение в амбулаторных условиях. Ранее их можно было использовать только в условиях стационара.

Источник: ТАСС

В.Н. Трегубов,
д.м.н., профессор, ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия, e-mail: tregubov.med@yandex.ru, https://orcid.org/0000-0003-4588-7226

А.А. Бовина,
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия, e-mail: bovina.anya@mail.ru, https://orcid.org/0000-0001-6916-559X

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГОВ РОССИИ

УДК: 614.2 *DOI: 10.37690/1811-0185-2020-8-12-19*

Трегубов В.Н., Бовина А.А. ***Медико-социальные аспекты развития ресурсов здравоохранения федеральных округов России*** *(ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия)*

Аннотация. Важным направлением деятельности здравоохранения является реализация равных прав граждан по сохранению здоровья на всей территории России. С целью анализа динамики развития основных сил и средств медицинской отрасли на территории макрорегионов нашей страны были использованы методы: аналитический, логический, статистический и прямого ранжирования. По результатам проведенного исследования была установлена динамика уровня первичной заболеваемости населения, обеспеченности граждан медицинским персоналом, мощностью амбулаторно-поликлинических организаций и коечным фондом, а также имеющиеся различия данных показателей на территории федеральных округов.

Ключевые слова: медико-социальные аспекты, ресурсы здравоохранения, федеральные округа.

В соответствии с указом Президента Российской Федерации от 13 мая 2000 г. № 849 территория России включает 8 федеральных округов состоящих из 85 субъектов Российской Федерации, в которые входят 22 республики, 9 краев, 46 областей, 3 города федерального значения, 1 автономная область, 4 автономных округа.

Целями государственной политики регионального развития, согласно указу Президента Российской Федерации от 16.01.2017 г. № 13 «Об утверждении Основ государственной политики регионального развития Российской Федерации на период до 2025 года», является обеспечение равных возможностей для реализации установленных Конституцией Российской Федерации и федеральными законами экономических, политических и социальных прав граждан на всей территории страны.

Указанные требования в равной степени касаются развития всех сфер экономики различных территорий нашего государства, в том числе и здравоохранения. Однако в ряде опубликованных ранее научных работ было указано на неравномерное развитие здравоохранения федеральных округов [2, 4, 8, 11, 13, 15], что и определило актуальность и цель настоящего исследования по анализу динамики развития основных сил и средств медицинской отрасли на территории макрорегионов России.

Методы

Для достижения цели исследования использовались методы аналитический, логический, статистический и прямого ранжирования. Объектом исследования явились основные ресурсы здравоохранения федеральных округов.

© *В.Н. Трегубов, А.А. Бовина, 2020 г.*

Предметом исследования выбрана обеспеченность населения федеральных округов, как отдельных социальных групп, врачебным и средним медицинским персоналом, мощностью амбулаторно-поликлинических организаций и коечным фондом, с учетом динамики первичной заболеваемости граждан. Первичный материал о развитии ресурсов здравоохранения и первичной заболеваемости населения с 2014 по 2018 гг. сплошным методом наблюдения был взят из статистического сборника Росстата за 2019 г. «Здравоохранение в России» (https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/Main.htm). Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием программного обеспечения Microsoft Excel. На заключительном этапе осуществлено ранжирование средних величин проанализированных показателей для определения рейтинга федеральных округов и с помощью аналитического и логического методов обоснованы выводы.

Результаты

Учитывая приоритетную роль амбулаторно-поликлинической помощи в стратегии развития отечественного здравоохранения [9, 11], в данном исследовании первоначально была проанализирована мощность амбулаторно-поликлинических организаций на 10000 человек населения федеральных округов. Как следует из *рис. 1*, данный показатель на территории всех федеральных округов за пятилетний период имеет положительную динамику. При этом максимальное развитие мощности амбулаторно-поликлинических организаций достигнуто на территории Северо-Западного федерального округа: в 2014 г. – 305,4‰, в 2018 г. – 323,6‰, рост – 5,6%. Минимальным данный показатель за анализируемый период был на территории Северо-Кавказского федерального округа 174,7‰ и 183,5‰ соответственно. Несмотря на рост мощности амбулаторно-поликлинических организаций Северо-Кавказского федерального округа за пятилетний период на 4,8%, по сравнению с Северо-Западным федеральным округом в 2018 г. она была меньше на 140,1‰. Мощность амбулаторно-поликлинических организаций в других макрорегионах России имела промежуточные значения, ее рост с 2014 по 2018 гг. составил: в Сибирском федеральном округе – 3,0%, в Уральском федеральном округе – 1,9%, в Дальневосточном федеральном округе – 1,8%, в Центральном федеральном округе – 1,6%, в Приволжском федеральном округе – 3,9%, в Южном федеральном округе – 5,0%. По России в целом данный показатель составил в 2014 г. – 263,8‰,

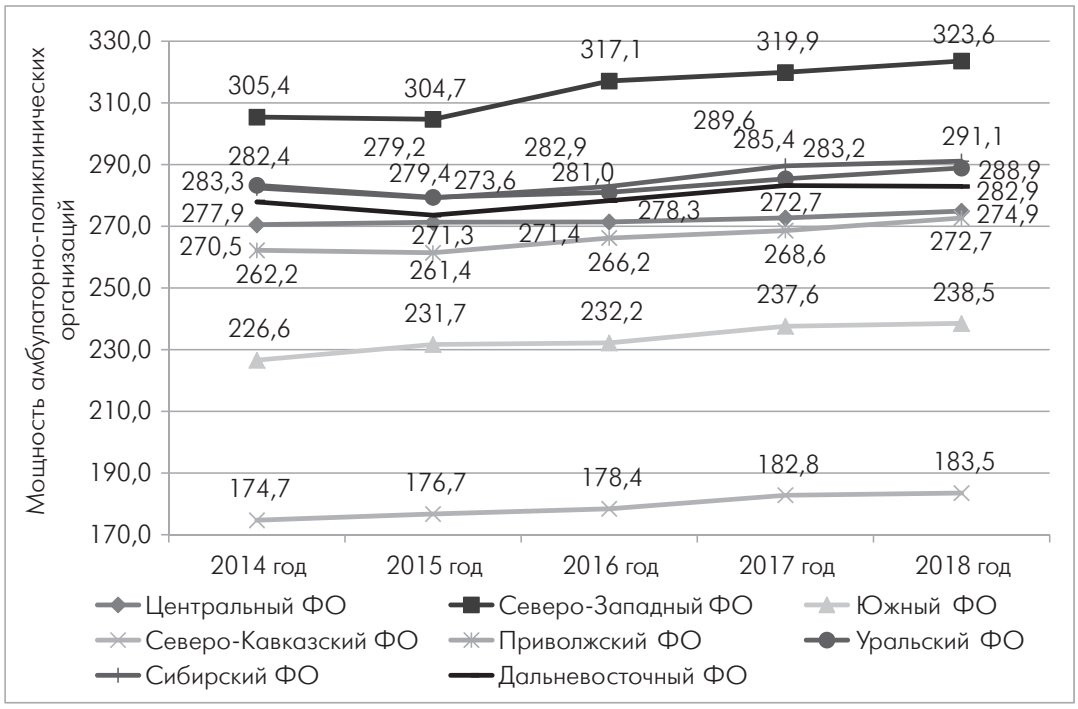

Рис. 1. **Мощность амбулаторно-поликлинических организаций на 10000 человек населения федеральных округов**

в 2015 г. – 263,5‰, в 2016 г. – 266,6‰, в 2017 г. – 270,1‰, в 2018 г. – 272,4‰, рост с 2014 по 2018 гг. – 3,2%.

Коечный фонд по России в целом с 2014 по 2018 гг. был сокращен на 7,7% и составлял в 2014 г. – 86,6‰, в 2015 г. – 83,4‰, в 2016 г. – 81,6‰, в 2017 г. – 80,5‰, в 2018 г. – 79,9‰. Максимальным его уровень был в Дальневосточном федеральном округе: в 2014 г. – 105,2‰, в 2018 г. – 97,5‰, сокращение на 7,3%. Минимальным данный показатель за анализируемый период был на территории Северо-Кавказского федерального округа: 74,0‰ и 72,4‰ соответственно, сокращение на 2,2%. Разница по сравнению с Дальневосточным федеральным округом в 2018 г. составила 25,1‰. Уровень обеспеченности населения коечным фондом в других макрогегионах России имел промежуточные значения, его сокращение с 2014 по 2018 гг. составило: в Сибирском федеральном округе – 6,7%, в Северо-Западном федеральном округе – 6,6%, в Приволжском федеральном округе – 7,5%, в Уральском федеральном округе – 7,7%, в Южном федеральном округе – 3,1%, в Центральном федеральном округе – 11,9% *(рис. 2)*.

Как видно из *рис. 3*, обеспеченность населения федеральных округов врачами на 10000 человек также имеет существенные различия. Лидирующее положение по обеспеченности населения врачебным составом наблюдается на территории Северо-Западного федерального округа: в 2014 г. – 57,5‰, в 2015 г. произошло снижение до 54,5‰ с последующим ростом до 58,7‰ в 2018 г., что обеспечило увеличение данного показателя в целом на 2,0%. Минимальным данный показатель был на территории Северо-Кавказского федерального округа: 41,6‰, 39,5‰ и 42,7‰ соответственно, рост – 2,6%. В отличие от Северо-Западного федерального округа обеспеченность населения врачами на территории Северо-Кавказского федерального округа была ниже в 2018 г. на 16‰.

В других макрорегионах России, имеющих промежуточное значение, обеспеченность населения врачами в основном была сокращена в 2015 г. и постепенно увеличивалась к 2018 г.: в Дальневосточном федеральном округе наблюдается увеличение на 0,8%, в Сибирском федеральном округе уменьшение на 2,8%, в Центральном федеральном округе уменьшение на 5,0%, в Приволжском федеральном округе уменьшение на 0,9%, в Уральском федеральном округе увеличение на 2,0%, в Южном федеральном округе увеличение на 1,4%. По России в целом данный показатель составил в 2014 г. – 48,5‰,

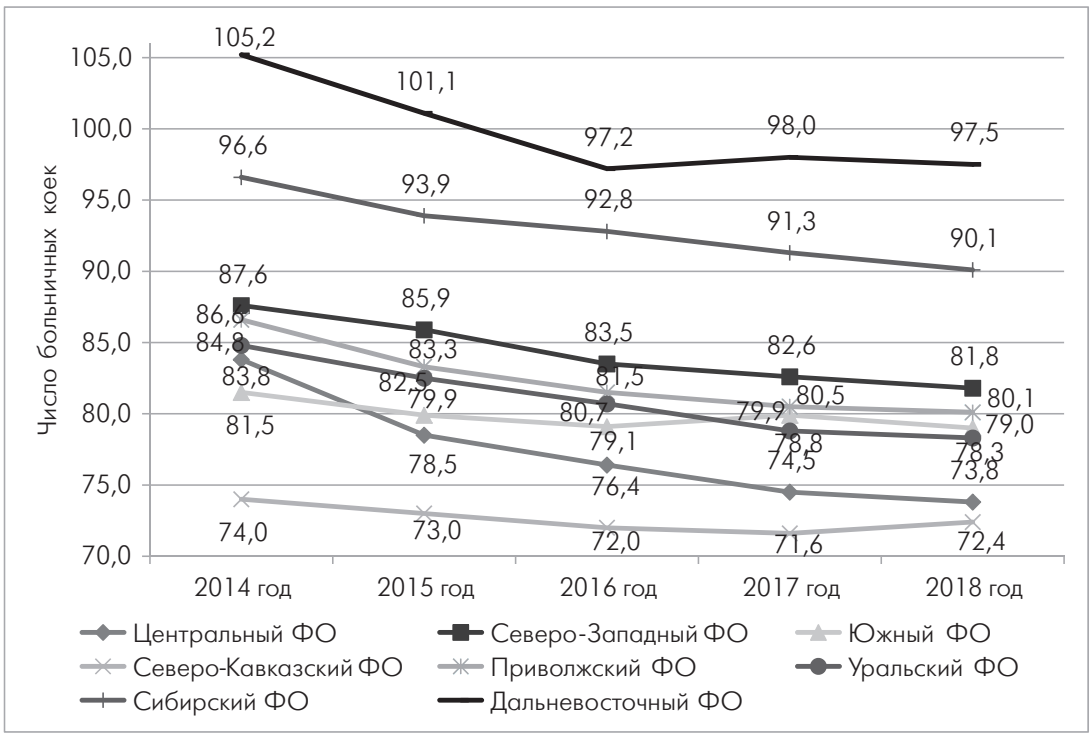

Рис. 2. **Число больничных коек на 10000 человек населения федеральных округов**

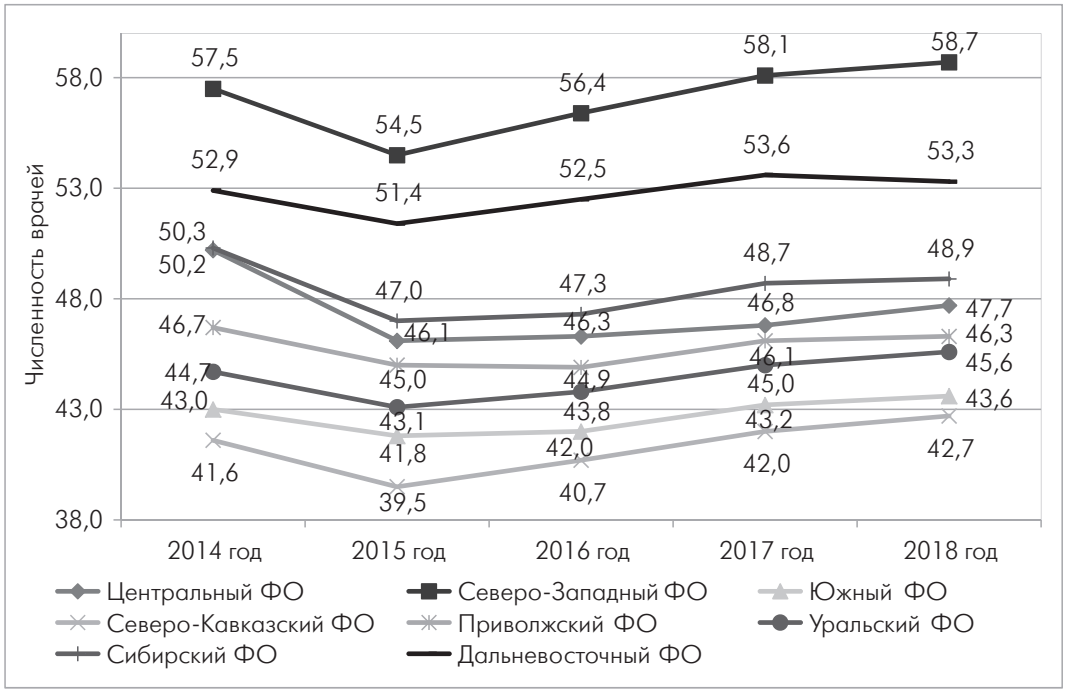

Рис. 3. **Численность врачей на 10000 человек населения федеральных округов**

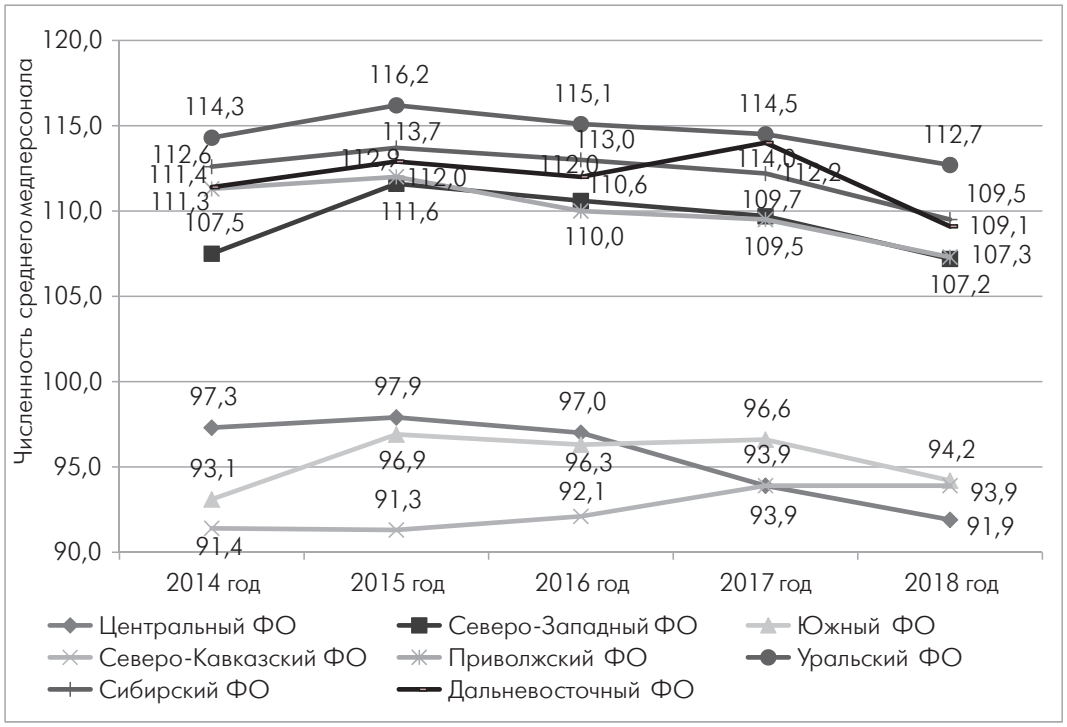

Рис. 4. **Численность среднего медицинского персонала на 10000 человек населения федеральных округов**

в 2015 г. – 45,9‰, в 2016 г. – 46,4‰, в 2017 г. – 47,5‰, в 2018 г. – 47,9‰, снижение с 2014 по 2018 гг. – 1,2%.

Динамика обеспеченности населения макрорегионов России средним медицинским персоналом характеризуется более выраженной изменчивостью за пятилетний период *(рис. 4)*. Наиболее высокой она была в Уральском, Сибирском, Дальневосточном, Приволжском и Северо-Западном федеральных округах, более низким данный показатель ежегодно сохранялся в Центральном, Южном и Северо-Кавказском федеральных округах. Разница между обеспеченностью населения средним медицинским персоналом в Уральском федеральном округе в 2018 г. была выше по сравнению с Центральным федеральным округом на 20,8‰. С 2014 по 2018 гг. обеспеченность населения средним медицинским персоналам уменьшилась в Уральском федеральном округе на 1,4%, в Сибирском федеральном округе на 2,8%, в Дальневосточном федеральном округе на 2,1%, в Приволжском федеральном округе сократилась на 3,6%, в Северо-Западном федеральном округе на 0,3%, в Центральном федеральном округе на 5,5%. В Южном и Северо-Кавказском федеральных округах, напротив, данный показатель с 2014 по 2018 гг. увеличился на 1,2% и 3,0% соответственно.

По России в целом обеспеченность населения средним медицинским персоналом составляла в 2014 г. – 104,3‰, в 2015 г. – 105,8‰, в 2016 г. – 104,8‰, в 2017 г. – 103,8‰, в 2018 г. – 101,6‰, снижение с 2014 по 2018 гг. – 2,6%.

Учитывая, что величина ресурсов здравоохранения на конкретных территориях зависит, в первую очередь, от потребности населения в медицинской помощи, в данном исследовании была проанализирована динамика первичной заболеваемости граждан с 2014 по 2018 гг. Как следует из *рис. 5* данный показатель за анализируемый период изменялся в Северо-Западном федеральном округе с 853,5‰ до 935,9‰, рост на 8,8%; в Сибирском федеральном округе с 878,4‰ до 860,5‰, снижение на 2,1%; в Приволжском федеральном округе с 872,3‰ до 846,0‰, снижение на 3,0%; в Уральском федеральном округе с 816,8‰ до 828,4‰, рост на 1,4%, в Дальневосточном федеральном округе с 782,7‰ до 770,1‰, снижение на 1,6%; в Центральном федеральном округе с 715,0‰ до 703,3‰, снижение на 1,6%; в Южном федеральном округе с 688,1‰ до 692,3‰, рост на 0,6%; в Северо-Кавказском федеральном округе с 669,6‰ до 629,0‰, снижение на 6%. Разница в уровне первичной заболеваемости у населения Северо-Западного и Северо-Кавказского

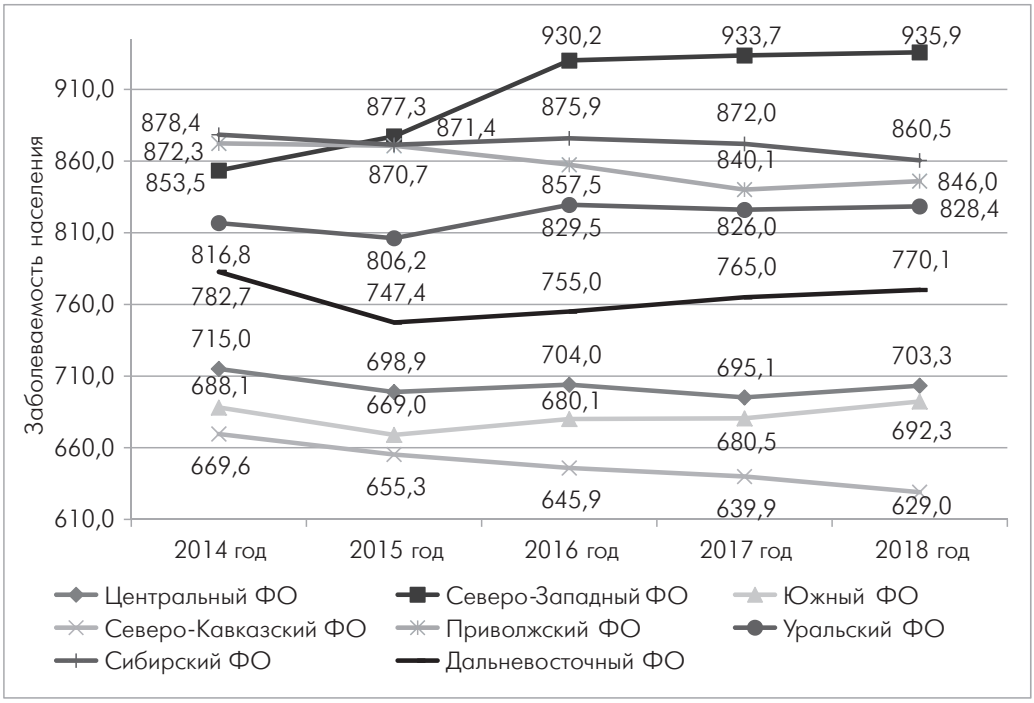

Рис. 5. **Уровень первичной заболеваемости на 1000 человек населения федеральных округов**

федеральных округов в 2018 г. составляла 306,9‰. По России в целом данный показатель составлял в 2014 г. – 787,1‰, в 2015 г. – 778,2‰, в 2016 г. – 785,3‰, в 2017 г. – 778,9‰, в 2018 г. – 782,1‰, снижение с 2014 по 2018 гг. – 0,6%.

Принимая во внимание значительные изменения проанализированных показателей в течение года, в данном исследовании были рассчитаны средние их величины с 2014 по 2018 гг., и присвоены каждому из них ранговые значения. Установлено, что максимальными данные показатели были: в Северо-Западном федеральном округе – уровень первичной заболеваемости населения, мощность амбулаторно-поликлинических организаций и численность врачей, в Дальневосточном федеральном округе – число больничных коек, в Уральском федеральном округе – численность среднего медицинского персонала. Минимальные значения всех показателей зафиксированы в Северо-Кавказском федеральном округе *(таблица 1)*.

Обсуждение

Общепризнанно, что эффективная деятельность здравоохранения вносит существенный вклад в развитие регионов, повышение трудового потенциала и экономического благополучия проживающего на их территории населения [8, с. 211].

В этой связи приоритетным направлением государственной политики является обеспечение граждан федеральных округов медицинскими ресурсами с учетом возможности их эффективного и качественного использования. Основным фактором, влияющим на потребность населения в необходимых силах и средствах здравоохранения, является здоровье населения, которое по данным Всемирной организации здравоохранения зависит от образа жизни граждан (50–55%), генетической предрасположенности к заболеваниям (15–20%), воздействия окружающей среды (20–25%) и деятельности здравоохранения (10–15%) [10, с. 4].

Среди наиболее значимых характеристик здоровья населения ведущее место принадлежит заболеваемости [5, с. 26], уровень которой является одним из самых чувствительных индикаторов реформирования системы здравоохранения [13, с. 6].

Как показали результаты проведенного исследования, уровень обеспеченности населения федеральных округов ресурсами здравоохранения имеет существенные отличия, но в целом соответствует вектору развития макрорегионов с учетом заболеваемости граждан, проживающих на их территориях. Наиболее наглядно это прослеживается в Северо-Кавказском федеральном округе, в котором ежегодно регистрируется самый низкий уровень первичной заболеваемости и соответствующие ей ранги по обеспеченности граждан на 10 000 населения медицинским персоналом, мощностью амбулаторно-поликлинических организаций и коечным фондом.

Ряд факторов, таких как большие площади федеральных округов и низкая плотность населения

Таблица 1

Средние и ранговые значения уровня первичной заболеваемости граждан и обеспеченности населения основными ресурсами здравоохранения на территории федеральных округов

Федеральные округа	Уровень первичной заболеваемости, %o		Мощность амбулаторно-поликлинических организаций, %oo		Число больничных коек, %oo		Численность врачей, %oo		Численность среднего медперсонала, %oo	
	Среднее*	Ранг**	Среднее*	Ранг**	Среднее*	Ранг**	Среднее*	Ранг**	Среднее*	Ранг**
Центральный	703,3	6	272,2	5	77,4	7	47,4	4	95,6	6
Северо-Западный	906,1	1	314,1	1	84,3	3	57,0	1	109,3	5
Южный	682,0	7	233,3	7	79,9	6	42,7	7	95,4	7
Северо-Кавказский	647,9	8	179,2	8	72,6	8	41,3	8	92,5	8
Приволжский	857,3	3	266,2	6	82,4	4	45,8	5	110,0	4
Уральский	821,4	4	283,6	3	81,0	5	44,4	6	114,6	1
Сибирский	871,6	2	285,0	2	92,9	2	48,4	3	112,2	2
Дальневосточный	764,0	5	279,2	4	99,8	1	52,7	2	111,9	3

**) средние значения показателя с 2014 по 2018 гг.*

***) ранговые значения показателя: (1-максимальный, 8-минимальный).*

снижают территориальную доступность граждан в медицинской помощи, что приводит к необходимости дополнительного увеличения сил и средств здравоохранения в макрорегионе. Указанный факт объясняет стратегию развития здравоохранения Дальневосточного федерального округа, в котором на фоне среднего рангового значения уровня первичной заболеваемости граждан развернуто больше ресурсов здравоохранения по сравнению с другими макрорегионами [1, 7, 8, 12].

Данный подход является вполне оправданным, так как стремление к оптимизации сил и средств медицинской отрасли за счет объединения медицинских организаций и сокращения медицинского персонала, мощностей амбулаторно-поликлинических организаций и коечного фонда приводит к снижению доступности и низкой удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи [2, 11, 15].

В случае одномоментного возникновения большого числа санитарных потерь или значительного увеличения уровня заболеваемости населения, данную проблему приходится решать за счет перераспределения потоков пациентов, привлечения из других регионов или развертывания новых ресурсов здравоохранения. С данной ситуацией весь мир столкнулся при ликвидации новой коронавирусной инфекции COVID-19 [3, 14].

Представленный факт наглядно указывает, что с учетом возможного роста заболеваемости населения и увеличения обращений пациентов за медицинской помощью, обеспеченность населения ресурсами здравоохранения должна быть выше, чем это требуется в повседневной деятельности [6, с. 51].

Выводы:

1. Уровень обеспеченности граждан врачебным и средним медицинским персоналом, мощностью амбулаторно-поликлинических организаций и коечным фондом на 10 000 человек населения в процессе реформирования здравоохранения ежегодно изменяется и имеет существенные различия на территории федеральных округов.

2. Основным фактором, влияющим на потребность населения в медицинской помощи, является уровень заболеваемости граждан.

3. Развитие ресурсов здравоохранения федеральных округов целесообразно осуществлять с учетом динамики первичной заболеваемости населения и территориальной доступности граждан в медицинской помощи.

4. При планировании сил и средств медицинской отрасли целесообразно создавать резерв на случай одновременного возникновения массовых санитарных потерь и увеличения уровня заболеваемости населения при инфекционных заболеваниях.

Литература

1. *Беляев С.А.* Обеспеченность врачами в федеральных округах РФ как фактор развития системы здравоохранения страны // Наука и практика регионов. – 2018. – Т. 12. – № 3. – С. 39–43.

2. *Беляев С.А.* О неравномерности обеспеченности врачами в федеральных округах страны в контексте процессов оптимизации в здравоохранении // Наука и практика регионов. – 2019. – № 1 (14). – С. 110–115.

3. *Брындин Е.Г., Брындина И.Е., Путьмаков А.Н.* Опыт руководства в борьбе с COVID-19 и аспекты противодействия // Вестник Биомедицина и социология. – 2020. – Т. 5. – № 2. – С. 112–117.

4. *Гехт И.А., Артемьева Г.Б.* О некоторых проблемах определения потребности в больничных койках (по материалам Самарской области) // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 1. – С. 45–51.

5. *Губкина О.А.* Медико-социальные аспекты состояния здоровья трудоспособного населения // Клинический опыт Двадцатки. – 2013. – Т. 18. – № 2. – С. 26–28.

