ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

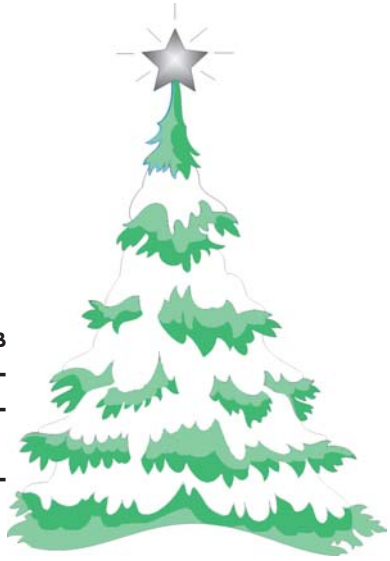
№12. 2004

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер здравоохранения



Уважаемые коллеги!

Завершен первый год жизни нашего нового журнала. О его итогах, в первую очередь, судить Вам. Мы можем лишь отметить, что вокруг журнала возникла команда творческих и профессиональных авторов, а число его читателей динамично росло в течение всего года.

Нам очень важно сохранить и оправдать Ваше доверие к журналу. Поэтому хотим познакомить Вас с планами публикаций на 2005 год.

В рубрике **«Фокус проблемы»** мы будем писать:

★ о структурной реформе отрасли;
★ об обеспечении государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;
★ о реализации нового законодательства в сфере ОМС;
★ об анализе эффективности новой структуры государственных органов управления здравоохранением (Министерство, Федеральные Службы, Федеральные Агентства);
★ о новых моделях взаимоотношения Федеральных органов, органов субъектов РФ и местного самоуправления в сфере оказания медицинской помощи;
★ о методах контроля качества на основе клинико-экономических стандартов.

В рубрике **«Консультирует МЗ»** мы будем писать:

★ о новых организационно-правовых формах в здравоохранении;
★ об изменениях законодательства в сфере здравоохранения;
★ о правах медицинских учреждений в различных сферах и методах их отстаивания;
★ о хозрасчетных отношениях в подразделениях, финансируемых из различных источников.

В рубрике **«Вопросы и ответы»** Вы найдете ответы медицинских учреждений по широкому спектру правовых и экономических проблем:

★ оказание платных медицинских услуг;
★ оплата труда;
★ распределение и использование доходов;
★ бухгалтерский учет;
★ налогообложение и т.д.

В рубрике **«Диалог с властью»** будут регулярно публиковаться интервью с руководителями Министерства здравоохранения и социального развития, ответы на наиболее актуальные вопросы медицинской общественности.

Надеемся быть Вам полезными!

С наилучшими пожеланиями в наступающем Новом году!
Главный редактор журнала «Менеджер здравоохранения»
академик РАМН, профессор Стародубов В.И.

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№12
2004

Главный редактор:
СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
академик РАМН, профессор

Заместитель главного редактора:
КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., заместитель председателя Комитета по здравоохранению г.Санкт-Петербурга

Шеф-редактор:
КУРАКОВА Наталия Глебовна,
к.б.н., ведущий научный сотрудник ВИНИТИ

Редакционная коллегия:
КИРИЛЛОВ Александр Викторович,
к.м.н., директор программы «Менеджмент в здравоохранении» СПбВЭШ
МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, директор ЦНИИОИЗ МЗ РФ
МУРАВЬЕВА Валентина Николаевна,
д.м.н, заместитель Главы администрации г.Ставрополя

В номере:

Платные услуги могут и должны служить обеспечению гарантий бесплатной медицинской помощи
Ф.Н.Кадыров 4-12

О ходе выполнения Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2003 году. Часть 2
В.О.Флек, Е.Д.Дмитриева, И.Г.Арапова 13-18

Оценка деятельности хирургической службы центральных районных больниц
И.М.Крючков, Т.В.Чернова 19-22

Нарушение социальных гарантий в сфере здоровья и развитие коммерческих медицинских услуг (на примере Саратовской области)
А.В.Шумов 23-33

Разработка и реализация организационно-функциональной модели оказания комплексной травматологической помощи в крупном городе (на примере г.Красноярска)
В.В.Шевченко, А.С.Ямщиков 34-43

Проблемы реструктуризации стационарной медицинской помощи
Д.В.Пивень, А.С.Купцевич 44-49

ПОЛЯКОВ Игорь Васильевич,
д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, академик МАНЭП, заведующий курсом менеджмента и экономики здравоохранения Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.И.Мечникова, начальник кафедры морской медицинской подготовки плавсостава Государственной морской академии им. адм. С.О.Макарова
ПОПОВИЧ Виктор Константинович,
к.м.н., начальник Муниципального управления здравоохранения г.Нерюнгри, Республика Саха (Якутия)
РУТКОВСКИЙ Олег Всеволодович,
д.м.н., главный врач ГКБ №1 г.Москвы, заведующий кафедрой медико-технического менеджмента МГТУ им. Н.И.Баумана
СКЛЯР Михаил Семенович,
к.м.н., министр здравоохранения Свердловской области
ТОГУНОВ Игорь Алексеевич,
д.м.н., профессор Владимирского государственного университета
ОРЛОВ Олег Игоревич,
д.м.н., генеральный директор Фонда «Телемедицина»
ШЕЙМАН Игорь Михайлович,
профессор Высшей школы экономики, руководитель экспертной группы по реформированию здравоохранения Центра стратегических разработок

Объективизация управления запасами гемокомпонентов
Е.Б.Жибурт, В.Н.Тазаев, С.А.Голосова 50-54

Спасет ли здравоохранение жизни?
М.МакКи 55-65

Оценка экономической эффективности мероприятий по снижению уровня госпитализации
Консультирует «МЗ» 66-69

Вопросы и ответы 70-71

Обсуждаются законопроекты
С места событий 72-73

Ученый совет 74-75

Кофе-брейк 76-77

Органайзер 78-79

О подписке 80

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

Издатель – ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:
127254, г.Москва,
ул. Добролюбова, д.11, офис 234
idmz@mednet.ru
(095) 218-07-92, 979-92-45

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

Директор отдела распространения и развития:
к.б.н. Л.А.Цветкова
(095) 218-07-92
idmz@mednet.ru

Автор дизайн-макета:
А.Д.Пугаченко
Компьютерная верстка и дизайн:
Л.А.Михалевич
Литературный редактор:
Л.И.Чекушкина

Подписные индексы:
Каталог агентства
«Роспечать» – 82614
Российский медицинский
каталог – М 3475

Отпечатано в
ООО «ТРИМЕД-Групп»
Заказ № 120104

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Ф.Н.КАДЫРОВ,
д.э.н., профессор

ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ МОГУТ И ДОЛЖНЫ СЛУЖИТЬ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Доклад на Коллегии по платным услугам Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга: «Об организации оказания платных медицинских услуг в учреждениях здравоохранения». Санкт-Петербург, 14 октября 2004 г.

В Санкт-Петербурге 14 октября 2004 г. состоялась расширенная Коллегия Комитета по здравоохранению, посвященная проблемам оказания платных медицинских услуг. Многие выводы и решения Коллегии выглядят парадоксальными. Вкратце их можно выразить следующим образом:

- ***легальные формы оказания платных услуг способствуют соблюдению прав граждан на бесплатную медицинскую помощь путем легализации теневой оплаты и обеспечения дополнительного источника финансирования общественного здравоохранения;***
- ***отсутствие оказания платных услуг или слабое их развитие в медицинском учреждении не могут служить гарантией соблюдения прав граждан на бесплатную помощь – такое положение заслуживает скорее осуждения, чем одобрения;***
- ***в Санкт-Петербурге значительно расширен перечень оснований для предоставления услуг на платной основе;***
- ***провозглашено, что платные услуги должны оказываться во всех без исключения медицинских учреждениях (включая детские, психиатрические, фтизиатрические и др.).***

Тем самым в Санкт-Петербурге дан зеленый свет платным услугам. Но только цивилизованным их формам. С основным докладом выступил заместитель председателя Комитета по экономическим вопросам, д.э.н., профессор Ф.Н.Кадыров. Ниже приводится текст доклада. Надеемся, что материалы Коллегии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга будут интересны и для медицинской общественности других регионов.

Уважаемые коллеги!

Сегодняшняя Коллегия посвящена интересующей всех теме – проблемам оказания платных услуг в государственных медицинских учреждениях. Сразу отмечу, что на самом деле вопрос стоит шире – о предпринимательской деятельности в различных ее формах:

- оказание платных медицинских услуг;
- оказание платных немедицинских услуг;

© Ф.Н.Кадыров, 2004 г.

- оказание услуг в системе добровольного медицинского страхования;
- аренда и т.д.

Что касается непосредственно платных медицинских услуг, то необходимо признать, что платные услуги в государственных и муниципальных бюджетных учреждениях (далее – государственные учреждения) – вынужденная мера.

В теории и в перспективе оказания платных услуг в государственных учреждениях здравоохранения не должно быть (по крайней мере, в форме платных услуг населению за наличный расчет).

Совмещение в одном учреждении бесплатных и платных медицинских услуг создает предпосылки для злоупотреблений. Конечно, это не означает, что злоупотребления неизбежны и имеют место всегда. Тем не менее, гарантировать предотвращение злоупотреблений мы не можем.

Вместе с тем отказ от оказания государственными учреждениями платных услуг возможен только при соблюдении трех основных условий:

1. Наличие развитой сети частных медицинских организаций (чем по многим видам услуг не может похвастаться даже такой крупный город, как Санкт-Петербург).
2. Высокий уровень доходов населения, позволяющий обращаться за платными медицинскими услугами в частные организации, где приходится платить не только за саму медицинскую помощь, но и за сопутствующие ей услуги и соответствующие расходы (повышенная сервисность, комфортность, мрамор, позолота и т.д.).
3. Достаточный уровень финансирования государственных учреждений из общественных источников, позволяющий им выжить без платных услуг.

К сожалению, пока не одно из этих условий не реализовано, и в ближайшей перспективе оказание платных услуг государственными учреждениями неизбежно. А раз так, то развитие платных услуг нужно приветствовать и поощрять. Однако речь идет о легальной форме оказания платных услуг. Эта проблема и будет основной темой моего доклада.

Цивилизованные формы оказания платных услуг являются реальной альтернативой теневой оплате медицинских услуг, захлестнувших отечественное здравоохранение. Но главной причиной расцвета теневой оплаты является не алчность медицинского персонала и даже не дефицит средств в здравоохранении сам по себе, а дисбаланс между гарантированными государством объемами бесплатной медицинской помощи и реальным финансовым обеспечением. Тарифы в системе ОМС покрывают не более 60% стоимости лечения. Объем средств, выделяемых из городского бюджета для оплаты дорогостоящих видов медицинской помощи, составляет не более 50% от потребности. Все это приводит к снижению объема, доступности и качества гарантированной бесплатной медицинской помощи. Одновременно повышается спрос населения на высокотехнологичные медицинские услуги, а также увеличивается число пациентов, желающих получать медицинскую помощь в более комфортных условиях. Это остро ставит вопрос о развитии легальных форм привлечения в здравоохранение средств предприятий и населения.

Для начала рассмотрим состояние дел с оказанием платных медицинских услуг в Санкт-Петербурга (рис. 1).

Отчетливо видна динамика роста объемов оказываемых платных услуг государственными учреждениями Санкт-Петербурга.

Рассмотрим долю платных услуг в общей сумме финансирования учреждений здравоохранения. В учреждениях, подведомственных Комитету по здравоохранению, она составляет 10,1%, в учреждениях, подведомственных Администрациям районов, – 12,4%, а в целом по городу – 11,2%.

Как видим, в районных учреждениях доля платных услуг выше. На первый взгляд, это кажется

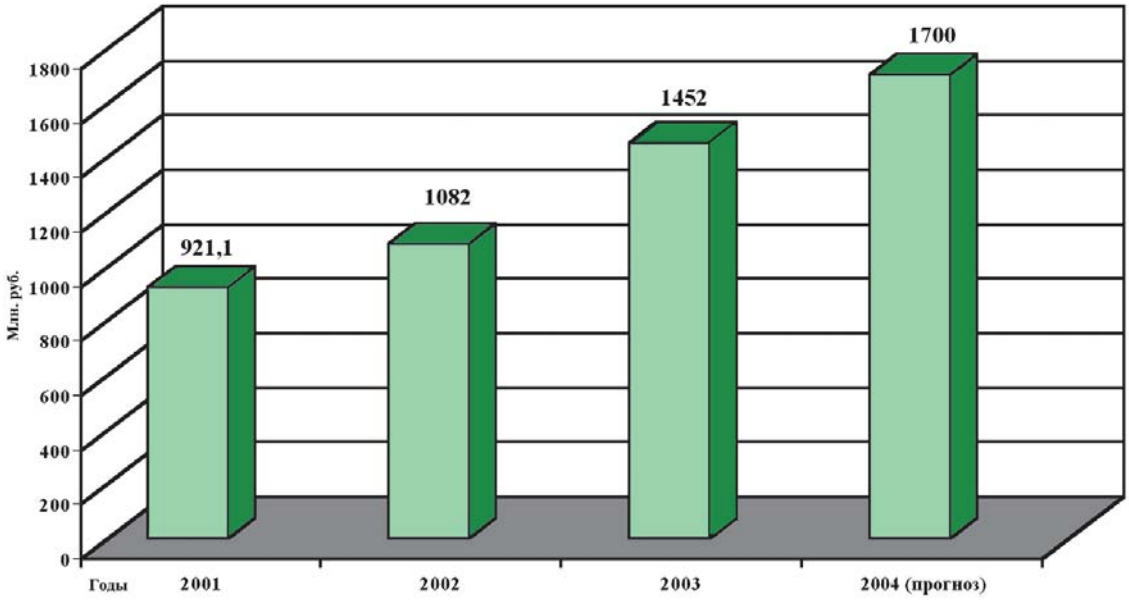


Рис. 1. Динамика роста доходов лечебных учреждений от оказания платных услуг (млн.руб.)

странным – ведь подведомственны Комитету в основном стационары, где возможностей предоставления платных услуг больше. Однако следует иметь в виду, что в ведении районов находятся стоматологические поликлиники, где доля платных услуг всегда была высокой. Среди стационаров же много учреждений социальной направленности (психиатрические, туберкулезные, детские санатории), где платные услуги развиты слабо.

Действительно, мы видим, что удельный вес платных услуг в учреждениях, подведомственных Комитету, финансируемых только из бюджета, всего 6,3 %, в то время как в учреждениях системы ОМС – 14 %.

Посмотрим на данные по удельному весу платных услуг по районам. Прослеживается четкая картина: у районов, расположенных на окраинах, доля платных услуг значительно ниже. Конечно, условия для оказания платных услуг в этих районах объективно хуже (менталитет населения близок к менталитету сельского населения, не склонного активно пользоваться платными услугами). Однако это существенный резерв увеличения доходов. Анализ показывает, что наибольший удельный вес платных услуг в следующих группах учреждений:

- стоматологические поликлиники;
- родильные дома.

Вместе с тем необходимо отметить, что во многих случаях высокий удельный вес платных услуг обусловлен недостаточным финансированием из основного источника. В частности, по №6 детской стоматологической поликлинике удельный вес платных услуг составляет 54 %. Во многом это связано с тем, что тарифы на экстренную стоматологическую помощь, оказываемую данной поликлиникой, оказались явно заниженными. С ноября предполагается пересмотреть эти тарифы. Это привет к снижению удельного веса платных услуг.

Доля зарплаты (с начислениями) в общей сумме расходов учреждений, подведомственных Комитету по здравоохранению (а это в основном ста-

ционары), в бюджете – 57%, по ОМС – 65,4%, а по платным услугам – только 45,2%. Как видим, доходы по платным услугам в наименьшей степени используются на зарплату. Таким образом, доходы от платных услуг используются наиболее эффективно с точки зрения затрат, направленных на самого больного и на содержание учреждения. Анализ отчетов показывает, что стационарные медицинские учреждения, как правило, основной объем доходов по платным услугам получают от использования коек для лечения стационарных больных, а не от оказания на платной основе диагностических услуг (УЗИ, эндоскопия, компьютерная томография и т.д.), как это было раньше.

Впрочем статистика эта может быть не всегда достоверной. Существует проблема учета койкодней в ситуации, когда лечение оплачивается по ОМС, а пациент лишь платит за дополнительную комфортность или сервисность. Необходимо уточнить систему учета. Этот момент отражен в проекте решения Коллегии.

Выше уже отмечалось, что платные услуги – это способ легализации теневой оплаты. В условиях дефицита бюджета и средств ОМС невозможно избежать участия населения и предприятий в финансировании (софинансировании) медицинской помощи. Отсутствие официальной оплаты в этих условиях – признак наличия теневой оплаты или хотя бы натуральных соплатежей (когда пациенты сами приносят лекарства, продукты питания и т.д.). Поэтому нельзя давать положительную оценку ситуации, когда некоторые медицинские учреждения гордятся тем, что у них нет платных услуг или их объемы невелики. Это нельзя признать нормальным. К сожалению, отсутствие официальных платных услуг не является показателем реализации прав граждан в сфере здравоохранения. Без платных услуг государственные учреждения не способны эффективно решать свои задачи, дефицит средств неизбежно ведет к сокращению объема бесплатно предоставляемой медицинской помощи.

Другое дело, что во многих учреждениях возможности для организации платных услуг ограничены (психиатрические, туберкулезные, детские санатории и т.д.). Тем не менее, платные медицинские услуги должны развиваться во всех без исключения медицинских учреждениях.

Хотелось бы отдельно подчеркнуть, что сам по себе статус учреждений (детские, учреждения, оказывающие социально значимые виды медицинской помощи, и т.д.) не может являться препятствием для оказания платных услуг. Другое дело, что подобный статус предполагает повышенные требования к обоснованности предоставления услуг на платной основе.

Принципиально важный вопрос: «Какие виды могут оказываться на платной основе?»