6. *Данилова Н.В., Кайгородова Т.В.* Кадровый потенциал как основной ресурс обеспечения доступности медицинской помощи // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 4. – С. 50–55.

7. *Комлева Н.Е., Трубецков А.Д., Данилов А.Н., Шевчук Л.М., Гадяцкий А.Ю.* Медико-социальные аспекты качества жизни, связанного со здоровьем // Здоровье населения и среда обитания. – 2016. – № 9 (282). – С. 13–14.

8. *Куделина О.В., Еремина С.Л.* Эффективность релионального здравоохранения // Экономика региона. – 2016. – Т. 12. – № 1. – С. 211–225.

9. *Молостова А.С., Варзин С.А.* Вопросы организации оказания медицинской помощи в учреждениях амбулаторно – поликлинического звена // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2015. – Т. 10. – № 1. – С. 397–400.

10. *Пузин С.Н., Шургая М.А., Богова О.Т., Потапов В.Н., Чандирли С.А., Балека Л.Ю. и др.* Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально-значимых заболеваний // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2013. – № 3. – С. 3–10.
11. *Репринцева Е.В.* Экономические аспекты изменения уровня обеспеченности койками в федеральных округах РФ // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2018. – Т. 7. – № 4 (25). – С. 253–256.
12. *Сергеева Н.М.* Сравнительная оценка уровня оплаты труда в системе здравоохранения федеральных округов РФ // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2018. – Т. 7. – № 4 (25). – С. 283–286.
13. *Сон И.М., Леонов С.А., Савина А.А., Фейгинова С.И., Кураева В.М.* Динамика показателей заболеваемости в период реформирования системы здравоохранения Российской Федерации с 2006 по 2016 год // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 2. – С. 6–13.
14. *Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Базарова И.Н., Ендовицкая Ю.В., Несветайло Н.Я.* Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в Российском здравоохранении // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 4. – С. 58–71.
15. *Трегубов В. Н., Бовина А.А.* Обеспеченность и потребность населения федеральных округов в коечном фонде // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. (спецвыпуск). – С. 810–816. DOI: http://dx.doi.org/10.32687/0869–866X-2020–28-s1-810-816

UDC 614.2

Tregubov V.N., Bovina A.A. ***Medical and social aspects of the development of health resources in the Federal districts of Russia*** *(Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia)*

Abstract. An important area of health care is the implementation of equal rights of citizens to preserve health throughout Russia. In order to analyze the dynamics of the development of the main forces and means of the medical industry in the territory of the macroregions of our country, we used the following methods: analytical, logical, statistical and direct ranking. The results of the study were established, the dynamics of primary morbidity of the population, the security of citizens medical staff capacity outpatient organizations and hospital beds Fund, and the differences of these indicators in the federal districts.

Keywords: *medical and social aspects, health resources, federal districts.*

УТВЕРЖДЕН ПРИКАЗ МИНЗДРАВА О ПОРЯДКЕ И СРОКАХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

В Минюсте зарегистрирован и опубликован на официальном интернет-портале правовой информации приказ Минздрава № 789н от 31.07. 2020 «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них». Документ устанавливает правила и условия выдачи пациенту (его законному представителю) документов и выписок из них. Речь идет о медицинской карте, результатах лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных диагностических исследований, копии и выписки из них должны выдаваться по запросу пациента или его законного представителя, в том числе в электронном виде.

Запрошенные документы могут быть выданы при личном посещении, отправлены по почте или выложены в электронном виде в личном кабинете пациента на Едином портале государственных и муниципальных услуг. К медицинским документам могут прилагаться аналоговые изображения. В документе прописаны действия медицинского работника, на которого возложены указанные функции, оговаривается, что при оформлении копий и выписок из медицинских документов в организациях, оказывающих психиатрическую, наркологическую помощь и осуществляющих лечение ВИЧ-инфицированных, используются печати и штампы без указания профиля медпомощи.

Источник: официальный сайт Минздрава России

Э.А. Бакирова,
ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия
Э.Н. Мингазова,
ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия; ФГБУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань, Россия

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПОСРЕДСТВОМ УПРАВЛЕНИЯ БИЗНЕС-ПРОЦЕССАМИ

УДК: 614.2 *DOI: 10.37690/1811-0185-2020-8-20-26*

Бакирова Э.А.[1], Мингазова Э.Н.[2] ***Совершенствование медицинской помощи сельскому населению посредством управления бизнес-процессами*** *([1]ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия; [2]ФГБУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», г. Казань, Россия)*

Аннотация. Повышение качества медицинской помощи сельскому населению, удовлетворение потребностей сельского населения во всех видах первичной медико-санитарной помощи (доврачебной и общеврачебной), а также специализированной медицинской помощи – одна из важнейших проблем здравоохранения, решение которой является предметом особой озабоченности структур власти на всех уровнях управления.

В статье представлен анализ литературы по использованию бизнес-процессов в современном здравоохранении, основными задачами которого являются создание и развитие эффективных моделей оказания медицинской помощи, повышающих не только ее доступность и качество, но и удовлетворенность населения. В рамках мероприятий программы модернизации по внедрению информационных технологий в здравоохранении предусматривается создание информационных ресурсов и сервисов, которые позволили бы, используя этот системный инструмент, перейти к качественно новому уровню организации управления отраслью.

Отмечается, что в настоящее время на уровне управления как медицинской организацией в целом, так и в управлении отдельными направлениями ее деятельности становится актуальным применение процессного подхода, в рамках которого медицинскую организацию можно рассматривать как отдельную бизнес-систему, представляющую собой связанное множество бизнес-процессов, конечной целью которой, бесспорно, является оказание качественных медицинских услуг. Показано, что разработка и моделирование бизнес-процессов позволит повысить релевантность управленческой информации, даст возможность сделать упор на рационализацию межфункциональных процессов для значительного сокращения времени и / или затрат, увеличения доходов, улучшения качества обслуживания и снижения рисков; информационная система позволяет моделировать процессы и проводить их дальнейшую оптимизацию.

В анализируемых работах исследуется опыт процессно-ориентированного управления в медицинских организациях и его роль в обеспечении повышения качества предоставляемых медицинских услуг. Кроме того, внедрение процессного подхода позволит применить определенные, необходимые в каждой конкретной ситуации управленческие решения, в том числе в сфере медицинского облуживания сельского населения.

Ключевые слова: *качество медицинской помощи, сельское здравоохранение, бизнес-процессы, управление, реинжиниринг бизнес-процессов, процессный подход.*

Повышение качества медицинской помощи сельскому населению, удовлетворение потребностей сельского населения во всех видах первичной медико-санитарной помощи (доврачебной и общеврачебной), а также специализированной медицинской помощи – одна из важнейших проблем здравоохранения, решение которой является предметом особой озабоченности структур власти на всех уровнях управления.

Особенности быта и труда на селе обусловлены целым рядом факторов, которые накладывают определенный отпечаток на характер оказания медицинской помощи сельским жителям и требуют от организаций здравоохранения применения особых форм и методов работы. Анализируя

© Э.А. Бакирова, Э.Н. Мингазова, 2020 г.

перспективы развития медицинской помощи сельскому населению, необходимо выделить следующие приоритетные направления: улучшение качества и доступности медицинской помощи сельскому населению и совершенствование организации и управления сельским здравоохранением.

На современном этапе реализации национальных проектов именно управление определяет эффективность функционирования медицинской организации. С внедрением национальных проектов сама система здравоохранения становится качественно иной и требует инновационного подхода к управлению медико-санитарной помощи населению и механизмами рыночной саморегуляции.

Целью данной статьи является обзор научной литературы об использовании технологий бизнес-процессов в современном здравоохранении, повышающих доступность и качество медицинской помощи населению.

Сфера здравоохранения представляет собой сложную индустриальную технологию, и на современном этапе в систему управления медицинскими организациями проникают принципы и модели менеджмента, существующие в бизнесорганизациях.

За последнее десятилетие понятие «бизнес-процесс» вошло в основной бизнес. Практика применения процессного управления во многих отраслях доказала, что, используя, управляя бизнес-процессами организации, можно добиться впечатляющих улучшений эффективности бизнеса и обслуживания клиентов [1]. Реинжиниринг бизнес-процессов является одним из инструментов управления, применяемых организациями для повышения конкурентоспособности и совершенствования предоставляемых услуг. Бизнес-процессы можно определить как область знаний на стыке между управлением и информационными технологиями, участниками которых являются организация, персонал, документы и другие источники информации [2]. Автоматизированные информационно-аналитические системы объединяют медицинские, технические данные и экономические информационные потоки внутри единой автоматизированной системы [3].

Система сельского здравоохранения находится в состоянии дефицита финансовых, материально-технических и особенно кадровых ресурсов, обеспеченность врачами сельской местности ниже среднероссийского значения. Часто не решены такие проблемы, как чрезмерное время ожидания для пациентов, отсутствие доступа к информации, и к качественной квалифицированной медицинской помощи. Еще один нерешенный вопрос – региональное неравенство в объеме и качестве медицинского обслуживания. Медицинские организации (ФАПы, районные центральные больницы) пытаются улучшить качество и эффективность предоставляемых медицинских услуг, одновременно пытаясь снизить затраты, чтобы максимизировать «ценность». Именно для решения этих проблем становится необходимым использование бизнес-процессов в здравоохранении.

Ключевыми элементами бизнес-процессов являются: оптимизация производительности (эффективности) сквозных бизнес-процессов, охватывающих функции не только медицинской организации, но и процессы взаимосвязанные с партнерами, поставщиками и клиентами; синхронизация выполнения процесса (предоставление медицинских услуг); обеспечение быстрой интеграции процессов и базовых систем для постоянного улучшения и оптимизации качества и доступности медицинской помощи, расширение возможностей контроля, аналитики и изменения процесса [2]. Результаты анализа служат основой для выработки мероприятий (управленческих решений) по совершенствованию организационных форм и методов оказания медицинской помощи сельскому населению, по развитию и приближению к сельским жителям качественной медицинской помощи. В этом контексте мы и проводим данный анализ эффективности процессного подхода в управлении медицинскими организациями.

Моделирование бизнес-процессов получило широкое признание как метод управления в организациях здравоохранения разных стран. Принципы реинжиниринга бизнес-процессов существуют относительно давно. В 1993 году М. Хаммер и Дж. Чампи вдохновили организации здравоохранения начать проекты по реинжинирингу, предсказав, что крупнейшие американские корпорации потерпят крах, если они не будут применять принципы реинжиниринга бизнеса. Многие из этих компаний реинжинировали, чтобы улучшить свои процессы, т.к. процессный подход использует принципы бизнеса и сосредотачивает процессы для достижения значительного улучшения производительности на количественных усовершенствованиях, а не просто непрерывном постепенном улучшении [4].

Модернизация здравоохранения заставила медицинские организации сосредоточиться на путях оптимизации своих процессов, чтобы предоставлять высококачественную помощь и в то же время сокращать расходы. Процессы здравоохранения очень

сложны и включают как клинические, так и административные задачи, большие объемы данных, а также большое количество пациентов и персонала, при этом они также очень динамичны [5]. Процессы здравоохранения требуют сотрудничества различных организационных подразделений и медицинских дисциплин, поэтому оптимальная поддержка этих процессов становится решающей [6, 7].

Международный опыт показывает, что повышение эффективности системы управления организациями достигается благодаря появлению концепций и развития бизнес-процессов, процессно-ориентированной технологии управления в медицинских организациях. Реинжиниринг бизнес-процессов рассматривается в литературе как метод радикального улучшения, необходимый для конкурентоспособности, фундаментального переосмысления и радикального изменения процессов управления и организации медицинской помощи, позволяющий добиваться значительных улучшений в показателях эффективности (стоимость, качество, оперативность) [8].

Рост числа опубликованных статей по проблеме процессного подхода в здравоохранении показывает интерес специалистов к данному вопросу, значение метода в сфере управления медицинскими организациями. Так, D. Numerato и соавт. (2011) сообщили, что для того, чтобы иметь возможность осуществлять организационные изменения на регулярной и постоянной основе с 2007 года внедряется комплексная политика по управлению рисками и качеством медицинской помощи, на начальном этапе одного отделения больницы. В настоящее время доказано, что управление с помощью процессного подхода является безусловным преимуществом для быстрого внедрения новых методов лечения, одновременно обеспечивая высокий уровень качества обслуживания пациентов. Процессный подход основан на всестороннем описании всех процессов, формирующих организацию, и позволяет проверить, как работает каждый отдельный процесс для того, чтобы изменить его, улучшить и, тем самым, способствовать повышению удовлетворенности пациента. Такой подход позволяет лучше видеть функционирование конкретного отделения, контролировать межличностные отношения как между различными профессиональными группами, так и между медицинским персоналом и пациентами. Этот подход дает представление об эффективности предоставляемых медицинских услуг при каждом отдельном процессе и выявляет недостатки. Процессный подход предъявляет и определяет необходимые профессиональные навыки медицинских специалистов для того, чтобы гарантировать высокое качество обслуживания [9].

За рубежом на протяжении последних 15 лет в систему здравоохранения все активнее внедряется процессное управление на основе принципов бережливого производства (Lean), которое уверенно становится наиболее эффективной системой управления качеством медицинской помощи. В октябре 2016 года по инициативе Администрации Президента Российской Федерации стартовал пилотный проект по совершенствованию системы первичной медико-санитарной помощи «Бережливая поликлиника». Цель проекта – внедрить в повседневную практику поликлиник технологии бережливого производства. Применительно к лечебному процессу отправной точкой данного бизнес-процесса является оценка ценности продукта (услуги) для пациента на каждом этапе его создания [10]. Также бережливое производство в сфере здравоохранения подразумевает сокращение затрат и оптимальное использование ресурсов [11].

Исследование Е.Г. Гандуровой и соавт. (2018) посвящено анализу первого опыта применения процессного управления при реализации технологий бережливого производства для повышения эффективности первичной медико-санитарной помощи в поликлиниках. Установлено, что внедрение технологии бережливого производства на основе процессного подхода позволило существенно повысить доступность и качество медицинской помощи прикрепленному населению, оптимизировать информационную систему медицинской организации [12].

M. M.D. Hassan и соавт. (2017) отмечают, что при использовании метода процессного подхода в управлении предоставляется более комплексный подход к улучшению возможностей, чем использование методов Lean, Six Sigma, так как применение бизнес-процессов и технологий бережливого производства не вступает в противоречие, поскольку многие из элементов дополняют, корректируют технологии и могут быть включены в организационную модель. Кроме того, применение бизнес-процесса может предоставлять конкретные шаги и действия, которым необходимо следовать для повышения производительности и качества медицинской помощи без материальных затрат [13].

Многие зарубежные и отечественные исследователи отмечают, что реинжиниринг – эффективное средство, необходимое для существенного повышения производительности, не ставящее под

угрозу качество и объем основных медицинских услуг. С помощью реинжиниринга возможно исключить функции, которые не способствуют для расширения деятельности организации, провести оптимизацию с переходом на качественно новый технологический уровень [14]. Информационные технологии используются для вытеснения ручных проверок и контроля, снижая зависимость от человеческого фактора, собирают статистические данные, которые показывают уровень спроса на различные услуги, предпочтения пациентов. Реинжиниринг на основе полученной информации, основанной на данных о состоянии внешней и внутренней среды медицинской организации, может способствовать внедрению современной модели управления [3].

Преимущество реинжиниринга бизнес-процессов в том, что он основывается на четко определенных процессах, включенных в автоматизированные информационно-аналитические системы, объединяет деятельность по управлению ресурсами и организацией в целом. Для грамотного реинжиниринга необходим анализ протекающих в медицинской организации процессов, а с другой стороны, без анализа бизнес-процессов, грамотной декомпозиции невозможно и построение информационной системы. Поэтому реинжиниринг и процесс информатизации необходимо проводить одновременно, для достижения наибольшего эффекта [15].

Информационные технологии становятся все более популярными и используются многими медицинским организациями как за рубежом, так и в России. Российский опыт представлен успешным внедрением процессного управления в лечебно-профилактические учреждения АО РЖД. По оценкам специалистов основной мотивацией внедрения бизнес-процессов является улучшение сервиса и качества продукции и услуг, оптимизация процесса управления ресурсами, ведущему к снижению затрат.

Анализ анкетирования 215 руководителей больниц США и Канады показывает, что улучшение качества обслуживания пациентов и улучшение финансовых показателей являются движущими силами для больниц, которые были получены на основе внедрения мероприятий по реинжинирингу бизнес-процессов. Руководители отметили, что сотрудничество с персоналом и взаимная заинтересованность являются важными факторами, которые усиливают успех по внедрению бизнес-процессов [16]. В другом исследовании 192 администратора больницы поделились своим опытом внедрения процессного подхода. Руководители больниц рекомендуют сосредоточить внимание на ресурсах и процессах, связанных с пациентами, рынком медицинских услуг, применением инновационных технологий. Это три составляющих, которые обеспечивают значительные результаты: снижают стоимость закупок, позволяют внедрять новые технологии и расширять возможности медицинского обслуживания [17].

Можно утверждать, что процессный подход в управлении позволяет руководителям оперативно оценивать целевые показатели результативности деятельности медицинских организаций и разрабатывать приоритетные направления развития. Анализируя материалы исследований, можно отметить, что большинство медицинских организаций при принятии решения об использовании процессного подхода, как правило, ограничиваются внедрением бизнес-процессов в рамках одного конкретного структурного подразделения или направления деятельности. Из отдельных сервисов стоит отметить развитие системы поддержки принятия врачебных решений и дистанционные медицинские сервисы, электронный личный медицинский кабинет [18].

В первую очередь передовые инновации вводятся с целью создания единого медицинского пространства, благодаря которому повысится эффективность медицинской помощи населению. Обосновано применение процессного подхода к организации оказания стационарозамещающих видов медицинской помощи [19]. На основе процедур каждого бизнес-процесса было проведено улучшение вспомогательных процессов оказания хирургической медицинской помощи в многопрофильном медицинском центре. Предложен процессный подход в управлении затратами медицинской организации с использованием ABC-метода. Данный подход с использованием методов ABC-, XYZ- анализа в управлении запасами медицинской организации позволил провести грамотное и эффективное планирование потребления и хранения материальных запасов в организации здравоохранения. Обоснована целесообразность применения технологических карт для административных процессов [20, 21].

С.А. Мендель (2019) обосновал необходимость и определил основные направления проведения реинжиниринга административно-хозяйственных и управленческих процессов медицинской организации, а также подходы к финансово-стоимостному анализу указанных процессов. Предлагаемые методики продемонстрированы на примере управления

охраной труда в медицинской организации [22].

В.Н. Филатов и соавт. (2014) описали последовательность и результаты внедрения процессного подхода в работу амбулаторно-поликлинического отделения. Данный подход оказался эффективной инновационной технологией при проведении профосмотров, позволяющий сократить очереди и гибко адаптировать ресурсы учреждения к возникающим потребностям [23].

Электронное здравоохранение помогает администрировать работу медицинской организации. Авторы также рассматривают сервис eHealth, который является развивающейся областью в пересечении медицинской информатики, здравоохранения и бизнеса [24]. Это платформа, в которой можно отразить взаимодействие врача и пациента. Специалисты уверены, что использование eHealth позволит обеспечить прогресс в улучшении качества жизни пациента [25].

В.С. Киреев и соавт. (2017) обращают внимание, что реинжиниринг позволяет произвести наглядное отображение изменений бизнес-правил. Такой подход к анализу предпринятых изменений для повышения качества оказания услуг в медицинской организации предпочтителен как руководителям, так и лицам, не знакомым со спецификой работы организации [26].

На примере российского и зарубежного опыта можно с уверенностью сказать, что моделирование бизнес-процессов позволяет повысить эффективность и качество медицинской помощи населению. Таким образом, если говорить об улучшении качества медицинской помощи сельским жителям, то на сегодняшний день можно констатировать, что укрепление медико-санитарной помощи, внедрение эффективных методов контроля и управления качества медицинской помощи тесно связано с реализацией бизнес-процессов. В представленных работах исследуется опыт процессно-ориентированного управления в медицинских организациях и его роль в обеспечении повышения качества предоставляемых медицинских услуг. Кроме того, предлагаются апробированные на практике классификации бизнес-процессов, адаптированные под особенности организаций в сфере здравоохранения, а также рассматриваются условия совершенствования системы управления медицинскими организациями и медицинской деятельностью [27]. В сегодняшнее непростое для здравоохранения время необходимо понять роль реинжиниринга, определить процессы по поддержки эффективности в обслуживании населения, лидерства в отрасли [28].

В работах подчеркивается, что преимущество реинжиниринга бизнес-процессов в том, что они основываются на четко определенных процессах, включенных в автоматизированные информационно-аналитические системы. Важным изменением в алгоритме медицинского обслуживания является решение о построении компетентной информационной системы на основе концепции активной роли и позиции пациента (настоящего или будущего) при принятии окончательного решения о необходимости обращения за медицинской помощью в условиях асимметричной информации. Данная концепция нацелена на преодоление недостатков используемых подходов к планированию и получение более качественных результатов планирования потребности в объемах медицинской помощи [29]. С учётом всех упомянутых выше преимуществ, очевидно, что существует потенциал для повышения эффективности системы сельского здравоохранения.

Анализируя материалы, приведенные в литературе, можно отметить, что процессный подход дает положительные результаты в сфере здравоохранения. Метод делает упор на рационализацию межфункциональных процессов для значительного сокращения времени и / или затрат, увеличения доходов, улучшения качества обслуживания и снижения рисков, информационная система позволяет моделировать процессы и проводить их дальнейшую оптимизацию. Следует отметить, что внедрение процессного подхода позволяет принимать определенные, необходимые в каждой конкретной ситуации управленческие решения, и мы надеемся, что данный метод в ближайшем будущем будет успешно использоваться для решения проблем медицинского облуживания сельского населения регионов нашей страны.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

Автор 1 проводил сбор и структурирование источников литературы, Автор 2 отвечал за анализ представленного материала.

Литература

1. *Azemovic J., Music D.* Methods for efficient digital evidence collecting of business processes and users activity in e learning enviroments. E-Education, e-Business, e-Management, and e-learning. International Conference. 2010; 126–130.

2. *Fink K., Grimm D.* The use of business process management during the Implementation of electronic records management systems. URL: https://www.semanticscholar.org/paper/The-Use-of-Business-Process-Management-during-the-Fink-Grimm/ad07f140ff7ffef733dc7614981c74d725f9c273 (access date: 10.06.2020)

3. *Ермакова, С.Э., Евдокимова Е.Г.* К вопросу о процессно-ориентированной модернизации системы управления в медицинских организациях. // Вектор науки ТГУ. 2013; 4: 96–99.

4. *Holland C.A.* Reengineering the mind, career, system, department. Clin. Lab. Manage. Rev. 1998; 12 (3): 169–175.

5. *Anyanwu K., Sheth A.* Healthcare enterprise process development and integration. J. Res. Pract. Inf. Technol. 2003; 35: 83–98.

6. *Lenz R., Reichert M.* IT support for healthcare processes–premises, challenges, perspectives. Data Knowl. Eng. 2007; 61: 39–58.

7. *Мингазова Э.Н., Ульянов Ю.А., Миргазизов М.З.* Анализ преимуществ сетевых структур в стоматологии. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018; 26 (6): 432–435.

8. *Bakshi S.M.* Business process re-engineering a cardiology department. World Hosp. Health. Serv. 2014; 50 (2): 40–45.

9. *Numerato D., Salvatore D., Fattore G.* The impact of management on medical professionalism: a review. Sociol. Health. Illness. 2011; 34: 626–644.

10. *Чикинева Н.А., Зубанов П.С.* Применение метода «бережливое производство» (Lean production) в здравоохранении как одного из инструментов оптимальной организации бизнес-процесса в лаборатории. // Справочник заведующего КДЛ. 2011; 9: 45–52.

11. *Шрайнер О.О., Ультан С.И.* Социально-экономическая эффективность как инструмент оценки внедрения бережного производства в сфере здравоохранения. // Экономика и предпринимательство. 2019; 2 (103): 259–266.

12. *Гандурова Е.Г., Горбачев А.В., Дорофеев А.Л.* «Бережливые технологии» как инструмент повышения эффективности здравоохранения (обзор проблемы). // Дальневосточный медицинский журнал. 2018; 2: 90–92.

13. Hassan M.M.D. An application of business process management to health care facilities. Health. Care. Manag. (Frederick). 2017; 36 (2): 147–163.

14. *Carmichael B.D.* Business process reengineering: a remedy for health care. Healthc. Manage Forum. 1994; 7(4): 44–50.

15. *Порошина Л.А., Каменева-Любавская Е.Н.* Реинжиниринг бизнес-процессов в медицинских организациях. // Ученые заметки ТОГУ. 2016; 7(2): 265–270.

16. *Нурбаева Г., Кабдуева Г., Апеисова Д.* Бережное производство как одна из новых управленческих технологий в системе здравоохранения. Journal of Health Development. 2019; 3 (32): 60–68.

17. *Caccia-Bava M.C., Guimaraes V.C., Guimaraes T.* Important factors for success in hospital BPR project phases. Int. J. Health. Care. Qual. Assur. 2013; 26(8): 729–745.

18. *Федоров В.С., Берсенева Е.А., Петрова Е.Д.* Моделирование бизнес-процессов как неотъемлемая часть разработки и внедрения комплексной автоматизированной информационной системы. // Врач и информационные технологии. 2009; 1: 28–30.

19. *Горохова И.В.* Процессный подход к организации стационарозамещающих видов медицинской помощи. // Социальные аспекты здоровья населения. 2015.

20. *Алехина Т.А., Боканов А.А., Калмыкова Т.Н.* Анализ бизнес-процессов при управлении затратами на предприятии здравоохранения. // Научные труды Вольного экономического общества России. 2012; 164: 293–299.

21. *Потекаев Н.Н., Шкарин В.В., Кураков Д.А.* Научное обоснование методологических и методических подходов к документированию административных процессов и лексического анализа медицинской документации в лечебном учреждении. // Клиническая дерматология и венерология. 2018; 17 (4): 7–12.

22. *Мендель С.А., Берсенева Е.А.* Реинжиниринг и анализ финансовых затрат административно-хозяйственных и управленческих процессов в медицинской организации. // Проблемы социальный гигиены и история медицины. 2019; 3: 312–315.

23. *Филатов В.Н., Кадыров Ф.Н., Югай М.Т., Рыбальченко И.Е.* Процессный подход – инновационная технология организации профосмотров в медицинском учреждении. // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2014; 3: 68–74.

24. *Тинькова А.А., Замотайкина А.А.* Моделирование бизнес-процессов (BPM) в сфере здравоохранения. Nauka-Rastudent.ru. 2016; 12: 13.

25. *Якушев Д.С., Пальмов С.В.* Ehealth в нашей жизни. Форум молодых ученых. 2018; 11: 1121–1126.

26. *Киреев В.С., Агамов Н.А.* Реинжиниринг бизнес-процессов медицинского учреждения. // Теория. Практика. Инновации. 2017; 2: 90–97.
27. *Берсенева Е.А., Седов А.А., Голухов Г.Н.* Создание автоматизированной системы контроля функций сотрудников и оптимизации организационно-штатной структуры ЛПУ. // Врач и информационные технологии. 2012; 3: 28–30.
28. *Grocott M.P.* Pathway redesign: putting patients ahead of professionals. Clin. Med. (Lond). 2019; 19 (6): 468–472.
29. *Черкасов С.Н., Мешков Д.О., Берсенева Е.А.* Пути совершенствования технологии планирования объемов медицинской помощи. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016; 5: 95–104.

UDC 614.2

Bakirova E.A.[1], Mingazova E.N.[2] ***Improving rural health care through business process management*** *([1]«N.A. Semashko National Research Institute of Public Health», Moscow, Russia; [2]Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation)*

Abstract. Meeting the needs of the rural population in all types of primary health care (pre-medical and general medical care), as well as specialized medical care, improving the quality of medical care for the rural population is an important public health problem that is difficult to solve and is of particular concern to government structures at all levels of government. The article presents an analysis of the literature on the use of business processes in modern healthcare, the main tasks of which are the creation and development of effective models for the provision of medical care that increase not only its accessibility and quality, but also the satisfaction of the population. As part of the activities of the modernization program for the implementation of information technology in healthcare, it is planned to create information resources and services that would allow, using this system tool, to move to a qualitatively new level of organization of industry management.
It is noted that at present, at the level of management of the medical organization as a whole, and in the management of individual areas of its activity, the application of the process approach is becoming relevant, in which the medical organization can be considered as a separate business system, which is a related set of business processes, the ultimate goal which, undoubtedly, is the provision of quality medical services. It is shown that the development and modeling of business processes will increase the relevance of management information, will make it possible to focus on rationalizing cross-functional processes to significantly reduce time and / or costs, increase revenue, improve service quality and reduce risks, the information system allows you to simulate processes and carry them out further optimization.
The analyzed works examine the experience of process-oriented management in medical organizations and its role in ensuring the improvement of the quality of medical services provided. In addition, the introduction of a process approach will allow the application of certain managerial decisions necessary in each specific situation, including in the field of medical services for the rural population.