В Правилах предоставления платных медицинских услуг населению в Санкт-Петербурге (Приложение 1 к Приказу Комитета по здравоохранению от 06.08.2001 № 225-п) речь идет о видах услуг, оказываемых на платной основе. В Приложении 6 к Распоряжению Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 08.02.2002 №32-р приведен Перечень платных медицинских услуг.

Мы привыкли искать виды услуг, которые могут оказываться на платной основе.

Между тем речь должна идти не о видах услуг, не о перечне услуг, а ситуациях, в которых услуги могут оказываться на платной основе.

Мы должны понять, в каких ситуациях данная конкретная услуга должна быть предоставлена населению бесплатно, а в каких ситуациях эта же самая услуга может быть предложена за плату.

Рассмотрим вкратце перечень ситуаций, в которых услуги могут оказываться на платной основе:

1. Услуга не является обязательной для предоставления на бесплатной для населения основе (вот тут уместен перечень услуг).

2. Лицо не имеет право на получение бесплатной медицинской помощи в соответствии с программой ОМС, целевыми программами и т.д.

3. Услуга оказывается сверх стандартов лечения.

4. Услуга не является обязательной для данного медицинского учреждения с учетом его специализации, иерархического уровня и т.д.

5. Анонимное лечение.

6. Предоставление медицинской помощи при создании улучшенных условий обслуживания.

7. Оказание медицинских услуг вместо традиционно предусмотренных альтернативными методами, обладающими дополнительными потребительскими свойствами, но не обеспеченными финансированием.

8. Плановая медицинская помощь вне общей очереди (при соблюдении определенных условий).

9. Оказание медицинской помощи, предоставляемой бесплатно, по желанию пациента.

10. Услуги, не имеющие прямых медицинских показаний.

11. Платные немедицинские услуги.

Поэтому нужно четко иметь в виду: сам по себе тот факт, что услуга входит в программу госгарантий, еще не означает, что услуга не может оказываться на платной основе – она может оказываться анонимно, сверх стандартов, по желанию граждан и т.д.

С учетом этих позиций необходимо внести изменения в указанные нормативные акты Комитета по здравоохранению, существенно расширив тем самым легальные основания для оказания медицинскими учреждениями услуг на платной основе.

Особо хотелось коснуться одного момента. Программа государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью предполагает виды и объемы бесплатной медицинской помощи, но не конкретные используемые технологии. Поэтому мы считаем целесообразным выделить те медицинские технологии, которые, имея альтернативу и не будучи финансово обеспеченными, могут оказываться на платной основе. Например, это могут быть некоторые лапароскопические операции при отсутствии медицинских показаний к выполнению именно данным способом. По стоматологической помощи мы подобную работу провели. Есть необходимость продолжить эту работу и по другим специальностям и видам диагностики.

Хочу специально подчеркнуть – предлагаемые меры направлены не на ограничение объемов бесплатной медицинской помощи, а на уточнение объема госгарантий, на упорядочение системы оказания платных услуг. Речь в первую очередь идет об альтернативе, о праве выбора пациентом учреждения, где будет получена помощь, выбора технологии и условий оказания услуги и т.д. Другими словами, мы должны предложить альтернативу и не допускать подмены бесплатной помощи платной.

Необходимо разработать строгую систему регламентации предоставления платных медицинских услуг населению государственными медицинскими учреждениями как дополнения Программы государственных гарантий обеспечения граждан Санкт-Петербурга бесплатной медицинской помощью, однозначно трактуемую гражданами и персоналом учреждений. В этих целях надо проводить политику на оказание платных услуг преимущественно в специально выделенных подразделениях, что позволяет четко разделять как потоки пациентов, так и финансовых средств по источникам финансирования. Кроме того, упор должен быть сделан на предложение альтернативных видов услуг и услуг с повышенной комфортностью.

В целом же в сфере предпринимательской деятельности, осуществляемой государственными медицинскими учреждениями, необходимо смещение акцента с оказания индивидуальных медицинских услуг гражданам на дальнейшее развитие оказания помощи преимущественно в рамках договоров со страховыми компаниями по программам добровольного медицинского страхования. Это

обеспечит упорядочение использования ресурсов здравоохранения с увеличением доходности за счет большей прозрачности финансовых потоков. Необходимо разработать меры по стимулированию развития ДМС в Санкт-Петербурге.

Для получения дополнительных финансовых источников и резервов следует поддерживать частное, ведомственное здравоохранение и промышленную медицину в целом, что позволит обеспечить получение дополнительной или альтернативной медицинской помощи, снижая нагрузку на городской бюджет и средства ОМС.

Нужно гарантировать организационную и правовую поддержку медицинских учреждений в привлечении ими дополнительных средств через сотрудничество с различными видами некоммерческих и коммерческих организаций (благотворительные фонды и т.д.).

В связи с этим несколько слов о такой форме оказания платных услуг, как привлечение пожертвований, которую, например, использует Мариинская больница. Юридически это вполне допустимая форма. Однако только в том случае, когда она не обусловлена предоставлением взамен каких-либо услуг. Опыт других регионов (в частности, Красноярска) показывает, что как только пожертвование увязывается с оказанием медицинской помощи, к нему сразу проявляет интерес прокуратура.

Нужна прозрачная система оказания платных услуг. Этому должна способствовать информационная система. Примеры: НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, городская детская больница №5 и другие. Тем не менее, прозрачная система оказания платных услуг вызывает недовольство. В частности, одна из причин конфликта в 5-ой детской городской больнице кроется именно в этом. Поэтому нужно плотно работать с персоналом, используя для предотвращения теневой оплаты меры организационного, экономического и морально-этического плана.

Особо хочу отметить, что даже вполне юридические и экономически грамотные схемы оказания платных услуг не гарантированы от злоупотреблений. Любая благая идея может быть доведена до абсурда. А добровольность в оказании платных услуг часто переходит в принуждение. Поэтому и вполне законные формы оказания платных услуг, подкрепленные договорами, должны находиться под постоянным контролем руководителей медицинских учреждений. Мы настоятельно рекомендуем все конфликтные ситуации с пациентами решать полюбовно, «не выносить сор из избы» и не доводить ситуацию до судебных разбирательств.

При этом хотел бы обратить внимание на следующее. Анализ судебной практики показывает, что если пациент, добровольно изъявивший желание оплатить услугу, впоследствии потребовал вернуть деньги, то суды обычно становятся на сторону пациента. О том, как медицинским учреждениям грамотно отстаивать свою позицию, мы поговорим на учебе по платным услугам.

В отдел медицинского страхования Комитета по здравоохранению за 3 квартала 2004 года поступило 151 обращение от граждан по вопросам предоставления бесплатной медицинской помощи. Из общего числа обращений 65 жалоб связаны непосредственно с нарушением в предоставлении платных медицинских услуг, требованием оплаты услуг, входящих в Территориальную программу государственных гарантий на предоставление бесплатной медицинской помощи, в лечебно-профилактических учреждениях города. Наибольшее количество жалоб поступило с просьбой компенсировать расходы на лечение и на нарушения в оказании медицинской помощи в ряде больниц. Многие из этих больниц – лидеры по объемам оказания платных услуг. Но одновременно и лидеры по числу жалоб. Значит, правильные сами по себе схемы организации платных услуг нередко дают сбой, добровольность порой превраща-

ется в принудительность. Обращают на себя внимание факты требования денежных средств как непосредственно лечащими врачами и заведующими отделениями, так и приобретение полисов добровольного медицинского страхования (монополисов) перед предоставлением медицинской помощи, требования заключения договоров на предоставление медицинских услуг, входящих в стоимость Территориальной программы, руководством лечебно-профилактических учреждений.

По каждому из обращений Комитет по здравоохранению организовывал служебные расследования. По результатам некоторых расследований материалы направлены в прокуратуру города.

Неоднократно выявлялись факты выставления счетов в систему ОМС за предоставленную медицинскую помощь, ранее оплаченную из средств пациентов. Еще раз хочу напомнить главным врачам, что они несут персональную ответственность и за законность предоставления платных услуг, и за правильность оформления счетов на оплату предоставленной медицинской помощи.

Много вопросов вызывают права ЛПУ на доход от платных услуг. Чтобы прояснить ситуацию, приведу выдержку из статьи 161 Бюджетного кодекса. Пункт 6 этой статьи содержит фразу: «Бюджетное учреждение при исполнении сметы доходов и расходов самостоятельно в расходовании средств, полученных за счет внебюджетных источников».

Таким образом, доходы от платных услуг и других видов предпринимательской деятельности, полученные бюджетным (государственным) медицинским учреждением, хотя и должны проходить через казначейство, они только учитываются (отражаются) в бюджете соответствующего уровня. А реально распоряжаться ими могут только сами медицинские учреждения.

В этом отношении нужно отдать должное Комитету финансов – у нас в городе гораздо более либеральное отношение финансовых органов к платным услугам, чем во многих других регионах.

Коснусь еще одного дискуссионного вопроса – о необходимости возмещения за счет платных услуг недостатка бюджетного финансирования или средств ОМС. Юридически такое требование со стороны вышестоящих или финансовых органов недопустимо. Хотя на практике все учреждения именно так и поступают – просто некуда деваться.

Из доходов от платных услуг должны быть возмещены затраты на оказание платных услуг, платиться налоги. И лишь потом медицинское учреждение по своему усмотрению будет решать, направить ли прибыль на цели возмещения недостатка бюджетного финансирования или средств ОМС. Это право, а не обязанность учреждения. И это четко вытекает из Налогового кодекса РФ.

Статья 321.1, которая называется «Особенности ведения налогового учета бюджетными учреждениями», гласит:

«Сумма превышения доходов над расходами от коммерческой деятельности до исчисления налога не может быть направлена на покрытие расходов, предусмотренных за счет средств целевого финансирования, выделенных по смете доходов и расходов бюджетного учреждения».

Поэтому в смету бюджетного финансирования и в бюджет ТФОМС должны закладываться все предусмотренные статьи в полном объеме без оглядки на объем платных услуг, которые являются дополнительным источником финансирования, а не средством замещения бюджета.

Хотел бы коснуться еще одной проблемы. Это льготы при оказании платных услуг. Законодательно установленных льгот по платным медицинским услугам нет ни для кого (ни для ветеранов, ни для блокадников, ни для чернобыльцев, ни для других категорий граждан). Тем не менее, учреждения вправе самостоятельно установить льготы для ряда категорий. Однако следует иметь в виду, что в слу-

чае, когда льгота (скидка) превышает 20%, то в соответствии с Налоговым кодексом это может быть основанием для налогообложения суммы скидки.

Дальнейшее развитие платных услуг предполагает необходимость перераспределения полномочий между Комитетом по здравоохранению и районными органами управления здравоохранением в сфере регулирования оказания платных услуг. В свое время было принято правильное решение о том, чтобы специальные разрешения на оказание платных услуг для всех государственных учреждений выдавались Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга. Это обеспечило единство требований не только к документации, необходимой для получения указанных разрешений, но и к самому порядку оказания платных услуг. В настоящее время механизм выдачи специальных разрешений хорошо отработан, требования конкретны и ясны. Поэтому с учетом новой структуры Комитета по здравоохранению и в целях расширения полномочий районных органов управления здравоохранением целесообразно наделение их полномочиями по выдаче разрешений на оказание платных услуг подведомственным учреждением. Большинство райздравов поддерживают эту позицию.

Это же касается вопросов оплаты труда руководителей. Единый норматив на оплату труда от стоимости оказанных услуг ставит в неравные условия руководителей в зависимости от размеров учреждений. В целях выравнивания экономических условий Комитетом по здравоохранению был издан Приказ №172-п от 28.06.2004 «Об установлении размера вознаграждения руководителям подведомственных учреждений за организацию платных медицинских услуг». В соответствии с этим Приказом установлен максимальный размер надбавки руководителям ЛПУ с дифференциацией, учитывающей размеры учреждения. В данном случае речь идет о стационарных учреждениях. Учитывая большое разнообразие факторов, определяющих специфику амбулаторно-поликлинических учреждений, было бы целесообразно предоставить право установления размера материального поощрения за организацию платных услуг руководителям лечебно-профилактических учреждений районного подчинения соответствующим органам управления здравоохранением. При этом Комитет по здравоохранению должен оставить за собой право снижения уровня оплаты за допущенные нарушения.

Необходимо иметь в виду, что в соответствии со статьей 145 Трудового кодекса РФ вышестоящие органы управления здравоохранением вправе регулировать вопросы оплаты труда только руководителей учреждений, заместителей руководителя и главного бухгалтера. Другими словами, органы управления здравоохранением вправе регулировать уровень оплаты труда только этих категорий работников, а не всего административно-управленческого персонала. Соответственно требует корректировки п.26 Приказа Комитета по здравоохранению №225-п.

Много споров вызывает вопрос о правомерности оказания платных услуг в рабочее время. В связи с этим хочу отметить: нет законодательного требования, запрещающего оказание платных услуг в рабочее время. Есть другие требования:

1. Оказание платных услуг в основное рабочее время не должно ухудшать возможности получения бесплатной медицинской помощи другими гражданами.
2. Не должно быть двойной оплаты за один и тот же труд.

Если эти требования соблюдаются, то нет оснований запрещать оказание платных услуг в основное рабочее время.

Несколько слов об аренде. Губернатор на наши обращения дала четкое указание: средства от сдачи помещений в аренду должны возвращаться обратно в ЛПУ. Сейчас идет согласование этого механизма.

Несколько слов о предоставлении помещений ВУЗам для создания и функционирования клинических баз. Арендная плата в этих случаях не была предусмотрена. Однако это вопрос обоюдного согласия. Если ВУЗ претендует на больший объем помещений, чем готово предоставить медицинское учреждение, то вопрос об арендной плате становится уместным. Мы постараемся проработать механизм этих взаимоотношений без ущемления интересов сторон.

Для развития платных услуг необходимо менять менталитет населения. К сожалению, позиция большинства средств массовой информации направлена в обратную сторону. Преобладает презумпция виновности врачей и медицинских учреждений. Никого не возмущает платность хлеба и молока. За водку и сигареты люди платят, не раздумывая. Платность же любой медицинской услуги воспринимается весьма болезненно. Деятельность медицинских учреждений по оказанию платных услуг находится под пристальным вниманием и правоохранительных органов. Так платность профосмотров воспринимается ими чуть ли не как преступление. И это несмотря на то, что в соответствии с действующим законодательством профосмотры действительно являются платными. Но ведь в большинстве случаев оплачивать профосмотры должны предприятия. Однако что-то не слышно ни об одном уголовном деле по поводу нарушения предприятиями законодательства в этой сфере.

В Санкт-Петербурге накоплен достаточно большой опыт использования не только различных моделей оказания платных услуг, но и организационно-правовых форм в целях развития общественного здравоохранения.

Среди них можно отметить следующие:

- перевод оказания платных услуг в государственных учреждениях на частные фирмы (часть или все платные услуги берет на себя частная организация, что позволяет для пациентов четко дифференцировать, где услуги платные, а где – нет);
- функционирование на базе государственных учреждений частных медицинских организаций с оказанием определенных объемов бесплатной медицинской помощи (государственное учреждение ставит условием предоставления в аренду коммерческой организации своих площадей, выполнение определенных объемов бесплатной медицинской помощи).

В качестве положительного примера можно привести больницу № 26:

- создание на базе государственных учреждений коммерческих организаций;
- преобразование подразделений государственных учреждений в автономные некоммерческие организации и т.д.

К сожалению, далеко не все знают об этом интересном опыте, который тем более важен, что готовится ряд законов о новых организационно-правовых формах в здравоохранении.

В рамках экономических учеб целесообразно организовать обмен опытом.

Действительно, Санкт-Петербург богат на таланты. Это касается и идей в сфере развития платных услуг.

Однако для того, чтобы подобные инициативы не оказались наказуемыми, настоятельно рекомендуем обсудить эти идеи в Комитете по здравоохранению, как это сделали Александровская больница, НИИ Скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, Детская городская больница № 5 и ряд других учреждений. Это поможет избежать ошибок. Уверен, это будет в общих интересах.

Позвольте поблагодарить всех, кто направил в Комитет по здравоохранению свои предложения по совершенствованию системы оказания платных услуг.

В заключение своего доклада хочу заверить, что Комитет по здравоохранению готов поддержать любые инициативы, направленные на развитие цивилизованных легальных форм предпринимательской деятельности медицинских учреждений.

В.О.ФЛЕК,
д.м.н., профессор, советник заместителя министра Министерства здравоохранения и социального развития РФ
Е.Д.ДМИТРИЕВА,
к.э.н., консультант Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Министерства здравоохранения и социального развития РФ
И.Г.АРАПОВА,
научный сотрудник ННИИ общественного здоровья РАМН, г. Москва

О ХОДЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В 2003 ГОДУ. Часть 2

Анализ деятельности учреждений здравоохранения, подведомственных Минздраву России и РАМН, по реализации Программы государственных гарантий медицинской помощи в 2003 году (по форме № 62)

В 2003 году впервые представили отчет о реализации Программы государственных гарантий медицинской помощи населению России 135 учреждений здравоохранения федерального подчинения, из них 67 (50%) работали в системе ОМС. Больничные учреждения, клиники и диспансеры составили 99 учреждений (73%), из них 46 (46%) работали в системе ОМС. Кроме того, в реализации Программы государственных гарантий участвовали 12 центров (9%), 7 амбулаторно-поликлинических учреждений (5%), 2 учреждения охраны материнства и детства (2%) и 2 санаторно-курортных учреждения (2%).

Учреждения здравоохранения, подведомственные Минздраву России, составляют 92 (68%) и подведомственные Российской Академии медицинских наук (РАМН) – 43 (32%) (табл. 9).

Анализ деятельности медицинских учреждений федерального подчинения в 2003 году показал, что на реализацию Программы государственных гарантий израсходовано 15 708,1 млн. рублей.

Основные расходы приходятся на федеральный бюджет – 14 214,0 млн. рублей (90,5% всех средств). На систему ОМС приходится 1494,1 млн. рублей (9,5% всех средств).

Анализ расходов по видам медицинской помощи выявил, что на амбулаторно-поликлиническую помощь израсходовано 1412,2 млн. рублей (9% всех средств), на стационарную медицинскую помощь – 9537,0 млн. рублей (60,7% всех средств), на высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь (4 статьи расходов) – 4531,4 млн. рублей (28,8% средств).