Keywords: *quality of medical care, rural health care, business processes, management, business process reengineering, process approach.*

И.Е. Хатьков,
д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр ДЗМ, г. Москва, Россия, e-mail: i.hatkov@mknc.ru, ORCID 0000-0002-4088-8118
И.А. Ли,
д.м.н., профессор, ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр ДЗМ, г. Москва, Россия, e-mail: i.li@mknc.ru, ORCID 0000-0002-9508-7502
О.А. Минаева,
к.м.н., ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр ДЗМ, г. Москва, Россия, e-mail: o.minaeva@mknc.ru, ORCID 0000-0002-0294-1424
М.А. Ермакова,
ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр ДЗМ, г. Москва, Россия, e-mail: m.ermakova@mknc.ru, ORCID 0000-0001-5975-4809
В.М. Слезингер,
ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр ДЗМ, г. Москва, Россия, e-mail: v.slezinger@mknc.ru, ORCID 0000-0002-2049-4146

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ, ВЫЗВАННОЙ НОВЫМ КОРОНАВИРУСОМ COVID-19

УДК: 614.253.1 *DOI: 10.37690/1811-0185-2020-8-27-34*

Хатьков И.Е., Ли И.А., Минаева О.А., Ермакова М.А., Слезингер В.М. ***Особенности организации работы многопрофильного стационара в условиях пандемии, вызванной новым коронавирусом COVID-19*** *(ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр ДЗМ, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Проанализирована ситуация организационных изменений структуры и функционирования многопрофильного стационара в условиях повышенной эпидемиологической угрозы на базе ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ. Представлены трудности внедрения «мобилизационной» системы оказания медицинской помощи и обоснованные выводы о ее преимуществах.

Ключевые слова: *перепрофилирование многопрофильного стационара, повышенная эпидемиологическая угроза, пандемия COVID-19, оказание медицинской помощи онкологическим пациентам.*

Введение

Пандемия COVID-19 заставила человечество вспомнить опыт работы в условиях распространения особо опасных инфекций. Основные принципы «мобилизационной» системы здравоохранения были сформулированы еще в начале XX века Н.А. Семашко. В условиях существующей системы оказания медицинской помощи потребовалась быстрая смена существующей парадигмы, переосмысление реалий и введение ежечасного решения изменяющихся тактических задач в соответствии с появлением новых данных о коронавирусной инфекции и распространением эпидемической волны.

В доступных широкой медицинской публике литературных источниках тема перепрофилирования учреждений здравоохранения в инфекционные госпитали не имеет достаточного освещения. Организация инфекционного контроля в целом обсуждается, пожалуй, только в руководящих документах Министерства здравоохранения РФ [1] и Департамента здравоохранения города Москвы [2], дублируясь в локальных актах медицинских учреждений. Исключения составляют специализированные инфекционные стационары и медицинские организации Министерства обороны, где, по долгу службы,

© И.Е. Хатьков, И.А. Ли, О.А. Минаева, М.А. Ермакова, В.М. Слезингер, 2020 г.

существуют Порядки организации развертывания и работы инфекционных подвижных госпиталей [3]. Теперь в период распространения новой коронавирусной инфекции появился целый ряд приказов и методических рекомендаций [4], однако до сих пор в литературе нам не встречалось обсуждений процесса реального перепрофилирования конкретного стационара.

Результаты

В период пандемии коронавируса многие медицинские учреждения города Москвы были перепрофилированы под оказание медицинской помощи именно пациентам с COVID-19 или с подозрением на эту инфекцию. Тем острее встал вопрос оказания медицинской помощи пациентам по вопросам, не связанным с этими инфекционными проблемами. Особенно актуальными стали вопросы оказания медицинской помощи онкологическим пациентам.

ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ остался в числе стационаров, не перепрофилированных под новую коронавирусную инфекцию и продолжающих функционировать как многопрофильный стационар. Однако нам потребовалось существенно пересмотреть тактику своей работы в новых условиях для защиты как персонала учреждения, так и наших пациентов от возможного заражения SARS-CoV-2.

Основные проблемы, которые пришлось решать на начальных этапах:

• неадекватная оценка медицинским персоналом реальных рисков распространения новой коронавирусной инфекции, проявившаяся широким спектром эмоций (от отрицания наличия этого заболевания в принципе до развития панических атак с отказом от выполнения профессиональных обязанностей);

• психологическая неготовность медицинского персонала работать с потенциально инфицированными пациентами (страх, растерянность);

• низкий уровень знаний персонала о работе в условиях повышенной инфекционной опасности;

• отсутствие приспособленных помещений для работы с карантинными инфекциями;

• недостаточное количество и неудовлетворительный перечень средств индивидуальной защиты для адекватного функционирования персонала при работе с SARS-CoV-2;

• высокая плотность расположения пациентов;

• большой процент пациентов со скомпрометированным иммунитетом (онкологические, гематологические, ревматологические, пациенты на биологической терапии);

• пересечение различных потоков пациентов (амбулаторные и стационарные, хирургические и терапевтические, гастроэнтерологические и онкологические).

С целью решения описанных проблем были проведены следующие мероприятия:

• На ранних этапах создана административная команда по принятию мобильных решений.

• Изучен опыт работы инфекционных больниц при работе с ООИ и больниц, уже открытых для оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19.

• Продуман и прописан алгоритм необходимых действий на территории МКНЦ, включая филиалы.

• Заранее начаты закупки необходимых медикаментов и расходных материалов, подготовка и переоборудование помещений.

• Внимательным образом проанализированы списки сотрудников с выделением групп риска и переводом их на дистанционную работу либо в режим самоизоляции.

• Для создания резерва рабочей силы на случай выбывания персонала по болезни, части сотрудников были предложены оплачиваемые отпуска и измененный график работы (дистанционный, посменный).

На всех территориях ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова введен строгий масочный режим как для персонала, так и для пациентов, а впоследствии принято решение об обязательности использования сотрудниками комплекта СИЗ (халат, шапочка, маска, перчатки, бахилы) на территории лечебных корпусов, КДО и филиалов; увеличено число диспенсеров дезинфекционных средств; закуплены и установлены специальные проходные дезинфекционные камеры на путях поступления пациентов и движения персонала; введена обязательная термометрия сотрудников на рабочем месте и пациентов. Был наложен запрет на посещение пациентов родственниками, а амбулаторное консультирование специалистами вынесено из лечебного корпуса в отдельно стоящие здания, специально переоборудованные под дополнительный консультативный прием пациентов. По мере ужесточения санитарно-противоэпидемического режима в городе Москве количество амбулаторных посещений было редуцировано. Среди персонала проведено обучение как теоретическое, так и практическое по использованию средств индивидуальной защиты, надеванию комбинезонов типа Тайвек, утилизации отходов класса В, организации передаточных окон.

Для сохранения работоспособности в качестве многопрофильного учреждения *(таблица 1)* в условиях

Таблица 1

Возмещение денежных средств по ОМС и ПМУ за март-май 2019-2020 гг.

	ОМС	*ПМУ*
2019 г.	380 млн.руб.	64,4 млн.руб.
2020 г.	550 млн.руб.	25,6 млн.руб.

угрозы распространения новой коронавирусной инфекции мы были вынуждены существенно сократить потоки консультируемых амбулаторно и госпитализируемых в стационар пациентов *(рис. 1).* Задачей специалистов колл-центра стало установление в ходе телефонной беседы необходимости проведения очной консультации того или иного пациента в ближайшее время *(рис. 2, 3).* Необходимость оказания консультативных услуг нашим пациентам привела к внедрению в нашем учреждении телемедицинских технологий, которые, однако, имели свои особенности: большой процент пациентов среди использовавших телеконсультацию оказались первичными пациентами, в отношении которых нелегитимно использование подобных технологий.

При формировании потоков на госпитализацию приоритет был отдан онкологическим пациентам *(рис. 2,3),* нуждающимся как в хирургическом, так

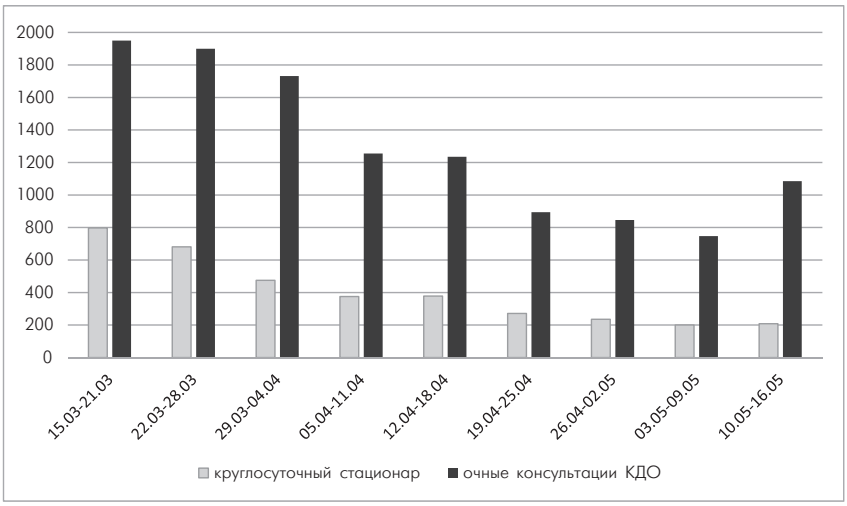

Рис. 1. **Динамика загруженности круглосуточного стационара и общего числа консультаций в КДО во время пандемии COVID-19 (15.03-15.05.2020) (число пролеченных пациентов понедельно)**

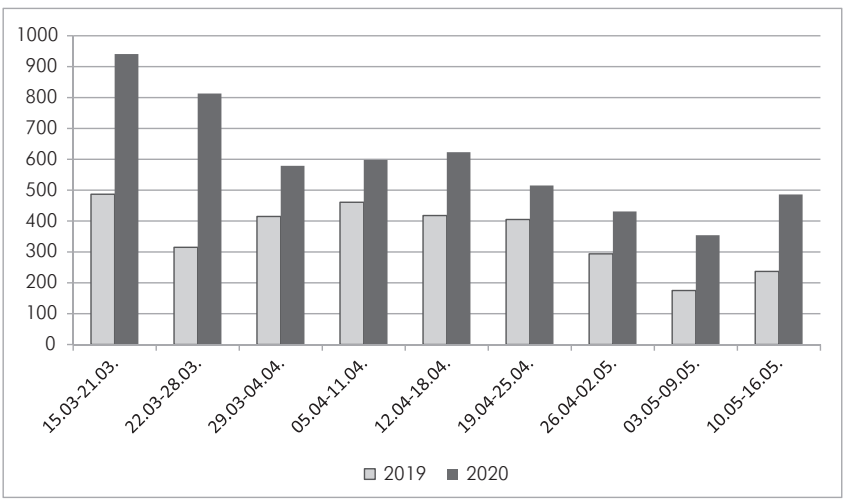

Рис. 2. **Оказание консультативной амбулаторной помощи онкологическим пациентам до и во время пандемии COVID-19**

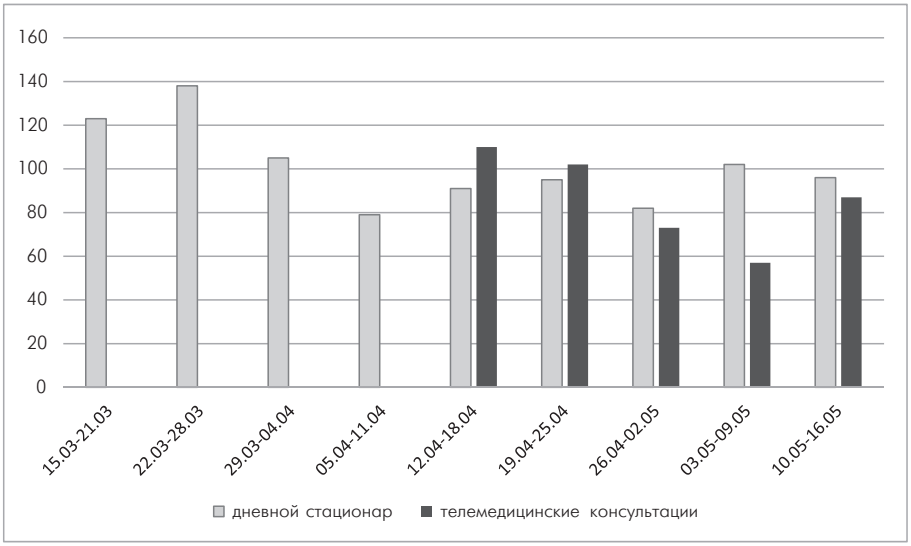

Рис. 3. **Динамика загруженности дневного стационара и проведения телемедицинских консультаций во время пандемии COVID-19 (15.03-15.05.2020) (число пролеченных пациентов понедельно)**

и химиотерапевтическом лечении, онкогематологическим пациентам и, с учетом гастроэнтерологического профиля работы МКНЦ, пациентам с жизнеугрожающими состояниями по этим нозологиям (воспалительные заболевания кишечника, угрожающие по развитию хирургических осложнений; циррозы печени с риском развития печеночной энцефалопатии; пациенты на циклической терапии) *(таблица 2)*. Выделены пять потоков пациентов с раздельными непересекающимися путями поступления: химиотерапевтические в круглосуточный стационар, химиотерапевтические в дневной стационар, гематологические в круглосуточный стационар, хирургические на плановые оперативные вмешательства и гастроэнтерологические в круглосуточный стационар.

Система требований к поступающим в стационар пациентам претерпевала изменения в соответствии с обостряющейся эпидемиологической ситуацией и получаемым нами опытом. Исходными требованиями ко всем поступающим пациентам на этапе начала

Таблица 2

Коечный фонд и его использование по профилям до и во время пандемии COVID-19

	Коечный фонд до пандемии COVID-19 15.03.2019–15.05.2019	*Количество пролеченных пациентов до пандемии COVID-19 15.03.2019–15.05.2019*	*Коечный фонд во время пандемии COVID-19 15.03.2020–15.05.2020*	*Количество пролеченных пациентов во время пандемии COVID-19 15.03.2020–15.05.2020*
Круглосуточный стационар:	652	5739	297	3226
– терапевтический		1237 (21%)		508 (16%)
– онкологический		1882 (33%)		1140 (35%)
– гематологический		373 (7%)		320 (10%)
– гастроэнтерологический		1622 (28%)		808 (25%)
– хирургический		625 (11%)		450 (14%)
Дневной стационар:	70	380	40	909
– терапевтический		314 (83%)		109 (12%)
– онкологический		14 (3%)		779 (86%)
– гематологический		52 (14%)		21 (2%)

распространения пандемии по городу Москве (точкой отсчета взято 15 марта 2020 г.) был спокойный эпидемиологический анамнез, отсутствие поездок в ближайшее время за рубеж и отсутствие контактов с заболевшими, а также нормотермия при поступлении. Однако появление признаков ковидной инфекции у уже госпитализированных пациентов заставило нас ужесточить входные требования к исследованию поступающих: на этапе приемного отделения всем пациентам помимо термометрии стали брать мазок из ротоглотки для исследования методом ПЦР на коронавирус (в стороннюю лабораторию), пациентов размещали в общие отделения на лечение или предоперационную подготовку. В первое время до получения результатов анализа проходило 2–5 суток. Пациентов с положительными результатами выписывали домой или переводили в инфекционные стационары в зависимости от тяжести состояния. Компьютерную томографию легких хирургическим пациентам с отрицательными результатами анализа на SARS-Cov-2 выполняли за 1–2 дня до предстоящего оперативного вмешательства, а остальных профилей – только по клиническим показаниям (появление катаральных явлений, кашля, лихорадки, одышки). Данная система госпитализации позволила нам предупредить проведение операционно-анестезиологических вмешательств инфицированным пациентам, что могло существенно ухудшить течение периоперационного периода и послеоперационный прогноз, однако была нами в ближайшие сроки критически переосмыслена, как недостаточная для предупреждения распространения инфекции в стационаре среди пациентов *(таблица 3)* и персонала *(рис. 4)*. В настоящее время мы используем КТ органов грудной клетки в качестве скрининговой методики 100% поступающих пациентов до момента заведения карты стационарного больного. При отсутствии КТ-признаков вирусной пневмонии пациент госпитализируется в обсервационное отделение с предварительным взятием мазка из ротоглотки для исследования на коронавирусную инфекцию. Одновременно с этим была проведена сертификация собственной лаборатории на работу

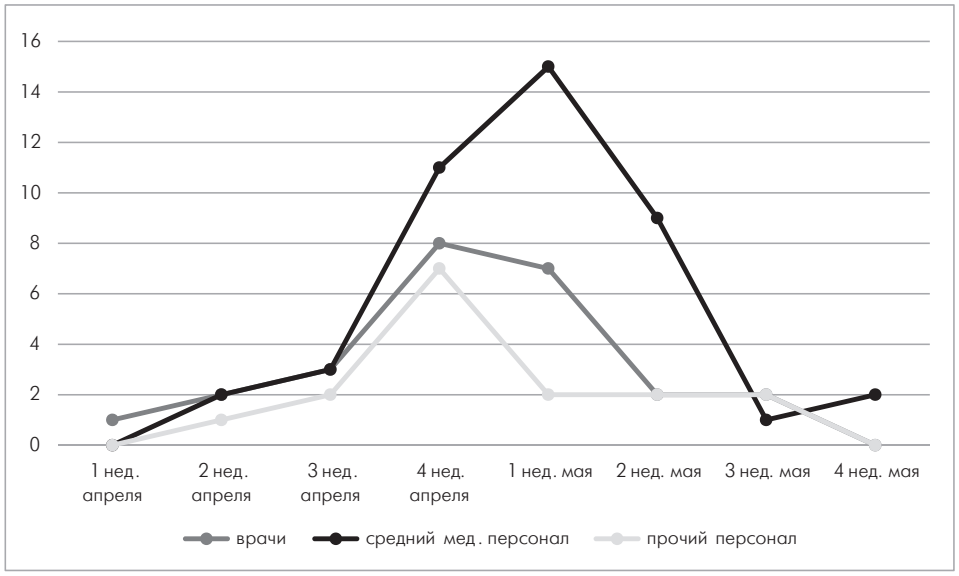

Рис. 4. **Динамика заболеваемости COVID-19 у персонала МКНЦ имени А.С. Логинова в апреле – мае 2020 г.**

Таблица 3

Заболеваемость COVID-19 у пациентов, получающих стационарное лечение

Средний процент заболевших за все время	3,6%
Максимальное значение (16.05.2020)	25%
На 28.05.2020	9,5%
Дневной стационар	3%

с агентами 3–4 групп патогенности, получены необходимые аппараты и реагенты, что сократило сроки ожидания результатов исследования на COVID-19 до нескольких часов.

Параллельно с ужесточением требований к госпитализируемым пациентам была изменена система размещения пациентов *(рис. 5)*. Предусматривая целесообразность изоляции поступающих пациентов друг от друга по крайней мере до начала основного этапа лечения (хирургическое вмешательство, лекарственная терапия), организованы обсервационные отделения. На территории временно нефункционирующих отделений терапевтического профиля было организовано обсервационное отделение № 1 с одноместным размещением пациентов в палатах и очень ограниченным доступом медицинского персонала. Организован единственный вход на территорию обсервационного отделения, контролируемый медицинским постом, с выделением и оборудованием санпропускника для надевания/снимания персоналом средств индивидуальной защиты. Достаточным объемом СИЗ в данной зоне мы считаем одетый поверх хирургической пижамы одноразовый хирургический халат, шапочку, перчатки,

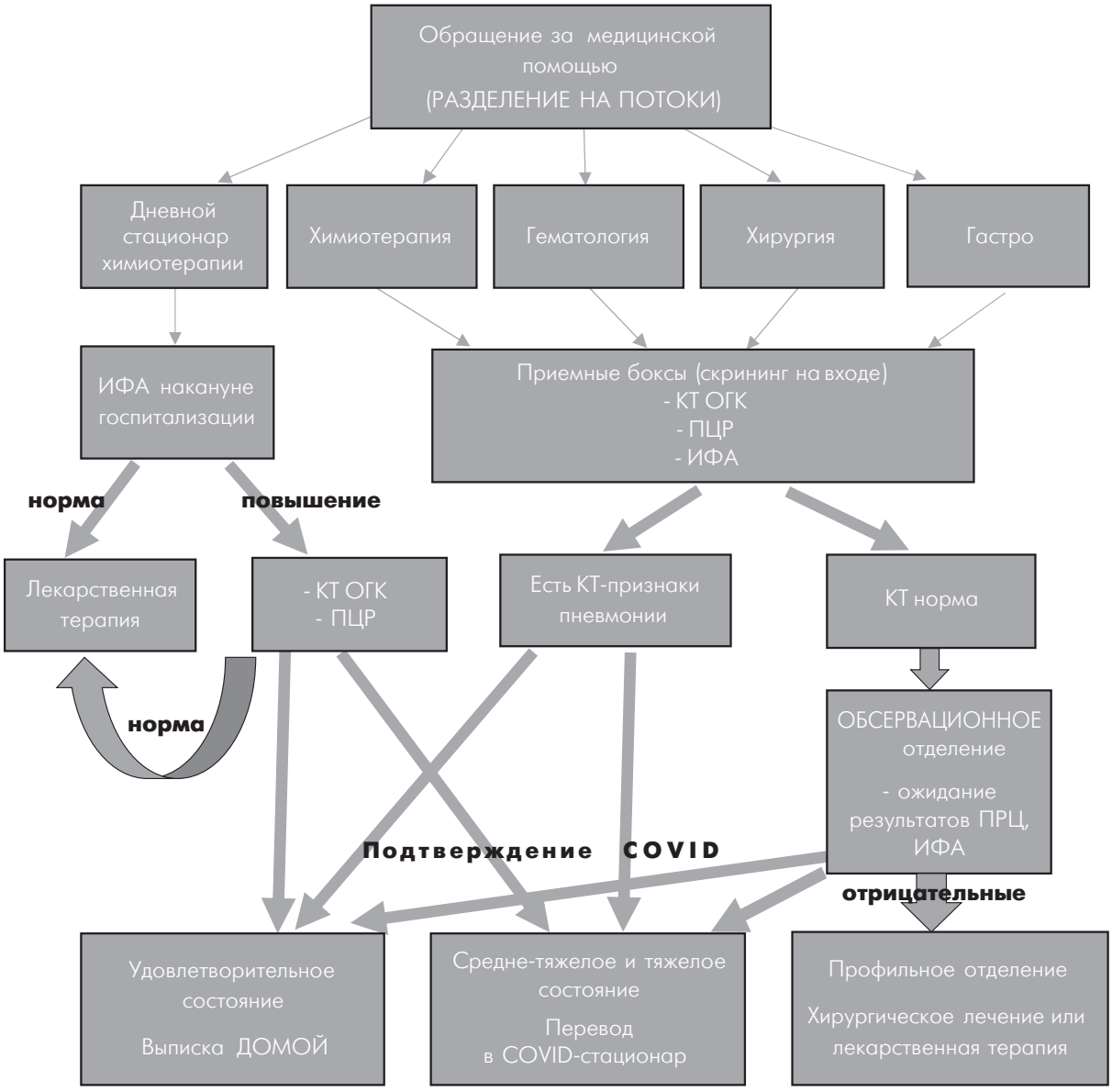

Рис. 5. **Схемы организации движения пациентов в стационаре на 15.05.2020 г.**

респиратор со степенью защиты FFP2, щиток или очки, бахилы. Транспортировка еды, анализов, отходов и т.д. внутри отделения осуществляется от/до дверей собственным персоналом; снаружи отделения от/до дверей – специально выделенным персоналом (транспортировочные бригады). В этих случаях двери отделения функционируют в режиме «передаточного окна». Персоналу обсервационного отделения запрещено неконтролируемое хождение в/из отделения; вход в отделение в уличной одежде; работа без СИЗ; вход в помещения отдыха и за пределы отделения в отработанных СИЗ; прием пищи, отправление физиологических потребностей в СИЗ. Пациенты обсервационного отделения ограничены в своих передвижениях пределами палаты. Был реализован принцип «врач к пациенту», то есть максимально возможное количество процедур, манипуляций, консультаций осуществляются непосредственно в палате пациента без передвижения по стационару. Пациенты обеспечены горячим питанием в одноразовой посуде, которое также доставляется в палаты.

Размещенные территориально в обсервационном отделении № 1 пациенты были закреплены за профильными отделениями, которые имеют своих лечащих врачей. Однако координация деятельности всех служб от момента вызова пациента на госпитализацию до его перевода в операционный блок или в отделение на химиотерапию была поручена временно выделенному руководителю обсервационного отделения.

С размещением пациентов изолировано в индивидуальных палатах и существенным ограничением возможности их передвижения возникла не вполне предвиденная проблема – пациенты испытывали потребность в психологической помощи, особенно ярко выраженную при ожидании предстоящего хирургического вмешательства более 3 суток или появлении показаний к дополнительным исследованиям. Оценивая при беседе с пациентом его психический статус как неустойчивый, лечащий врач имеет возможность вызвать к пациенту клинического психолога.

По окончании обсервационного периода на этапе получения консервативного лечения и в послеоперационном периоде пациенты были расположены в профильных отделениях. Для соблюдения принципа разобщения пациентов загруженность отделений поддерживалась на уровне 30% от коечного фонда.

При возникновении любых признаков системной воспалительной реакции, еще до начала проведения диагностических мероприятий, пациент подвергался еще более строгой изоляции либо в палате по месту своего расположения (если позволяют условия), либо переводился с соблюдением мер безопасности в обсервационное отделение № 2, созданное специально для изоляции пациентов с новой коронавирусной инфекцией до момента их выписки или перевода в специализированное учреждение. Контактные пациенты также изолировались с дальнейшим наблюдением и диагностическими мероприятиями. В этих случаях персонал отделения маркировал палату пациента как «красную» зону, минимализируя все контакты с пациентом, а работа с ним продолжалась с повышенной защитой (костюм типа Тайвек, изолирующий респиратор с уровнем защиты FFP3, лицевая маска, две пары перчаток). Дифференциальная диагностика пациентам с признаками ССВО проводилась как по пути повторного обследования на COVID-19 (мазки из ротоглотки, КТ грудной клетки), так и с целью выявления возможных осложнений послеоперационного периода или лекарственного воздействия. Алгоритм наших действий при подтверждении инфекции у госпитализированных пациентов был регламентирован действующими приказами ДЗМ (получение эпидномера, перевод в специализированное учреждение или выписка на амбулаторное долечивание). Сроки нахождения пациентов на территории отделений МКНЦ при подтверждении инфекции составили до одних суток, учитывая различные факторы: время суток, загруженность службы медицинской транспортировки. Дальнейшая маршрутизация определялась индивидуально в зависимости от состояния пациента. Пациентам в послеоперационном периоде, нуждающимся в продолжении госпитализации, предоставлялись места в соответствии с дорожной картой в ГКБ имени О.М. Филатова, с дальнейшей курацией профильными специалистами нашего учреждения. Перевод тяжелых нехирургических пациентов осуществлялся в соответствии с наличием мест в специализированных больницах после достижения договоренности на уровне руководителей двух медицинских организаций, что по факту, учитывая реальную загруженность инфекционных и перепрофилированных стационаров, оказалось трудноосуществимым мероприятием.

После 18 мая 2020 года, учитывая снижающиеся показатели распространения и заболеваемости COVID-19 в городе Москве, проводилась политика постепенного, с соблюдением всех мер предосторожности, увеличения потока госпитализируемых пациентов, расширения спектра нозологий для лекарственного лечения и проводимых хирургических вмешательств.

ВЫВОДЫ

В качестве выводов на данном этапе можно отметить следующее:

1. Любому лечебному учреждению следует иметь четкий разработанный и продуманный до мелочей «мобилизационный» план мероприятий по оказанию медицинской помощи населению в ситуации, приближенной к чрезвычайной.

2. Необходимо формирование «штаба», осуществляющего руководство по реализации «мобилизационного» плана на практике, включающего не только медицинских работников, но и службы обеспечения функционирования учреждения; работа «штаба» должна быть поставлена на предвидение и опережение текущей ситуации.

3. В условиях распространяющейся карантинной инфекции имеет смысл введение максимальных санитарно-противоэпидемических мер безопасности в медицинских учреждениях, продолжающих оказывать многопрофильную стационарную медицинскую помощь, с целью сохранения полноценного рабочего потенциала и предотвращения ухудшения результатов лечения.

4. В любой новой ситуации при наделении персонала нетипичными функциями необходимо проводить непрерывное обучение как основным принципам работы, так и непосредственно новым техническим приемам и навыкам.

5. Объективное, своевременное и регулярное информирование всего персонала о текущей эпидемической ситуации вне и внутри учреждения, непосредственное участие руководства в ситуации и помощь в решении вопросов «изнутри» существенно снижает степень напряженности среди медицинского персонала.

6. Необходим постоянный динамический жесткий контроль за соблюдением правил и мер безопасности со стороны всех участников процесса для достижения наилучших результатов с максимально возможным поощрением лучших практик.

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 18 июля 2013 г. № 476 «О совершенствовании мероприятий по предупреждению возникновения и распространения инфекционных (паразитарных) болезней». http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=563137#031696784874720874

2. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 19 сентября 2017 г. № 675 «Об обеспечении мероприятий по предупреждению заноса и распространения инфекционных (паразитарных) болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории города Москвы». http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=MLAW&n=181852#028027539473311314

3. Приказ от 16.04.2004 г. № 2-ГО ГБУЗ ИКБ № 2 ДЗМ «О проведении командно-штабного учения «Организация развертывания и порядок работы инфекционного подвижного госпиталя медицинской службы гражданской обороны в приспособленных зданиях». М., 2004. – 42 с.

4. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) », версия 6 (28.04.2020) МЗ РФ. М., 2020. – 164 с.

UDC 614.253.1

Khatkov I.E., Li I.A., Minaeva O.A., Ermakova M.A., Slezinger V.M. ***Organization of tertiary hospital functioning during novel coronavirus pandemic*** *(Moscow Clinical Scientific Center named after A.S. Loginov, Moscow, Russia)*

Abstract. We analyzed organizational changes in the structure and functioning of Moscow Clinical Scientific Center named after A.S. Loginov during novel coronavirus pandemic. The paper presents challenges in the implementation of N.A. Semashko "mobilizational" system of healthcare provision and reasoned conclusions on its advantages.

Keywords: *reprofiling of multidisciplinary hospital, increased epidemiological threat, COVID-19 pandemia, medical care to patients with cancer.*

И.А. Деев,
д.м.н., ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Томск, Россия, e-mail: ivandeyev@yandex.ru
О.С. Кобякова,
д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Томск, Россия, e-mail: rector@ssmu.ru
В.А. Бойков,
к.м.н., ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Томск, Россия, e-mail: boykov85@mail.ru
И.П. Шибалков,
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Томск, Россия, e-mail: shibalkov.ivan@yandex.ru
С.В. Барановская,
к.м.н., ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Томск, Россия, e-mail: sv-baranovskaya@yandex.ru
Л.М. Протасова,
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Томск, Россия, e-mail: zharmuhambetova.l@gmail.com
Г.В. Шнайдер,
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Томск, Россия, e-mail: redaktor.ssmu@gmail.com
Т.А. Суворова,
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Томск, Россия, e-mail: arteria_1@mail.ru

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ГРАЖДАН КАК ИНДИКАТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МОДЕЛЕЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНОМ ЗВЕНЕ

УДК: 614.2 *DOI: 10.37690/1811-0185-2020-8-35-40*

Деев И.А., Кобякова О.С., Бойков В.А., Шибалков И.П., Барановская С.В., Протасова Л.М., Шнайдер Г.В., Суворова Т.А. ***Удовлетворенность граждан как индикатор эффективности организационных моделей оказания медицинской помощи в амбулаторном звене*** *(ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Томск, Россия)*

Аннотация. Объектом исследования выступает удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью как потенциальный инструмент оценки эффективности организационных преобразований в амбулаторно-поликлиническом звене. Пациент-ориентированный подход становится все более широко распространен в мировом и отечественном здравоохранении, поэтому для оценки проводимых преобразований также необходимо учитывать мнение получателей медицинской помощи. Целью исследования стала апробация разработанного онлайн-сервиса оценки удовлетворенности пациентов TesMed при анализе эффективности системных организационных преобразований в амбулаторном звене Томской области (объединенных в один документ – Стандарт организации амбулаторной помощи на территории Томской области). Пациенты получили возможность, используя функционал смартфона, идентифицировать медицинскую организацию и поставить оценку по пятибалльной шкале. Если пациент ставил меньше пяти баллов, приложение предлагало ему выбрать причину неудовлетворенности из списка. Были проанализированы данные 2898 анкет. К моменту начала заметных для посетителей поликлиник преобразований (изменение формата работы приемной зоны и регистратуры, оптимизация рабочих мест персонала, формирование корпоративной культуры) доля посетителей, оценивавших работу медицинской организации на пять баллов, составляла 57,78%. Уже через месяц реализации проекта данный параметр вырос до 85,79% и до конца 2019 года не опускался ниже 72%. Анализ факторов, влияющих на негативные оценки, показал, что структура причин их снижения существенно не изменилась. Исследование показало, что использование базирующихся на мнении пациентов методик оценки организационных моделей оказания медицинской помощи, наряду со стандартными индикаторами деятельности, способствует повышению эффективности взаимодействия между медицинскими организациями и пациентами.

Ключевые слова: *удовлетворенность медицинской помощью, бережливое производство, пациент-ориентированность, стандартизация медицинской помощи.*

© И.А. Деев, О.С. Кобякова, В.А. Бойков, И.П. Шибалков, С.В. Барановская, Л.М. Протасова, Г.В. Шнайдер, Т.А. Суворова, 2020 г.

Введение

Здравоохранение России на современном этапе претерпевает существенные изменения. Интенсивное развитие системы оказания медицинской помощи в последние десятилетия было направлено на укрепление материально-технической базы медицинских организаций (МО) и кадрового потенциала отрасли, внедрение порядков и стандартов оказания медицинской помощи, повышение доступности высокотехнологичной медицины.

Кроме того, еще одним актуальным направлением развития современного здравоохранения как в России, так и за рубежом стал пациент-ориентированный подход к организации и оказанию медицинской помощи, в основе которого заложены принципы уважения интересов пациента и вовлеченности его в процесс собственного лечения [1, 4].

Опыт МО, внедривших пациент-ориентированные организационные модели, демонстрирует не только рост уровня удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью (что является в большей степени субъективным фактором), но и лучшие клинические результаты [2, 3].

На сегодняшний день эффективность большинства проектов, реализуемых в здравоохранении, принято оценивать с помощью различных показателей деятельности системы оказания медицинской помощи или демографическими параметрами (занятость койки, заболеваемость, смертность и пр.), которые не всегда в полной мере отражают, что улучшения в работе МО являются таковыми и для пациентов.

Таким образом, при переходе к пациент-ориентированной модели здравоохранения становится актуальным разработка и применение новых систем оценки эффективности, учитывающих мнение пациентов.

На территории Томской области опыт МО по применению бережливых технологий, полученный в рамках реализации совместного проекта Минздрава России и Госкорпорации «Росатом» «Бережливая поликлиника» (позднее трансформировавшийся в проект «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»), был обобщен и представлен в виде единого документа – Стандарта организации амбулаторной помощи на территории Томской области (далее – Стандарт), который регламентировал единые подходы к организации работы поликлиник и их структурных подразделений.

Цель настоящего исследования – оценить эффективность реализации Стандарта с помощью специально разработанного для проекта сервиса онлайн-аудита TesMed, учитывающего удовлетворенность пациентов.

Методы

Разработанный Стандарт включал в себя 14 разделов, регламентирующих деятельность структурных подразделений поликлиники и отдельные аспекты организации работы МО.

Так, например, в разделе «Приемная зона» были описаны требования к организации работы ее структурных элементов, таких как гардероб, санитарные комнаты, колясочные, зоны ожидания и др.

Требования по формированию удобной для пациента навигации, которая разделена на внешний (указатели направления к МО и наружные вывески) и внутренний контур, были описаны в соответствующем разделе Стандарта.

Отдельным блоком были регламентированы вопросы организации рабочего пространства сотрудников МО, который помимо обеспечения каждого работника автоматизированным рабочим местом и применения принципов эргономики при расстановке мебели в кабинетах, также предписывал внедрение во всех МО системы 5С.

Требования к сотрудникам и их обучению, а также вопросы корпоративной культуры, общие принципы профессиональной этики и основные правила поведения также были описаны в Стандарте.

Кроме того, документом была регламентирована организация работы структурных подразделений МО, таких как регистратура, кабинеты неотложной помощи, медицинской профилактики и процедурный.

Особенностью описанной в Стандарте схемы маршрутизации пациентов стало открытие кабинетов организации плановой помощи с основной функцией записи пациентов на плановую госпитализацию, дополнительные консультации врачей-специалистов, исследования и обследования во внешние МО.

Стандарт внедрялся в 35 МО Томской области (34 МО, имеющих прикрепленное население, и 1 специализированная поликлиника) в течение 2019 года.

Для оценки эффективности мероприятий Стандарта применялся специально разработанный для проекта сервис онлайн-аудита TesMed, который представляет собой набор инструментов для формирования обратной связи от пациентов. Посредством мобильных приложений и веб-сервиса посетители МО, для каждой из которых был сформирован индивидуальный QR-код, размещавшийся внутри МО, оценивали организацию медицинской помощи и условия, в которых она оказывается *(рис. 1)*.

Пациент, находясь в прямой близости с размещенным QR-кодом, получал возможность, используя

функционал смартфона, идентифицировать МО и поставить оценку по пятибалльной шкале.

Если пациент ставил меньше пяти баллов, приложение предлагало ему выбрать причину неудовлетворенности из следующего списка:

- длительность ожидания приема;
- долгое ожидание в регистратуре;
- проблемы записи на прием;
- не понятны рекомендации на приеме;
- грубость персонала;
- отсутствие комфортных условий;
- физическая грязь;
- сложность восприятия навигации.

В рамках применения сервиса онлайн-аудита TesMed для оперативного мониторинга удовлетворенности граждан оказанными медицинскими услугами с целью оценки эффективности внедрения Стандарта в МО Томской области были проанализированы данные 2898 не содержащих персональных данных анкет посетителей всех 35 МО, участников проекта за период с января 2019 года по март 2020 года.

Из общего числа опрошенных 59,6% составили женщины, а 40,4% мужчины. Средний возраст респондентов: 38,5±9,5 лет (женщин: 31,1±8,1 лет, мужчин: 30,1±7,1 лет (p=0,54).

Рис. 1. **Плакат для оценки работы МО через сервис онлайн-аудита TesMed**

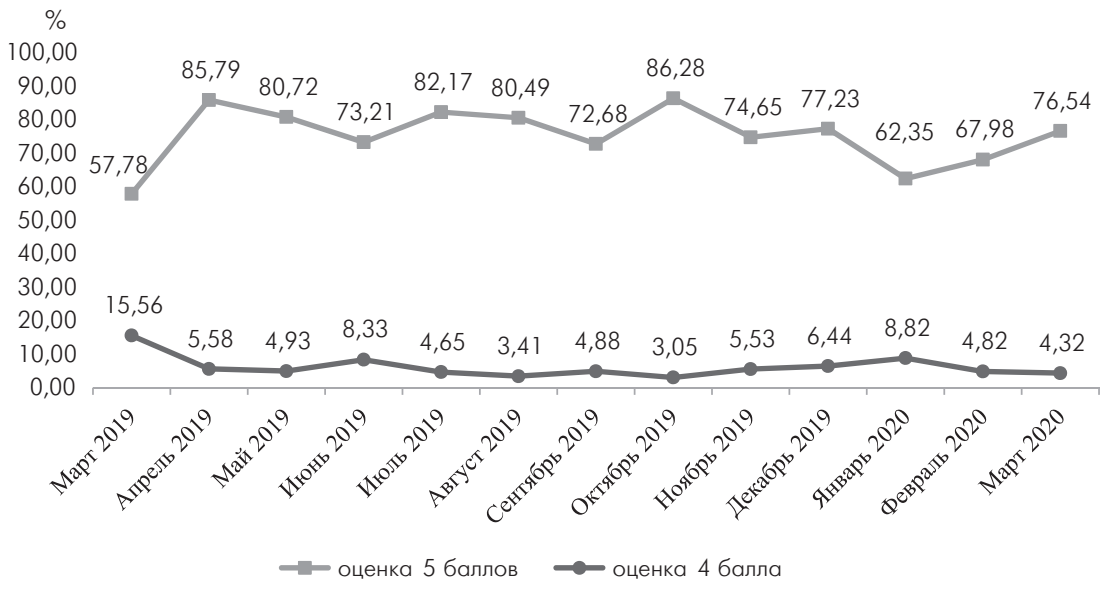

Рис. 2. **Динамика показателя доли посетителей МО, оценивших ее работу на четыре и пять баллов с помощью сервиса онлайн-аудита TesMed, в 2019–2020 годах**

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета программ Statistica 10.0.

Результаты

Анализ полученных данных показал, что к моменту начала заметных для посетителей поликлиник действий по внедрению мероприятий Стандарта (март 2019 года), таких как изменение формата работы приемной зоны и регистратуры, оптимизация рабочих мест персонала, а также формирование корпоративной культуры, доля посетителей, оценивавших работу МО на пять баллов, составляла 57,78%. Уже через месяц реализации проекта данный параметр вырос до 85,79% и до конца 2019 года не опускался ниже 72% (март 2019 vs декабрь 2019, ОШ=2,48; 95%ДИ 1,46–4,22). В январе и феврале 2020 года отмечались более низкие показатели, однако в марте 2020 года доля посетителей, оценивших работу МО на пять баллов, вернулась на уровень 2019 года и составила 76,54% (март 2019 vs март 2020, ОШ=2,39; 95%ДИ 1,37–4,15) – *рис. 2.*

Анализ динамики показателя доли посетителей МО, выбравших минимальную оценку, показал значительную его вариабельность. Так, в марте 2019 года данный параметр составлял 10,00%, однако в апреле и октябре наблюдалось резкое снижение до 2,03% и 3,35% соответственно, с последующим ростом. В 2019 году показатель доли посетителей МО, выбравших минимальную оценку, не превышал 12% и в декабре составлял 6,44% (март 2019 vs март 2020, ОШ=1,65; 95%ДИ 0,66–3,93) – *рис. 3.*

Для определения причин, влияющих на снижение оценки МО посетителями, были проанализированы данные анкет за два временных интервала: до активного внедрения мероприятий Стандарта, заметных для пациентов (январь и февраль 2019 года – первый этап) и период активного внедрения и действия измененных процессов (с марта 2019 по март 2020 годов – второй этап).

Анализ ответов респондентов показал, что структура причин снижения удовлетворенности посетителей МО их работой на первом и втором этапах значимых изменений не претерпела. Больше всего недовольство пациентов вызывала длительность ожидания приема. На втором и третьем местах в структуре причин снижения удовлетворенности была проблема записи на прием и долгое ожидание в регистратуре *(рис. 4).*

Анализ параметра доли посетителей МО, выбравших в качестве причин снижения оценки МО тот или иной фактор, предлагаемый сервисом онлайн-аудита TesMed, показал, что при сравнении данных, полученных на первом и втором этапах, отмечается достоверное улучшение шести из восьми

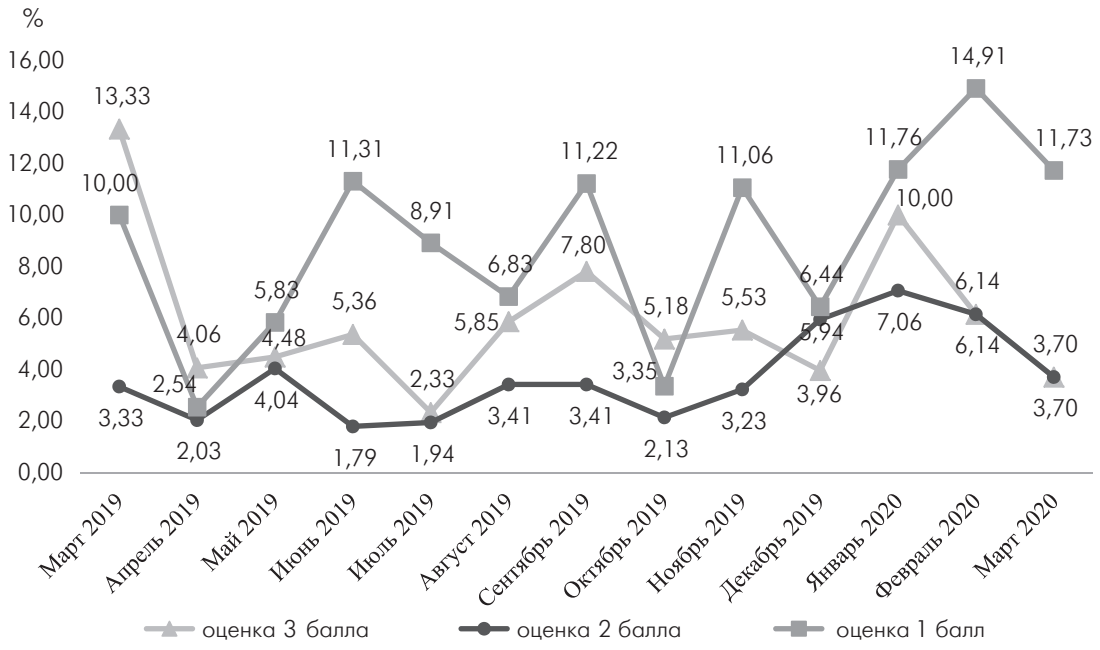

Рис. 3. **Динамика показателя доли посетителей МО, оценивших ее работу на три, два и один балл с помощью сервиса онлайн-аудита TesMed, в 2019–2020 годах**

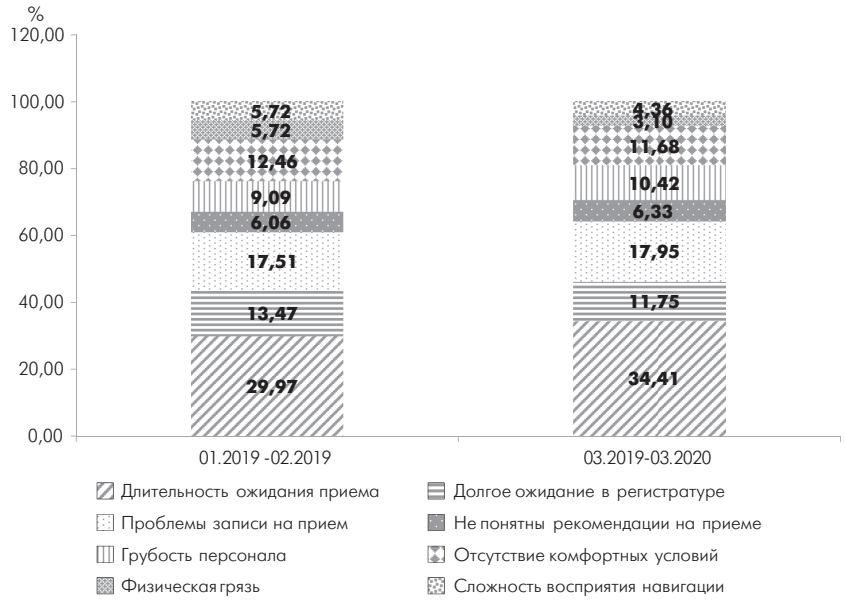

Рис. 4. **Структура параметров, влияющих на снижение удовлетворенности граждан работой МО, полученных с помощью сервиса онлайн-аудита TesMed в 2019–2020 годах**

параметров в период реализации проекта по внедрению Стандарта. Так, на 58,27% снизилось число граждан, отмечавших в МО физическую грязь, и на 41,19% доля граждан, неудовлетворенных навигацией МО. Долгое ожидание в регистратуре и проблемы записи на прием также стали значительно реже обуславливать негативные оценки МО (снижение на 32,68% и 20,93% соответственно) – *таблица 1.*

Обсуждение

Таким образом, результаты проведенного исследования продемонстрировали, что МО, внедрявшие Стандарт, стали чаще оцениваться пациентами положительно с момента начала активной реализации проекта. Так, максимальной доля отличных оценок была отмечена в апреле, июле и октябре 2019 года (85,79%, 82,17% и 86,28% соответственно).

Таблица 1

Сравнительная оценка параметров, влияющих на снижение удовлетворенности граждан работой МО, полученных с помощью сервиса онлайн-аудита TesMed в 2019–2020 годах

№	*Причина снижения оценки МО*	*01.2019–02.2019 (%)*	*03.2019–03.2020 (%)*	*ОШ*
1	Длительность ожидания приема	85,58	75,81	1,89 (1,06–3,37)
2	Долгое ожидание в регистратуре	38,46	25,89	1,79 (1,16–2,76)
3	Проблемы записи на прием	50,00	39,53	1,93 (1,25–2,99)
4	Не понятны рекомендации на приеме	17,31	13,95	1,29 (0,74–2,25)
5	Грубость персонала	25,96	22,95	1,18 (073–1,89)
6	Отсутствие комфортных условий	35,58	25,74	1,59 (1,03–2,47)
7	Физическая грязь	16,35	6,82	2,67 (1,46–4,88)
8	Сложность восприятия навигации	16,35	9,61	1,84 (1,03–3,29)

Описанная динамика оценки гражданами работы МО могла быть связана с внедрением разделов Стандарта. Так, на этапе планирования были определены предельные сроки реализации отдельных мероприятий. По разделам, регламентирующим организацию приемной зоны, рабочих мест персонала, регистратуры, а также для отработки вопросов, касающихся корпоративной культуры, предельным сроком был установлен март 2019 года, по большинству других разделов – май 2019 года. Последующее снижение уровня удовлетворенности могло быть связано с эффектом привыкания, однако доля отличных оценок оставалась всегда выше базового показателя (март 2019 года).

Анализ факторов, влияющих на негативные оценки гражданами работы МО, показал, что структура причин их снижения существенно не изменилась. При этом доля граждан, выбравших один или несколько негативных факторов в организации работы МО, снизилась в шести из восьми оценочных параметрах.

Следует отметить, что несмотря на внедрение Стандарта, по мнению граждан, грубость персонала и непонятные рекомендации специалистов на приеме по-прежнему оставались факторами, вызывающими негативную оценку работы МО, и в отличие от других параметров их доля не изменилась. Вероятной причиной полученного результата может быть как низкая эффективность мероприятий Стандарта по отношению к деятельности МО, характеризующейся данными параметрами, так и недостаточный период времени реализации мероприятий для получения статистически значимых результатов.

Выводы

Применение сервиса онлайн-аудита TesMed в качестве одного из инструментов оценки мероприятий Стандарта, внедряемого в МО региона, позволило подтвердить их эффективность с точки зрения пациентов.

Использование базирующихся на мнении пациентов методик оценки организационных моделей, применяемых при оказании медицинской помощи, наряду со стандартными индикаторами деятельности медицинских организаций, способствует повышению эффективности взаимодействия между медицинскими организациями и пациентами, что является ключевым аспектом при построении пациент-ориентированной модели здравоохранения.

Литература

1. *Деев И.А., Барановская С.В., Бойков В.А., Грахов В.Н., Кравченко А.П., Кобякова О.С., и др.* Декларация о пациент-ориентированном здравоохранении Томской области. // Бюллетень сибирской медицины 2019; 18 (2): 175–80.

2. *Stewart M., Brown J.B., Donner A., McWhinney I.R., Oates J., Weston W.W. et al.* The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract 2000; 49 (9): 796–804.

3. *Street R.L., Makoul G., Arora N.K., Epstein R.M.* How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient Educ Couns 2009; 74 (3): 295–301.

4. *Wolfe A.* Institute of Medicine Report: crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century. Policy Polit Nurs Pract 2001; 2 (3): 233–5.

UDC 614.2

Deev I.A., Kobyakova O.S., Boykov V.A., Shibalkov I.P., Baranovskaya S.V., Protasova L.M., Shnaider G.V., Suvorova T.A.

Satisfaction of patients as an indicator of the effectiveness of organizational models of providing medical care in the outpatient sector *(Siberian State Medical University, Tomsk, Russia)*

Abstract. The object of the study is patient satisfaction with the medical care provided as a potential tool for evaluating the effectiveness of organizational changes in the outpatient unit. The patient-oriented approach is becoming more and more widespread in the world and domestic health care, so it is also necessary to take into account the opinion of the recipients of medical care in order to evaluate the ongoing changes. The purpose of the study was to test the developed online patient satisfaction assessment service TesMed in the implementation of systemic organizational changes in the outpatient section of the Tomsk region (united in one document – the Standard for organizing outpatient care in the Tomsk region). Patients were able to use the smartphone functionality to identify the medical organization and put a rating on a five-point scale. If the patient scored less than five points, the app asked them to select a reason for dissatisfaction from the list. The data of 2898 forms were analyzed. By the time of the beginning of noticeable changes for visitors of polyclinics (changing the format of the reception area, staff jobs, registry, formation of corporate culture), the share of visitors who rated the work of a medical organization by five points was 57.78%. After a month of project implementation, this parameter increased to 85.79% and did not fall below 72% until the end of 2019. The analysis of factors affecting negative ratings showed that the structure of reasons for their decline has not changed significantly. The study showed that the use of assessment methods used in the provision of medical care organizational models based on the opinion of patients, along with standard performance indicators, contributes to improving the effectiveness of interaction between medical organizations and patients.

Keywords: *satisfaction with medical care, lean manufacturing, patient orientation, standardization of medical care.*

Ю.В. Михайлова,
д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, e-mail: mikhailova@mednet.ru; ORCID: 0000-0001-6779-726X
И.Б. Шикина,
д.м.н., доцент, ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия; ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации; Москва, Россия; e-mail: shikina@mednet.ru; ORCID: 0000-0003-1744-9528
Т.А. Сибурина,
д.м.н., профессор, ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, e-mail: siburina@mednet.ru; ORCID: 0000-0002-3599-5349
И.Ю. Чухриенко,
ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, e-mail: irina_chuhrienko@mail.ru; ORCID: 0000-0002-956-0727
А.Ю. Михайлов,
к.э.н., ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, e-mail: amikhaylov@yandex.ru, ORCID: 0000-0001-9723-6228
И.А. Элизов,
ГБУЗ Калининградской области «Центральная районная больница Зеленоградского района», Зеленоградский район, Калининградская область, Россия, e-mail: igor.elizov@gmail.com, ORCID: 0000-0002-6588-5714

ОСНОВНЫЕ ЖИЗНЕННЫЕ ЦЕННОСТИ И ПОТРЕБНОСТИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

УДК: 614.2 *DOI: 10.37690/1811-0185-2020-8-41-48*

Михайлова Ю.В.[1], Шикина И.Б.[1,2], Сибурина Т.А.[1], Чухриенко И.Ю.[1], Михайлов А.Ю.[1], Элизов И.А.[3] ***Основные жизненные ценности и потребности, определяющие качество жизни сельского населения старше трудоспособного возраста Калининградской области*** *([1]ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия; [2]ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации; Москва, Россия; [3]ГБУЗ Калининградской области «Центральная районная больница Зеленоградского района», Зеленоградский район, Калининградская область, Россия)*

Аннотация. Статья посвящена изучению специфических потребностей лиц старше трудоспособного возраста и их интересов, влияющих на качество их жизни. Цель работы – выявить основные жизненные ценности и потребности, определяющие качество жизни сельского населения старше трудоспособного возраста Калининградской области. В рамках проекта Партнерства «Северное измерение» в области здравоохранения и социального благополучия в 2019 г. проведено социологическое исследование среди 211 сельских жителей в возрасте от 60 до 88 лет. *Методы проведения работ*ы: социологический, аналитический, математическая статистика. Распределение возрастной и гендерной структуры опрошенного населения отражает общемировые тенденции. Изучены социально-демографическая и медико-социальная характеристики сельского населения. Результаты исследования показали, что качество жизни лиц старше трудоспособного возраста в наибольшей степени определяется приоритетными жизненными ценностями и потребностями: состоянием здоровья и уровнем материального благополучия; одиночеством; сложностями в использовании цифровых технологий; неуважением, проявляемым со стороны молодежи, т.е. вполне объективными причинами, решение которых в основном, зависит от государственных мер по поддержке старшего поколения. Прослежены первые 10 значимых жизненных ценностей у пожилых людей в разные периоды времени.

Ключевые слова: *социологическое исследование, лица старше трудоспособного возраста, качество жизни, жизненные ценности и потребности, сельское население.*

© Ю.В. Михайлова, И.Б. Шикина, Т.А. Сибурина, И.Ю. Чухриенко, А.Ю. Михайлов, И.А. Элизов, 2020 г.

Введение

Население европейского региона Всемирной организации здравоохранения стареет быстрыми темпами и возрастная медиана здесь самая высокая в мире. Прогнозируется, что доля населения в возрасте 65 лет и старше вырастет с 14% в 2010 г. до 25% в 2050 г. [1]. Ожидается, что доля населения в возрасте 60 лет и старше в России к 2050 г. достигнет 30% [2, с. 29].

Граждане практически всех государств Европейского региона живут дольше, но их шансы провести последние годы жизни, сохраняя хорошее здоровье и высокий уровень благополучия, различаются как внутри стран, так и между странами [3]. В Российской Федерации Калининградская область является пилотным регионом Партнерства «Северное измерение» в области здравоохранения и социального благополучия, где проводят исследования в сотрудничестве с другими странами [4].

Для слишком многих людей возраст старше трудоспособного чреват высоким риском социальной изоляции и бедности, ограничением доступа к высококачественным медицинским и социальным услугам. Показатели здоровья и благополучия, качество жизни этой группы населения могут быть кардинально улучшены, если будут учитываться специфические потребности пожилых и их интересы, если знать об имеющихся барьерах для доступа к услугам в отдельных социально-экономических группах населения [5, 6].

Качество жизни лиц старше трудоспособного возраста рассматривается как наличие условий и возможностей для здорового старения, оказывает существенное влияние на соматическое и психическое здоровье, психологическое состояние человека, его мироощущение. Основные проблемы необеспечения достойного уровня качества жизни лиц старше трудоспособного возраста в Российской Федерации обусловлены низкими уровнями материального обеспечения и включенности в общественную жизнь, плохим состоянием здоровья, низким уровнем безопасности окружающей, в том числе жизненной среды [7, 8, 9].

Оценка качества жизни включает объективный и субъективный компоненты. Если объективный компонент отражает потребности и возможности человека, а также наличие условий для их реализации, то субъективный компонент включает личностное отношение индивидуума к жизненным ценностям.

Цель исследования – выявить основные жизненные ценности и потребности, определяющие качество жизни сельского населения Калининградской области старше трудоспособного возраста.

Методы

Социологическое исследование проведено в 2019 г. среди 211 человек (169 женщин и 36 мужчин, 6 респондентов пол не указали) в возрасте от 60 до 88 лет, проживающих в сельской местности, прикрепленных для оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях к медицинской организации «Врачебная амбулатория» поселка Коврово Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калининградской области «Зеленоградская центральная районная больница» Калининградской области, которая в соответствии со Стратегией действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 г., утвержденной распоряжением Правительства РФ от 05.02.2016 № 164-Р, реализует международный проект «Оценка и разработка рекомендаций по совершенствованию амбулаторной медико-социальной помощи больным с сочетанными хроническими неинфекционными заболеваниями в Северо-Западном федеральном округе Российской Федерации в сотрудничестве с другими странами, входящими в Партнерство «Северное измерение» в области здравоохранения и социального благополучия».