© В.О.Флек, Е.Д.Дмитриева, И.Г.Арапова, 2004 г.

Доля средств, израсходованных на остальные виды медицинской помощи на федеральном уровне, незначительна – 1,5 %.

При анализе финансирования Программы государственных гарантий из средств федерального бюджета и ОМС выявлено, что в каждом из этих источников финансирования есть свои особенности. В амбулаторно-поликлинических учреждениях число посещений составило 11,8 млн., на которые израсходовано 996,2 млн. рублей, что в среднем составило 84,2 рубля на одно посещение.

В стационарах пролечено 629,1 тыс. больных, на лечение которых израсходовано 8471,1 млн. рублей, что составило в среднем 13 464,0 рубля на одного пролеченного больного. В стационарах больные провели 11 275,8 тыс. койко-дней. Средние сроки лечения – 17,9 дня. Средняя стоимость одного койко-дня составила 751,3 рубля.

В дневных стационарах пролечено 23,6 тыс. больных, на лечение которых израсходовано 79,6 млн. рублей. Средняя стоимость одного пролеченного больного составила 3375,1 рубля. Больные провели 261,1 тыс. дней лечения в дневных стационарах. Средняя длительность лечения одного больного составила 11,1 дня при средней стоимости одного дня лечения 305,0 рублей.

Таблица 9

Финансирование видов медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий за 2003 год (учреждения федерального подчинения Минздрава России и РАМН) (млн. руб.)

Виды медицинской помощи	Федеральный бюджет	Средства ОМС	Всего	В % к итогу
Амбулаторно-поликлиническая помощь	996,2	416,0	1412,2	9,0
Стационарная помощь	8471,1	1065,9	9537,0	60,7
Медицинская помощь в дневных стационарах	79,6	11,4	91,0	0,6
Скорая медицинская помощь	-	0,8	0,8	0,01
Санаторная помощь	123,9	-	123,9	0,8
Высокотехнологичная специализированная медицинская помощь	4531,4	-	4531,4	28,8
Прочие виды медицинской помощи	11,8	-	11,8	0,1
Итого	**14214,0**	**1494,1**	**15708,1**	**100,0**

В санаториях федерального подчинения пролечено 10,9 тыс. человек. Стоимость их лечения составила 123,9 млн. рублей или 11321,4 рубля в среднем на одного больного.

В санаторно-курортных учреждениях больные провели 264,8 тыс. койко-дней. Средние сроки лечения – 24,2 дня. Средняя стоимость одного койко-дня составила 467,9 рубля.

Кроме средств федерального бюджета, на Программу государственных гарантий, реализуемую медицинскими учреждениями федерального подчинения, выделялись средства ОМС. Расходы системы ОМС на федеральные амбулаторно-поликлинические учреждения за указанный период составили 416,0 млн. рублей, которые израсходованы на 4838 тыс. посещений. Средняя стоимость одного посещения составила 86,0 рублей.

На лечение 304 тыс. больных в стационарах израсходовано 1065,9 млн. рублей за счет средств ОМС. Средняя стоимость одного пролеченного больного – 3506,5 рубля. Больными проведено 4665,4 тыс. койко-дней в стационарах. Средние сроки лечения – 15,3 дня. Средняя стоимость одного койко-дня за счет средств системы ОМС составляла 228,5 рубля.

В дневных стационарах пролечено 8,3 тыс. больных. Затраты на их лечение составили 11,4 млн. рублей. Средняя стоимость од-

ного пролеченного больного – 1370,2 рубля. Средние сроки лечения в дневном стационаре составили на одного больного 11,9 дня. Больные провели 98,6 тыс. дней лечения в дневных стационарах. Средняя стоимость одного дня лечения – 115,3 рубля.

В федеральные учреждения поступили 5,0 тыс. вызовов скорой медицинской помощи, обслужены 3,7 тыс. лиц. Всего истрачено на оказание скорой медицинской помощи 0,8 млн. рублей. Средняя стоимость одного вызова скорой медицинской помощи составила 161,2 рубля (рекомендуемый федеральный норматив – 707,9 рубля).

В табл. 10 приведены данные о финансировании федеральных учреждений здравоохранения Минздрава России.

Основные расходы в федеральных учреждениях системы Минздрава России так же, как и в целом по федеральным учреждениям, приходятся на федеральный бюджет – 10 075,4 млн. рублей (89,2% всех средств). На систему ОМС приходится 1220,7 млн. рублей (10,8% всех средств).

Анализ по видам медицинской помощи в учреждениях системы Минздрава России выявил, что на амбулаторно-поликлиническую помощь израсходовано 1329,2 млн. рублей (11,8% всех средств), на стационарную медицинскую помощь – 6708,0 млн. рублей (59,4% всех средств), на высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь (4 статьи расходов) – 3059,1 млн. рублей (27,1% всех средств).

Доля средств, израсходованных на остальные виды медицинской помощи на федеральном уровне в системе Минздрава России, незначительна – 1,7%.

При анализе финансирования медицинских учреждений, подчиненных Минздраву России, раздельно из средств федерального бюджета и ОМС выявлены некоторые особенности.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях системы Минздрава России, финансируемых

Таблица 10

Финансирование видов медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий за 2003 год (учреждения федерального подчинения Минздрава России и РАМН) (млн. руб.)

Виды медицинской помощи	Федеральный бюджет	Средства ОМС	Всего	В % к итогу
Амбулаторно-поликлиническая помощь	962,3	367,0	1329,3	11,8
Стационарная помощь	5860,2	847,8	6708,0	59,4
Медицинская помощь в дневных стационарах	58,1	5,1	63,2	0,5
Скорая медицинская помощь	-	0,8	0,8	0,01
Санаторная помощь	123,9	-	123,9	1,1
Высокотехнологичная специализированная медицинская помощь	3059,1	-	3059,1	27,1
Прочие виды медицинской помощи	11,8	-	11,8	0,1
Итого	10075,4	1220,7	11296,1	100,0

из федерального бюджета, число посещений составило 11,8 млн., на которые израсходовано 962,3 млн. рублей, что в среднем составило 81,8 рубля на одно посещение.

В стационарах пролечено 490,6 тыс. больных, на лечение которых израсходовано 5860,2 млн. рублей, что составило в среднем 11 944,0 рубля на одного пролеченного больного. В стационарах больные провели 8778,4 тыс. койко-дней. Средние сроки лечения – 17,9 дня. Средняя стоимость одного койко-дня составила 667,6 рублей. В дневных стационарах пролечено 18,5 тыс. больных. Затраты на их лечение составили

Таблица 11

Высокотехнологичная специализированная медицинская помощь за 2003 год (учреждения федерального подчинения Минздрава России и РАМН)

Федеральные медицинские организации по федеральным округам	Число пролеченных больных (квоты)			Фактически истрачено (млн. руб.)	В % к итогу
	Утвержденные квоты МЗ России и РАМН	Фактически пролечено больных	% выполнения		
Центральный федеральный округ	29 143	39 358	135,1	2352,0	51,9
В то числе г.Москва	10 564	19 877	188,2	1559,5	34,4
Северо-Западный федеральный округ	16 512	18 417	111,5	828,6	18,3
В то числе г.Санкт-Петербург	8705	13 470	154,7	632,7	14,0
Южный федеральный округ	14 343	21 350	148,9	355,0	7,8
Приволжский федеральный округ	16 062	14 060	87,5	420,4	9,3
Уральский федеральный округ	4857	3790	78,0	131,6	2,9
Сибирский федеральный округ	11 415	11 411	99,96	380,7	8,4
Дальневосточный федеральный округ	4764	2770	58,1	63,1	1,4
Итого	97 096	111 157	114,5	4531,4	100,0

58,1 млн. рублей. Средняя стоимость одного пролеченного больного составила 3142,8 рубля. Больные провели 209,1 тыс. дней лечения в дневных стационарах. Средняя длительность лечения одного больного составила 11,3 дня при средней стоимости одного дня лечения 278,0 рублей.

Кроме средств федерального бюджета, на медицинские учреждения федерального подчинения Минздрава России выделялись также средства ОМС.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях системы Минздрава России, финансируемых из средств ОМС, число посещений составило 4655,1 тыс., на которые из израсходовано 367,0 млн. рублей, что в среднем составило 79,5 рубля на одно посещение.

В стационарах пролечено 271,7 тыс. больных, на лечение которых израсходовано 847,8 млн. рублей, что составило в среднем 3120,2 рублей на одного пролеченного больного. В стационарах больные провели 4094,1 тыс. койко-дней. Средние сроки лечения – 15,1 койко-дняй. Средняя стоимость одного койко-дня составила 207,1 рубля.

В дневных стационарах пролечено 5,9 тыс. больных, расходы на лечение которых составили 5,1 млн. рублей. Средняя стоимость одного пролеченного больного составила 858,7 рубля. Больные провели 76,7 тыс. дней лечения в дневных стационарах. Средняя длительность лечения одного больного составила 13,0 дней при средней стоимости одного дня лечения 66,1 рубля.

Особое место среди видов медицинской помощи, предоставляемых учреждениями здравоохранения федерального подчинения, занимает высокотехнологичная специализированная медицинская помощь. В 2003 году на этот вид медицинской помощи учреждениями федерального подчинения израсходовано 4531,4 млн. рублей или 31,9% всех средств, выделенных из федерального бюджета этим учреждениям (4 статьи расходов).

При рассмотрении финансирования высокотехнологичной специализированной медицинской помощи следует отметить, что в 2003 году в федеральных медицинских учреждениях, подчиненных Минздраву и РАМН, было пролечено 111,2 тыс. больных (114,5% от утвержденного количества квот) (табл. 11). Совместным Прика-

зом Минздрава и РАМН от 28.02.2003 г. предусмотрено наличие резерва на квоты, который составил в 2003 году 22 604 квоты. С учетом этого резерва общее количество квот, установленных на 2003 год, составило 119 700, фактическое выполнение – 92,9%.

Выводы

1. В реализации территориальных программ государственных гарантий приняли участие около 17,5 тыс. медицинских организаций, из них более половины работали в системе ОМС. Следует отметить крайне низкий уровень финансирования медицинских организаций, расположенных в сельской местности, за счет средств системы ОМС. Сохранился приоритет затратной стационарной медицинской помощи населению за счет всех источников финансирования.

2. Программа государственных гарантий финансировалась из средств федерального бюджета, консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и средств системы ОМС, при этом дефицит финансирования составил 18,9% от расчетной стоимости – 82,8 млрд. рублей. Фактический финансовый показатель составил 2484,5 рубля на одного жителя в год.

3. Впервые в 2003 году привлечены средства Пенсионного фонда – 1,170 млрд. рублей на страхование неработающих пенсионеров в 18 субъектах Российской Федерации. Результаты эксперимента показали, что страховые взносы на ОМС неработающих граждан в этих субъектах увеличились в среднем на 33% в расчете на одного жителя по сравнению с 2002 г., в то время как по Российской Федерации в 2003 году страховые взносы на ОМС неработающих граждан увеличились лишь на 23% по сравнению с 2002 годом.

4. В Российской Федерации увеличились объемы медицинской помощи с использованием стационарозамещающих технологий: с 0,287 в 2001 году до 0,392 дней лечения на одного жителя в год. Увеличение объемов медицинской помощи с использованием стационарозамещающих технологий не сопровождалось увеличением расходов на этот вид медицинской помощи, что свидетельствует об искусственном наращивании количественных показателей и недостаточном уровне качества оказываемой медицинской помощи.

Особое место среди видов медицинской помощи, предоставляемых учреждениями здравоохранения федерального подчинения, занимает высокотехнологичная специализированная медицинская помощь. В 2003 году на этот вид медицинской помощи учреждениями федерального подчинения израсходовано 4531,4 млн. рублей или 31,9% всех средств, выделенных из федерального бюджета этим учреждениям (4 статьи расходов).

5. Анализ фактических расходов на единицы объемов медицинской помощи по видам в 2003 году выявил, что:

- средняя стоимость одного вызова скорой медицинской помощи составляла 333,3 рубля, в том числе в рамках территориальных программ ОМС – 326,2 рубля;
- средняя стоимость одного посещения в амбулаторно-поликлиническом учреждении составляла 68,2 рублей, в том числе в рамках территориальных программ ОМС – 70,6 рубля;

- средняя стоимость одного койко-дня в стационарах составляла 363,6рубля, в том числе в рамках территориальных программ ОМС – 370,2 рубля;
- средняя стоимость одного дня лечения в дневных стационарах составляла 112,8 рубля, в том числе в рамках территориальных программ ОМС – 116,9 рублея.

6. Фактические объемы медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий в 2003 году в расчете на одного жителя составили:

- скорая медицинская помощь – 0,344 вызовов (норматив 0,318), максимальный показатель – в Республике Адыгея – 0,449, минимальный – в Агинском Бурятском автономном округе – 0,212;
- амбулаторно-поликлиническая помощь – 8,692 посещения (норматив 9,198), максимальный показатель – в Ямало-Ненецком автономном округе – 16,450, минимальный в республике Ингушетия – 2,312;
- стационарная медицинская помощь – 3,147 койко-дней (норматив 2,812), максимальный показатель – в Эвенкийском автономном округе – 7,730, минимальный – в Ямало-Ненецком автономном округе – 0,099;
- медицинская помощь в дневных стационарах – 0,392 дней лечения (норматив 0,749), максимальный показатель – в Ульяновской области – 0,782, минимальный – в Рязанской области – 0,112, а в Усть-Ордынском, Корякском, Чукотском и Эвенкийском автономных округах, в Республике Ингушетии данный вид медицинской помощи отсутствует.

По результатам комплексной экспертной оценки все субъекты Российской Федерации распределены на четыре группы в зависимости от уровня реализации территориальных программ государственных гарантий. К первой группе – с высоким уровнем реализации территориальных программ государственных гарантий – отнесены 8 субъектов, что составило 9% от общего числа субъектов: г.Москва, Московская область, Мурманская область, г. Санкт-Петербург, Ненецкий, Ханты-Мансийский, Ямало-Ненецкий и Таймырский автономные округа.

Следует подчеркнуть, что в 2 раза увеличилась доля субъектов Российской Федерации с низким уровнем реализации территориальных программ государственных гарантий (IV группа), и если в 2002 году доля таких субъектов составляла 34,8%, то в 2003 году – 68,5%, что прежде всего, связано с ухудшением финансирования территориальных программ государственных гарантий за счет средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и средств системы ОМС в части взносов на ОМС неработающих граждан.

7. Высокотехнологичная специализированная медицинская помощь за счет средств федерального бюджета предоставлена гражданам Российской Федерации в 135 медицинских организациях федерального подчинения, из которых 68% – учреждения, подведомственные Минздраву России. Всего пролечены 111,2 тыс. больных, что составило 92,9% от установленного количества квот на высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь на 2003 год. Израсходовано всего 4531,4 млн. рублей, что составило 31,9% всех средств федерального бюджета, выделенных на содержание медицинских организаций федерального подчинения.

8. Анализ представленных данных о реализации Программы государственных гарантий за 2003 год позволил сделать заключение о необходимости совершенствования законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования в целях обеспечения равных возможностей для граждан всех субъектов Российской Федерации в получении доступной и качественной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий.

И.М.КРЮЧКОВ, Т.В.ЧЕРНОВА,
НПЦ «Уралмедсоцэкономпроблем», г.Екатеринбург

ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ

Все возрастающее в последние годы внимание к развитию сельского здравоохранения диктует необходимость уточнения или разработки оценочных критериев деятельности центральных районных больниц (ЦРБ). Как известно, сама оценка деятельности любого лечебно-профилактического учреждения представляет собой достаточно сложную задачу, так как существует большое число факторов, влияющих на уровни различных результирующих показателей деятельности ЦРБ, распределение их по разным этапам лечебно-диагностического процесса, косвенность влияния этих факторов. Хирургическая служба ЦРБ имеет свои специфические особенности, в связи с чем при оценке ее деятельности, наряду с традиционными показателями, должны использоваться и специальные.

Анализ литературны показал, что публикаций по вопросам оценки деятельности хирургической службы немного, а имеющиеся не отражают все стороны данной проблемы.

Так, В.С. Кудрин с соавторами [2] для оценки работы отделений хирургического профиля предлагает использовать такие коэффициенты, как «коэффициент оперативной активности», «соответствующий коэффициент»(отношение числа операций в данном отделении и во всех отделениях хирургического профиля учреждения), «коэффициент сложности оперативных вмешательств», «коэффициент оперативной деятельности». Для определения важности используемых показателей в общей структуре деятельности подразделений по известной методике определяются коэффициенты весомости.

Н.Б.Найговзина и Э.Г.Федорова [3] приводят перечень показателей, которые дают возможность определить категорию больницы. По мнению этих авторов, имеющийся в системе больничного мониторинга перечень показателей достаточно полно отражает лечебно-диагностическую и организационную работу лечебно-профилактических учреждений, в связи с чем не требует дополнительного поиска информа-

© И.М.Крючков, Т.В.Чернова, 2004 г.

ции или специальных углубленных исследований.

С нашей точки зрения, указанные показатели могут объективно характеризовать и работу хирургической службы больниц, поэтому сочли возможным включить некоторые из них в составленную для проведения исследования информационную карту.

Объектом исследования послужили центральные районные больницы (ЦРБ № 1 и ЦРБ № 2) двух районов Тюменской области. Известно, что ЦРБ является вторым этапом организации медицинской помощи сельскому населению. Именно здесь жители села получают медицинскую помощь по ее основным видам, в том числе и хирургическую. Выбранные в качестве объектов исследования ЦРБ находятся примерно в одинаковых по уровню экономического развития районах и обслуживают 29 600 и 27 406 человек, соответственно.

Для получения необходимых материалов нами была разработана специальная «Информационная карта», включающая перечень показателей, характеризующих деятельность ЦРБ.

Исходные материалы для исследования собирались за период с 2000 по 2002 гг.