Размер выборки для получения результатов с долей признака 50,0% с указанной точностью и погрешностью составил 193 от генеральной совокупности (385 жителя старше 60 лет) при ДИ±5,0% и точности 95,0%. Использованы методы статистического анализа, включающие расчет частоты распространения исследуемых признаков, получение интенсивных и экстенсивных показателей в целом по всему контингенту опрашиваемых. Для сравнения относительных величин использовался t-критерий Стьюдента. Статистическая значимость различий определялась при $p < 0,05$.

Результаты

Социально-демографическая характеристика контингента сельских жителей 60 лет и старше, принявших участие в исследовании

В общем составе респондентов (211 сельских жителей) существенно (в 2,6 раза) превалировали лица возрастной группы 60–74 года (151 человек – 71,6%) над группой 75–88 лет (59 человек – 28,0%).

Женщины составили 80,1%, мужчины – 17,1%. Превалирование числа лиц женского пола над мужским было больше в 4,7 раза.

Почти каждый третий (64 человека или 30,3%) среди всех опрошенных одинок, 141 человек или 66,8% живут в семьях, из них 76 (36%) – с супругами. Остальные 6 человек (2,8%) этот вопрос проигнорировали. При этом семейное положение респондентов на момент опроса характеризуется высокой долей лиц, потерявших супругов (81 человек, 38,4%), не состоящих в браке (21, 10,0%), разведённых (22, 10,4%), т.е. более половины (58,8%).

Среди всех опрошенных лиц старше трудоспособного возраста большинство (161 человек) составили неработающие пенсионеры (76,3%), что в 3,4 раза больше, чем работающие – 48 (22,7%) респондента.

На вопрос о занятиях в свободное время, свидетельствующий о социальной и физической активности респондентов, более половины опрошенных указали на ведение домашнего хозяйства и занятия с внуками (130 из 209 ответивших – 62,2%). Среди способов проведения досуга превалировали просмотры TV-передач и прослушивание радиопередач (51,2%). Чуть меньше 33,5% проводят время на природе, 13,9% респондентов общаются с друзьями и 13,4% имеют хобби и занимаются им. При том, что в поселке Коврово функционирует клуб с различными кружками, число привлекаемых к их работе респондентов составило менее 5,7%.

Медико-социальная характеристика контингента сельских жителей 60 лет и старше, принявших участие в исследовании

Несмотря на достаточно широкий диапазон используемых активностей, обращает на себя внимание тот факт, что лица 60 лет и старше (в целом по контингенту опрошенных) в 61,6% случаев для обеспечения нормального функционирования в повседневной жизни нуждаются в медицинской и посторонней помощи, что свидетельствует об определенной степени ограничения их функциональных возможностей, в то время как не нуждаются в посторонней помощи для выполнения повседневных функций только 33,2% опрошенных. 11 пациентов данный вопрос проигнорировали.

Общее представление о составе контингента, с учетом предоставления мер социальной поддержки, получено на основе ответов на вопрос: «Какими льготами в рамках социальной поддержки Вы пользуетесь?». Респонденты сделали акцент на раскрытии отражающих фактическое состояние дел с их льготным обеспечением с указанием только ответов, которые включали формулировку «Не пользуюсь». Вторая часть вопроса – какими льготами пользуетесь? – к сожалению, осталась без их внимания.

Охват лиц старше трудоспособного возраста в сельской местности мерами государственной социальной поддержки составил 19,0%, 170 человек (80,6%) – не пользовались никакими видами льгот.

Показатель, отражающий субъективное мнение лиц в возрасте 60 лет и старше об отношении к ним в обществе, не только позволяет судить об объективном состоянии проблемы, но и включает субъективный компонент, характеризующий общий настрой респондентов, их позитивную или негативную реакцию на сложившуюся ситуацию. В полученной оценке очень высокий процент (74,4%) лиц, не удовлетворенных создавшимся положением, что свидетельствует о превалировании негативного фона, который отражается на оценке конкретных форм взаимодействия общества с гражданами старшего поколения.

Состав жизненных ценностей и, особенно, оценка их значимости выявляет не только внутренние ориентиры личности, но и реальную ситуацию, выдвигающую на первые места жизненно важные проблемы.

Первые места среди жизненно важных проблем сельских жителей 60 лет и старше в расчете на 100 ответивших (n = 208, 3 анкеты без ответа) отданы: состоянию здоровья (своего и членов семьи) (76,0 ответов), материальному положению (47,6 ответов), состоянию социальной инфраструктуры (26,0 ответов). Проблемы личной безопасности, наличие досуга, отношения в семье и возможность общения с близкими беспокоили меньше – 15,4, 12,0, 11,1 и 7,7 ответов соответственно *(рис. 1)*.

Жизненные ценности и оценка качества жизни респондентами

Оценка качества собственной жизни (на индивидуальном уровне) показала, что в среднем 68,7% опрошенных сельских жителей считали его удовлетворительным, 15,6% – хорошим, 9,0% – плохим, а 6,6% не дали ответа. При анализе отмечено, что в последующем самые негативные оценки на другие вопросы давали именно респонденты, не оценившие своё качество жизни. Таким образом, общее количество недовольных (33 человека) совпало с числом удовлетворенных своим положением.

В ответе на вопросы о жизненных ценностях и потребностях, с которыми сталкиваются люди

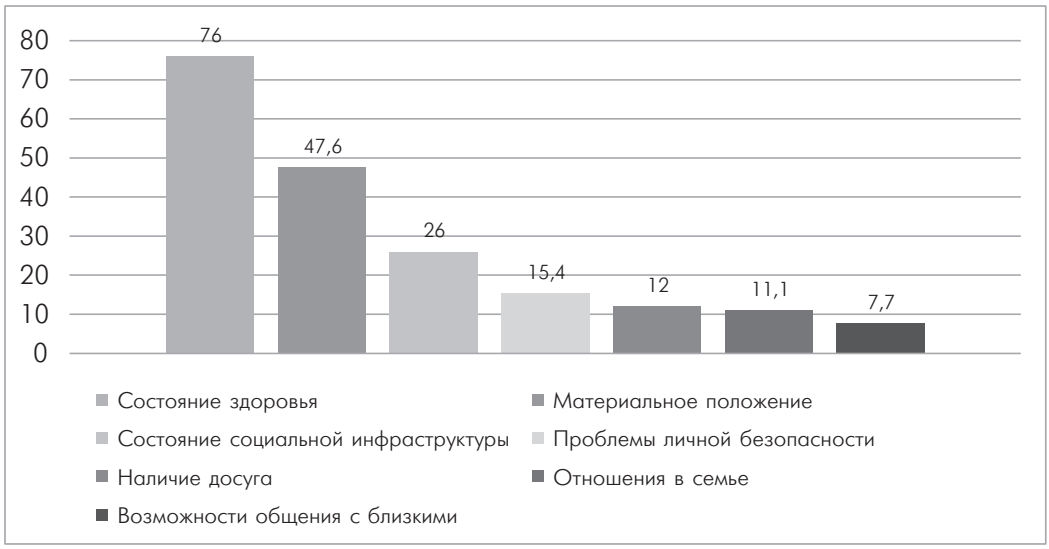

Рис. 1. **Ценностные установки респондентов (количество ответов на 100 ответивших)**

старше трудоспособного возраста, первые два ранговых места по частоте выбора заняли: бедность, низкие пенсии (80,4 ответов) и ухудшение здоровья, болезни (71,8). На третьем месте стоит одиночество (47,4). Четвертое место получил фактор, обусловленный трудностями с использованием цифровых технологий (21,1). Пятое место заняла проблема «неуважения со стороны молодежи» (14,8), которая по частоте ответов превысила такие проблемы как: ограничение активной деятельности (11,0); ощущение ненужности в обществе (11,0) и семье (8,1); беспомощность, зависимость от детей (8,1); страх перед будущим (7,7); отсутствие интереса к жизни (6,7 ответов) *(таблица 1).*

Респонденты отметили ограниченные возможности в самостоятельном решении основных жизненных проблем. Могут решить свои проблемы 38,4% опрошенных, 58,3% не видят возможности для самостоятельного выхода из создавшейся ситуации без посторонней помощи (3,3% не ответили).

Таблица 1

Распределение ответов на вопросы о жизненных ценностях и потребностях среди сельских жителей 60 лет и старше

Варианты ответов на вопрос: «На Ваш взгляд, с какими проблемами сталкиваются люди старшего возраста?»	*Количество полученных ответов*	*Количество ответов на 100 ответивших*	*Ранговое место*
Бедность, низкие пенсии	168	80,4	1
Ухудшение здоровья, болезни	150	71,8	2
Одиночество	99	47,4	3
Трудности в использовании цифровых технологий	44	21,1	4
Неуважение со стороны молодежи	31	14,8	5
Ощущение ненужности в обществе	23	11,0	6
Отсутствие активной деятельности	23	11,0	6
Ощущение ненужности в семье	17	8,1	7
Беспомощность, зависимость от детей	17	8,1	7
Страх перед будущим	16	7,7	8
Отсутствие интереса к жизни	14	6,7	9
Итого	602		

Обсуждение

Полученное в ходе исследования распределение возрастной и гендерной структуры опрошенного сельского населения 60 лет и старше, прикрепленного к «Врачебной амбулатории» поселка Коврово Калининградской области, отражает общемировые тенденции [1].

В целом, совпадают данные и по семейному состоянию лиц указанной нами возрастной группы. Так, по данным исследования Новокрещеновой И.Г. с соавторами (2014), большинство лиц старше 60 лет проживают с детьми (63,4%), вдвоем с супругом (21,7%) или в одиночестве (14,9%) [10]. Несколько более высокий показатель одиноко проживающих в сельской местности, видимо, определяется спецификой исследуемого контингента.

Тюкин О.А. (2015) в своей работе привел три социологических исследования мнений людей старшего поколения, которые были проведены в разные годы с построением иерархии жизненных ценностей [11, с. 115]. Добавив в представленную автором таблицу полученные результаты нашего исследования, появляется возможность проследить за наиболее значимыми первыми 10 жизненными ценностями и потребностями в разные периоды времени у пожилых людей на протяжении 40 лет *(таблица 2).*

Как мы видим, иерархия 10 жизненных ценностей у пожилых людей со временем претерпела значительные изменения.

Материальное положение в 2019 г. (бедность, низкие пенсии) выходит на первое место (в 2009 и 1999 гг. четвертое и третье место соответственно, в 1979 г. – шестое!), опережая по частоте упоминаний даже состояние здоровья. Всего этот ответ встречается у 168 респондентов (79.6%). Мало того, 69,7% лиц, считающих качество своей жизни хорошим, в числе основных проблем также упомянули бедность. Очевидно, это свидетельствует об их неуверенности в будущем. И даже среди опрошенных, которые не отнесли материальное благополучие к числу своих основных жизненных ценностей, 65,2% считают бедность насущной проблемой. У лиц, считающих качество своей жизни плохим, этот ответ доходит до 84,2%, а у не указавших свое понимание собственного качества жизни – до 92,9%.

Состояние здоровья во все годы представленных наблюдений не выходило за рамки трех наиболее главных ценностей, занимая от первого до третьего рангового места.

Потребность в общении с людьми (одиночество) в 2019 и 2009 гг. одинаково волновала старшее поколение и занимала третье ранговое место, в 1999 г. – четвертое, а в 1979 г. – восьмое! Как

Таблица 2

Основные жизненные ценности пожилых людей по итогам исследований 1979 г. (по данным В.Д. Шапиро), 1999 г. (по данным Н.Г. Ковалевой), 2009 г. (по данным Н.В. Халиной), 2019 г. (по данным, приведенным в настоящей статье) (с использованием данных Тюкина О.А., 2015)

№ п/п	*Ценности и потребности пожилых людей*			
	1979 г.	*1999 г.*	*2009 г.*	*2019 г.*
1	Семья, дети, внуки	Хорошее здоровье	Семья, дети, внуки	Бедность, низкие пенсии
2	Работа на производстве	Семья, дети, внуки	Хорошее здоровье	Ухудшение здоровья, болезни
3	Хорошее здоровье	Материальное обеспечение	Общение с людьми	Одиночество
4	Покой и отдых	Общение с людьми	Материальное обеспечение	Трудности в использовании цифровых технологий
5	Полезность людям	Независимость в жизни	Активный интересный досуг	Неуважение со стороны молодежи
6	Материальное обеспечение	Полезность людям	Полезность людям	Ощущение ненужности в обществе
7	Активный интересный досуг	Активный интересный досуг	Сознание выполненного долга	Отсутствие активной деятельности
8	Общение с людьми	Покой и отдых	Работа на производстве	Ощущение ненужности в семье
9	Независимость в жизни	Сознание выполненного долга	Независимость в жизни	Беспомощность, зависимость от детей
10	Сознание выполненного долга	Общественная работа	Общественная работа	Страх перед будущим

показало исследование, именно этот ответ имеет самые противоречивые взаимосвязи и зависимости. Так, например, 39,7% лиц старше трудоспособного возраста, проживающих в семьях, считают одиночество проблемой, тогда как проживающие одни 37,5%, наоборот, так не считают. Вполне ожидаемо, что только 33,3% работающих пенсионеров ответили положительно на этот вопрос, тогда как среди неработающих – 52,2%. Очевидно, что 33,3% лиц с хорошим качеством жизни страдают от одиночества реже, чем с оценкой «удовлетворительно» и «плохо» – 47,6%. У тех же, кто не оценил качество своей жизни, показатель составляет 71,4%.

Понятия «трудности в использовании цифровых технологий», «неуважение со стороны молодежи» и «страх перед будущим» стали ценностными у лиц старше трудоспособного возраста только в 2019 г. На проблемы с информационными технологиями указали 44 респондента (20,9%). Особенно интересен результат в разрезе социальных групп. Так, например, число работающих и неработающих лиц, давших ответ на эти вопросы, практически одинаково – 20,8% и 20,5%, тогда как различие у одиноких и проживающих в семьях составило – 12,5% и 25,5% соответственно (разница почти два раза!). Видимо, это объясняется тем, что одинокие люди вынуждены самостоятельно разбираться в информационных технологиях, поскольку не имеют помощи от близких.

Проблемы отцов и детей известны с глубокой древности и остаются актуальными до сих пор. В нашем исследовании её отметил 31 человек (14,7%). Что же касается социальных групп, то их отношение сильно поляризовано. Одинокие и работающие пенсионеры недовольны молодёжью в среднем почти в два раза реже, чем семейные и неработающие – 9,4% и 8,3% против 17,0% и 16,6%. Это вполне логично объясняется тем, что более занятые люди меньше времени и сил тратят на отвлеченные темы.

Ощущение ненужности в обществе (или близкое к нему понятие «полезность людям» в исследованиях более ранних лет) в 2019, 2009 и 1999 гг. располагалось одинаково на шестом месте, в 1979 г. – на пятом. При нашем анализе экономические, биологические и социальные проблемы затронули 23 человека (10,9%). Интересен тот факт, что среди одиноких этот показатель составляет всего 3,1%, что почти в пять (!) раз ниже, чем у семейных (14,3%). Эта странная зависимость ещё подлежит дополнительному исследованию и объяснению. При этом, различия у работающих и неработающих пенсионеров значительно ниже – 8,3 и 11,7%.

Несколько иная картина с ответом «ощущение ненужности в семье», который отметили 17 человек (8,1% от опрошенных). При этом картина для одиноких/неодиноких лиц похожа на предыдущий ответ, хотя различия не столь радикальны, но всё же очень существенны – 4,7% против 9,5% соответственно. Зато в разрезе наличия работы соотношение прямо противоположное. Неработающие люди страдают от ощущения ненужности в семье в полтора раза реже, чем работающие – 10,4% против 7,4% соответственно. Видимо, неработающие пенсионеры больше времени уделяют семье и занимаются неоплачиваемой работой (домашние дела – готовка и уборка, занятия с внуками, уход за другими пожилыми членами семьи и т.д.), реже сталкиваются с вышеуказанной проблемой, чем работающие пенсионеры.

Таким образом, результаты проведенного анализа показали, что качество жизни лиц старше трудоспособного возраста сельской местности Зеленоградского района Калининградской области в наибольшей степени определяется состоянием здоровья и уровнем материального благополучия, т.е. вполне объективными причинами, решение которых зависит от государственных мер по поддержке старшего поколения.

Роль остальных факторов менее значима в оценке жизненных ценностей и потребностей, стоящих перед старшим поколением, но также требует внимания и оценки, повышения активности государственных территориальных служб социального жизнеобеспечения, работы муниципалитетов, привлечения средств массовой информации (СМИ), волонтерских объединений.

Выводы

1. Полученное в ходе исследования распределение возрастной и гендерной структуры опрошенного сельского населения старше трудоспособного возраста, прикрепленного к «Врачебной амбулатории» поселка Коврово Калининградской области, отражает общемировые тенденции.

2. Почти каждый третий (64 человек или 30,3%) среди всех опрошенных одинок, 141 человек или 66,8% живут в семьях, из них 76 (36,0%) – с супругами. 6 человек (2,8%) на этот вопрос не ответили. При этом, семейное положение респондентов на момент опроса характеризуется высокой долей лиц, потерявших супругов (38,4%), не состоящих в браке (10,0%), разведённых (10,4%), т.е. более половины (58,8% опрошенных).

3. Среди способов проведения свободного времени у лиц старших возрастных групп превалировали занятия домашним хозяйством и занятия с внуками (62,2%), просмотр телепередач (51,2%). Более важные для лиц пожилого возраста прогулки на свежем воздухе, общение с друзьями, хобби, работа в кружках или клубах встречались в ответах значительно реже и составляли 33,5%, 13,9%, 13,4%, 5,7% соответственно. Необходимо создание более широкого спектра возможностей для рационального использования свободного времени лиц старше трудоспособного возраста на уровне муниципалитетов, территориальных профессиональных служб, в системе СМИ (телевидения, радио и др.).

4. Респонденты отметили, что в 58,3% случаев для обеспечения нормального функционирования в повседневной жизни нуждаются в медицинской и посторонней помощи, что свидетельствует об определенной степени ограничения их функциональных возможностей. Не нуждаются в посторонней помощи для выполнения повседневных функций только 38,4% опрошенных.

5. Охват лиц старше трудоспособного возраста в сельской местности мерами государственной социальной поддержки, судя по результатам опроса, составил 19,0%; 80,6% не пользовались никакими видами льгот. Необходимо повысить уровень информированности населения силами государственных территориальных служб социального жизнеобеспечения о возможностях государственной социальной поддержки.

6. Наличие неудовлетворенных жизненных ценностей и потребностей негативным образом отражается на оценке качества жизни лиц старше трудоспособного возраста сельской местности Зеленоградского района Калининградской области. В наибольшей степени это определяется состоянием здоровья и уровнем материального благополучия (бедность, маленькие пенсии), т.е. вполне объективными причинами, решение которых зависит от государственных мер по поддержке старшего поколения.

7. Почти каждый пятый из числа респондентов в качестве приоритетных потребностей назвал одиночество, сложности в использовании цифровых технологий и неуважение, проявляемое со стороны молодежи. Считаем необходимым активизировать работу СМИ и муниципалитетов в аспекте проведения профилактической воспитательной работы и взаимодействия молодежи с родственниками, привлечение волонтерского сообщества.

Литература

1. Всемирный доклад о старении и здоровье. Всемирная организация здравоохранения. Женева. 2015: 310 стр. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049_rus.pdf

2. *Андреева О.М., Шикина И.Б., Чухриенко И.Ю.* Обзор современных общемировых тенденций в обеспечении общественного здоровья и медико-социальной помощи пожилым. // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций. Саратов. Изд-во СГМУ. 2018: 29–32 https://elibrary.ru/item.asp?id=37120015

3. ВОЗ: https://www.who.int/ageing/ru

4. *Chernyavskiy V., Mikhailova J.* Russia: A key partner in the Northern Dimension Partnership. South Eastern European Journal of Public Health (SEEJPH). 2019;12. DOI 10.4119/UNIBI/SEEJPH-2019–218

5. Will population ageing spell the end of the welfare state? A review of evidence and policy options (Будет ли старение населения означать конец государства всеобщего благосостояния? Обзор фактических данных и вариантов политики). Европейское региональное бюро ВОЗ. Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения. 2018: 39 стр. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/384054/economics-ageing-eng.pdf

6. *Армашевская О.В., Чучалина Л.Ю.* Особенности состояния здоровья женщин зрелого возраста. // Современные проблемы науки и образования. 2017; 1 URL: https://science-education.ru/ru/article/view?id=26127

7. *Мелехин А.И.* Качество жизни в пожилом и старческом возрасте: проблемные вопросы. // Современная зарубежная психология. 2016;1(5): 54

8. *Будилова Е.В., Лагутин М.Б., Мигранова Л.А.* Влияние демографических и социально-экономических факторов на популяционное здоровье населения. // Народонаселение. 2019; 3: 80–92 DOI: 10.24411/1561-7785-2019-00028

9. *Задоркина Т.Г., Шикина И.Б.* Изучение информированности взрослого населения Калининградской области по вопросам здорового образа жизни. В сборнике: Проблемы городского здравоохранения. Сборник научных трудов. Санкт-Петербург, 2017: 8–13.

10. *Новокрещенова И.Г., Сенченко И.К.* Качество оказания медицинской помощи пожилым в амбулаторно-поликлинических условиях: по данным социологического исследования. // Саратовский научно-медицинский журнал. 2014; 10(1): 21–26.
11. *Тюкин О.А.* Социальное обслуживание пожилых людей: проблемы и тенденции. // Идеи и идеалы. 2015; 1(23): 112–119 DOI: 10.17212/2075-0862-2015-1.2-112-119.

UDC 614.2

Mikhaylova Yu.V.[1], Shikina I.B.[1,2], Siburina T.A.[1], Chukhrienko I.Yu.[1], Mikhaylov A.Yu.[1], Elizov I.A.[3] ***The core vital values and requirements defining quality of life of country people are more senior than working-age of the Kaliningrad region*** *([1]Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia; [2]Central State Medical Academy Office of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia; [3]State-funded health institution of the Kaliningrad region "Central district hospital of the Zelenograd district", Kaliningrad region, Zelenograd district)*

Abstract. Article is devoted to studying specific needs of persons also their interests affecting quality of their life are more senior than working-age. The purpose of work is to reveal the core vital values and requirements defining quality of life of country people is more senior than working-age of the Kaliningrad region. Within the project of Partnership "Northern measurement" in the field of health care and social wellbeing in 2019 the social research among 211 villagers aged from 60 up to 88 years is conducted. Methods of carrying out work: sociological, analytical, mathematical statistics. Distribution of age and gender structure of the interviewed population reflects universal trends. Social and demographic and medico-social characteristics of country people are studied. Results of a research showed that the quality of life of persons is more senior than working-age most is defined by priority vital values and requirements: state of health and level of material welfare; loneliness; difficulties in use of digital technologies; the disrespect shown from youth i.e. quite objective reasons which solution generally depends on the state measures for support of the senior generation. Significant first 10 vital values at elderly people during the different periods of time are tracked.

Keywords: *the social research, persons is more senior than working-age, quality of life, vital values and requirements, country people.*

Здравоохранение-2020

ПРЕЗИДЕНТ ГАРАНТИРОВАЛ БЮДЖЕТНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕДПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ

На встрече с сенаторами Владимир Путин заявил, что обязательства перед населением, в том числе по финансированию оказания медицинской помощи, будут выполнены в полном объеме. Несмотря на выпадение доходов ФОМС, обязательства власти по финансированию сферы здравоохранения будут выполнены.

В середине сентября стало известно, что расходы федерального бюджета России на здравоохранение в ближайшие два года увеличиваться не будут: и в 2021-м, и в 2022-м они составят 1,12 трлн. руб. В 2023 году сумма уменьшится до 1,1 трлн. руб. В объеме ВВП доля бюджетных затрат на здравоохранение составит в 2021 году 1%, в 2022-м – 0,9%, в 2023-м – 0,8%.

Счетная палата проверила исполнение бюджета в 2019 году и сообщила, в частности, что Минздрав получил бюджетных средств почти вдвое больше запланированного – 387 529 176,0 тыс. руб. По данным палаты, ведомство не смогло реализовать в полном объеме госпрограмму «Развитие здравоохранения»: из 4 целей достигнута одна – снижение младенческой смертности. По трем остальным (снижение смертности населения трудоспособного возраста, снижение смертности от болезней системы кровообращения и от новообразований) показатели 2019 года не выполнены.

По ФОМС Счетная палата объявила, что бюджет фонда за 2019 год исполнен по доходам на 101,2%, а по расходам – на 99,8%. Объем дебиторской задолженности ФОМС за год вырос на 14,86% и составил 99 225 344,4 тыс. руб. (76,2% общего объема задолженности составили долги по страховым взносам на ОМС работающего населения и взносам на ОМС неработающего населения). А кредиторская задолженность ФОМС выросла за год на 8,17% и составила 326 378 059,6 тыс. руб.

Источник: пресс-служба Президента России.

И.А. Волчегорский,
д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, ректор ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, Россия, e-mail: kanc@chelsma.ru, ORCID: 0000-0003-3186-3960
М.Г. Москвичева,
д.м.н., профессор, директор Института дополнительного профессионального образования, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ИДПОФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, Россия, e-mail: moskvichevamg@mail.ru, https://orcid.org/0000-0001-5009-8120
О.А. Шумакова,
доктор психологических наук, доцент, заведующая кафедрой психологии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, Россия, e-mail: olgash37@yandex.ru, ORCID 0000-0001-9928-0548
М.М. Полинов,
аспирант кафедры «Общественного здоровья и здравоохранения» ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, Россия, e-mail: polinov.2013@mail.ru, https://orcid.org/0000-0002-4334-874X

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА О ФАКТОРАХ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ВЫБОР МЕСТА РАБОТЫ

УДК: 614.2 *DOI: 10.37690/1811-0185-2020-8-49-56*

Волчегорский И.А., Москвичева М.Г., Шумакова О.А., Полинов М.М. ***Изучение мнения выпускников медицинского ВУЗа о факторах, определяющих выбор места работы*** *(ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Челябинск, Россия)*

Аннотация. Стратегией развития здравоохранения в Российской Федерации совершенствование кадрового обеспечения системы здравоохранения определено в качестве приоритетного направления. В государственных программах определены целевые показатели обеспеченности населения медицинскими кадрами, меры по укомплектованию медицинских организаций медицинскими работниками, меры социальной поддержки медицинских работников.
Целью работы явилось изучение актуальных для выпускников факторов, определяющих выбор места работы, и разработка на основании полученных данных мероприятий, направленных на повышение обеспеченности медицинских организаций квалифицированными кадрами.
Изучены результаты социологического исследования выпускников медицинского ВУЗа по проблемам трудоустройства в медицинские организации.
Проанализированы: показатели обеспеченности населения региона врачами; потребность медицинских организаций области во врачебных кадрах; мероприятия, реализуемые в регионе, с целью обеспечения медицинских организаций квалифицированными кадрами.
Определены мероприятия, реализация которых направленна на повышение обеспеченности медицинских организаций квалифицированными кадрами и достижение результативности трудоустройства выпускников ВУЗа.

Ключевые слова: *факторы, определяющие выбор места работы выпускников медицинского ВУЗа, трудоустройство выпускников, обеспеченность медицинскими кадрами, национальный проект.*

Введение

Персонал медицинской организации является главным ресурсом, от качества и эффективности использования которого во многом зависят результаты деятельности организации и ее конкурентоспособность. В настоящее время, оценка кадрового потенциала медицинской организации становится ключевым элементом управления, конечной целью которой является развитие трудовых ресурсов организаций в соответствии с потребностями системы здравоохранения РФ [1].

© И.А. Волчегорский, М.Г. Москвичева, О.А. Шумакова, М.М. Полинов, 2020 г.

Кадровый вопрос в системе здравоохранения в последние годы обостряется. Актуальна разработка дополнительных мер по его решению [2].

Актуальность изучаемой темы подкреплена усилением социальной направленности государственных программ федерального, регионального и муниципального уровней, в которых определены целевые показатели обеспеченности населения медицинскими кадрами, меры по укомплектованию медицинских организаций медицинскими работниками, меры социальной поддержки медицинских работников.

Стратегией развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года совершенствование системы медицинского образования и кадрового обеспечения системы здравоохранения определено в качестве приоритетного направления решения основных задач развития здравоохранения [3].

Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях определена как одна из ключевых целей, достижение которых необходимо обеспечить при разработке национального проекта путем обеспечения медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами [4].

В соответствии с пунктом 1.4. Постановления Правительства РФ от 09.10.2019 № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения» с целью устранения дефицита кадров в первичном звене здравоохранения перед высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации в период с 1 июля 2020 г. до 2024 г. поставлена задача принять меры по укомплектованию медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, центральных районных и районных больниц медицинскими работниками в соответствии с целевыми показателями, указанными в паспортах таких медицинских организаций [5].

В Постановлении Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» определена подпрограмма «Развитие кадровых ресурсов в здравоохранении». Для достижения поставленных целей приказом Министерства Здравоохранения РФ от 19.02.2019 года № 68 утверждена ведомственная целевая программа «управление кадровыми ресурсами здравоохранения» [6].

В соответствии со статьей 20 Трудового кодекса Российской Федерации сторонами трудовых отношений являются работодатель и работник, следовательно определение актуальных потребностей потенциальных работников медицинской организаций (выпускников), определяющих выбор места работы, выявление и оценка ожиданий в отношении нематериальных и материальных условий будущей трудовой занятости, разработка на основании полученных данных мероприятий, направленных на повышение обеспеченности медицинских организаций квалифицированными кадрами, путем повышения результативности трудоустройства выпускников ВУЗа является актуальной научно-практической проблемой.

Цель работы: по результатам социологического исследования среди выпускников ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» по проблемам трудоустройства в медицинские организации изучить актуальные для выпускников факторы, определяющие выбор места работы, разработать на основании полученных данных мероприятия, направленные на повышение обеспеченности медицинских организаций квалифицированными кадрами, путем повышения результативности трудоустройства выпускников ВУЗа.

Задачи исследования:

1. Провести анализ обеспеченности населения (городского, сельского) региона врачами, изучить потребность медицинских организаций Челябинской области во врачебных кадрах.

2. Изучить результаты социологического исследования выпускников лечебного и педиатрического факультетов ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» по проблемам трудоустройства в медицинские организации.

3. Определить актуальные потребности выпускников, влияющие на выбор места работы. Оценить ожидания выпускников в отношении нематериальных и материальных условий будущей трудовой занятости.

4. Определить мероприятия, направленные на повышение обеспеченности медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами, путем повышения результативности трудоустройства выпускников ВУЗа, рекомендуемые для

включения в региональный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения Челябинской области квалифицированными кадрами».

Материалы и методы

Информационной основой проведенного анализа явились:

1. Выборочные результаты (раздел 3: Поиск места работы; раздел 4: Причины и факторы профессионализации) социологического исследования выпускников лечебного и педиатрического факультетов ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по проблемам трудоустройства в медицинские организации (опрос в форме анкетирования на бумажном носителе (самозаполнение), выборка исследования 440 человек), авторы анкеты – Москвичева М.Г., Шумакова О.А.. Период проведения исследования – февраль 2019 г.

2. Статистические данные Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения РФ, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России за 2018 год, данные ГБУЗ «Челябинский областной медицинский информационно-аналитический центр», данные Росстата, Челябинскстата, данные годовой формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» за 2018 год; Паспорт регионального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения Челябинской области квалифицированными кадрами».

Методы исследования: социологический, аналитический (количественный, структурный, сравнительный); математико-статистический. Обработка данных проводилась с использованием статистического пакета SPSS Statistics 17.0.

Результаты

В 2018 году в Челябинской области общая численность врачей составила 10748, из них 7,7% врачей работают в сельской местности, показатель обеспеченности населения врачами всех специальностей составил 30,8 на 10 тыс. населения, для сельской местности 13,7 на 10 тыс. населения, по РФ данный показатель соответственно 37,4 и 14,5 на 10 тыс. населения. В 2018 году фактический показатель укомплектованности врачебными кадрами медицинских организаций Челябинской области составил 91,5%, при коэффициенте совместительства 1,62. В медицинских организациях региона, расположенных в сельской местности фактические значения показателя укомплектованности врачебными кадрами 82,4%, коэффициента совместительства 1,5, по РФ соответственно 83,5% и 1,28.

В рамках разработки регионального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения Челябинской области квалифицированными кадрами» проведен анализ текущей ситуации в сфере кадрового обеспечения организаций здравоохранения региона медицинскими работниками, определен расчетный дефицит врачей в регионе в 2018 году, который составил 4057 человек, в том числе: в специалистах (врачах) в стационарных условиях –1377 человек, в амбулаторных условиях – 2492 человек, специалистов скорой медицинской помощи – 188 человек [7].

С целью изучения мнения выпускников медицинского вуза об условиях, влияющих на выбор места работы после окончания вуза, проведено социологическое исследование. Опрошенные выпускники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России в большинстве представлены женщинами (70,6%), преобладающий возраст 23–25 лет (71,2%), в большей части не замужем / холосты (67,3%), в основной массе не имеют детей (95%).

По месту проживания: 52,4% респондента проживают в административных центрах области (Челябинск, Курган и др.); 24,8% – в малых городах Челябинской и других областей; 6% в сельской местности; 6% в рабочих поселках.

У большинства (76,4%) родители выпускников работают в бюджетной сфере, принадлежность к сфере здравоохранения (включая принадлежность хотя бы одного из родителей) составляет 12%.

По мнению опрошенных наиболее распространенными способами поиска места работы являются: непосредственное личное обращение в медицинскую организацию, «личные связи», сайт Министерства здравоохранения Челябинской области, обращение в отдел трудоустройства ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, рекомендации преподавателей университета, специальные сайты, кадровое агентство.

По мнению выпускников, существенным условием трудоустройства в конкретную медицинскую организацию является ее привлекательность. Результаты изучения мнения опрошенных относительно критериев привлекательности медицинской организации для трудоустройства (причины выбора места работы; критерии выбора медицинской организации; территориальное местонахождение медицинской

организации; готовность переезда в другой населенный пункт для трудоустройства) представлены на рисунках 1, 2, 3, 4. Как наиболее значимые причины, определяющие выбор места работы выпускников, 29,4% респондентов назвали гарантии оплаты руководителем медицинской организации дальнейшего обучения в ординатуре, профессиональной переподготовки, повышения квалификации, стажировок, столько же опрошенных в качестве значимых причин отметили содержание работы, график работы. На втором месте по значимости респонденты отметили размер заработной платы (23,5%), на третьем – возможность получения жилья и возможность работать в большом городе (11,7%) *(рис. 1)*.

Анализ мнения выпускников о критериях выбора медицинской организации для трудоустройства установил, что на первом месте по значимости находится уровень заработной платы (82,3%), на втором – возможность получения опыта работы по полученной специальности и расширения профессиональных умений (70,5%), на третьем – наличие перспектив карьерного роста (58,8%) *(рис. 2)*.

По территориальному признаку на первом месте по привлекательности для выпускников находятся больницы и поликлиники больших городов (52,9%), на втором месте – областные больницы (35,2%), на третьем – поликлиники малых городов. Наименее привлекательными, по мнению респондентов, являются больницы, расположенные в сельской местности (0%) *(рис. 3)*.

По данным проведенного опроса 58,8% выпускников готовы переехать из административного центра области в другой населенный пункт при условии перспективы интересной работы, 41,1% опрошенных готовы переехать при условии предоставления жилья, 35,2% – при гарантии карьерного роста и высокой заработной платы. 23,5% выпускников отметили,

Рис. 1. **Значимые причины, определяющие выбор места работы выпускников (%)**

Рис. 2. **Критерии выбора медицинской организации для трудоустройства (%)**

Рис. 3. **Оценка привлекательности медицинской организации по территориальному местонахождению (%)**

что ни при каких обстоятельствах не уехали бы из крупного города для трудоустройства *(рис. 4)*.

Из числа выпускников целевого обучения только 23,5% выпускников готовы трудоустроиться в медицинские организации в соответствии с договором о целевом обучении, 41,1% не намерены работать в соответствии с договором о целевом обучении, 35,4% не определились. Наиболее распространенные причины, из указанных выпускниками, влияющие на отказ трудоустроиться в соответствии с договором о целевом обучении: поступление в ординатуру; семейные обстоятельства; отсутствие места работы для супруга; отсутствие возможности профессионального роста; неудобное расположение медицинской организации.

Установлено, что наиболее значимыми для опрошенных являются следующие меры государственной поддержки: предоставление жилья (41,1%); предоставление места ребенку в детском саду вне очереди (41,1%); субсидии или льготные кредиты на покупку или строительство жилья (35,2%); выдача беспроцентной ссуды на обустройство (35,2%); единовременные выплаты при трудоустройстве в медицинскую организацию (29,4%) *(рис. 5)*.

По результатам анкетирования установлено что 61,6% опрошенных осведомлены о мерах государственной поддержки молодых специалистов по программе «Земский доктор».

Опрошенными определены условия работы в качестве участковых врачей в сельской местности и рабочих поселках: предоставление жилья 35,4%; предоставление транспорта в личное пользование 22,0%; другое («ни при каких условиях») 17,8%;

Рис. 4. **Готовность выпускников переехать в другой населенный пункт для трудоустройства (%)**

Рис. 5. **Оценка влияния на трудоустройство возможных мер государственной поддержки (%)**

наличие хороших дорог в селе 14,9%; наличие физкультурно-оздоровительного комплекса 7,4%; наличие клуба 2,5%.

По результатам анализа причин и факторов профессионализации сформирован портрет «хорошего» и «плохого» места работы по мнению выпускников *(рис. 6)*.

Обсуждение

Как следует из проведенного социологического исследования, выпускники четко осознают потенциальные возможности в контексте собственных притязаний в профессии. Результаты исследования идентичны для всех выпускников, независимо от основы обучения (бюджетное, целевое, коммерческое).

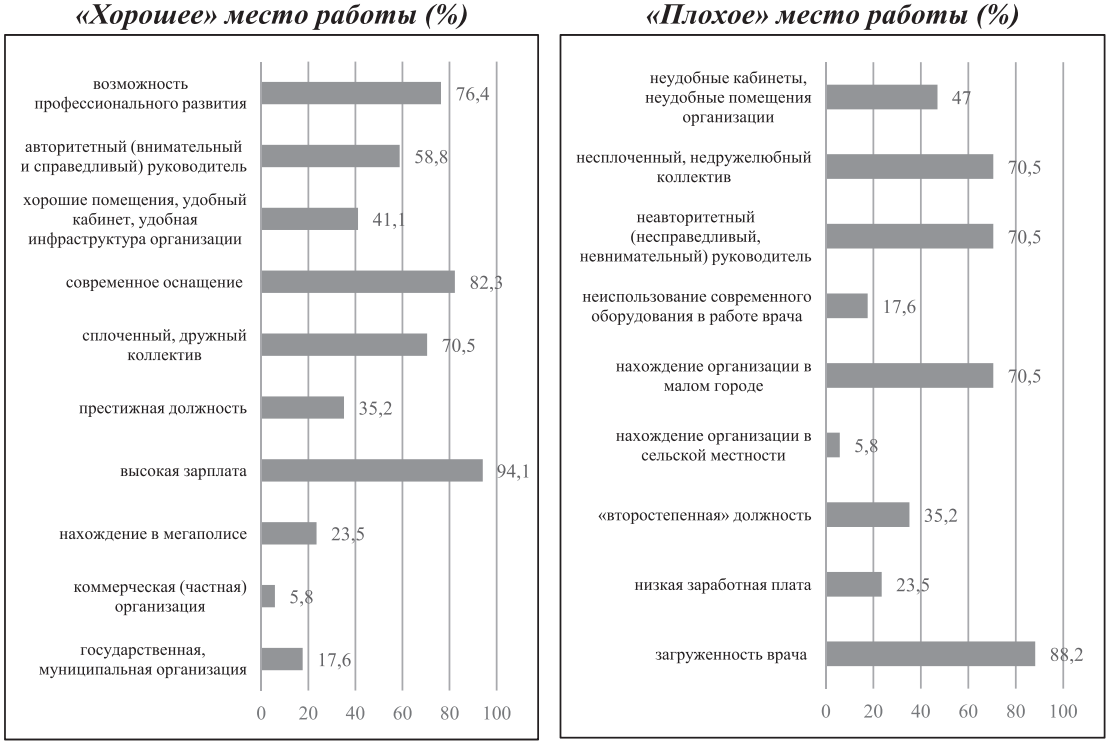

Рис. 6. **Причины и факторы профессионализации**

Профессиональные притязания связаны с достижением высокого профессионализма, наличием интересной и любимой работы, получением высокой заработной платы. Профессиональное развитие является более предпочтительным, чем карьерный рост. Жизненные и профессиональные планы интегрированы: отмечается потребность в профессиональной самореализации и достижение счастья в личной жизни. Выпускники определяют долгосрочные перспективы своей трудовой деятельности в качестве врача.

Большинство выпускников знакомы с мерами государственной поддержки молодых специалистов. Выпускники осведомлены о востребованности профильных специалистов на рынке труда.

Возможность работы в качестве участковых врачей в первичном звене здравоохранения определяется при условиях: 1) наличие наставника в медицинской организации на первых этапах работы; 2) возможность дополнительной отработки практических навыков.

Существенным условием трудоустройства в конкретную медицинскую организацию является ее привлекательность. Наиболее привлекательными названы больницы и поликлиники большого города. Ведущими критериями привлекательности медицинской организации для трудоустройства выпускников, в том числе с возможным переездом в другой населенный пункт, являются: 1) заработная плата (предпочитаемый размер от 40 тыс. рублей); 2) возможности получения опыта работы и расширения профессиональных умений; 3) уникальность организации в сфере медицинских услуг (наличие современного оснащения и оборудования); 4) наличие социального пакета при трудоустройстве; 5) сплоченный, дружный коллектив; 6) авторитетный (внимательный и справедливый) руководитель.

Ведущим фактором выбора медицинской организации для трудоустройства (по данным факторного анализа) является авторитетность руководителя и сплоченный коллектив.

Условиями трудоустройства участковыми врачами в сельскую местность и рабочие поселки являются: 1 – предоставление жилья; 2 – предоставление транспорта в личное пользование; 3 – наличие хороших дорог в селе / рабочем поселке.

Из числа выпускников целевого обучения только каждый четвертый выпускник проявляет готовность трудоустроиться в медицинские организации в соответствии с договором о целевом обучении. Остальная часть выпускников предпочитает решать вопросы трудоустройства самостоятельно.

На основании результатов проведенного социологического исследования определены основные пути повышения результативности трудоустройства выпускников в медицинские организации:

1) повышение привлекательности медицинских организаций независимо от территориального местонахождения;

2) активность медицинских организаций и их руководителей по привлечению выпускников;

3) популяризация и осуществление мер поддержки молодых специалистов медицинских организаций в малых городах, сельской местности, рабочих поселках (заработная плата, предоставление жилья, инфраструктура в территории);

4) обеспечение условий профессионального развития специалиста для последующего закрепления в медицинской организации (заработная плата, жилье, транспортное обеспечение, оснащение современным оборудованием);

5) проведение специализированного профессионального отбора кандидатов в дополнение к конкурсному отбору среди выпускников школ для поступления в медицинский ВУЗ на обучение по целевому договору.

Выводы

Обеспечение населения медицинскими кадрами как на уровне Российской Федерации, Челябинской области, так и на уровне медицинских организаций является актуальной научно-практической проблемой и становится приоритетной задачей.

В целом, реализуемые в рамках государственных программ федерального, регионального и муниципального уровней мероприятия по укомплектованию медицинских организаций медицинскими работниками, меры социальной поддержки медицинских работников соответствуют потребностям, определяющим выбор места работы, а также ожиданиям выпускников в отношении нематериальных и материальных условий будущей трудовой занятости, установленным по результатам социологического исследования выпускников лечебного и педиатрического факультетов ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» по проблемам трудоустройства в медицинские организации.

Определены дополнительные мероприятия для включения в региональный проект «Здравоохранение» и, соответственно, в программы реализации регионального проекта в медицинских организациях.

Определены основные пути повышения результативности трудоустройства выпускников в медицинские организации.

Представленные результаты проведенного анализа могут использоваться при разработке мероприятий по совершенствованию кадрового обеспечения здравоохранения на уровне региона.

Литература

1. *Сабанов В.И., Дьяченко Т.С., Кураков Д.А.* Обеспеченность регионального здравоохранения медицинскими кадрами и оценка их квалификационного уровня // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2015. – № 3. – С. 9–13 (47). URL: https://cyberleninka.ru/article/n/obespechennost-regionalnogo-zdravoohraneniya-meditsinskimi-kadrami-i-otsenka-ih-kvalifikatsionnogo-urovnya (Дата обращения: 20.01.2019).

2. *Боев В.С.* Кадровые проблемы в системе здравоохранения промышленно-развитого городского округа // Здравоохранение РФ. – 2014. – № 3. – С. 44–46. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/kadrovye-problemy-v-sisteme-zdravoohraneniya-promyshlenno-razvitogo-gorodskogo-okruga (Дата обращения: 20.01.2019).

3. Указ Президента РФ от 6 июня 2019 г. № 254 "О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года". http://www.garant.ru/hotlaw/federal/1276506//(дата обращения: 28.09.2019).

4. Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». http://ivo.garant.ru/#/document/71937200/paragraph/1:0 (Дата обращения: 28.09.2019).

5. Постановление Правительства РФ от 09.10.2019 № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения». http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_335028/(Дата обращения: 27.01.2020).

6. Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». http://pravo-med.ru/legislation/fz/13905/ (Дата обращения: 28.09.2019).

7. Постановление Правительства Челябинской области от 28.11.2014 г. № 644-П «Государственная программа Челябинской области «Развитие здравоохранения Челябинской области». https://www.lawmix.ru/zakonodatelstvo/1901361 (Дата обращения: 27.01.2020).

8. *Бычкова И.Ю., Шереметьева В.В.* Медицинские кадры как основной ресурс в контексте реализации регионального портфеля проекта «Здравоохранение» // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – 2019. – № 1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskie-kadry-kak-osnovnoy-resurs-v-kontekste-realizatsii-regionalnogo-portfelya-proekta-zdravoohranenie (Дата обращения: 28.09.2019).

9. *Слепцова Е.В., Гапеева В.О.* Проблемы кадровой обеспеченности организаций здравоохранения // Экономика и бизнес: теория и практика. 2019. № 3–2. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-kadrovoy-obespechennosti-organizatsiy-zdravoohraneniya (Дата обращения: 28.09.2019).

10. Паспорт приоритетного проекта «Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами», утвержденный президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам (протокол от 26 июля 2017 г. № 8). https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/(Дата обращения: 22.03.2019).

11. *Финченко Е.А., Шалыгина Л.С., Садовой М.А., Мамонова Е.В., Шалыгина А.В.* Некоторые аспекты кадрового обеспечения здравоохранения в Сибирском федеральном округе // Бюллетень сибирской медицины. – 2017. – № 4. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-aspekty-kadrovogo-obespecheniya-zdravoohraneniya-v-sibirskom-federalnom-okruge (Дата обращения: 28.09.2019).

12. *Щепин В.О.* Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 6. – С. 24–28. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/obespechennost-naseleniya-rossiyskoy-federatsii-osnovnym-kadrovym-resursom-gosudarstvennoy-sistemy-zdravoohraneniya (Дата обращения: 20.01.2019).

UDC 614.2

Volchegorskii I.A., Moskvicheva M.G., Shumakova O.A., Polinov M.M.

Studying the opinion of graduates of a medical university about the factors that determine the choice of place of work *(FSBEI of HE «South Ural State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russia)*

Abstract. The strategy for the development of healthcare in the Russian Federation improves the staffing of the healthcare system, identified as a priority. The state programs set target indicators for the provision of the population with medical personnel, measures to equip medical organizations with medical workers, and measures of social support for medical workers.

The aim of the work was to study the factors relevant for graduates that determine the choice of place of work and the development, based on the data obtained, of measures aimed at improving the availability of qualified medical personnel for medical organizations.

The results of a sociological study of graduates of a medical university on the problems of employment in medical organizations are studied. Analyzed: indicators of the population of the region with doctors; the need for medical organizations of the region in medical personnel; events implemented in the region in order to provide medical organizations with qualified personnel.

The measures, the implementation of which is aimed at increasing the availability of medical organizations with qualified personnel and achieving the effectiveness of employment of graduates of the university, are determined.

Keywords: *factors determining the place of work of graduates of a medical university, employment of graduates, provision with medical personnel, national project.*

А.Д. Шматко,
д.э.н., профессор, ФГБОУ ВО «Балтийский государственный технический университет «ВОЕНМЕХ» им. Д.Ф. Устинова», гл.н.с. ФГБУ ИПРЭ РАН, г. Санкт-Петербург, Россия, e-mail: shmat2000@yandex.ru
А.Ю. Щербук,
д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», магистрант ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный экономический университет», г. Санкт-Петербург, Россия, e-mail: endos@rambler.ru
Е.В. Черепанова,
к.м.н., доцент ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», магистрант ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный экономический университет», г. Санкт-Петербург, Россия, e-mail: cherepochki@mail.ru
А.Н. Щукин,
магистрант, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный экономический университет», г. Санкт-Петербург, Россия, e-mail: artyom. schukin@gmail.ru

ПРОБЛЕМЫ РЕЛЕВАНТНЫХ РЫНКОВ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: ИССЛЕДОВАНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА

УДК: 338.46 *DOI: 10.37690/1811-0185-2020-8-57-66*

Шматко А.Д.[1,2], Щербук А.Ю.[3,4], Черепанова Е.В.[3,4], Щукин А.Н.[4] ***Проблемы релевантных рынков медицинских услуг: исследование отечественного и зарубежного опыта*** *([1]ФГБОУ ВО БГТУ «ВОЕНМЕХ» им. Д.Ф. Устинова, [2]ФГБУ ИПРЭ РАН, [3]ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», [4]ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный экономический университет», г. Санкт-Петербург, Россия)*

Аннотация. В статье отражены результаты анализа исследований разных авторов, посвящённых изучению проблем отечественного и зарубежного релевантных рынков медицинских услуг. Раскрыта сущность понятий: медицинская услуга, её конкурентоспособность, рынок медицинских услуг. *Описана* ситуация, связанная с проблемами в формировании конкурентной среды, основные факторы, затрудняющие конкурентоспособность медицинских услуг, *характер их функционирования, определяющий необходимость вмешательства со стороны государства в сферу здравоохранения.* Представлены основные участники рынка медицинских услуг и обоснованы причины конфликта их интересов.

Ключевые слова: *рынок медицинских услуг, медицинская услуга, потребитель медицинских услуг, конкуренция на рынке медицинских услуг, конкурентоспособность, конфликт интересов.*

Введение

Рынок медицинских услуг является составной частью рынка одной из ведущих отраслей социальной сферы – здравоохранения и включает в себя совокупность медицинских учреждений различных организационно-правовых форм, предоставляющих лечебно-профилактические услуги населению, активно взаимодействующих с производителями медикаментов, оборудования и товаров медицинского назначения, страховыми организациями и контролирующими органами государственной и муниципальной власти [8, С. 339].

Анализ релевантных рынков медицинских услуг свидетельствует о том, что медицина и в РФ, и за рубежом является одной из самых конкурентных отраслей деятельности с огромным потенциалом развития в будущем. По прогнозам транснациональной консалтинговой и аудиторской компании Deloitte Touche Tomatsu (Deloitte), входящей в «большую четвёрку» (Big-4) самых авторитетных консалтинговых и аудиторских компаний мира, наряду с Ernst & Young (EY), PricewaterhouseCoopers (PwC) и Klynveld Peat Marwick Goerdeler

© А.Д. Шматко, А.Ю. Щербук, Е.В. Черепанова, А.Н. Щукин, 2020 г.

(KPMG), к 2022 г. объем расходов на мировом рынке здравоохранения достигнет $10,059 трлн., а основные векторы развития будут определять крупные медицинские корпорации.

Цель исследования

Проанализировать отечественный и зарубежный опыт, оценить условия конкуренции и роль государства в повышении качества управления рынками медицинских услуг.

Материалы исследования

Монографическая и учебная литература; статьи в периодических изданиях; данные Росстата, аналитического центра при Правительстве Российской Федерации; аналитические обзоры из сети Интернет.

Объект исследования

Рынок медицинских услуг и его субъекты (организации государственной и негосударственной формы собственности).

Результаты и их обсуждение

Ключевыми трендами мирового рынка медицинских услуг, успешно реализующимися в настоящее время, являются:

1. Персонализированная медицина, получившая статус новой концепции здравоохранения, в первую очередь, по причине использования генетических данных пациентов, доступа к Big Data и развития «интернета вещей» (IoMT), позволяющих более детально отслеживать индивидуальные особенности здорового и больного человека, тем самым существенно повышая роль персонализированных профилактических и лечебных мероприятий.

2. Генетическое тестирование, ставшее одним из ключевых объектов современной медицинской деятельности, позволяющее назначать пациентам максимально релевантное лечение, нивелировав лишние затраты на дорогостоящие хирургические вмешательства и фармакотерапию.

3. Инновационные технологии, являющиеся флагманом успешного развития современной медицины, в том числе искусственный интеллект, который способен не только усовершенствовать качество медицинских услуг, но и значительно снизить расходы на диагностику и лечение. К 2021 г. суммарный объем продаж медицинского оборудования в мире составит $522 млрд.

4. «Интернет медицинских вещей» (IoMT), занимающий всё более прочную позицию среди новейших технологических преобразований медицинской отрасли, наиболее перспективный и полезный для пациентов, утративших способность к самообслуживанию. Дистанционное наблюдение за больными, специальные браслеты, диагностические датчики и прочие медицинские гаджеты способны верифицировать состояние здоровья человека для оказания ему необходимой помощи.

5. Big Data – главный инструмент унификации данных о пациенте в ближайшем будущем, хранящий информацию о всех заболеваниях, медицинских операциях, лечебно-диагностических манипуляциях и процедурах, перенесенных человеком с самого рождения, позволяющий получать данные о пациенте в едином стандартизированном виде и интегрировать её с алгоритмами искусственного интеллекта для поиска наиболее оптимального способа лечения.

В последние десятилетия в системе здравоохранения РФ активно внедряется система платных медицинских услуг, осуществляется технологическая модернизация медицинской отрасли на основе приносящих прибыль инноваций, в профессиональный оборот медицинского сообщества прочно вошли такие понятия, как товарно-денежные и договорные отношения, медицинская услуга, потребитель медицинских услуг, конкурентоспособность. Всё это – атрибуты рыночных отношений, концептуальной основой которых в общественном здравоохранении являются модели управляемой и регулируемой конкуренции внутреннего рынка [1–9,11–20].

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет медицинскую услугу как медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение [10].

Ф.Н. Кадыров (2001) выделяет специфические особенности медицинских услуг, превращающие их в незаменимое благо, оказывающее существенное влияние на характер действия рыночных законов, в первую очередь, удовлетворения важнейшей витальной потребности – сохранения здоровья и самой жизни. В качестве специфических черт медицинской услуги называются также высокая индивидуальность, неотделимость от источника, широкий диапазон характеристик, выделение в качестве объекта купли-продажи не результата, а процесса деятельности и т.д. [2]. Другой специфической чертой медицинской

услуги как рыночного товара, ведущей к противоречивости характеристик спроса, является отложенность последствий оказания медицинских услуг во времени, затрудняющая выяснение истинных причин изменения состояния здоровья. Это приводит к тому, что приоритет зачастую отдается материальным благам в ущерб здоровью. Кроме того, в здравоохранении далеко не всегда прослеживается прямая связь между затратами и результатами, что оказывает существенное влияние на рыночный спрос, на механизм ценообразования, роль оценки качества оказанной медицинской услуги и ее отражение в цене. Указанные характеристики ведут к тому, что медицинские услуги относятся к числу товаров, общественное предпочтение на которые обычно оказывается выше индивидуальных предпочтений. Именно эти факторы являются основными причинами вмешательства государства и введения ограничений свободы рыночных отношений в здравоохранении [2].

По мнению Р.С. Сафиной и И.М. Курзиной (2014а [12, С. 83–84]) отсутствие условий совершенной конкуренции на рынке медицинских услуг не позволяет осуществить чисто рыночную модель системы организации здравоохранения и требует государственного вмешательства, в первую очередь для того, чтобы избежать экономических потерь, присущих системе коммерческой медицины, сохранить доступ к получению медицинских услуг большинству населения страны и обеспечить решение главной задачи – рост общественного благосостояния.

Конкурентоспособность услуги включает три основные составляющие: 1) качество; 2) связь с экономикой создания, сбыта, сервиса услуги, экономическими возможностями и ограничениями потребителя; 3) субъективное восприятие услуги покупателем [8, С. 338]. Характеризуя основные факторы, затрудняющие конкурентоспособность медицинских услуг, Н.В. Кузнецов с соавт. (2019, [8, С. 341]) отметили: 1) революционный переход от административно-плановой системы социалистического здравоохранения к неуправляемому процессу становления маркетинговых отношений в условиях эволюционного формирования рынка медицинских услуг; 2) консервативную форму собственности медицинских учреждений, неопределенность становления и развития малого предпринимательства в существующей системе здравоохранения, несоответствующей действию классических экономических законов и условиям конкуренции и конкурентоспособности; 3) отсутствие современных менеджеров в системе общественного здоровья, способных грамотно решать организационно-технические, экономические и управленческие проблемы и задачи лечебного учреждения, функционирующего в новых экономических условиях развития общества и государства; 4) отсутствие в медицинских образовательных программах (как правило) курсов «Управление конкуренцией в здравоохранении»; 5) неоправданную осторожность реализации методов научного планирования (системного анализа, прогнозирования, оптимизации медицинской деятельности и пр.) в условиях формирования рынка медицинских услуг; 6) отсутствие политической воли в реализации обоснованных управленческих решений по доведению до логического внедрения в учреждениях здравоохранения современных механизмов, методов и форм постоянного повышения качества медицинской помощи.

В настоящее время выделяют три основных сегмента рынка платных медицинских услуг в РФ [12, С. 83]: 1) легальный рынок оказания медицинских услуг в государственных и частных клиниках, в которые обращаются в основном работающие жители крупных городов, готовые платить за экономию времени, отсутствие очередей, быстроту и качество обследования и лечения. При этом снижается количество необоснованных посещений врача, и экономятся бюджетные средства государственных учреждений здравоохранения; 2) теневой рынок оплаты медицинских услуг напрямую врачам, оценивающийся на уровне 15–20% рынка платных услуг и наносящий существенный вред здравоохранению и экономике страны в целом; 3) рынок добровольного медицинского страхования (ДМС), функционирующий как в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, так и в частных клиниках. Он используется из-за отсутствия полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), а также из соображений получения качественной и безопасной медицинской помощи в лечебных учреждениях, имеющих высокую репутацию. Около 95% владельцев полисов ДМС являются корпоративными клиентами. Организации используют этот инструмент как составляющую социального пакета для поддержания здоровья и лояльности своего персонала.