Анализ полученных данных показал, что имеются существенные различия между показателями деятельности сравниваемых ЦРБ.

Таблица 1

Некоторые показатели нагрузки врачей-хирургов амбулаторного приема

Номер ЦРБ	Удельный вес прооперированных в поликлинике больных (%)			Среднее число операций на 1 занятую должность врача-хирурга (абс.)		
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
1	6,2	6,6	3,1	748	701	435
2	5,9	6,6	6,9	601	496	611

Таблица 2

Выполнение плана госпитализации (в %)

Номер ЦРБ	2000 г.	2001 г.	2002 г.
1	96,1	105,4	109,9
2	100,0	111,8	126,6

Так, при анализе показателей работы амбулаторно-поликлинического звена хирургической службы выявлено достоверное отклонение фактической мощности ЦРБ от плановой: в ЦРБ № 1 превышение составляет 16,8–98,0%, а в ЦРБ № 2, наоборот, отставание фактической мощности от плановой составляет 63,7–73,1%. Если учесть тот факт, что население районов обращается к амбулаторным хирургам в основном по поводу заболеваний (удельный вес этих обращений составляет 57,0–85,2%), то становится очевидной низкая обращаемость пациентов ЦРБ № 2.

Это подтверждает и уровень таких показателей, как выполнение плана посещений на 1 жителя и на 1 занятую врачебную должность врача-хирурга. Так, в ЦРБ № 1 эти показатели превышают планируемые в 2,2–2,6 раза и 1,3–2,2 раза, соответственно, а в ЦРБ № 2 фактические уровни названных показателей значительно ниже планируемых: на 44,6–51,5% и на 44,5–51,6%, соответственно.

Уровни показателей, характеризующих нагрузку врачей-хирургов амбулаторного приема, в разные годы существенно различались в обеих больницах (табл. 1), причем, нагрузка врачей-хирургов в рассматриваемые годы значительно варьирует.

При анализе деятельности хирургических отделений стационаров ЦРБ были условны выделено три группы показателей:

- характеризующих обеспеченность населения стационарными койками хирургического профиля;
- характеризующих процесс оказания хирургической помощи;
- характеризующих результат деятельности стационарной хирургической помощи.

Обеспеченность населения обоих районов хирургическими койками составляет от 6,8 до 7,6 на 1000 жителей. Как известно, расчетный норматив числа хирургических коек на 1000 населения составляет 1,93 [4].

Таким образом, обеспеченность населения районов койками хирургического профиля явно завышена.

В табл. 2 представлены данные о выполнении плана госпитализации больных хирургического профиля. За период наблюдения прослеживается явная тенденция к повышению уровня госпитализации в обеих ЦРБ в среднем на 13,8 и на 26,6%, соответственно.

К показателям, характеризующим процесс оказания стационарной хирургической помощи, относятся прежде всего показатели нагрузки медицинского персонала.

Одним из таких показателей является среднее число больных на 1 должность врача-хирурга и на 1 должность среднего медицинского персонала. Были выявлены существенные различия в уровнях этих величин: так, в ЦРБ № 1 среднее число больных на 1 должность врача-хирурга в год колебалось от 369 до 437 человек, а в ЦРБ № 2 – от 521 до 593 человек.

Это означает, что в ЦРБ № 2 не только наблюдается завышенная по сравнению с планом госпитализация хирургических больных (табл. 2), но и, вероятно, состав больных также отличается от такового в ЦРБ № 1. То есть в ЦРБ № 2 обращаются в основном больные, которым требуется не амбулаторное, а стационарное хирургическое лечение.

Что касается показателя среднего числа больных на 1 должность среднего медицинского персонала, то и в этом случае наблюдается существенное превышение фактического показателя в ЦРБ № 2 по сравнению с ЦРБ № 1 на 17,7–18,3%.

В ЦРБ № 1 выше удельный вес больных, поступивших по экстренным показаниям (от общего числа поступивших больных) – 71,8–89,9% по сравнению с ЦРБ № 2, где этот показатель составляет 49,7–57,3%. Это свидетельствует о том, что в ЦРБ № 2 выше удельный вес планово поступающих хирургических больных. В то же время удельный вес больных, поступивших в реанимационное отделение двух ЦРБ, примерно одинаков – 17,3–17,6%.

Следовательно, тяжесть заболеваний госпитализированных больных также примерно одинакова. Это подтверждает и показатель удельного веса операций, выполненных в экстренном порядке: 71,6–78,5%.

Выявлены существенные различия в показателях среднего числа операций на 1 должность врача-хирурга, среднего числа медицинских процедур на 1 врача-хирурга и на 1 единицу персонала в год: выше эти показатели в ЦРБ № 2. Так, число операций на 1 должность врача-хирурга в ЦРБ № 2 составляет в среднем 193–243, а в ЦРБ № 1 – 117–170 в год. Различия в среднем числе медицинских процедур на 1 врача-хирурга в год также достоверны и колеблются от 34,4 до 63,7%.

Анализ показателей, характеризующих результаты деятельности хирургических отделений ЦРБ, позволил выявить следующее. Фактические показатели «работы койки», «средней длительности госпитализации», «оборота койки», «плана койко-дней» приближаются к планируемым показателям.

Качественные показатели работы хирургических отделений, такие как летальность и пос-

леоперационная летальность, низкие и составляют 0,2–1,4% и 0,3–1,9%, соответственно. Каких-либо существенных отличий, характерных только для ЦРБ, не выявлено.

Это свидетельствует о том, что в больницах происходит планирование основных показателей результативности работы хирургических стационаров с использованием одинаковых рекомендуемых расчетных показателей.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что в ЦРБ одной административной территории (области) имеются различия в показателях деятельности амбулаторно-поликлинического хирургического звена и в показателях, характеризующих процесс оказания стационарной хирургической помощи, то есть в тех показателях, которые дают общее представление о нагрузке врачей-хирургов.

Последняя группа показателей не входит в итоговую стандартную статистическую отчетность о деятельности больницы и используется лишь для внутриучрежденческого анализа и коррекции деятельности. Именно в связи с этим и наблюдаются столь значительные расхождения этих показателей в фактически одинаковых ЦРБ. Мы считаем целесообразным использование для внутриучрежденческого (внутрибольничного) анализа специально разработанных показателей, дающих целостное представление о работе хирургических отделений стационаров ЦРБ.

Достаточно успешные попытки создания и внедрения в практику групп таких показателей наблюдались в некоторых территориальных образованиях [1], однако широкого применения они не нашли.

В свою очередь отсутствие в больницах анализа формализованных показателей и возможности сравнения фактических и «стандартных» показателей не создает мотивации персонала хирургических отделений к коррекции своей нагрузки, а, следовательно, к повышению качества лечебно-диагностического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вардосанидзе С., Кошель В., Восканян Ю.*//Главврач. – 2003. – Декабрь. – С.55–71.
2. *Кудрин В.С., Кайков С.Ф., Бережнова С.Н.*//Здравоохранение. – 2000. – № 1. – С.25–31.
3. *Найговзина Н.Б., Федорова Э.Г.*//Экономика здравоохранения. – 2002. – № 3. – С.11–13.
4. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 19 октября 1999 г. № 1683-р.

А.В.ШУМОВ,
Администрация Кировского района г.Саратова

НАРУШЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ ГАРАНТИЙ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЕ КОММЕРЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (на примере Саратовской области)

Для обеспечения эффективности государственной социальной политики в сфере охраны здоровья вопрос четкого разделения платных медицинских услуг и медицинской помощи, предоставляемой гражданам в рамках Программы госгарантий, Территориальной и Базовой программ ОМС, принципиально важен. Отсутствие действенных механизмов, гарантирующих соблюдение конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь по ОМС, и ее тотальное вытеснение платными медицинскими услугами в ЛПУ всех форм собственности и ведомственной подчиненности в последние 2–3 года уже послужили причиной роста социальной напряженности и недовольства жителей г. Саратова и Саратовской области системой обязательного медицинского страхования. Об этом свидетельствует массовый, все возрастающий поток жалоб от застрахованных по ОМС граждан, поступающих в страховые медицинские организации и территориальный фонд ОМС.

Постоянный рост количества жалоб по поводу незаконного взимания платы за медицинскую помощь может свидетельствовать либо о полном отсутствии контроля за предоставлением гражданам бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством, либо очевидной неэффективности существующих механизмов и форм этого контроля.

Сохранение существующего положения ведет к полной и заслуженной дискредитации не только системы обязательного медицинского страхования, но и самого института бесплатной медицинской помощи как составной части системы социального обеспечения в России. Именно поэтому вопрос контроля за соблюдением правил предоставления бесплатной медицинской помощи должен рассматриваться не просто как стратегическое направление социальной политики, а прежде всего как один из главных приоритетов правовой, экономической и политической безопасности корпоративных интересов системы здравоохранения. Исчезновение бесплатной медицинской помощи «де-факто» не может не привести к ее упразднению «де-юре».

Нормативное обеспечение коммерческой деятельности государственных, муниципальных и ведомственных ЛПУ имеет иерархическую соподчиненную структуру, предусматривающую вертикальную преемственность основных принципов, определенных законодательством РФ.

© А.В.Шумов, 2004 г.

Это означает, что все документы территориального (муниципального) уровня должны полностью соответствовать действующим законодательным и нормативным документам федерального уровня.

1. Федеральный уровень

Основными нормативными документами федерального уровня, регламентирующими оказание платных медицинских услуг (ПМУ) гражданам РФ, являются:

- Конституция РФ;
- Постановление Правительства РФ от 13 января 1996 года № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»;
- Приказ Минздрава России от 29.03.1996 № 109 «О правилах предоставления платных медицинских услуг населению».*

2. Территориальный (муниципальный) уровень

На уровне Саратовской области документ, регламентирующий единый порядок и какие-либо дополнительные условия предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, не утверждался, поэтому для разрешения всех вопросов должно применяться указанное выше Постановление Правительства РФ.

3. Уровень ЛПУ (учрежденческий)

Для каждого ЛПУ, согласно Постановлению Правительства РФ от 13 января 1996 года №27, должен быть индивидуально утвержден Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых населению.

---

* Согласно данным ИПС, «Кодекс» не применяется в связи с отказом в госрегистрации.

Цель настоящего исследования – анализ действующих в Саратовской области нормативных документов, регламентирующих на уровне ЛПУ перечень и порядок предоставления населению ПМУ.

Основные задачи:

- анализ соблюдения установленного порядка получения ЛПУ права предоставления населению ПМУ;
- контроль отсутствия дублирования ПМУ и услуг, входящих в Территориальную программу ОМС;
- анализ возможной связи между развитием платных медицинских услуг населению и соблюдением конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь, в том числе по ОМС.

Базой для проведения настоящего анализа послужили 143 ЛПУ г. Саратова и Саратовской области, оказывающие в настоящее время жителям области медицинскую помощь по программе обязательного медицинского страхования. Распределение указанных ЛПУ в зависимости от ведомственной подчиненности приведено на рис. 1.

Материал анализа – представленные администрациями ЛПУ копии основного разрешительного документа – Перечня платных медицинских услуг. Кроме того, оценивался (при его наличии) прилагаемый к Перечню ПМУ расчет цен (как показано ниже, в большинстве случаев такой расчет отсутствовал, а тарифы на ПМУ были утверждены без какого-либо обоснования).

Оценка Перечня ПМУ проводилась по следующим критериям:

- утвердивший орган (должностное лицо);
- соблюдение установленного порядка утверждения Перечня ПМУ;
- совпадение услуг в Перечне ПМУ и Территориальной программе ОМС;

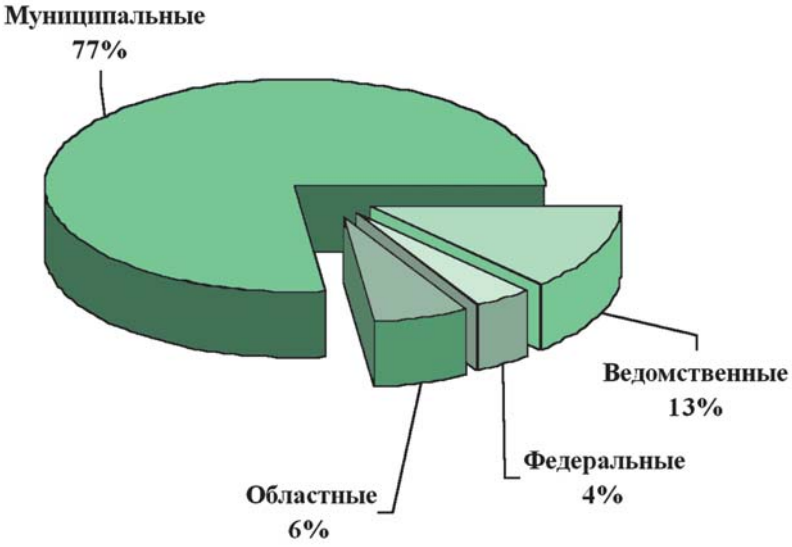


Рис. 1. Ведомственная принадлежность ЛПУ, оказывающих населению Саратовской области медицинские услуги по Территориальной программе ОМС в 2004 г.

- тарифы на услуги (обоснованные или произвольные);
- соответствие какому-либо утвержденному в РФ классификатору платных услуг;
- принцип классификации услуг в Перечне ПМУ (простые, комплексные);
- характер платных медицинских услуг (лечебные, диагностические, экспертиза – оформление «водительских» справок и справок на оружие);
- медицинская специализация услуг (по перечню врачебных специальностей).

Анализ представленных документов показал следующее.

4. Порядок получения разрешений на платные медицинские услуги

Из 143 ЛПУ, работающих в системе ОМС Саратовской области, оказанием платных медицинских услуг населению занимаются 104 ЛПУ или примерно 72,7 % от общего их количества. Доли ЛПУ, оказывающих платные услуги, среди медицинских учреждений различной ведомственной подчиненности представлены на рис. 2.

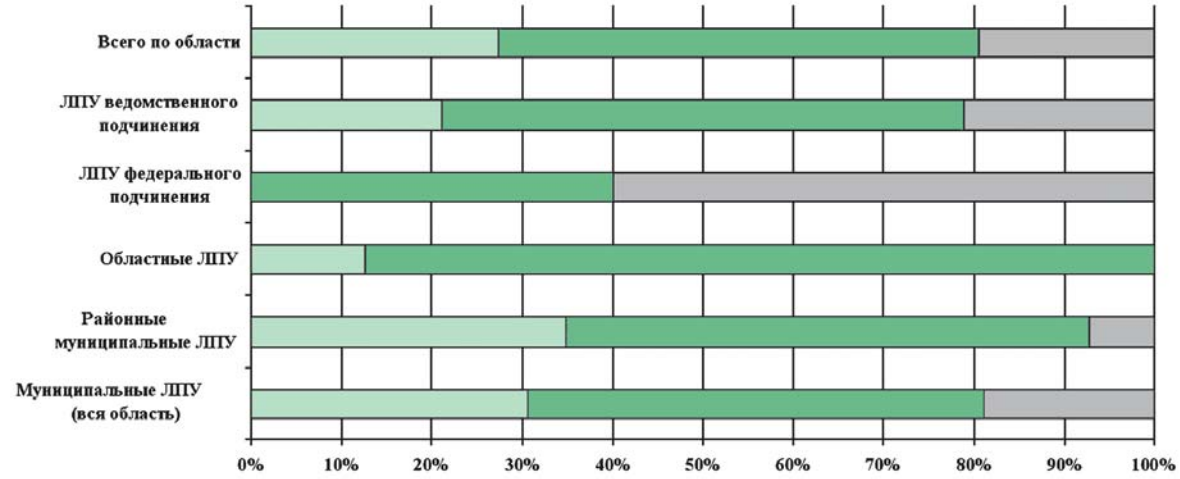
Среди ЛПУ федерального подчинения, работающих в системе ОМС Саратовской области, коммерческие медицинские услуги оказывают 100%, причем в 60% случаев эти услуги оформлены с нарушением установленного порядка.

В муниципальных и ведомственных ЛПУ Саратовской области нарушения действующего порядка разрешения платных услуг были отмечены в каждом 5-м ЛПУ (в муниципальных ЛПУ 18,9%, в ведомственных – в 21,1%).

При сравнении ситуации по г.Саратову и всей Саратовской области обращают на себя внимание два момента (рис. 2, 3).

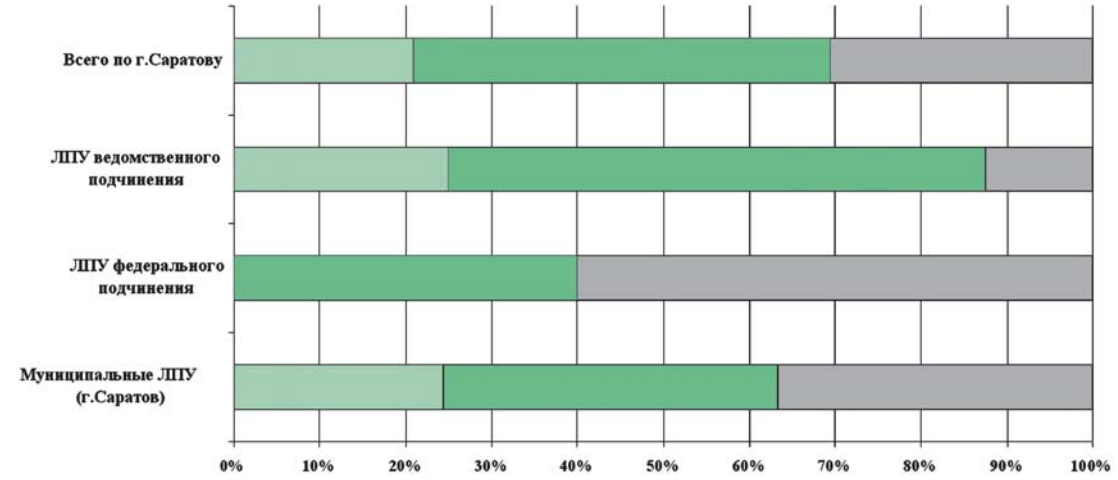
Во-первых, коммерческие медицинские услуги на базе муниципальных медицинских учреждений в г.Саратове распространены заметно шире, чем по районам: если по области в целом платные услуги оказывают 69,4% муниципальных ЛПУ, а по районам коммерческой медицинской деятельностью занимаются менее 2/3 (65,2%) муниципальных ЛПУ, то по Саратову платные услуги оказывают 75,6% или три четверти муниципальных ЛПУ.

Во-вторых, если по районам области при получении разрешения на оказание плат-



	Муниципальные ЛПУ (вся область)	Районные муниципальные ЛПУ	Областные ЛПУ	ЛПУ федерального подчинения	ЛПУ ведомственного подчинения	Всего по области
Порядок утверждения нарушен	18,9%	7,3%	0,0%	60,0%	21,1%	19,6%
Порядок утверждения соблюден	50,5%	58,0%	87,5%	40,0%	57,9%	53,2%
Платных услуг нет	30,6%	34,8%	12,5%	0,0%	21,1%	27,3%

Рис.2. Доли медицинских учреждений, оказывающих платные услуги населению Саратовской области, среди ЛПУ различного ведомственного подчинения



	Муниципальные ЛПУ (г.Саратов)	ЛПУ федерального подчинения	ЛПУ ведомственного подчинения	Всего по г.Саратову
Порядок утверждения нарушен	36,6%	60,0%	12,5%	30,7%
Порядок утверждения соблюден	39,0%	40,0%	62,5%	48,4%
Платных услуг нет	24,4%	0,0%	25,0%	21,0%

Рис.3. Доли медицинских учреждений, оказывающих платные услуги населению г.Саратова, среди ЛПУ различного ведомственного подчинения

ных услуг в муниципальных ЛПУ установленный порядок не соблюдается только в 7,3% случаев, то в г.Саратове доля нарушений, допущенных при получении муниципальными ЛПУ разрешения на коммерческую медицинскую деятельность, в 5 раз выше и составляет 36,6%, то есть более трети всех полученных разрешений.

Сам спектр нарушений и отклонений от установленного порядка выдачи разрешений на производство платных услуг достаточно разнообразен.

Таблица 1

Распределение различных ЛПУ Саратовской области по уровню (инстанции) разрешения на оказание ПМУ

Ведомственная подчиненность ЛПУ	Орган, выдавший разрешение		
	Администрация ЛПУ	Орган управления здравоохранением	Совместное
Районы Саратовской области			
Муниципальные ЛПУ	4,4%	86,7%	8,9%
Ведомственные ЛПУ	33,3%	66,7%	0,0%
Итог по районам	9,3%	83,3%	7,4%
г. Саратов			
Муниципальные ЛПУ	0,0%	96,9%	3,1%
Областные ЛПУ	0,0%	100,0%	0,0%
ЛПУ федерального подчинения	60,0%	40,0%	0,0%
Ведомственные ЛПУ	16,7%	83,3%	0,0%
Итог по г.Саратову	8,0%	90,0%	2,0%
Всего по области	8,7%	86,5%	4,8%

Прежде всего результаты анализа свидетельствуют о том, что далеко не все административные работники ЛПУ реально представляют себе установленный порядок получения разрешений на коммерческую медицинскую деятельность.

Во всяком случае проанализированные нами Перечни ПМУ имеют три варианта утверждения:

- заверены непосредственно самим главным врачом;
- заверены органом управления здравоохранением;
- имеются подписи и той и другой инстанции.

Показательно, что для ЛПУ различной ведомственной принадлежности характерны различные варианты «плюрализма» в данном вопросе (табл. 1).

Так, в районах области главные врачи муниципальных учреждений, оказывающих медицинские услуги на коммерческой основе, почти в 90% соблюдают установленный порядок, в 4,4% склонны «упрощать» его, самостоятельно заверяя соответствующие документы, а в 8,9% случаев «перестраховываются», ставя избыточные подписи. В то же время треть ЛПУ ведомственного подчинения в районах Саратовской области работают по документам, утвержденным только главными врачами, не имея никаких других разрешений.

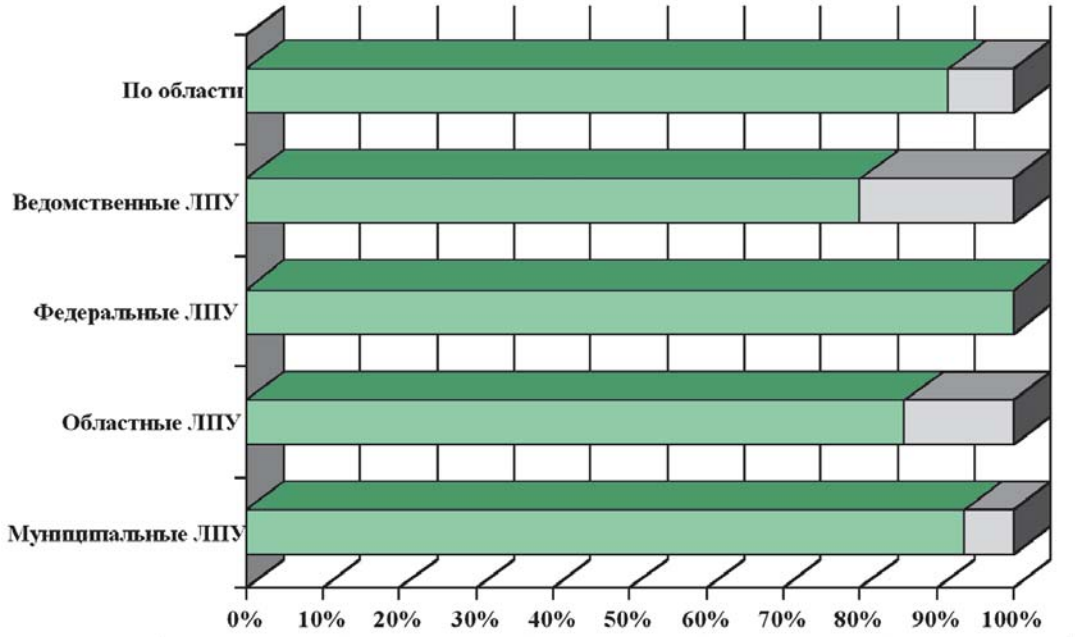
В г.Саратове примерно такая же картина складывается с ЛПУ федерального подчинения, которые в 40% случаев занимаются коммерческой медицинской деятельностью по «самодельным» документам, утвержденным только администрацией ЛПУ, которая в этом случае фактически сама себе все разрешает. Заметна доля (16,7%) подобных случаев «упрощения» порядка оформления платных медицинских услуг и среди ЛПУ ведомственного подчинения, расположенных в г.Саратове.

Совершенно очевидно, что порядок получения разрешений на оказание платных медицинских услуг в ЛПУ ведомственного и федерального подчинения оказывается заметно сложнее,

чем для муниципальных и областных ЛПУ аналогичного профиля. Согласно уже упоминавшемуся Постановлению Правительства РФ, получается, что ЛПУ данных категорий для получения соответствующего разрешения и оформления документов должны обращаться в федеральный центр, что для них, по всей видимости, по каким-то причинам не всегда приемлемо.

Тем не менее искушение получить коммерческую выгоду оказывается сильнее страха нарушить установленный действующим законодательством РФ порядок разрешения на оказание платных медицинских услуг. В результате в 33–40% случаев это помогает администрации ЛПУ ведомственного и федерального подчинения преодолеть сомнения и начать коммерческую деятельность на свой страх и риск, даже не имея оформленного, как положено, документального разрешения.

Нужно отметить, что данный факт можно рассматривать так же, как косвенное свидетельство того, что внутриведомственные механизмы контроля за финансовой и в особенности коммерческой деятельностью периферийных ЛПУ ведомственного и федерального подчинения, расположенных на территориях Российской Федерации, в настоящий момент ослаблены и значительно менее эффективны, чем в системе здравоохранения области: «до бога высоко, а до царя далеко».



	Муниципальные ЛПУ	Областные ЛПУ	Федеральные ЛПУ	Ведомственные ЛПУ	По области
Не совпадает	6,5%	14,3%	0,0%	20,0%	8,7%
Совпадает	93,5%	85,7%	100,0%	80,0%	91,4%

Рис.4. Доля случаев совпадения услуг, входящих в Перечень ПМУ и в Территориальную программу ОМС Саратовской области

Одним из наиболее распространенных нарушений (от 80 до 100,0% случаев) является совпадение услуг, предоставляемых на коммерческой основе, с перечнем видов медицинской помощи, входящих в Территориальную программу ОМС (рис.4). Приведенные данные показывают, что в наибольшей степени подвержены этому ЛПУ федерального подчинения, где коммерческие медицинские услуги в 100% случаев совпадают с тем, что предусмотрено Территориальной программой ОМС Саратовской области.

Рис. 5. Распределение ЛПУ по «набору» предлагаемых ПМУ

Характеристика видов услуг, предоставляемых ЛПУ Саратовской области на платной основе

Охарактеризовать спектр платных услуг, предоставляемых гражданам в ЛПУ Саратовской области, представляется достаточно сложным.

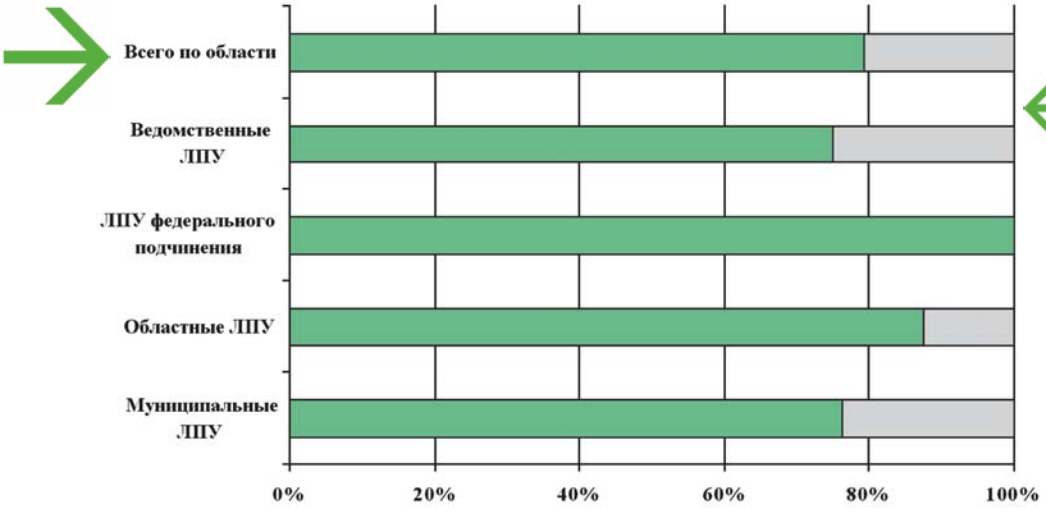
Прежде всего отсутствует какой-либо единый принцип их классификации. Ни на федеральном, ни на территориальном уровне соответствующие справочники (классификаторы платных медицинских услуг) не утверждались.

Соответственно проанализированные документы в подавляющем большинстве случаев представляют собой бессистемную смесь практически всех известных видов медицинских услуг: лечебных, диагностических, экспертных, лабораторных, инструментальных, консультационных, сложных, простых, сервисных и т.д. Не вызывает сомнений, что именно подобная неопределенность создает невозможность однозначного разделения медицинских услуг, оказываемых по Территориальной программе ОМС и на платной основе. Тем не менее мы попытались дать хотя бы общую характеристику спектра платных услуг в ЛПУ Саратовской области (рис.5).

Согласно полученным нами данным, почти две трети (62,5%) ЛПУ предлагают гражданам максимальный спектр платных услуг: диагностические, лечебные мероприятия, платные виды медицинского освидетельствования для получения «водительских» справок и справок на право владения оружием. Четверть ЛПУ предлагает только диагностику и лечение (без освидетельствования). Отдельные виды услуг (только диагностика или диагностика с выдачей указанных выше справок) предлагаются заметно реже (менее 5%).

Коммерческая медицинская деятельность – «лидеры» и «аутсайдеры»

Развитие платных медицинских услуг в государственных и муниципальных ЛПУ Саратовской области происходит неравномерно – не только территориально, но и по различным типам ЛПУ (рис. 6, 7).



	Муниципальные ЛПУ	Областные ЛПУ	ЛПУ федерального подчинения	Ведомственные ЛПУ	Всего по области
Не оказывают ПМУ	23,8%	12,5%	0,0%	25,0%	20,6%
Оказывают ПМУ	76,2%	87,5%	100,0%	75,0%	79,4%

Рис. 6 Степень коммерциализации ЛПУ различной ведомственной подчиненности

Рис. 7. Доли ЛПУ различных видов, осуществляющих коммерческую медицинскую деятельность одновременно с работой по Территориальной программе ОМС, Саратовская область, 2004 г.

На рис. 7 представлены основные виды действующих в Саратовской области ЛПУ и показано, какая доля из них оказывает услуги на платной основе. Эти данные представляются наиболее информативными, поэтому остановимся на них чуть подробнее.

Прежде, чем интерпретировать приведенную диаграмму, сразу оговорим один момент. Предоставление платных медицинских услуг населению предполагает большую или меньшую (по решению администрации ЛПУ) материальную заинтересованность персонала, участвующего в их оказании (доплаты к окладу). Во всяком случае именно возможность организовать более достойную оплату труда медиков администраторы ЛПУ выдвигают как один из аргументов в пользу развития платных медицинских услуг. Учитывая это, каждого пациента, обратившегося в ЛПУ, медицинский персонал рассматривает прежде всего как источник своих доходов.

На фоне современных скромных окладов медиков и официальной возможности «подработать» на оказании платных медицинских услуг можно не сомневаться, что эти услуги неукоснительно в том или ином объеме будут предложены как «дополнительные» (чаще всего в довольно навязчивой и безапелляционной форме) каждому пациенту, обратившемуся за медицинской помощью, независимо от наличия или отсутствия страхового медицинского полиса ОМС. Официальным объяснением, мотивацией необходимости внесения платы практически в 100% случаев при этом служит «нехватка денег, которые платят по ОМС», причем денег не хватает именно на те виды медицинских услуг, которые присутствуют в Перечне ПМУ.

Шансов на полностью бесплатную медицинскую помощь в этом случае у граждан просто нет.

Имея в виду вышесказанное, рассмотрим диаграмму на рис. 7. Из приведенных на ней данных видно, что описанный нами механизм на полную мощность запущен в клиниках федерального подчинения и стоматологических поликлиниках г.Саратова и Саратовской области. Говоря иными словами, обращаясь в эти учреждения, пациент должен быть готов платить за «дополнительные» услуги. Совсем немного отстали в этом плане городские поликлиники г.Саратова (93,8% гарантий взимания платы с пациентов) и специализированные ЛПУ областного подчинения (87,5%).

Среднюю позицию в гонке за личными средствами больных занимают ведомственные ЛПУ (79%) и городские больницы г. Саратова (75%).

Заметно отстали на данный момент от «лидеров» коммерческой медицины центральные районные больницы (68,6%) и самостоятельные поликлиники в районах области (55,6%).

И, наконец, явными «аутсайдерами» выглядят детские медицинские учреждения г.Саратова, примерно половина из которых до сих пор все еще бесплатно обслуживает пациентов.

Приведенные результаты проведенного нами анализа совершенно однозначно свидетельствуют, что при существующем положении дел любой житель г.Саратова или Саратовской области (а уж иногородний и подавно), обращаясь в лечебное учреждение, должен быть готовым к тому, что с вероятностью не менее 80% он должен будет платить.

Оценивая в целом ситуацию, складывающуюся в Саратовской области в течение всего периода экономических и социальных реформ, приходится признать, что она весьма неоднозначна. С одной стороны, она в основных моментах представляется чрезвычайно схожей с тем, что происходит в большинстве регионов РФ.

Одной из существенных проблем, особенно заметно проявившихся в последние годы в социальной сфере региона, стал рост в последние 2–3 года объемов медицинских услуг, предла-

гаемых гражданам на платной основе. На фоне недостаточной обеспеченности большинства жителей области эта тенденция вызывает ощутимый негативный резонанс.

Приведенные выше данные вполне позволяют сделать ряд довольно существенных выводов и предположений.

Установленный действующим законодательством РФ порядок оформления разрешений на оказание населению платных медицинских услуг соблюдается в Саратовской области далеко не во всех случаях, причем имеются факты отступления от него как со стороны самих ЛПУ, так и административных органов, которые проявляют в этих случаях не вполне понятную заинтересованность, беря на себя выполнение совершенно не предусмотренных функций и ответственности.

Существующая в настоящий момент нормативно-правовая база не позволяет четко разделить бесплатные медицинские услуги, оказание которых определено Территориальной программой госгарантий, и медицинские услуги, которые должны оказываться на коммерческой основе. В результате совмещение на базе одного ЛПУ оказания бесплатной медицинской помощи по ОМС и коммерческих медицинских услуг создает самые благоприятные условия для нарушения конституционного права граждан РФ на бесплатное медицинское обслуживание и нанесения ущерба их имущественным интересам.

Отсутствие обоснованной ценовой политики уже исходно не позволяет гарантировать наличие необходимого контроля и делает неэффективным использование выделяемых государственных средств, которые начинают использоваться в первую очередь на производство платных услуг.

Вопрос ценообразования в государственных, муниципальных и ведомственных медицинских учреждениях г.Саратова и Саратовской области при оказании платных медицинских услуг населению решается необоснованно и хаотично, а сами цены, предположительно, в большей степени определяются финансовыми ожиданиями администрации ЛПУ (нижний предел) и платежеспособным спросом среди населения («ценовой потолок»).

Отсутствие обоснованной ценовой политики уже исходно не позволяет гарантировать наличие необходимого контроля и делает неэффективным использование выделяемых государственных средств, которые начинают использоваться в первую очередь на производство платных услуг. В сложившихся условиях невозможно проконтролировать и использование прибыли, получаемой от коммерческой деятельности. Неизбежным становится ущерб имущественным интересам как самих ЛПУ, так и граждан за счет необоснованных цен на медицинские услуги.