Характеризуя рынок медицинских услуг в РФ, необходимо учитывать следующие ключевые факторы, оказывающие влияние на его развитие: 1) глобализация и информатизация рынка медицинских услуг, трансформирующие их структуру и механизмы функционирования в условиях ограниченного финансирования; 2) нарастающая коммерциализация

отечественной системы здравоохранения на основе принципа невмешательства или условно ограниченной свободы в области управления; 3) преобладание административно-управленческих методов борьбы с заболеваниями, фрагментация медицинской помощи, интенсификация низкооплачиваемого труда медработников, ориентированных на лечение острой патологии и поиск быстрого временного решения; 4) прогрессирующий узконаправленный рост объемов дорогостоящей специализированной медицинской помощи, низкий потенциал первичного звена и недостаточный уровень эффективных и безопасных методов лечения, основанных на принципах доказательной медицины; 5) отягощение правовой оценки медицинской деятельности (криминализация врачебных ошибок) в условиях отсутствия полноценной законодательной базы о страховании профессиональной ответственности медицинских работников и продолжающейся реформы непрерывного медицинского образования.

Существенное влияние на развитие отечественного рынка медицинских услуг оказал национальный проект «Здравоохранение». В большинстве регионов РФ в ходе реализации этого проекта произошло значительное сокращение государственных медицинских учреждений. Эксперты Центра экономических и политических реформ (ЦЭПР) на основании данных Росстата подсчитали, что в 2000–2015 гг. количество больниц в РФ сократилось в два раза, с 10,7 тыс. до 5,4 тыс., а число больничных коек в сельской местности снизилось на 40%. Экспертное заключение ЦЭПР гласило, что, если закрытие больниц продолжится такими же темпами (353 в год), то к 2021–2022 гг. количество медучреждений в стране достигнет 3 тыс., то есть уровня Российской империи в 1913 г.

Вполне естественно, что в связи с произошедшей «оптимизаций» системы здравоохранения возникла потребность в дополнительных мощностях для медицинского обслуживания населения. Это привело к возникновению ряда негосударственных, в том числе сетевых, клиник, развивающихся наряду с государственными медицинскими учреждениями. Начиная с 2012 г., в РФ стал активно развиваться рынок медицинских услуг, а спрос ежегодно расти на 5–10%. Доля сетевых частных клиник в объеме рынка платных медицинских услуг (без учета «теневого» сектора) за период 2013–2018 гг. по данным РБК возросла в РФ с 23,4% до 32,5%.

Результаты анализа, проведенного одной из крупнейших консалтинговых и аудиторских компаний мира KPMG (Нидерланды), основанного на данных Федеральной службы государственной статистики, Министерства экономического развития РФ, Федерального фонда ОМС РФ, BusinesStat и характеризующего структуру расходов на здравоохранение в РФ в период 2012–2019 гг. представлены на *рис. 1*. За указанный период расходы на здравоохранение в РФ

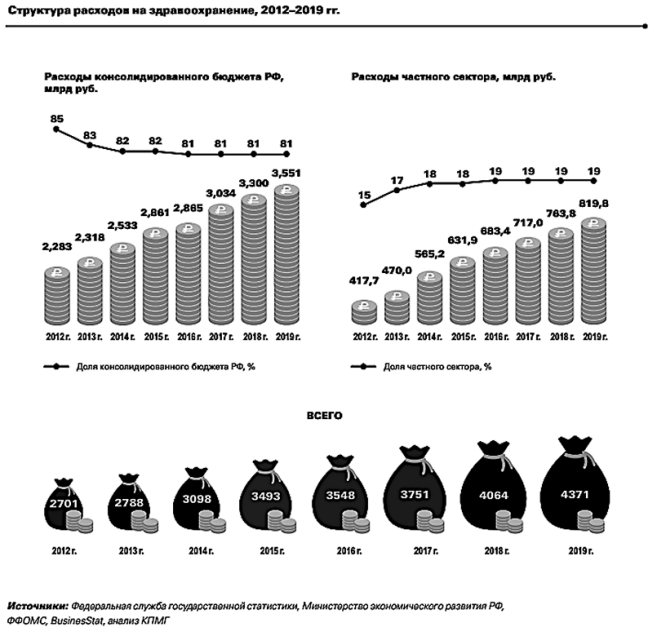

Рис. 1. **Структура расходов на здравоохранение РФ в 2012–2019 гг.**

в целом возросли с 2701 млрд. рублей в 2012 г. до 4371 млрд. рублей в 2019 г.; доля консолидированного бюджета РФ в структуре общих расходов на здравоохранение снизилась с 85% до 81%, а доля расходов частного сектора возросла с 15% до 19%. С 2012 г. по 2019 г. рынок платных медицинских услуг в общей системе здравоохранения РФ возрос почти в 2 раза с 417,7 млрд. рублей до 819,8 млрд. рублей *(рис. 1)*.

Ключевыми представителями отечественного рынка медицинских услуг являются государственные и ведомственные учреждения здравоохранения, частные клиники и индивидуальные предприниматели. К крупным сетевым компаниям на рынке негосударственной медицины РФ относятся клиники: «Медси», «Мать и дитя», «Европейский Медицинский Центр», «Медицинский институт им. Сергея Березина», «Ава-Петер», «Скандинавия», «Медицина», «MedSwiss», «Будь Здоров», «Национальная медицинская сеть» («ПроМедицина», «Диалайн», «Здоровье 365» и «Евромед»), «Семейная Клиника», «Семейный доктор», «Клиника К+31», «СМ Клиника», «МЕДИ», «Медицинский центр «XXI век», «СОГАЗ МЕДИЦИНА». По данным Росстат и РБК (2017), 55% рынка коммерческой медицины сконцентрированы в основном в Москве и Санкт-Петербурге. Объем российского рынка коммерческой медицины в 2018 г. составил 483 млрд. рублей. Общая доля выручки больших сетей на рынке РФ по итогам 2018 г. достигла 100 млрд. руб. По данным агентства BusinesStat, в целом отечественная медицина увеличила доходы на 11,6%, а коммерческая – на 10,8%. Увеличение доходов частных клиник на 10,8% по сравнению с предыдущим годом эксперты связывают с возросшей востребованностью на услуги их профильных специалистов, замедлением темпа роста цен на услуги кассовой медицины, развитием внутреннего медицинского туризма и возможностью дистанционного лечения в результате принятого закона о телемедицине. Как считают эксперты, рост финансового оборота коммерческих медицинских клиник в первую очередь обусловлен удорожанием медицинских услуг, а не увеличением спроса на них. По данным агентства BusinesStat средняя цена приема у врача в 2018 г. была на 9,8% выше, чем годом ранее. Стоимость первичного приема терапевта у компаний представленного выше рейтинга в среднем возросла с 2599 руб. до 2809 руб. Уровень маржи операционной прибыли в сегменте составил около 13%, уступая только трём крупным отраслям экономики с максимальной маржинальностью 20,3% (BusinesStat).

Весьма важными в оценке рынка медицинских услуг являются статистические показатели обращений в медицинские учреждения. Так, по данным ВЦИОМ (2018 г.) в случае заболевания только 46% опрошенных обращаются в государственную поликлинику, более 33% занимаются самолечением. Лишь 4% обращаются в платную клинику, а остальная часть опрошенных не лечится вовсе. Структура рынка платных медицинских услуг в динамике за период 2012–2019 гг. по данным компании KMPG представлена на *рис. 2.* За этот период отмечен рост объёма частных услуг легальной коммерческой медицины (ЛКМ) с 50% до 57%, снижение объёма услуг в системе ДМС с 26% до 19% и стабильный (23–24%) уровень платежей теневого сектора медицинских услуг в системе ОМС (KMPG). В структуре рынка специализированных платных медицинских услуг в 2019 г. лидирующие позиции по-прежнему занимают стоматология и диагностические исследования *(рис. 3)*.

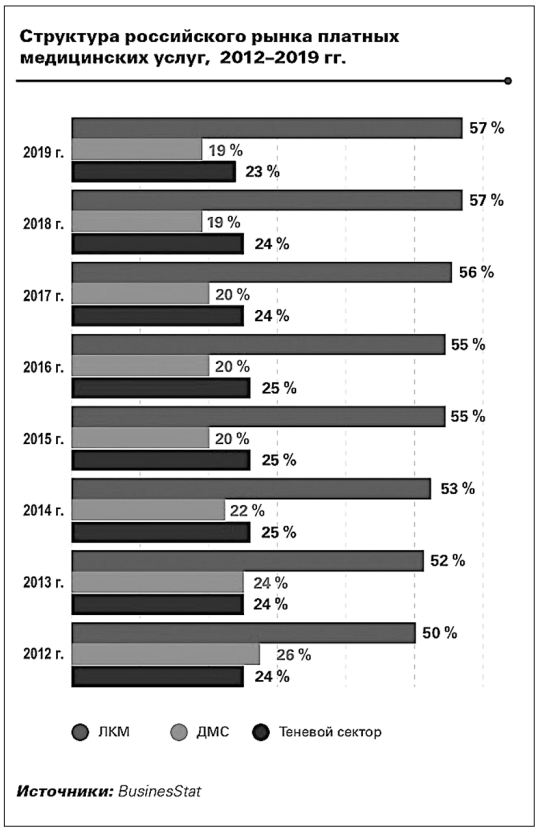

Рис. 2. **Структура рынка платных медицинских услуг в РФ в 2012–2019 гг.**

Рис 3. **Структура рынка платных медицинских услуг в РФ по специализации в 2019 г.**

Ключевыми драйверами развития коммерческих медицинских клиник в 2020 г. считаются: 1) увеличение среднего чека на фоне общей инфляции; 2) расширение перечня медицинских отделений; 3) развитие стационарной медицинской помощи; 4) концентрация на маржинальных услугах; 5) расширение пула медицинских услуг; 6) концентрация на продаже комплексных программ. Динамика структуры отечественного рынка медицинских услуг в 2012–2021 гг. представлена на *рис. 4*. Ожидается, что объёмы медицинских услуг в системе ОМС снизятся с 48,3% (2018 г.) до 47,8% (2021 г.), в системе бюджетной медицинской помощи – с 19,4% (2018 г.) до 18,0% (2021 г.), в системе теневых медицинских услуг – с 7,7% (2018 г.) до 7,5% (2021 г.). При этом планируется рост объёмов легальных платных медицинских услуг с 18,3% (2018 г.) до 20,1% (2021 г.) и медицинских услуг в системе ДМС с 6,3% (2018 г.) до 6,6% (2021 г.) *(рис. 4)*. В то же время ключевым препятствием для развития рынка платных медицинских услуг являются низкие доходы населения.

Весьма показательны результаты сравнительного анализа стоимости медицинских услуг в странах Европы, Азии и РФ *(таблица 1)*.

Представленные в *таблице 1* данные свидетельствуют, что стоимость медицинских услуг по ряду основных лечебно-диагностических процедур при сравнимых высоком качестве и эффективности результатов в медицинских учреждениях Санкт-Петербурга существенно ниже, чем в европейских и азиатских странах. А по таким распространённым и широко востребованным вмешательствам, как коронарная ангиография и эндоскопическое удаление мениска стоимость медицинских услуг в клиниках Санкт-Петербурга ниже в 17,1 и 44,9 раза соответственно. Эти показатели на примере Санкт-Петербурга свидетельствуют о перспективности рынка платных медицинских услуг в РФ.

Анализируя зарубежный опыт, обратимся к данным информационного агентства Bloomberg (США), составившего рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения и глобальному индексу медицинского туризма в 2018 г., характеризующий в том числе уровень развития рынков медицинских услуг в 55 странах с населением от 5 млн. человек, размером ВВП на душу населения от $5 тысяч и ожидаемой продолжительностью жизни от 70 лет *(таблица 2)*. Данные, представленные в *таблице 2*, свидетельствуют об отсутствии прямых корреляций между стоимостью медицинских

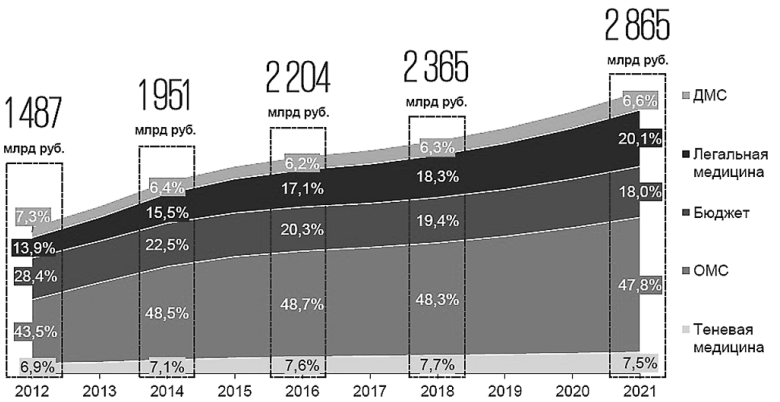

Рис. 4. **Структура рынка медицинских услуг в РФ (2012–2021 гг.)**

Таблица 1

Ориентировочная стоимость медицинских услуг в странах Европы, Азии и РФ

Лечебно-диагностические процедуры	*Дни реабилитации*	*Стоимость мед. услуг в Европе, $*	*Стоимость мед. услуг в Азии, $*	*Стоимость мед. услуг ($) и кратность её снижения в Санкт-Петербурге*	
Диагностика					
Стандарт-Check-Up	1	1600–2500	1100–1800	530–1395	1,8–2,1
Базис-Check-Up	1	2850–3540	500–900	230–1330	2,2–2,7
Углубленная экспресс-Check-Up	2–3	2850–3540	2300–3000	1690–3215	1,1–1,7
Ортопедия					
Эндопротезирование коленного сустава	16	20500	17900	3400–6700	3,1–5,3
Эндопротезирование тазобедр. сустава	16	19400	18100	2440–5340	3,6–5,1
Эндоскопическое удаление мениска	5	9125	8300	185–1130	8,1–44,9
Кардиология					
Коронарная ангиография	2	6850	1500	300–400	5,0–17,1
Коронарное стентирование (1 стент)	2–3	9125–11400	5000	1140–3450	3,3–4,4
Аортокоронарное шунтирование	17	20500–25100	4600–23000	2600–7000	1,8–3,6
Онкология					
Радиохирургия «Кибер-нож»	7	8000–25000	от 16000	4200	1,9–6,0

услуг на 1 человека и уровнем эффективности систем здравоохранения. Система здравоохранения США, использовавшая в 2018 г. самый высокий в мире объём финансовых средств, равный 16,8% ВВП, и имеющая уровень стоимости медицинских услуг на 1 жителя $9536, заняла в рейтинге лишь 55 место, существенно уступив многим странам мира, в которых стоимость медицинских услуг на 1 жителя находится в диапазоне от $219 (Таиланд) до $446 (Китай).

Кроме того, следует отметить взаимосвязь уровня развития рынка медицинских услуг и глобального индекса медицинского туризма. Как видно из *таблицы 2*, наиболее привлекательны для медицинских туристов страны, имеющие высокоразвитые рынки медицинских услуг: Канада, Великобритания, Израиль и Сингапур, а рынок медицинских услуг РФ, отмеченный индексом MTI, равным 34, явно нуждается в совершенствовании и развитии. Тем самым авторы рейтинга отметили, что, наряду с финансированием, особое внимание в развитии рынка медицинских услуг и повышении эффективности системы здравоохранения следует уделять медицинскому менеджменту и уровню организационно-управленческих процессов в здравоохранении.

Системы здравоохранения США и Великобритании в 2018 г. имели очень высокий уровень финансирования, достигший $3,7 трлн. и $244 млрд. соответственно. Для сравнения бюджет системы здравоохранения РФ в 2018 г. составил $82 млрд., в 45 раз меньше, чем в США и в 3 раза меньше, чем в Великобритании. При этом стоимость медицинских услуг на 1 жителя США в 2018 г. достигала $9536, а на 1 жителя Великобритании – $4356. Этот же показатель в РФ был равен в 2018 г. $524, т.е. в 18,2 раз ниже, чем в США и в 8,7 раз ниже, чем в Великобритании. Несмотря на один из самых высоких в мире уровней финансирования системы здравоохранения США, эксперты агентства Bloomberg весьма критически характеризуют американский рынок медицинских услуг, отличающийся: 1) низким уровнем оценки системы здравоохранения в целом; 2) недостаточным уровнем организации первичной медико-санитарной помощи; 3) высоким уровнем и качеством медицинской помощи лишь для платёжеспособной части населения; 4) отсутствием медицинской страховки у 28 млн. (10,4%) жителей страны (5,1% детского и 12,4% взрослого населения); 5) высоким уровнем (36%) медицинских расходов на людей старше 65 лет, страдающих ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, сахарным диабетом; 6) постоянным ростом дорогостоящей медикализации с полипрагмазией и значительным

Таблица 2

Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения (Bloomberg) и глобальному индексу медицинского туризма (MTI) в 2018 г.

№ п/п		Страны с населением 5 млн. чел. и более	% от ВВП	Стоимость мед. услуг на 1 чел., $	Ожидаемая продолжительность жизни
Bloomberg	MTI				
1	-	Гонконг	5,7	2222	84,3
2	4	Сингапур	4,3	2280	82,7
3	-	Испания	9,2	2354	82,8
4	9	Италия	9,0	2700	82,5
5	8	Южная Корея	7,4	2013	82,0
6 ...	3	Израиль	7,4	2756	82,0
12 ...	-	Швейцария	12,1	9818	82,9
16	1	Канада	10,4	4508	82,1
17...	7	Франция	11,1	4026	82,3
20...	-	Китай	5,3	426	76,1
27...	-	Таиланд	3,8	219	75,1
35...	2	Великобритания	9,9	4356	81,0
44	-	Казахстан	3,9	379	72,0
45...	6	Германия	11,2	4592	80,6
47...	10	Колумбия	6,2	374	74,2
49...	-	Беларусь	6,1	352	73,6
53	34	Россия	5,6	524	71,2
54	-	Азербайджан	6,7	368	71,9
55	-	США	16,8	9536	78,7

увеличением расходов на лекарственные средства для людей пожилого и старческого возраста; 7) низким уровнем (15%) методов лечения, основанных на принципах доказательной медицины; 8) ежегодным 50-процентным ростом расходов на инновационные медицинские технологии.

В то же время анализ рынка медицинских услуг в Великобритании в 2018 г. выявил его следующие преимущества и недостатки: 1) высокий уровень оценки системы здравоохранения («религия»); 2) высокое качество и уровень медицинской помощи для большинства пациентов; 3) высокий уровень первичной медико-санитарной помощи; 4) уровень расходов на людей старше 65 лет, превышающий 40% бюджета всей системы здравоохранения; 5) постоянный рост расходов, ограничивающий перечень доступных медицинских услуг; 6) постоянный рост дорогостоящей медикализации с полипрагмазией и увеличением расходов на лекарственные средства для людей пожилого и старческого возраста; 7) нарастание рисков, обусловленных бесплатностью и доступностью медицинской помощи, снижающих персональную заботу о собственном здоровье.

Завершая анализ глобальных проблем отечественного и зарубежного релевантных рынков медицинских услуг, следует оценить их с позиции пациентов, врачей, государства и основных выгодоприобретателей (фармацевтических и страховых медицинских компаний, производителей медицинского оборудования, расходных материалов и изделий медицинского назначения, а также дистрибьюторов). По мнению общественных организаций пациентов современный рынок медицинских услуг характеризуется: 1) невозможностью предотвращения хронических заболеваний; 2) высокой стоимостью и ограничением доступности медицинской помощи; 3) низкой эффективностью и небезопасностью медицинской помощи [9, http://aftershock.su //?q=node/300253]. Профессиональное врачебное сообщество считает, что современный рынок медицинских услуг отличается [20, www.janssen.com]: 1) снижением уровня престижности врачебной профессии, особенно медицинских специальностей высокого риска; 2) криминализацией правовой оценки врачебных ошибок и отношений «врач-пациент», «пациент-врач»; 3) низким, не соответствующим моральным

и физическим затратам уровнем оплаты труда; 4) зависимостью доходов от объёмов врачебной работы, а не от уровня здоровья пациентов; 5) большим количеством осложнений диагностики и лечения, а также побочных эффектов фармацевтических препаратов; 6) расходованием 50–80% рабочего времени на административно-канцелярскую, а не лечебно-диагностическую деятельность; 7) замедлением профессионального роста и рутинностью работы после 10–15 лет клинической практики; 8) отсутствием профессиональной заинтересованности в низкооплачиваемой научно-педагогической деятельности.

С позиции органов государственной власти в сфере здравоохранения наиболее существенное влияние на рынок медицинских услуг оказывают: 1) старение населения и рост числа хронических болезней, требующих более 90% финансирования всей системы здравоохранения; 2) высокая стоимость инновационных технологий, новейшего оборудования и современных фармацевтических препаратов; 3) ориентация пациентов на дорогостоящие высокотехнологичные методы диагностики и лечения, а не на профилактику болезней и здоровый образ жизни; 4) устаревшая система медицинского менеджмента, организации и финансирования здравоохранения, ориентированная на лечение острых заболеваний и поиск быстрого («a quick fix») временного решения [20, www.janssen.com].

По мнению представителей фармацевтических и страховых медицинских компаний, производителей медицинского оборудования, расходных материалов и изделий медицинского назначения, а также дистрибьюторов на скорость и темпы развития рынка медицинских услуг существенное влияние оказывают: 1) повышение требований потребителей медицинского оборудования, изделий медицинского назначения, расходных материалов и лекарственных препаратов (соотношение «цена-качество»); 2) низкая научно-практическая продуктивность и высокие расходы фармацевтических компаний на создание одного нового лекарственного препарата, достигающие $1–2 млрд.; 3) низкий уровень медицинского и фармацевтического менеджмента, основанный на устаревших управленческих стратегиях и подходах в условиях финансового и долгового кризиса; 4) высокие темпы глобализации, развитие телекоммуникационных технологий, активное влияние демографических и эпидемиологических факторов. Сопоставление различных точек зрения свидетельствует о нарастании конфликта интересов участников рынков медицинских услуг, поскольку коммерческие интересы представителей фармацевтических и страховых медицинских компаний, производителей медицинского оборудования, расходных материалов и изделий медицинского назначения, а также дистрибьюторов противоречат целям медицины и общественного здоровья и заключаются в увеличении прибыли, возможном лишь при повышении уровня заболеваемости населения, числа хронических заболеваний, требующих масштабных финансовоёмких инвестиций. При этом величина доходов ключевых участников рынка – врачей находится в прямой зависимости от «числа обслуженных больных», а не уровня их здоровья [9, http://aftershock.su//?q=node/300253].

Таким образом, поскольку целям и задачам общественного здравоохранения напрямую соответствуют лишь интересы пациентов и государства, успешное развитие рынков медицинских услуг возможно лишь при условии разрешения конфликта интересов всех его участников.

Выводы:

Результаты исследования отечественного и зарубежного релевантных рынков медицинских услуг свидетельствуют об отсутствии условий совершенной конкуренции, не позволяющем считать их полностью свободными рынками, функционирующими на основе классических экономических законов.

Эффективное сочетание качественного государственного регулирования, стимулирующего развитие конкуренции, и отдельных рыночных механизмов – наиболее оптимальное направление развития современных рынков медицинских услуг.

Успешное развитие рынков медицинских услуг возможно лишь при условии разрешения конфликта интересов пациентов, врачей, государства и основных выгодоприобретателей (фармацевтических и страховых медицинских компаний, производителей медицинского оборудования, расходных материалов и изделий медицинского назначения, а также дистрибьюторов).

Наиболее перспективными на рынке специализированных медицинских услуг по-прежнему являются стоматология, диагностические исследования, хирургия, травматология, гинекология и урология.

Высокое качество и эффективность результатов лечения в сочетании с доступным уровнем его стоимости создают перспективу дальнейшего развития отечественного рынка платных медицинских услуг и медицинского туризма.

Литература

1. *Захарова Е.Н., Ковалева И.П.* Концептуальные основы функционирования рынка медицинских услуг // Вестник Адыгейского государственного университета. – 2015. – Вып. 3 (165). – С. 254–260.
2. *Кадыров Ф.Н.* Ценообразование медицинских и сервисных услуг учреждений здравоохранения – М.: Издательство ГРАНТЪ, 2001. – 424 с.
3. *Кадыров Ф.Н.* Платные услуги в здравоохранении. Том 1. Под редакцией академика РАМН В.И. Стародубова. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2013. – 220 с.
4. *Кадыров Ф.Н.* Платные услуги в здравоохранении. Том 2. Под ред. академика РАН В.И. Стародубова. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2017. – 266 с.
5. *Кадыров Ф.Н.* Платные услуги в здравоохранении. Том 3. Под ред. академика РАН В.И. Стародубова. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2018. – 315 с.
6. *Козлова Е.И., Новак М.А.* Рынок платных медицинских услуг в России: динамика, факторы развития // Инновационная экономика: перспективы развития и совершенствования. – 2018. – № 5 (31). – С. 50–57.
7. *Кружкова Ю.И.* Проблемы конкурентоспособности медицинских услуг в современных условиях // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2017. – № 10. – С. 154–159.
8. *Кузнецов Н.В., Рулева А.В., Рулев М.В.* Характеристика системы здравоохранения и рынка медицинских услуг в России // Московский экономический журнал. – 2019. – № 6. – С. 334–342.
9. *Мартюшев-Поклад А.М.* Почему ухудшается качество медицины. 24.04.2015. http: //aftershock.su//?q=node/300253.
10.Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ: [В ред. от 24.04.2020] // СПС КонсультантПлюс. М., 2020.
11.*Сафина Р.С. Курзина И.М.* Альтернативные системы финансирования здравоохранения в условиях рыночных отношений // Вестник экономики, права и социологии. – 2014. – № 2. – С. 52–56.
12.*Сафина Р.С., Курзина И.М.* Особенность рынка медицинских услуг и роль государства // Вестник экономики, права и социологии. – 2014. – № 3. – С. 81–84.
13.*Шевцов В.И., Коваленко Т.Н., Царегородцева О.А.* Система менеджмента качества и её статистическая интерпретация в здравоохранении // Здравоохранение. – 2005. – № 11. – С. 29–35.
14.*Шейман И.М.* Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении / И.М. Шейман; Гос. Ун-т – Высшая школа экономики. – 2-е изд. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. – 318 с.
15.*Шизер Д.* Помогает ли нам медицина? / М.: Ад Маргинем Пресс, ABCdesign, 2019. – 144 с.: ил. – (The Big Idea).
16.*Шматко А.Д., Селиверстов Ю.И.* Научно-техническое развитие в России // Вестник Белгородского государственного технологического университета им. В.Г. Шухова. – 2017. – № 12. – С. 267–274.
17.*Щербаков Ю.Ю., Шматко А.Д.* Роль инноваций в технологической модернизации России // Современный менеджмент: проблемы и перспективы. Сборник статей: в двух частях. – 2016. – С. 303–309.
18.*Suhrcke M., Rocco L., McKee M.* Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического равития Восточной Европы и Центральной Азии // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2010. – 274 с.
19.*Thomson S., Foubister T., Mossialos E.* Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2010. – 241 с.
20.A report from the Economist Intelligence Unit «The future of healthcare in Europe», 2011, www.janssen.com.

UDC 338.46

Shmatko A.D.[1,2], Shcherbuk A.Y.[3,4], Cherepanova E.V.[3,4], Schukin A.N.[4] ***Problems of relevant medical services markets: research of domestic and foreign experience*** *([1]Baltic State Technical University «VOENMEKH» named after D.F. Ustinov; [2]Institute for Regional Economic Studies Russian Academy of Science; [3]Saint-Petersburg State University of Economics; [4]Saint-Petersburg State University, St. Petersburg, Russia)*

Abstract. The article reflects the results of an analysis of studies by different authors on the problems of domestic and foreign relevant markets for medical services. The essence of concepts is revealed: a medical service, its competitiveness, the market of medical services. The situation is described, associated with problems in the formation of a competitive environment, the main factors hindering the competitiveness of medical services, the nature of their functioning, which determines the need for government intervention in the health sector. The main participants of the medical services market are presented and the reasons for the conflict of their interests are substantiated.

Keywords: *medical services market, medical services, medical services consumer, competition in the medical services market, competitiveness, conflict of interests.*

От редакции:

Финансовое обеспечение медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования в условиях коронавирусной инфекции претерпело существенные изменения по сравнению с ранее сложившимся порядком. Но и в течение самого периода распространения COVID-19 изменения происходят практически постоянно. Это вызывает сложности в понимании того, на какие финансовые средства могут рассчитывать медицинские организации, какие действия они должны для этого предпринять и т.д.

На основе новых нормативных правовых актов и только что вышедшего совместного письма Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования наши эксперты дают разъяснения по этим вопросам.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,
заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, НИУ «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия, e-mail: kadyrov@mednet.ru

О.В. Обухова,
к.п.н., заведующая отделением экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия, e-mail: obuhova@mednet.ru

А.М. Чилилов,
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва, Россия, e-mail: chililov@mail.ru

ИЗМЕНЕНИЯ В ПОРЯДКЕ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

УДК: 614.2 *DOI: 10.37690/1811-0185-2020-8-67-74*

Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Чилилов А.М. ***Изменения в порядке финансового обеспечения медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования на современном этапе распространения коронавирусной инфекции*** *(ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия; ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, НИУ «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. В условиях распространения коронавирусной инфекции основной проблемой медицинских организаций является не очевидный рост затрат на оказание медицинской помощи, связанный с обеспечением санитарно-эпидемиологического режима (средства индивидуальной защиты, для дезинфекции и т.д.), а снижение доходов из-за падения объемов плановой медицинской помощи, приостановки профилактических мероприятий, простоев (в период проведения мероприятий по перепрофилированию и т.д.).