Эффективность существующих механизмов контроля за соблюдением правовой и финансовой дисциплины при организации платных медицинских услуг в муниципальных, государственных и ведомственных ЛПУ явно недостаточна для того, чтобы обеспечить отсутствие отступлений от законодательно установленного порядка осуществления коммерческой медицинской деятельности. Особенно заметна несостоятельность системы контроля в периферийных ЛПУ федерального и ведомственного подчинения.

Ущерб, наносимый при этом, очевиден: в погоне за демпинговыми ценами и максимальной личной коммерческой выгодой администрации

ЛПУ не возмещают в полной мере амортизацию используемого медицинского оборудования, аренду площадей, коммунальные платежи, оплаченные за счет бюджетных средств, не оплачивает налоги и т.д. Указанные выше причины делают минимальной целесообразность такой коммерческой деятельности для учрежденческих интересов.

Настойчивость и энтузиазм в осуществлении этой столь малополезной для самих медицинских учреждений деятельности заставляют предположить наличие очевидной коммерческой заинтересованности персонала и особенно администрации ЛПУ.

По результатам 2003 года доходы от бурной коммерческой деятельности муниципальных и государственных ЛПУ Саратовской области по формируемой ими отчетности (ф. 62 – отчет о выполнении Программы госгарантий) едва-едва превысили 6% от общего объема финансирования, тогда как по данным других источников реальная доля расходов населения области в структуре затрат на здравоохранение приближается к 50%. Разница, по всей видимости, уходит в сферу «серой» экономики, что нельзя квалифицировать иначе, как создание мощной коррупционной базы в здравоохранении.

Совмещение на базе одного ЛПУ работы за счет государственного финансирования и оказания платных медицинских услуг населению наносит прямой и непоправимый урон стратегическим интересам здравоохранения региона. Речь идет о постоянной, непрекращающейся работе гигантского механизма формирования негативного общественного мнения.

Каждый из 2 миллионов 700 тысяч жителей Саратовской области, обратившись в такое ЛПУ-«совместитель», обязательно слышит от медиков, что должен платить свои деньги, так как «государство платит чересчур мало, этих денег не хватает». В результате этого, благодаря усилиям самих медицинских работников и администраций ЛПУ, такая система «бесплатного» здравоохранения все больше проигрывает в общественном мнении.

Вывод из всего сказанного один: нынешний вариант развития платных медицинских услуг в муниципальных, государственных и ведомственных ЛПУ приходится признать антиобщественным, а в отношении государственной системы здравоохранения – откровенно деструктивным. В той форме, как это осуществляется в настоящий момент, коммерческая деятельность никак не может способствовать решению системных задач поддержания и укрепления здоровья населения региона и уселению территориальной системы здравоохранения.

Сама тенденция вытеснения в регионах государственной бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами служит прямой угрозой интересам правовой, политической и экономической безопасности государственного здравоохранения.

В случае фактического исчезновения бесплатной медицинской помощи логичными становятся последующие институциональные и законодательные преобразования, упраздняющие саму систему, обеспечивавшую ранее предоставление гражданам исчезнувших и несуществующих ныне социальных гарантий и льгот, в частности, бесплатного медицинского обслуживания.

Безусловно, материалы настоящего исследования не могут претендовать на исчерпывающую характеристику состояния и особенностей развития системы платных медицинских услуг, бурно и динамично развивающейся на базе государственных и муниципальных ЛПУ. Однако подобную цель мы в данной работе и не ставили. Представленные результаты и оценки должны рассматриваться как предварительные и послужить основой для ряда более подробных и доказательных исследований.

В.В.ШЕВЧЕНКО,
д.м.н., профессор кафедры медицинского страхования, менеджмента и маркетинга, начальник Главного управления здравоохранения администрации г.Красноярска
А.С.ЯМЩИКОВ,
к.э.н., ассистент кафедры медицинского страхования, менеджмента и маркетинга, заместитель начальника по экономическим и финансовым вопросам Главного управления здравоохранения администрации г.Красноярска

РАЗРАБОТКА И РЕАЛИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КРУПНОМ ГОРОДЕ (на примере г.Красноярска)

На данном этапе развития общества травматизм является одной из важнейших проблем здравоохранения, социальной сферы и соответственно экономики нашего государства. Темпы развития современных технологий диктуют обществу ускоренный ритм развития во всех сферах деятельности: промышленность, сфера обслуживания, частная жизнь членов современного общества. Соответственно ритму деятельности возрастает травматизм производственный, бытовой, детский, а также травматизм, связанный с ДТП. Причину этого явления можно классифицировать как мультифакторное взаимовоздействие человека и урбанизированной окружающей среды.

Профилактика, хотя и является теоретически приоритетной областью современной медицинской науки, но на данном этапе развития современного здравоохранения и социальной сферы в России, в Красноярском крае в частности, в решении данной проблемы не может взять на себя решающую роль. Гораздо острее в нашем обществе стоит проблема лечения и реабилитации травматологических пациентов и пострадавших. По результатам исследований, около 80% случаев травматизма приходится на экономически активную, трудоспособную часть населения, следовательно, проблема является не только медицинской, но и социальной.

На современном этапе, учитывая рост населения г.Красноярска, развитие промышленности в нашем регионе, рост количества транспортных средств и т.д., а следовательно, рост травматизма, возникла необходимость детально изучить, проанализировать сложившуюся ситуацию и найти наиболее адекватное решение проблемы.

Травматология, как известно, является именно той областью медицины, где своевременность оказания помощи пострадавшим является одним из ведущих, а порой и единственным важнейшим

© В.В.Шевченко, А.С.Ямщиков, 2004 г.

аспектом, влияющим на исход травмы и лечения. Эффективность лечения травматологических пациентов обусловлена четким соблюдением этапности оказания медицинской помощи, ранней реабилитацией, профилактикой осложнений, связанных с лечением (последствия длительной иммобилизации).

В настоящее время в красноярских лечебно-профилактических учреждениях различного уровня население города и территорий Красноярского края получает широкий спектр высококвалифицированной медицинской травматологической помощи. В ряде учреждений внедрены и успешно применяются современные медицинские технологии. Жители региона имеют возможность получать лечение на высоком технологическом уровне в стационарных условиях. Но учитывая особенности финансирования современной системы здравоохранения, стационарная помощь по сравнению с уже существующими стационарозамещающими технологиями является во многом не обоснованно дорогой. Отсутствие организационно-функциональной системы, объединяющей все этапы оказания помощи пациентам, приводит к увеличению продолжительности временной нетрудоспособности, инвалидизации среди трудоспособного населения.

В Красноярском крае травмы, отравления и болезни костно-мышечного аппарата в структуре общей заболеваемости занимают пятое место. В 2003 году, по данным Управления здравоохранения администрации Красноярского края удельный вес данной патологии составил 8%. В структуре первичной заболеваемости травмы и отравления занимают второе место после болезней органов дыхания.

Еще более значима проблема травматизма в г.Красноярске. Его уровень стабильно повышается. На протяжении последних 5 лет – на 13,0%. Анализ основных показателей не позволяет в ближайший временной период прогнозировать снижение как числа пострадавших, так и числа смертельных исходов. Кроме того, остается актуальной проблема детского травматизма, уровень которого за последние 5 лет увеличился на 7,5%.

По статистическим данным, за 2003 год в г.Красноярске травмировались 219 924 чел. (детей – 130 743) Из них поверхностные травмы получили 74 118 чел. (детей – 44 601), травмы верхних конечностей – 25 108 чел. (детей – 15 547), травмы нижних конечностей – 17 668 чел. (детей – 10 366), переломы позвоночника, костей туловища и других областей тела – 2632 чел. (детей – 1373), вывихи, растяжения, травмы мышц и сухожилий 28 279 чел. (детей – 16 969). Значимость проблемы травматизма обусловлена не только высокой частотой его случаев как у взрослых, так и детей, но и значительным удельным весом в структуре причин временной нетрудоспособности – 24% всех случаев.

Статистика за период 2001–2003гг. по травматизму в г.Красноярске представлена в табл. 1. Показатели временной нетрудоспособности населения по классу травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, за период с 2001 по 2003 гг. по городу приведены в табл. 2.

Приведенные данные свидетельствуют о неуклонном росте травматизма среди населения, а следовательно, инвалидизации и длительной нетрудоспособности. Первоочередной задачей здравоохранения является стойкое снижение этих показателей. На сегодняшний день в лечебных учреждениях г.Красноярска уже разработаны и активно используются стационарозамещающие технологии, позволяющие существенно сократить число осложнений, а также сроки лечения и восстановления функций, утраченных пострадавшим в результате травмы. Следует отметить, что качество лечебного процесса во многом зависит от полноты и эффективности проводимых мероприятий на всех его этапах. Одним из самых важных является этап

Таблица 1

Показатели по классу травмы, отравления за период 2001–2003 гг., г.Красноярск

Травмы и отравления	2001 г.				2002 г.				2003 г.			
	всего		дети		всего		дети		всего		дети	
	абс.	на 1000	абс.	на 1000	абс.	на 1000	абс.	на 1000	абс.	на 1000	абс.	на 1000
Всего, в том числе	**127 880**	**146,0**	**30786**	**193,6**	**138 605**	**158,4**	**31102**	**200,7**	**130 743**	**149,1**	**41 562**	**281,9**
Поверхностные травмы	38 259	43,7	98636	62,0	44 921	51,3	11960	77,2	44601	50,9	15 084	102,3
Открытые раны, травмы кровеносных сосудов	29 259	33,4	6291	39,6	30 316	34,6	5663	36,5	26 129	29,8	6933	47,0
Переломы черепа и лицевых костей	919	1,1	140	0,9	770	0,9	104	0,7	825	0,9	152	1,0
Травмы глаза и глазницы	1335	1,5	340	2,1	1451	1,7	333	2,2	1678	1,9	472	3,2
Внутричерепные травмы	4814	5,5	1187	7,5	5472	6,3	1110	7,2	5748	6,6	1402	9,5
Переломы костей верхней конечности,	16 714	19,1	4717	29,7	17 223	19,7	4475	28,9	15 547	17,7	5986	40,6
в том числе перелом нижнего конца лучевой кости, сочетанный перелом нижних концов локтевой и лучевой кости	9789	11,2	3014	18,9	7375	8,4	1845	11,9	5445	6,2	1781	12,1
Переломы костей нижней конечности,	9116	10,4	1988	12,5	11 545	13,2	2271	14,7	10 366	11,8	3664	24,9
в том числе перелом нижнего конца бедренной кости	425	0,5	162	1,0	358	0,4	217	1,4	171	0,2	75	0,5
Переломы позвоночника, костей туловища, других неуточненных областей тела	1892	2,2	250	1,6	1863	2,1	233	1,5	1373	1,6	114	0,8
Вывихи, растяжения и перенапряжения капсульно-связочного аппарата суставов, травмы мышц и сухожилий	17 841	20,4	4130	25,9	18380	21,0	3692	23,8	16 969	19,4	5659	38,4

Таблица 2

Показатели временной нетрудоспособности населения по классу травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин за период с 2001 по 2003 гг., г. Красноярск

Класс	2001 г.				2002 г.				2003 г.			
Травмы, отравления	**22,3**	**123,4**	**5,5**	**12,2**	**18,7**	**63,8**	**3,4**	**13,4**	**19,7**	**98,4**	**5,0**	**17,8**
Из них: поверхностные травмы	10,9	10,5	1,0	17,4	9,4	5,3	0,6	25,8	9,8	14,0	1,4	28,7
Переломы черепа и лицевых костей, внутричерепные травмы	23,0	11,0	0,5	8,7	19,8	3,1	0,2	7,5	18,7	6,8	0,4	7,3
Переломы костей верхних и нижних конечностей	39,0	65,2	1,7	30,2	29,0	16,0	0,6	25,1	33,0	48,5	1,5	29,3
Вывихи, растяжения и перенапряжения капсульно-связочного аппарата	14,2	8,9	0,6	11,4	19,0	6,7	0,4	16,0	17,9	16,9	0,9	19,0

реабилитации, закрепляющий и усиливающий эффект от оперативного лечения, предотвращающий или значительно отодвигающий во времени хирургическое вмешательство при многих заболеваниях и последствиях травм опорно-двигательного аппарата. При этом восстановительные мероприятия могут выполняться в амбулаторных условиях, что уменьшает стоимость лечения.

Любое повреждение опорно-двигательной системы связано с неадекватным воздействием одного или нескольких травмирующих агентов, вызывающих нарушение структурной целостности или анатомических взаимоотношений на органном, тканевом и клеточном уровнях, которые сопровождаются различными функциональными расстройствами.

Лечение в травматологии подразумевает консервативные и оперативные вмешательства с целью в первую очередь восстановления правильных анатомических взаимоотношений поврежденных тканей и органов и предупреждения возможных осложнений, что достигается созданием покоя, своеобразной защиты от продолжения воздействия травмирующих физических, химических, биологических и других повреждающих факторов среды.

В процессе реабилитации при повреждениях опорно-двигательной системы используют адаптационные, компенсаторные или викарные возможности организма за счет функциональной активизации его резервов. Основу реабилитации составляют движение, физическая, эмоциональная и социальная активная позиция больного под постоянным медицинским контролем и управлением опытных специалистов [11, 14].

Таким образом, реабилитация в травматологии – это комплекс мероприятий, направленных на сохранение, восстановление или компенсацию функций тканей, органов или целостного организма, вызванных или развивающихся вследствие их механического повреждения или болезни.

Для восстановления целостности анатомических структур в соответствии с общебиологическим законом структурно-функциональной адаптации необходимы адекватные функциональные нагрузки. Нет достаточно четких границ между лечебными и реабилитационными мероприятиями. Лечение и реабилитация пострадавших с повреждениями опорно-двигательной системы должны быть едиными во времени и пространстве. Поэтому правомочно рассмотрение лечебного процесса как целостной системы, включающей тесно взаимосвязанные и органически дополняющие друг друга лечение и реабилитацию, а не разделение их на самостоятельные системы [6].

Реабилитация не может рассматриваться только как долечивание пострадавших; ее использование вторым этапом после завершения лечения малоэффективно. В целесообразном сочетании лечебных и реабилитационных мероприятий заключается рациональная профилактика функциональных нарушений, связанных нередко непосредственно с лечением (гипокинезия, постиммобилизационные расстройства и др.). В их комплексном совмещении формируется резерв для сокращения общих сроков возвращения больных с повреждениями опорно-двигательной системы к активной жизнедеятельности.

Реабилитационная программа в системе лечебного процесса предусматривает не только планирование, проведение и контроль за эффективностью реабилитационных мероприятий, но также включает решение экспертных вопросов (ВВК, ВТЭК), распространяется на протезирование, трудоустройство и социальное обеспечение. Реабилитационная программа реализуется на всех этапах оказания медицинской помощи, в специализированных лечебных учреждениях, поликлиниках.

Выделяют следующие виды реабилитации:

1. Медицинская реабилитация – консервативное и хирургическое лечение, медикаментозная

терапия, лечебное питание, климато- и бальнеотерапия, лечебная физкультура, физиотерапия и другие мероприятия, проводимые стационарно и (или) амбулаторно.

2. Психологическая реабилитация – преимущественно психотерапевтические воздействия, имеющие цель нормализовать психоэмоциональный статус, изменения которого могут возникать в процессе или результате заболевания.

3. Бытовая реабилитация – мероприятия, которые обеспечивают восстановление способности на необходимом уровне выполнять все повседневные акты жизнедеятельности человека.

4. Профессиональная (производственная, военно-профессиональная) реабилитация. Этот вид реабилитации включает теоретические знания и практические упражнения по основной специальности до уровня знаний и навыков, необходимых для осуществления на должном уровне профессиональной деятельности по ранее приобретенной специальности.

5. Социальная реабилитация – восстановление, а при невозможности – создание нового приемлемого для конкретного человека положения в семье, коллективе или в социуме более крупного масштаба.

Медицинская реабилитация является процессом, состоящим из нескольких этапов, последовательность которых в каждом конкретном случае может быть различной, но всегда должна соблюдаться максимальная приемлемость проводимых мероприятий.

Принято различать следующие этапы реабилитации [9]:

1. Госпитальный (районная больница, городская больница, областная больница, военный госпиталь, окружной военный госпиталь), куда поступают раненые и больные в остром периоде заболевания, где, помимо соответствующих лечебных мероприятий, формируется программа реабилитации в целом.

2. Амбулаторно-поликлинический (поликлиники, поликлинические отделения, медико-санитарные части, медицинские центры).

3. Санаторно-курортный (санатории специализированные и общего типа).

В соответствии с течением патологического процесса разрабатывается индивидуальная программа медицинской реабилитации. При повреждениях опорно-двигательной системы принято выделять пять периодов реабилитации, продолжительность которых варьируется в зависимости от тяжести травмы и выбранного метода лечения. Периоды отличаются задачами, объемом и степенью активности реабилитационных мероприятий.

Первый период – лечебно щадящий (стадия травматического воспаления). Продолжительность – 1–2 недели. Задачи: уменьшение спонтанных болей, ликвидация отека, комплексное использование лечебных мероприятий для рассасывания кровоизлияний и выпотов, организации гематом, заживления ран мягких тканей. Место проведения – госпиталь, реабилитационный центр.

Второй период – функционально-тренировочный (перестройка рубцовых тканей и образование первичной костной мозоли). Продолжительность – со 2-й по 8-ю неделю. Задачи: уменьшение болевой реакции на тренировку, оптимизация остеорепарации, профилактика трофических расстройств, тугоподвижности и контрактур суставов, атрофии мышц. Место проведения – реабилитационный центр, санаторий.

Третий период – компенсаторный, период активного восстановления утраченной функции (формирование прочных рубцов и костной мозоли, восстановление анатомической целостности поврежденных структур). Продолжительность – с 8-й по 16-ю неделю после травмы или ранения. Задачи: усиление процессов минерализации костной мозоли, размягчение рубцов, рассасывание спаек, укрепление функционирующих мышц, увеличение объема движений в суставах,

полное функциональное восстановление поврежденных сегментов.

Четвертый период – период выявления стойких нарушений функции (стойкие последствия ранения: патологические рубцовые процессы, нейротрофические расстройства мягких тканей, остеоартрозы, хронические синовиты, стойкий болевой синдром, контрактуры суставов, нарушение опорности конечности и др.). Продолжительность – до 16–20 недель (в отдельных случаях и более); экспертное решение или реконструктивно-восстановительное хирургическое вмешательство. Задачи: восстановление нервно-мышечного аппарата, опорности конечностей, функции мышц и движений в суставах. Повторные операции или возникшие осложнения требуют новой индивидуальной программы реабилитации.

Пятый период имеет место у лиц со стойким неблагоприятным исходом лечения травм, обусловливающим непригодность к службе в Вооруженных Силах (ложные суставы и дефекты костей, хронический остеомиелит, стойкие комбинированные контрактуры и анкилозы суставов, длительно незаживающие гнойно-некротические раны, трофические язвы, обширные дефекты мышц, сосудов, нервов и др., требующие длительного специализированного травматолого-ортопедического лечения в учреждениях здравоохранения).

В лечении пострадавших от травм все более активно применяются различные методы оперативных вмешательств. Соотношение операций, выполненных в условиях стационара и поликлиники, составляет 3:2. Это требует формирования и четкого функционирования в городе единой травматологической службы, которая бы располагала определенными возможностями для квалифицированного и специализированного лечения и реабилитации больных и пострадавших травматолого-ортопедического профиля.

Поиск оптимальных вариантов организации системы реабилитации травматологических больных, оценки эффективности и качества медико-реабилитационных услуг представляет актуальную проблему реформирования здравоохранения в части оказания травматологической и реабилитационной помощи городскому населению.

Медицинская реабилитация травматологических больных с современных экономических позиций является одним из наиболее рентабельных видов медицинской помощи. Вместе с тем на данный момент оказание реабилитационной помощи при травме опорно-двигательного аппарата и тяжелой спинальной травме в городе Красноярске остается сложнейшей задачей практического здравоохранения как с позиции организации процесса реабилитации, так и с позиции его реализации.

После повреждений опорно-двигательного аппарата (ОДА) часто развиваются функциональные нарушения, резко ограничивающие бытовые возможности больного (самостоятельно двигаться, обслуживать себя), нарушающие трудоспособность и нередко приводящие к инвалидности.

Проблема организации лечения посттравматических состояний (тугоподвижность – контрактуры суставов) остается актуальной в настоящее время в связи с достаточно большой распространенностью и тенденцией к росту количества травм (особенно ДТП). По данным статистики, тяжелая инвалидность возникает в 50% случаев. Особенно высок процент утраты трудоспособности после множественных переломов костей, повреждений пальцев кисти, травматических ампутаций.

Недооценка роли этапной реабилитации ведет к увеличению сроков пребывания на больничном листе, необоснованному переводу на инвалидность лиц, которым трудоспособность могла быть восстановлена. Основная причина инвалидности в большинстве случаев связана с наличием выраженных суставных контрактур. Таким образом, учитывая работоспособный возраст больных, проблема восстановления является не только медицинской, но и социальной.

Основными принципами реабилитации травматологического контингента являются:

1. Поэтапный комплекс лечебных мероприятий должен осуществляться в условиях специально организованного учреждения, располагающего всеми необходимыми видами восстановления (ЛФК, механотерапия, массаж, теплопроцедуры, физиотерапия – это основные виды лечения в реабилитации травм).

2. Ранняя реабилитация (в периоде иммобилизации – сокращает сроки лечения на 15–20 %).

3. Необходимость строго индивидуального подхода к каждому больному.

4. Реабилитация должна осуществляться интенсивно и непрерывно до восстановления (полного или частичного) функции травмированной конечности.

5. Процесс лечения должен быть под контролем специально подготовленного персонала.

Учитывая выше перечисленные аспекты, наиболее адекватным решением проблемы является создание замкнутой системы оказания комплексной травматолого-ортопедической помощи, включающей амбулаторное (травматологические пункты, центр реабилитации) и стационарное звенья. В современных условиях, руководствуясь принципом экономической оптимизации, принимая во внимание достоверное снижение стоимости лечения в амбулаторных условиях за счет клинической эффективности ранней реабилитации, рационально большее внимание уделить амбулаторному виду оказания травматологической помощи.

Функции руководства организационной системой принадлежат главному врачу системообразующего стационара, посредством заместителя по амбулаторно-поликлинической работе, врача-организатора при наличии специализации «ортопедия и травматология» и заведующего отделением травматологии стационара. В свою очередь в подчинении заместителя главного врача по амбулаторно-поликлинической работе находятся заведующие районными травматологическими пунктами, а также заведующий реабилитационным центром. Руководители подразделений осуществляют контроль за качеством оказываемой населению помощи на вверенных им участках, а также несут юридическую ответственность в случае выявления нарушений во вверенных им подразделениях, согласно должностной инструкции и трудовому договору.

В современных экономических условиях одним из важнейших аспектов решения данной проблемы является стоимость лечения. При разработке модели необходимо особое внимание уделить ресурсосберегающим технологиям, повышающим клиническую эффективность травматологической

Таблица 3

Сведения о стоимости лечения в травматологическом отделении МУЗ «ГКБ № 7» за 1 квартал 2004 г.

Наименование	Доход	Пролечено больных	Средняя стоимость одного больного (руб.)	Койко-дни	Средняя стоимость одного койко-дня (руб.)
Январь	673760	115	5858,78	2030	331,90
Февраль	636193	119	5346,16	1989	319,86
Март	983344	114	6828,78	2019	487,05
Итого	2293297	378	6066,92	6038	379,81

Таблица 4

Объемы и стоимость амбулаторно-поликлинической помощи за 1 квартал 2004 г.

Наименование	Плановых посещений	Фактических посещений	Сумма по смете (руб.)	Стоимость одного посещения (план.) (руб.)	Стоимость одного посещения (факт.) (руб.)
Травматолого-ортопедическое отделение	75 795	48 471	6 904 611	91,09	142,45

помощи. Для более рационального использования материальных ресурсов, улучшения контроля ведения медицинской документации необходимо создание компьютерной базы данных и локальной сети, включающей все структурные подразделения системы.

В соответствии с данным направлением Главным управлением здравоохранения администрации г.Красноярска реализовано решение, позволяющее наиболее эффективно использовать экономический и административный ресурсы с применением принципа обратной связи и преемственности.

Таблица 5

Объемы и стоимость стационарозамещающей помощи МУЗ «ГКБ № 7» за 1 квартал 2004 г.

Наименование	Количество пролеченных	Количество дней пребывания	Стоимость СЗТ на 1 кв. 2004г. (руб.)	Стоимость одного пролеченного (руб.)	Стоимость одного дня пребывания (руб.)
Дневной стационар	87	1250	163732	1881,97	130,98

Таблица 6

Сравнительный анализ стоимости лечения по видам медицинской помощи МУЗ «ГКБ № 7» за 1квартал 2004 г.

Наименование	Средняя стоимость лечения одного больного		Средняя стоимость одного койко-дня	
	план. (руб.)	факт. (руб.)	план. (руб.)	факт. (руб.)
Круглосуточное травматологическое отделение	6167,49	6066,92	362,79	379,81
Дневной реабилитационный стационар по смете	1881,97	2268,58	130,98	157,65
Отклонение +/-	4285,52	3798,34	231,81	221,16

В начале 2004 года к муниципальному учреждению здравоохранения «Городская клиническая больница № 7» присоединены пять травматологических пунктов из состава муниципальных учреждений здравоохранения (поликлиник и больниц). Основной задачей реорганизации является эффективное и экономичное использование имеющихся ресурсов, увеличение доступности и повышение качества травматологической помощи жителям города, сбалансированное оказание амбулаторно-поликлинической и госпитальной помощи.

В процессе подготовки реорганизации Главным управлением здравоохранения администрации г.Красноярска предпринят ряд ключевых организационных мер: разработан проект Постановления администрации города о реорганизации МУЗ ГКБ № 7. После подписания Постановления от 08.08.2003 г. № 345 «О реорганизации муниципального учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №7» Главным управлением здравоохранения издан Приказ о создании комиссии по реорганизации учреждения. В состав комиссии включены специалисты медицинского, экономического и организационного профиля, благодаря чему оптимизирован процесс передачи травматологических пунктов в состав МУЗ ГКБ № 7. В работе комиссии, наряду с решением административных, кадровых и финансово-экономических вопросов, большое внимание уделено медико-организационным аспектам. Предусмотрены все условия, необходимые для обеспечения бесперебойного оказания медицинской помощи в травмпунктах на переходном этапе, учтен запас требуемых медикаментов, перевязочных средств и других расходных материалов. Отработаны вопросы взаимодействия со службой скорой медицинской помощи, профильными стационарными отделениями и амбулаторно-поликлиническими учреждениями. Результаты деятельности МУЗ «ГКБ № 7» после проведенной реструктуризации приведены в табл. 3–6.

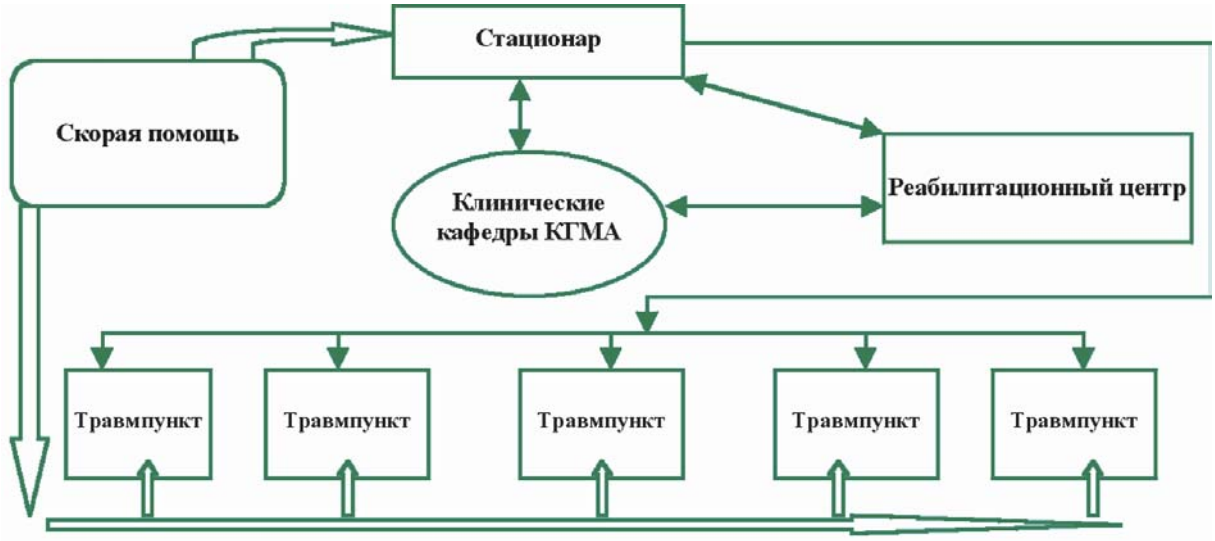


Рис. 1. Функциональная структура травматологической помощи

Муниципальное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 7» имеет в составе три стационарных отделения хирургического профиля общей мощностью 205 коек и четыре отделения терапевтического профиля мощностью 190 коек. В структуре медицинской помощи, оказываемой стационарами хирургического профиля МУЗ ГКБ № 7, более 50% приходится на экстренную хирургическую и травматологическую помощь. При создании на базе МУЗ «Городская клиническая больница № 7» структуры, объединяющей все травмпункты города и базовый стационар, для эффективной организации неотложной и экстренной травматологической и хирургической помощи в городе решены несколько принципиальных задач:

1. Единое организационно-методическое руководство службой.

2. Проведение эффективных мер по установлению оптимальных пропорций между объемами оказываемой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах.

3. Регулирование баланса между уровнями потребления населением ресурсов здравоохранения и имеющимися ограниченными экономическими возможностями.

4. Преемственность на всех этапах лечения травм: от оказания первичной медицинской помощи, хирургического стационарного лечения до проведения реабилитационных мероприятий с использованием объединенной материально-технической базы травмпунктов и внедрением стационарозамещающих технологий долечивания больных.

5. Диспансеризация больных, перенесших травмы.

Функциональная структура травматологической службы города представлена на рис. 1.

Проведенная реорганизация позволила более эффективно использовать имеющиеся кадровые, технологические и материальные ресурсы без увеличения объемов финансовых затрат и, кроме того, решить актуальную проблему нехватки расходных материалов (гипс, рентген-пленка и т.п.)

путем рационального централизованного перераспределения.

Стоимость лечения одного больного по стационарозамещающей технологии составляет 3400 руб., при этом объем оказания по данному виду помощи будет удвоен (за счет проведения малых оперативных вмешательств). На основании выше изложенного предполагаемая экономия на одного больного составит 2367,49 руб., экономическая эффективность – 38,4%.

Такой подход позволит, с одной стороны, контролировать качество ранее проводимого лечения, с другой, охватить всех нуждающихся в специализированной реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Адо А.Д.* Патологическая физиология. – М.: Медицина, 1980.
2. *Бадалян Л.О.* Детская неврология. – М.: Медицина, 1984.
3. *Базилевская З.В.* Закрытые повреждения позвоночника. – М.: Медгиз, 1962.
4. *Верещагин Н.В.* Справочник по неврологии. – М.: Медицина, 1989.
5. *Георгиева С.А. и соавт.* Физиология. – М.: Медицина, 1986.
6. *Држевецкая И.А., Транквилитати Н.Н.* Нейровегетативная блокада и углеводный обмен. – М.: Медицина, 1973.
7. *Зайко Н.Н.* Нервная трофика и дистрофический процесс//Руководство по патологической физиологии. – Т. 4. – М.: Медицина, 1966.
8. *Ивановская Т.В., ЦинзерлингА.В.* Патологическая анатомия. – М.: Медицина, 1971.
9. *Иргер И.М.* Нейрохирургия. – М.: Медицина, 1982.
10. *Качесов В.А.* Мануальная терапия в лечении ложных суставов//Ложные суставы костей/Под ред. В.М. Гайдукова. – СПб: Наука, 1998. – 89 с.
11. *Качесов В.А.* Мануальная терапия в практике травматолога-ортопеда//Мануальная терапия в практике травматолога-ортопеда/Под ред. В.М. Гайдукова – СПб: САВОЖ, 1998.
12. *Качесов В.А.* Мануальная терапия в системе реабилитации больных с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательной системы/Материалы Российского национального конгресса «Человек и его здоровье». – СПб: Тонэкс, 1998.
13. *Качесов В.А.* Скоростная реабилитация пациентов с тетраплегией/Материалы Российского национального конгресса «Человек и его здоровье». – СПб: Тонэкс, 1998.
14. *Неговский В.А.* Основы реаниматологии. – М.: Медицина, 1977.
15. *Павлов С.Е.* Основы теории адаптации и спортивная тренировка//Теория и практика физической культуры. – 1999. – №1. – С.12.
16. *Харкевич Д.А.* Ганглионарные средства. – М.: Медицина, 1962.
17. *Эккерт Р., Рэнделл Д., Огастин Дж.* Физиология животных/Пер с англ. – М.: Мир, 1992.
18. *Юмашев Г.С., Епифанов В.А.* Оперативная травматология и реабилитация больных с повреждением опорно-двигательного аппарата. – М.: Медицина, 1983.

Д.В.ПИВЕНЬ,
д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного института усовершенствования врачей
А.С.КУПЦЕВИЧ,
заместитель начальника Главного управления здравоохранения Иркутской области

ПРОБЛЕМЫ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Необходимость повышения структурной эффективности здравоохранения не вызывает сомнений. Очевидно и то, что успех этой работы во многом зависит от реструктуризации стационарной помощи. Одним из важных фрагментов указанной реструктуризации является уменьшение объемов медицинской помощи, оказываемой на госпитальном этапе, и соответствующее их увеличение на амбулаторном. В этой связи возникает необходимость предметного анализа различных составляющих стационарной помощи, которая в российских условиях очень неоднородна. Появляется целый ряд вопросов, на которые организаторы здравоохранения должны дать ответ. Назовем только некоторые из них:

- Объемы какой стационарной помощи, на каком этапе и в какой степени надо сокращать?
- Достаточно ли полно удовлетворяются потребности населения в тех или иных видах стационарной помощи?
- Как перераспределить финансовые ресурсы между стационаром и поликлиникой? Или же необходимо увеличение ресурсов по обоим направлениям, ведь реструктуризация стационарной помощи – это не только сокращение ее объемов?

Рассмотрим указанные вопросы с учетом достаточно сложной структуры стационарной помощи и этапности ее оказания. Как известно, выделяют следующие госпитальные этапы (уровни):

- участковые больницы и сельские ЦРБ (первичный уровень);
- стационары городских медицинских учреждений (вторичный уровень);
- крупные региональные и федеральные клиники (третичный уровень).

На первичном уровне в плане реструктуризации наиболее привлекательным объектом представляются участковые больницы. Действительно, эта категория учреждений, как правило, слабо оснащена и часто ничего, кроме кроватей, не имеет. Кроме того, на этом уровне нередко решаются социальные, а не чисто медицинские задачи. В этой связи организация на базе участковых больниц хорошо оснащенных врачебных амбулаторий или общих врачебных практик (ОВП) представляется способом решения важнейшей проблемы – приближения к сельскому населению квалифицированной медицинской помощи.

В то же время легко предположить, что организация хорошо оснащенных амбулаторий или ОВП в селе потребует скорее больших, но уж

© Д.В.Пивень, А.С.Купцевич, 2004 г.