Государство оперативно отреагировало на подобную ситуацию, внеся изменения в соответствующее законодательство, приняв целый ряд специальных нормативных правовых актов. Однако реализация этих достаточно разнообразных мер связана с целым рядом факторов, таких как: наличие или отсутствие ограничительных мероприятий на территории субъекта Российской Федерации; участие или неучастие в оказании медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией; периоды, в рамках которых действует тот или иной порядок авансирования и т.д.

Все это вызывает сложности в понимании того, какой механизм финансового обеспечения применяется к данной конкретной ситуации, каковы должны быть действия медицинских организаций.

Данная статья посвящена анализу способов финансового обеспечения медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования на различных этапах борьбы с коронавирусной инфекцией.

Ключевые слова*: обязательное медицинское страхование, авансирование, финансовое обеспечение, объемы медицинской помощи, медицинские организации, страховые медицинские организации, оплата медицинской помощи.*

© Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова, А.М. Чилилов, 2020 г.

Введение

В условиях распространения коронавирусной инфекции COVID-19 был принят целый ряд нормативных правовых актов, касающихся особенностей финансового обеспечения медицинских организаций в этот период.

Федеральный закон от 1 апреля 2020 года № 98-ФЗ: «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций» (далее – Федеральный закон № 98-ФЗ) внес изменения, в том числе, и в Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ).

Данным законом, в частности, предусмотрено, что в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, Правительство Российской Федерации вправе установить особенности реализации базовой программы обязательного медицинского страхования.

В рамках этих полномочий было принято постановление Правительства Российской Федерации от 3 апреля 2020 г. № 432 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией» (далее – Постановление № 432).

С 25 апреля вступили в силу изменения в приказе Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС), которые предусматривают возможность без внесения изменений в договоры осуществлять авансирование медицинской помощи, которое может составлять до 100 процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи (в случае периода действия договора менее трех месяцев).

Авансирование медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, может составлять до 50 процентов от среднемесячного объема средств, направленных на оплату медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, за последние три месяца текущего финансового года.

Изменение порядка финансового обеспечения медицинских организаций в период с 1 апреля 2020 г. по 31 июля 2020 г.

Снижение уровня распространения COVID-19, имевшее место в середине лета, на фоне проведенной оценки финансовых последствий этого заболевания привело к пересмотру порядка финансового обеспечения медицинских организаций в системе ОМС с 1 апреля 2020 г. по 31 июля 2020 г.

Постановление Правительства РФ от 3 августа 2020 г. № 1166 "О внесении изменений в пункт 1 постановления Правительства Российской Федерации от 3 апреля 2020 г. № 432" поменяло целый ряд положений Постановления № 432 в первоначальной редакции.

Совместное письмо Минздрава России № 11–7/и/2–12704 и ФФОМС № 12460/30–2/и от 04.09.2020 дало разъяснения по поводу порядка реализации новой редакции Постановления Правительства РФ от 03.04.2020 № 432.

В частности, Постановление № 432 дополнено рядом пунктов («м» – «о»), действие которых распространяется на правоотношения, возникшие с 1 апреля 2020 г. по 31 июля 2020 г.

Пункт «м» устанавливает: «финансовое обеспечение расходов страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, осуществляется в порядке ежемесячного авансирования оплаты медицинской помощи в размере до одной двенадцатой объема годового финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, распределенного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, без учета фактического выполнения объемов предоставления медицинской помощи».

Обращаем внимание на два существенных нюанса:

1. Теперь аванс выдается не за 3 последних месяца (когда объемы из-за коронавирусной инфекции объективно упали), а за последние 12 месяцев. То есть сумма аванса будет выше.

2. В расчет теперь берутся не средние фактические объемы оказанной медицинской, а плановые значения объемов медицинской помощи. То есть,

фактические объемы в расчет не принимаются.

Смысл пункта «н», которым дополнено Постановление № 432, заключается в следующем: медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования осуществляют расходы по оплате труда своих работников, уплате налогов и сборов, страховых взносов, установленных законодательством Российской Федерации, и расходов, связанных с оплатой коммунальных услуг и содержанием имущества, за счет средств обязательного медицинского страхования независимо от объема оказанной ими медицинской помощи. Оставшиеся после оплаты указанных расходов средства обязательного медицинского страхования подлежат возврату в бюджет соответствующего территориального фонда обязательного медицинского страхования. При этом учитываются особенности, указанные в подпунктах «а» и «б» пункта 1, Постановления № 432:

а) возможная приостановка проведения профилактических мероприятий в части диспансеризации;

б) получение медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара в плановой форме и назначение отдельных инструментальных и лабораторных исследований (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы) осуществляются по направлению врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях в медицинской организации, выбранной гражданином для получения первичной медико-санитарной помощи, или по направлению, выданному органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Добавим, что требование пункта «б» получило отражение и в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».

Приказ Минздрава России от 27.08.2020 № 905н внес очередные изменения в данный приказ, установив, что медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 осуществляют выдачу направления на госпитализацию для оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме исключительно гражданам, выбравшим данную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации, со дня установления решением высшего должностного лица субъекта Российской Федерации (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) на территории субъекта Российской Федерации ограничительных мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и до дня их отмены.

Соответственно, медицинские организации и их структурные подразделения, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях обязаны организовать госпитализацию пациентов для оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме исключительно при наличии направления на госпитализацию, выданного в вышеуказанном порядке.

Далее. Пункт «о», которым дополнено Постановление № 432, устанавливает, что положения договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию применяются с учетом особенностей, указанных в подпунктах «м» и «н» пункта 1, без внесения в них соответствующих изменений.

Совместное письмо Минздрава России № 11–7/и/2–12704 и ФФОМС № 12460/30–2/и от 04.09.2020 (далее – Письмо) дало разъяснения по поводу порядка реализации новой редакции Постановления Правительства РФ от 03.04.2020 № 432.

Письмо разъясняет порядок реализации подпунктов «м» и «н» пункта 1 постановления № 432 территориальными фондами обязательного медицинского страхования (далее – Территориальный фонд), страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями. Изложенный в Письме порядок расчетов применяется для медицинских организаций независимо от их формы собственности.

Порядок реализации Постановления № 432 Территориальными фондами

В рамках реализации Постановления № 432 Территориальный фонд осуществляет:

- расчет объема финансового обеспечения расходов страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года, исходя из 1/12 объема годового финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, распределенному на 2020 год для соответствующих страховых медицинских организаций и медицинских организаций первоначальным решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (создаваемой в соответствии с частью 10 статьи 36 Федерального закона № 326) в соответствии с подпунктом «м» пункта 1 постановления № 432 (далее – расчетный размер аванса);

- расчет доли расходов, указанных в подпункте «н» пункта 1 постановления № 432 в общем объеме расходов соответствующей медицинской организации, по каждой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – доля расходов медицинской организации), на основании данных формы федерального статистического наблюдения № 14-Ф (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС медицинскими организациями», утвержденной приказом Росстата от 17 апреля 2014 г. № 258 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – форма 14-Ф (ОМС)) за 2019 год;

- доведение до страховых медицинских организаций расчетного размера аванса и доли расходов медицинской организации по каждой медицинской организации.

Для расчета доли расходов медицинской организации используются сведения графы 4 раздела III формы 14-Ф (ОМС) «Расходование средств ОМС» по строкам:

01 – «Израсходовано средств за отчетный период – всего».

02 – «Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда».

09 – «Коммунальные услуги».

11 – «Работы, услуги по содержанию имущества».

17 – «Прочие расходы» в части уплаты налогов и сборов, установленных законодательством Российской Федерации.

Для медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, начиная с 2020 года, доля расходов медицинской организации рассчитывается на основании данных формы 14-Ф (ОМС) за 1 полугодие 2020 года.

Расчет доли расходов медицинской организации осуществляется в целом по медицинской организации вне зависимости от условий оказания и способов оплаты медицинской помощи.

В случае реорганизации медицинской организации в январе – июле 2020 года для определения расчетного размера аванса принимается объем финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реорганизованной медицинской организации.

Определение расчетного размера аванса не производится:

- в случае если с 1 января по 31 июля 2020 года медицинская организация не оказывала медицинскую помощь;

- в части медицинской помощи, оплата за которую осуществляется по подушевому нормативу финансирования;

- по медицинским организациям, у которых сумма принятых к оплате счетов (реестров счетов) за оказанную за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года медицинскую помощь превышает расчетный размер аванса.

Порядок расчета сумм, подлежащих дополнительному перечислению в медицинскую организацию или возврату в бюджет территориального фонда

Страховая медицинская организация после получения от территориального фонда сведений о расчетном размере аванса и доле расходов медицинских организаций осуществляет сверку информации о суммах фактически перечисленных авансов на оплату медицинской помощи и принятых к оплате счетов (реестров счетов) за оказанную медицинскую помощь за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года с каждой медицинской организации.

По результатам сверки страховая медицинская организация определяет расчетную сумму средств, подлежащих дополнительному перечислению в медицинскую организацию или возврату в бюджет территориального фонда, по следующей формуле:

С = А факт – Ф – (Аплан – Ф) * Д, где:

С – расчетная сумма средств, подлежащих дополнительному перечислению в медицинскую организацию (значение со знаком «-») или возврату в бюджет территориального фонда (значение со знаком «+»);

А факт – сумма перечисленного медицинской организации аванса за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года;

Ф – сумма предъявленных к оплате от медицинской организации счетов (реестров счетов) за оказанную медицинскую помощь за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года. В случае осуществления страховыми медицинскими организациями окончательных расчетов с медицинскими организациями за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года, значение выражения А факт – Ф принимается равным нулю);

Аплан – расчетный размер аванса;

Д – доля расходов медицинской организации.

Порядок проведения расчетов между медицинской организацией и страховой медицинской организаций

После определения размера средств, подлежащих дополнительному перечислению в медицинскую организацию или возврату в бюджет территориального фонда, между медицинской организацией и страховой медицинской организаций оформляются акты сверки расчетов по состоянию на 1 апреля и за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года (без учета сальдо расчетов по состоянию на 1 апреля). Акт сверки расчетов за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года должен включать следующие сведения за указанный период:

- расчетный размер аванса;
- сумму перечисленного медицинской организации аванса;
- сумму, перечисленную медицинской организации (полученную от медицинской организации) в рамках проведения окончательного расчета (при наличии);
- сумму предъявленных медицинской организацией счетов (реестров счетов) за оказанную медицинскую помощь;
- сумму средств, сформированных за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- сумму штрафов, начисленных за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- сумму принятых к оплате счетов (реестров счетов) за оказанную медицинскую помощь;
- долю расходов медицинской организации;
- расчетную сумму расходов медицинской организации, превышающую сумму предъявленных к оплате счетов (реестров счетов) за оказанную медицинскую помощь ((Аплан – Ф) * Д);
- расчетную сумму средств, подлежащих дополнительному перечислению в медицинскую организацию или возврату в бюджет территориального фонда.

Порядок получения медицинскими организациями дополнительных средств

По итогам оформления актов сверки расчетов медицинская организация вправе направить в страховую медицинскую организацию дополнительную заявку на авансирование оплаты медицинской помощи в пределах расчетной суммы средств, подлежащих дополнительному перечислению в медицинскую организацию.

При этом сумма, указанная медицинской организацией в заявке на авансирование, включается в акт сверки за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года отдельной строкой и учитывается при корректировке размера кредиторской задолженности медицинской организации перед страховой медицинской организацией в соответствии с подпунктом «н» пункта 1 постановления № 432.

При получении заявок, сформированных в вышеуказанном порядке (в соответствии с пунктом 4 Письма), страховая медицинская организация формирует, в соответствии с пунктом 124 Правил ОМС, и направляет в территориальный фонд заявку на дополнительное авансирование оплаты медицинской помощи в разрезе медицинских организаций, с приложением к ней всех актов сверки расчетов по состоянию на 1 апреля 2020 года и всех актов сверки расчетов за период 1 апреля – 31 июля 2020 года.

В соответствии с указанным пунктом 124 Правил ОМС, в заявку на авансирование включается объем средств, необходимый для направления в медицинские организации в соответствии с заявками медицинских организаций на авансирование оплаты медицинской помощи.

Заявка страховой медицинской организации на авансирование представляется в территориальный фонд вместе с перечнем заявок медицинских организаций, направленных в страховую медицинскую организацию, с указанием по каждой медицинской организации размера среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи (в случае периода действия договора менее трех месяцев) и суммы авансирования.

Заявка на получение средств на оплату счетов должна содержать сведения, перечисленные в пункте 124 Правил ОМС.

Между страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом составляется акт сверки за период с 1 апреля по 31 июля 2020 года, который содержит свод показателей, предусмотренных в актах сверки расчетов между медицинской организацией и страховой медицинской организацией (доля расходов медицинских организаций указывается как средневзвешенная) с отдельным отражением расчетных сумм средств, подлежащих дополнительному перечислению в медицинскую организацию или возврату в бюджет территориального фонда, и фактических сумм, перечисленных (возвращенных) медицинской организации (ей) по каждой медицинской организации (развернутое сальдо).

В случае, если по итогам оформления акта сверки расчетов определена сумма средств, подлежащих возврату в бюджет территориального фонда, страховая медицинская организация обеспечивает, в соответствии с пунктом 126 Правил, возврат указанных средств или уменьшает суммы, подлежащие перечислению в медицинскую организацию на основании счетов (реестров счетов) на оплату медицинской помощи в будущих периодах, после отмены установления решением высшего должностного лица субъекта Российской Федерации (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) на территории субъекта Российской Федерации ограничительных мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (далее – ограничительные меры) в соответствии с графиком, согласованным с территориальным фондом, но не позднее 20 декабря 2020 года.

Перспективы финансового обеспечения медицинских организаций в конце 2020 года

Начиная с августа 2020 года, авансирование медицинских организаций осуществляется в следующем порядке.

Если в регионе сохранились или вновь введены ограничительные меры, то авансирование осуществляется в соответствии с пунктами 123.1 и 125.1 Правил ОМС, которые введены Приказом Минздрава России от 09.04.2020 № 299н и устанавливают порядок авансирования в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

В соответствии с этими пунктами размер аванса, предоставляемого территориальным фондом страховым медицинским организациям на основании заявки на авансирование, может составлять до 100 процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние три месяца либо с периода начала действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (в случае периода действия договора менее трех месяцев).

Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций в соответствии с частью 2.1 статьи 15 Федерального закона, размер аванса, предоставляемого территориальным фондом страховым медицинским организациям, может составлять до 100 процентов размера финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи, распределенного страховой медицинской организацией решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на месяц.

Данный пункт 2.1. определяет, что в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, высшее должностное лицо субъекта Российской Федерации (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) вправе установить срок подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр

медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, отличный от предусмотренного в обычных условиях (когда уведомление направляется до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования). При этом размер аванса не может быть больше размера финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи, распределенного страховой медицинской организацией решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, в расчете на месяц.

В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, размер аванса, предоставляемого страховой медицинской организацией медицинским организациям на основании заявки на авансирование медицинской помощи, может составлять до 100 процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи (в случае периода действия договора менее трех месяцев).

Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, в соответствии с частью 2.1 статьи 15 Федерального закона, размер аванса, предоставляемого страховой медицинской организацией, может составлять до 100 процентов размера финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи, распределенного медицинской организации решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, в расчете на месяц.

При этом размер аванса не может быть больше размера финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи, распределенной медицинской организации решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, в расчете на месяц.

При снятии в субъекте Российской Федерации ограничительных мер авансирование осуществляется в соответствии с пунктом 2 приказа Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 № 1030н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования».

Данный пункт 2 устанавливает, что при заключении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования размер средств заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи, устанавливается в размере не более 50% от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи. Размер средств заявки может быть увеличен: во II–III квартале года – не более, чем на 20% от размера, указанного в настоящем пункте приказа, на декабрь – до 95% от размера среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи.

Другие возможные варианты дополнительных мер поддержки медицинских организаций в условиях чрезвычайных ситуаций, предусмотренные законодательством

Федеральный закон от 1 апреля 2020 года № 98-ФЗ: «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций» внес изменения в том числе и в Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». В частности, часть 4 статьи 26 дополнена пунктом 6^1, в соответствии с которым к доходам бюджетов территориальных фондов теперь стали дополнительно относиться межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются средства федерального бюджета, предоставляемые субъекту Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение медицинских организаций в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Это означает возможность прямой финансовой поддержки Территориальных фондов ОМС из бюджета. Ранее это было возможно лишь путем расширения видов и объемов медицинской помощи, включаемой в территориальную программу ОМС сверх базовой программы ОМС.

Соответственно, внесены изменения, предусматривающие, что средства нормированного страхового запаса территориальных фондов могут использоваться для финансового обеспечения мер по компенсации медицинским организациям недополученных доходов в связи с сокращением объемов медицинской помощи, установленных территориальной

программой обязательного медицинского страхования, в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Средства нормированного страхового запаса территориального фонда на эти цели предоставляются территориальным фондом медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования, включенными в перечень, утверждаемый высшим должностным лицом субъекта Российской Федерации (руководителем высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации). Указанные средства предоставляются медицинским организациям на основании соглашения, типовая форма и порядок заключения которого утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

До настоящего времени эта мера, предусмотренная законодательством, не была задействована. Однако она может быть использована при необходимости.

Заключение:

В настоящее время созданы механизмы возмещения медицинским организациям, работающим в системе обязательного медицинского страхования, выпадающих доходов из-за сокращения объемов оказанных услуг, в том числе по причине вынужденного простоя и т.д. в связи с распространением COVID-19.

Реализация этого механизма будет осуществляться с учетом наличия или отсутствия на территории конкретного субъекта Российской Федерации ограничительных мер, направленных на борьбу с коронавирусной инфекцией.

Законодательство в сфере обязательного медицинского страхования предусматривает и другие варианты финансовой поддержки медицинских организаций в подобных ситуациях, что можно рассматривать как определенную гарантию стабильности финансового обеспечения медицинских организаций в период распространения коронавирусной инфекции и в других случаях возникновения угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Литература

1. *Артеменко Д.А., Соколов А.А.* Трансформация общественного здравоохранения России: анализ сбалансированности // Финансы и кредит. – 2017. – Т. 23. – № 42. – С. 2498–2510.

2. *Кадыров Ф.Н., Чилилов А.М.* Функционирование системы обязательного медицинского страхования в условиях распространения коронавируса // Страховое дело. – 2020. – № 8. – С. 39–47.

3. *Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Базарова И.Н., Ендовицкая Ю.В., Несветайло Н.Я.* Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в российском здравоохранении // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 4. – С.59–69.

4. *Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Базарова И.Н., Ендовицкая Ю.В., Несветайло Н.Я.* Российское здравоохранение на фоне коронавируса COVID-19: возможности и угрозы // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 5. – С.68–78.

UDC 614.2

Kadyrov F.N., Obukhova O.V., Chililov A.M. ***Changes in the procedure for financial support of medical organizations in the system of compulsory medical insurance at the present stage of the spread of coronavirus infection*** *(Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow,Russia; North-Eastern State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia; HSE University, Moscow, Russia)*

Annotation. In the context of the spread of coronavirus infection, the main problem of medical organizations is not an obvious increase in the cost of providing medical care associated with ensuring the sanitary and epidemiological regime (personal protective equipment, disinfection, etc.), but a decrease in income due to a drop in the volume of planned medical care, suspension of preventive measures, downtime (during the period of re-profiling, etc.).

The state quickly responded to this situation by making changes to the relevant legislation and adopting a number of special regulatory legal acts. However, the implementation of these rather varied measures tied to a number of factors, such as the presence or absence of restrictive measures on the territory of the Russian Federation; participation or non-participation in the care of patients with coronavirus infection; periods within which the one or the other order advances, etc.

All this causes difficulties in understanding what financial security mechanism is applied to this particular situation, what should be the actions of medical organizations.

This article is devoted to the analysis of ways of financial support of medical organizations in the system of compulsory medical insurance at various stages of the fight against coronavirus infection.

Keywords: *Mandatory medical insurance, advance payment, financial support, volumes of medical care, medical organizations, medical insurance organizations, payment for medical care.*

От редакции:

В первом номере нашего журнала за этот мы уже писали о выплатах стимулирующего характера за выявление онкологических заболеваний. Однако приостановка профилактических мероприятий привела к тому, что выплаты не осуществлялись. В связи с возобновлением профосмотров и диспансеризации, было принято решение о начале выплат, вышел приказ Минздрава России, появились разъяснения Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Наши эксперты дают разъяснения по порядку выплат.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ю.В. Ендовицкая,
младший научный сотрудник, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия,
e-mail: kuftova@mednet.ru

Ф.Н. Кадыров,
заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, НИУ «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия, e-mail: kadyrov@mednet.ru

ВОПРОСЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВЫПЛАТ СТИМУЛИРУЮЩЕГО ХАРАКТЕРА ЗА ВЫЯВЛЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Чем регламентировано финансовое стимулирование медицинских работников за выявление в ходе диспансеризации населения онкологических заболеваний?

23 апреля 2019 года Постановлением Правительства РФ № ДМ-П14–3355 было поручено обеспечить финансовое стимулирование медицинских работников за выявление в ходе диспансеризации населения онкологических заболеваний, подтвержденных соответствующими исследованиями, и своевременное взятие на диспансерное наблюдение. Дополнительные бюджетные ассигнования на данное стимулирование медицинских работников были предусмотрены при формировании бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов Федеральным законом от 02.12.2019 № 382-ФЗ[1].

Постановлением Правительства РФ от 30.12.2019 № 1940 (далее – Постановление) установлены правила предоставления межбюджетных трансфертов из бюджета ФФОМС бюджетам территориальных фондов ОМС на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения[2]. Порядок и условия осуществления данных стимулирующих выплат установлены Приказом Минздрава России от 07.07.2020 № 682н[3].

[1] Федеральный закон от 02.12.2019 № 382-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов».

[2] Постановление Правительства РФ от 30.12.2019 № 1940 «Об утверждении Правил предоставления межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения».

[3] Приказ Минздрава России от 07.07.2020 № 682н «Об утверждении порядка и условий осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения

© Ю.В. Ендовицкая, Ф.Н. Кадыров, 2020 г.

Какая сумма выплат положена за выявление онкологических заболеваний?

Согласно Постановлению, за каждый случай впервые выявленного онкологического заболевания, подтвержденного результатами соответствующих диагностических инструментальных и/или лабораторных исследований, на осуществление денежных выплат положена 1 тысяча рублей. Из них 500 рублей – врачу-терапевту (врачу-терапевту участковому, врачу-терапевту цехового врачебного участка, врачу общей практики (семейному врачу), врачу-педиатру (врачу-педиатру участковому), фельдшеру фельдшерского здравпункта (фельдшерско-акушерского пункта), ответственному за организацию и проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, за исключением руководителя медицинской организации. Оставшиеся 500 рублей делятся между:

- медицинским работником, назначившим диагностические исследования в ходе и (или) по результатам проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации;
- медицинским работником, выполнившим своевременно диагностические исследования, по результатам которых установлен диагноз онкологического заболевания;
- медицинским работником, осуществившим своевременное установление диспансерного наблюдения за пациентом с онкологическим заболеванием.

Какой размер выплаты полагается медицинскому работнику, ответственному за проведение диспансеризации?

Согласно Письму ФФОМС от 20.08.2020 № 11534/26–4/и, расчёты размера выплаты медицинскому работнику, ответственному за проведение диспансеризации, следует производить по следующим формулам:

Размер выплаты медицинскому работнику (Рвм) – 500 рублей*Рк (с округлением до целого рубля)

Рв = ((Рвм / 0,87) + От) * 1,302 (с округлением до 2 знаков после запятой), где: 500 рублей – размер средств для выплаты медицинскому работнику, ответственному за организацию и проведение диспансеризации;

0,87 – коэффициент, отражающий долю размера денежной выплаты после взимания налога на доходы физических лиц по ставке 13 процентов;

Рк – районный коэффициент;

От – сумма средств, необходимых с учетом денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам на оплату ежегодного отпуска. От = ((Рвм / 0,87) / (12 * 29,3)) * 35;

1,302 – коэффициент, отражающий размер начислений на выплаты по оплате труда.

Пример расчета для медицинской организации, расположенной в регионе с Рк = 1,2:

Размер выплаты медицинскому работнику (Рвм) = 500 * 1,2 = 600 рублей

От = ((600 рублей / 0,87) / (12 * 29,3)) * 35 = 68,65 рублей;

Рв = ((600 рублей / 0,87) + 68,65 рублей) * 1,302 = 987,31 рубль.

Как правильно разделить 500 рублей между медицинскими работниками, участвовавшими в выявлении онкологического заболевания?

Размер денежных выплат медицинским работникам устанавливается обратно пропорционально общему числу этих медицинских работников, с округлением до целого рубля по правилам математического округления. То есть 500 рублей делятся поровну.

Например, если назначили и выполнили диагностические исследования, а также установили диспансерное наблюдение 3 разных медицинских работника из разных медицинских организаций, расположенных в регионе с районным коэффициентом = 1,1, должны осуществляться следующие расчёты:

диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения» (Зарегистрировано в Минюсте России 10.08.2020 № 59224).

500 рублей / 3 медицинских работника = 166,67 рублей
Размер выплаты медицинскому работнику (Рвм) = 166,67 * 1,1 = 183 рубля
От = ((183 рубля / 0,87) / (12 * 29,3)) * 35 = 20,94 рублей;
Рв = ((183 рубля / 0,87) + 20,94 рубля) * 1,302 = 301,13 рублей[4].

Какие условия необходимо выполнить медицинским организациям для предоставления средств из бюджета территориального фонда ОМС?

Для предоставления средств из бюджета территориального фонда ОМС в медицинские организации необходимо выполнение двух условий:

1) соблюдение сроков ожидания медицинской помощи в случае подозрения на онкологическое заболевание, установленных в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год и плановый период;

2) наличие соглашения территориального фонда и медицинской организации о софинансировании расходов на осуществление денежных выплат.

Какие медицинские организации могут претендовать на выплату денежных средств?

Финансовое стимулирование медицинских работников предусмотрено за впервые выявленные онкологические заболевания в ходе диспансеризации населения. Перечень медицинских организаций, в которых проводятся профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, диагностические исследования, диспансерное наблюдение за пациентом с онкологическим заболеванием (далее – Перечень) утверждается органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации[5].

Каким образом и в какие сроки медицинская организация должна подать сведения о подтверждённых случаях впервые выявленных онкологических заболеваний?

Медицинские организации, включенные в Перечень, в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным, должны предоставить в страховую медицинскую организацию реестр счетов на оплату медицинской помощи, в том числе профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, диагностических исследований, диспансерного наблюдения за пациентом с онкологическим заболеванием (далее – реестр счетов)[6].

Как часто страховая медицинская организация должна предоставлять сведения о впервые выявленных онкологических заболеваниях в медицинскую организацию?

Страховая медицинская организация (СМО) на основании реестров счетов на оплату медицинской помощи от медицинской организации предоставляет последней сведения по каждому случаю впервые выявленного в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения онкологического заболевания, подтвержденного результатами соответствующих диагностических инструментальных и (или) лабораторных исследований. При этом учитывается выполнение сроков ожидания медицинской помощи.

[4] <Письмо> ФФОМС от 20.08.2020 № 11534/26-4/и <О механизме осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения>.
[5] <Письмо> ФФОМС от 20.08.2020 № 11534/26-4/и <О механизме осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения>.
[6] <Письмо> ФФОМС от 20.08.2020 № 11534/26-4/и <О механизме осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения>.

Данные сведения СМО предоставляет ежемесячно, в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным (за декабрь – в срок до 20 января очередного финансового года).

В какие сроки медицинская организация должна провести корректировку предоставленных СМО сведений?

Медицинская организация в течение 3 рабочих дней должна рассмотреть предоставленные сведения и направить в СМО мотивированные обоснования необходимости их корректировки при необходимости.

Должна ли СМО направлять скорректированные сведения обратно в медицинскую организацию?

СМО должна предоставить скорректированные сведения в медицинскую организацию, а также отправить в последний данные о несоблюдении сроков ожидания медицинской помощи по каждому случаю впервые выявленного в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения онкологического заболевания, подтвержденного результатами соответствующих диагностических инструментальных и (или) лабораторных исследований. Данные сведения предоставляются ежемесячно, в срок до 15 числа месяца, следующего за отчетным (за декабрь – в срок до 25 января очередного финансового года). В территориальный фонд ОМС медицинскими организациями также направляется заявка на получение средств на осуществление денежных выплат за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения.

Должен ли Территориальный фонд ОМС информировать медицинскую организацию об отказе в осуществлении выплат?

В течение 10 рабочих дней Территориальный фонд ОМС проверяет сведения, полученные от СМО, данные, изложенные в заявке, а также соблюдение условий осуществления денежных выплат, и принимает решение о предоставлении денежных средств медицинским организациям. В случае отказа территориальный фонд ОМС информирует об этом медицинскую организацию с указанием причины.

В какие сроки Территориальный фонд ОМС должен перечислить медицинской организации денежные средства за одобренные случаи?

Территориальный фонд ОМС перечисляет медицинским организациям средства для осуществления денежных выплат на счета, на которых учитываются операции со средствами обязательного медицинского страхования, в течение 15 рабочих дней со дня поступления в территориальный фонд заявки.

Когда медицинской организации необходимо предоставить отчёт в Территориальный фонд ОМС?

В соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29.01.2020 № 23 медицинские организации должны предоставить отчёт в территориальный фонд ОМС в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным[7].

[7] Приказ ФФОМС от 29.01.2020 № 23 «Об утверждении формы и порядка представления отчета об использовании средств иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения» (Зарегистрировано в Минюсте России 27.03.2020 № 57871).

Менеджер
здравоохранения