никак не меньших затрат, чем на содержание ныне действующих участковых больниц. Также необходимо отметить, что значительная часть участковых больниц за последнее десятилетие уже сокращена, но не с целью повышения структурной эффективности, а с целью сокращения объемов финансирования сельской медицины, так как именно сельские дотационные территории, как правило, не в состоянии обеспечить в должном объеме ни платежи на обязательное медицинское страхование неработающего населения, ни надлежащее бюджетное финансирование собственного здравоохранения. Следовательно, в данном случае приходится говорить не о перераспределении средств в сельском здравоохранении, а о поиске дополнительных ресурсов на создание ОВП или укрепление врачебных амбулаторий.

Следующая группа стационарных учреждений первичного уровня – сельские ЦРБ. Сокращение сколько-нибудь значимых объемов стационарной помощи в данной категории медицинских учреждений также представляется маловероятным по следующим причинам. Как и участковые больницы, за последние 10–15 лет они уже потеряли значительную часть коечного фонда.

Так, в Иркутской области количество коек в большинстве сельских ЦРБ колеблется в пределах 70–80. По профилю имеется стандартный набор коек: терапевтические, хирургические, акушерско-гинекологические, педиатрические, инфекционные. При этом средняя коечная мощность одного отделения составляет от 5 до 20 коек. И тем не менее, для обеспечения функционирования столь малых отделений требуются и дежурные врачи, и круглосуточные сестринские посты и оплата коммунальных услуг. С позиций экономики подобная практика и есть нерациональное расходование средств. В этой связи в настоящее время уже звучат предложения, что значительное число стационаров сельских ЦРБ можно полностью реорганизовать в дневные стационары, а нуждающихся в круглосуточном наблюдении больных направлять в межрайонные центры лечения и диагностики.

На повестке дня стоит вопрос об интенсификации деятельности сельского здравоохранения и повышении качества медицинской помощи (об этом прежде всего говорит состояние здоровья сельского населения, значительно ухудшившееся в последние годы), необходимо укрепить материально-техническую и кадровую базу медицины на селе.

Поддерживая необходимость развития подобных центров, считаем необходимым отметить, что многие сельские медицинские учреждения (особенно в регионах, расположенных восточнее Урала) находятся от них на значительном удалении. А это создаст большие трудности для ежедневного оперативного решения клинических задач даже в случаях относительно развитого транспортного сообщения. Следовательно, минимально необходимые объемы круглосуточной стационарной помощи (вероятно, это те, что остались) в небольших сельских ЦРБ будут сохранены. Легко предположить, что внедрение стационарозамещающих технологий в деятельность небольших сельских ЦРБ не обеспечит значительной экономии финансовых ресурсов, ведь полный перевод указанных учреждений на принципы деятельности дневного стационара во многих случаях по отмеченным выше причинам невозможен. А при частичном пере-

воде сокращать численность персонала дальше уже просто некуда.

В то же время, учитывая, что на повестке дня стоит вопрос об интенсификации деятельности сельского здравоохранения и повышении качества медицинской помощи (об этом прежде всего говорит состояние здоровья сельского населения, значительно ухудшившееся в последние годы), необходимо укрепить материально-техническую и кадровую базу медицины на селе. Это в свою очередь потребует значительных дополнительных финансовых ресурсов, получить которые в достаточном количестве только перераспределением средств на первичном уровне помощи едва ли возможно. Не менее сложным представляется вопрос о реструктуризации коечного фонда на вторичном уровне, то есть в городских стационарах. Стационарная помощь на данном уровне также весьма неоднородна.

В последние годы достаточно широкое распространение получила практика формирования муниципального заказа как на объемы стационарной, так и на объемы амбулаторно-поликлинической помощи. Однако это не привело к значимому сокращению первых и очевидному увеличению вторых. Этого не произошло даже непосредственно в самом муниципальном здравоохранении крупных городов, где, казалось бы, муниципальным органам управления здравоохранением ничего не мешает воспользоваться не идеальными, но проверенными командно-административными методами.

В муниципальном здравоохранении небольших городов (до 100 тыс. жителей), как правило, имеется стандартный набор госпитальных отделений: терапия, хирургия, гинекология, родильное, неврология, педиатрия, а также иногда кардиология, ЛОР, глазное. Нередко родовспоможение и педиатрическая служба выделены в отдельные учреждения со своими стационарами, так же, как и психиатрия, дерматовенерология, туберкулез, инфекционные заболевания. Для стационарных медицинских учреждений данного уровня важной задачей является выделение коек (отделений) острого лечения, долечивания и коек для лечения хронических больных, что позволит более рационально использовать имеющиеся в здравоохранении ресурсы. Сдерживающим фактором для выделения указанных коек (отделений, стационаров) является отсутствие единого механизма их организации, предусматривающего соответствующие изменения в номенклатуре учреждений, штатных нормативах, системе оплаты труда и т. д. Также необходимо отметить, что создание отделений острого лечения, долечивания и лечения хронических больных предполагает перераспределение и концентрацию средств внутри стационарной помощи в пользу острых больных, что вполне логично. Но достаточно легко предположить и то, что в результате такого перераспределения средств для развития амбулаторно-поликлинической помощи, скорее всего, не останется, следовательно, тоже потребуются дополнительные ресурсы.

Традиционно сложной является ситуация с коечным фондом в региональных центрах, где сосредоточены и крупные муниципальные медицинские учреждения, и ведущие региональные клиники, и учреждения федерального подчинения, и мощные ведомственные ЛПУ (например, железнодорожные), то есть имеется достаточно сложная

госпитальная сеть. Очевидно, что неодинаковым должен быть и подход к реструктуризации стационаров. В последние годы достаточно широкое распространение получила практика формирования муниципального заказа как на объемы стационарной, так и на объемы амбулаторно-поликлинической помощи. Однако это не привело к значимому сокращению первых и очевидному увеличению вторых. Этого не произошло даже непосредственно в самом муниципальном здравоохранении крупных городов, где, казалось бы, муниципальным органам управления здравоохранением ничего не мешает воспользоваться не идеальными, но проверенными командно-административными методами. Причин для этого, на наш взгляд, несколько, среди которых недостаточно широкое внедрение адекватных способов оплаты стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи – только одна из них.

К указанным причинам следует также отнести:

- вполне обоснованные в условиях финансового дефицита опасения руководителей муниципального здравоохранения потерять ресурсы, высвободившиеся в результате сокращения объемов стационарной помощи, которые могут быть направлены местными администрациями на немедицинские нужды;
- отсутствие четкой правовой основы для эффективной реализации муниципальных заказов;
- так и не получившая своего решения проблема ведомств в заказе.

На последней причине остановимся несколько подробней. Во многих регионах имеется значительный ведомственный коечный фонд, так, в Иркутской области он составляет около 10% от общего. Учитывая более мощную материально-техническую базу, ведомства претендуют на участие в реализации программы ОМС в части стационарной помощи в максимальных объемах. В результате муниципальные учреждения часто оказываются в менее выгодных условиях, чем ведомственные. Можно возразить – лишь бы было выгодно пациенту, так как ведомственные ЛПУ часто лучше оснащены и обеспечены кадрами. Это весомый аргумент, но многие руководители муниципального здравоохранения понимают, что ведомственные медицинские учреждения находятся в собственности соответствующего ведомства, которое в любой момент может принять решение об их закрытии или сокращении (примеров этому много). В этом случае надежды на собственные силы у руководителей муниципального здравоохранения представляются достаточно оправданными.

Не менее важной проблемой является повышение эффективности использования госпитальной базы ведущих региональных клиник и федеральных медицинских учреждений, расположенных в регионах, то есть на третичном уровне оказания медицинской помощи. Основной задачей и тех, и других должно быть оказание высокотехнологичных и дорогостоящих видов помощи.

Однако и в этой группе стационаров не все просто. Так, практически в каждом ведущем медицинском учреждении региона (областная, краевая, республиканская больницы) имеются такие специализированные отделения, как кардиология, пульмонология, гастроэнтерология, которые, как правило, менее насыщены высокотехнологичными и дорогостоящими методами лечения и диагностики, чем соответствующие отделения хирургического профиля. Кроме того, аналогичные отделения есть и в крупных муниципальных клиниках регионального центра. В связи с этим нередко возникает вопрос: «А нужен ли столь широкий спектр специализированных отделений терапевтического профиля в ведущих региональных клиниках?». Нам кажется, что подходы к решению данного вопроса должны быть максимально взвешенными и учитывать как минимум два обстоятельства.

Во-первых, во многих небольших муниципальных образованиях и даже в межрайонных центрах подобный набор специализированных стационарных коек терапевтического профиля часто отсутствует, да и необходимости в этом на данных этапах медицинской помощи нет. В то же время на региональном уровне должны быть стационарные подразделения, решающие сложные клинические, экспертные задачи с пациентами терапевтического профиля, а также обеспечивающие преемственность в работе с профильными федеральными клиниками.

Во-вторых, специализированные терапевтические отделения регионального уровня сами часто являются этапом для отбора больных на высокотехнологичное и дорогостоящее лечение в соответствующие хирургические отделения. В этой связи безусловной поддержки заслуживают высказанные в проекте Программы повышения структурной эффективности здравоохранения Российской Федерации предложения о необходимости создания на третичном уровне функциональных блоков, аккумулирующих оказание специализированной терапевтической и хирургической помощи с использованием в конечном итоге высокотехнологичных и дорогостоящих методов диагностики и лечения. Однако будет ли это способствовать сокращению объемов стационарной помощи в ведущих региональных клиниках и надо ли эти объемы сокращать? Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо прежде всего оценить потребности населения в специализированной помощи, в том числе в высокотехнологичной и дорогостоящей. А с удовлетворением указанных потребностей у нас большие проблемы. Так, в Иркутской области с 1999 по 2003 годы смертность от различных форм ИБС среди лиц трудоспособного возраста увеличилась в 2 раза – с 85,8 (на 100 тыс. трудоспособного населения) до 169,9, соответственно. В то же время радикальных хирургических вмешательств по поводу ИБС в Областном кардиохирургическом центре было выполнено в 1999–2003 годах, соответственно, 16 и 149. Несмотря на значительный рост проведенных операций, а также то, что по федеральным квотам с указанным выше диагнозом на лечение за пределы области в 2003 году было направлено 43 пациента, потребности в высокотехнологичных и дорогостоящих видах помощи при ИБС были удовлетворены не более чем на 15%.

Необходимо отметить, что оснований для уменьшения потребностей в высокотехнологичных и дорогостоящих видах помощи в ближайшее время нет. С одной стороны, об этом убедительно говорят ухудшающиеся показатели здоровья населения. С другой стороны, организация работы первичной медико-санитарной помощи по принципу ОВП предполагает более высокую квалификацию медицинского персонала, а соответственно следует предполагать и рост заболеваемости по многим нозологиям, обусловленный прежде всего их лучшей выявляемостью. Этому будут способствовать и протоколы ведения больных, которые планируется разработать для всей территории Российской Федерации. В этой связи трудно предположить, что все выявляемые заболевания будут требовать только амбулаторного лечения.

Следовательно, можно допустить, что увеличение объемов амбулаторной помощи при имеющихся проблемах с состоянием здоровья населения на протяжении какого-то времени будет сопровождаться увеличением объемов стационарной специализированной медицинской помощи и прежде всего дорогостоящей и высокотехнологичной. Следовательно, надо учитывать и рост затрат. Можно предвидеть возражения оппонентов, что при развитии профилактического направления сократятся и затраты на дорогую медицину. Полностью с этим согласны и считаем, что данная статья является еще одним аргу-

ментом, подтверждающим приоритетность профилактики. Но что же делать с теми больными, которые нуждаются в дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи уже сегодня и будут нуждаться завтра? Также необходимо учитывать и то обстоятельство, что состояние здоровья населения зависит не только от состояния медицины.

Таким образом, резюмируя изложенное выше, можно сделать следующие выводы, которые целесообразно учесть при работе по повышению структурной эффективности здравоохранения.

Реструктуризация стационарной помощи должна предполагать не простое сокращение ее объемов, а дифференцированный подход, учитывающий особенности каждого госпитального этапа (уровня).

Полностью решить проблемы ресурсного обеспечения при развитии амбулаторно-поликлинической помощи только за счет перераспределения ресурсов со стационара на амбулаторный этап не удастся, так как и организация ОВП, и формирование поликлинических диагностических центров, и ориентация стационаров на лечение наиболее сложных больных потребуют значительных дополнительных ресурсов.

Средства, высвобождающиеся при уменьшении объемов стационарной помощи, необходимо будет оставлять в самих стационарах для обеспечения их более интенсивной деятельности, однако вполне возможно, что даже этих средств будет не хватать.

Укрепление амбулаторного этапа в сельском здравоохранении, особенно в начальный период структурных преобразований, вероятно, приведет не только к активизации профилактической работы, но и к росту заболеваемости, вызванному лучшей выявляемостью. Это, скорее всего, на какое-то время обеспечит сохранение объемов стационарной помощи.

В настоящее время оптимальным уровнем для работы по сокращению объемов стационарной помощи является уровень крупных региональных центров, где имеются соответствующие резервы. В то же время реальные возможности для эффективного проведения этой работы весьма ограничены, так как собственник у медицинских учреждений разный (муниципальные, региональные, федеральные власти, частные структуры), следовательно, разными могут быть и интересы. Для обеспечения необходимой координации целесообразно разработать соответствующие правовые механизмы.

Учитывая значительный разрыв между потребностями в дорогостоящей и высокотехнологичной помощи, оказываемой в условиях стационара, и имеющимися возможностями ее удовлетворения, объемы оказания данной помощи в крупных региональных и федеральных клиниках необходимо наращивать.

Деятельность по повышению структурной эффективности здравоохранения, направленная на максимально рациональное использование всех имеющихся ресурсов, должна сочетаться с работой по увеличению финансирования отрасли в целом.

Поддерживая необходимость структурных преобразований в здравоохранении, считаем необходимым отметить, что решение указанных выше проблем организации стационарной помощи зависит не только от федерального центра, но и от эффективности управления в конкретных регионах и муниципальных образованиях. В данной статье мы не ставили перед собой цель дать готовые рецепты реструктуризации стационарной помощи, таковых предложено достаточно много. Обращаем внимание читателя на многообразие, а порой, и специфичность проблем, связанных с госпитальным этапом, которые в свою очередь требуют от организаторов здравоохранения взвешенных, хорошо продуманных решений.

Е.Б.ЖИБУРТ,
д.м.н., директор Центра крови Минздрава России, профессор
В.Н.ТАЗАЕВ,
врач-трансфузиолог Центра крови Минздрава России
С.А.ГОЛОСОВА,
заведующая отделением Центра крови Минздрава России
г.Москва

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ ЗАПАСАМИ ГЕМОКОМПОНЕНТОВ

Принципом развития службы крови России определена централизация высокотехнологичных и материалоемких процессов, какими являются лабораторное тестирование, хранение, переработка компонентов, управление запасами, функционирование единого донорского центра [3].

Заготовка донорской крови осуществляется децентрализованно: силами донорских пунктов в организациях здравоохранения и выездных бригад Центра крови. Так же децентрализованы оперативные запасы гемотрансфузионных сред непосредственно в лечебных учреждениях для оказания плановой и неотложной трансфузиологической помощи.

В зависимости от локализации населенных пунктов и состояния транспортных коммуникаций радиус зоны ответственности современного Центра крови составляет от 200 до 1500 км [2]. На практике этот принцип воплощается в сокращении мелких пунктов и отделений переработки крови, в которых невозможно должным образом обеспечить качество производимых гемотрансфузионных сред [1] (табл. 1).

В практике отечественной службы крови сочетаются два обстоятельства:

- возрастание потребности в компонентах и препаратах крови и периодическая констатация дефицита гемотрансфузионных сред в средствах массовой информации;
- списание эритроцитов по истечению срока хранения (в 2002 году – 83529,8 л, в 2003 году – 86555,4 л).

Объективно такому положению дел способствуют:

- сложность прогнозирования травм и неотложных состояний, при которых показаны гемотрансфузии;
- необходимость поддержания запаса гемотрансфузионных сред на случай чрезвычайной ситуации;
- ограниченный срок хранения эритроцитов;
- низкая степень кооперации организаций службы крови.

Данные официальной статистики позволяют оценить лишь общие среднегодовые показатели донорства и заготовки крови (табл. 2). С учетом фенотипа эритроцитов очевидны предпосылки дефицита гемотрансфузионных сред отдельных групп крови, в первую очередь резус-отрицательных, особенно в небольших отделениях

© Е.Б.Жибурт, В.Н.Тазаев, С.А.Голосова, 2004 г.

переливания крови (табл. 3). Представленные в табл. 3 показатели следует скорректировать в меньшую сторону, поскольку при переработке крови выбраковка составляет в среднем 4,5 % [4].

Тем не менее, опыт предыдущих лет позволяет оценить статистические показатели для прогнозирования количества травм и операций, потребностей гематологических стационаров, на основании которых можно определить средние показатели необходимого количества компонентов крови.

Рекрутирование дополнительного количества доноров производится при:

- сокращении запаса компонентов крови ниже критических величин;
- катастрофах (редко) и резко возрастающей потребности в тромбоцитах и эритроцитах определенного фенотипа (чаще).

В 2001 году служба крови Великобритании создала сетевую схему управления запасами крови (BSMS) с целью анализа динамики запасов компонентов крови в центрах крови и госпиталях [8]. Централизованная система управления запасами гемокомпонентов позволяет сократить списание невостребованных эритроцитов с 12 до 0,5% и менее [4, 6].

Американский Красный Крест еженедельно публикует в ABC Newsletter результаты анализа запасов эритроцитов в организациях службы крови, которые составляют, как правило:

- 1 день и менее – 10–20 % организаций;
- 2 дня – 20–40 % организаций;
- 3 дня и более – 40–70 % организаций.

Таблица 1

Динамика количества организаций службы крови системы Минздравсоцразвития России

Организация	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Центры и станции переливания крови	198	196	193	191
Отделение переливания крови	1109	1101	1077	1065
Больница, заготавливающая кровь	348	319	293	262
НИИ	3	3	3	3
Всего	1657	1618	1566	1521

Таблица 2

Динамика донаций крови в Российской Федерации

Показатель	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Количество доноров	2 202 853	2 229 659	2 097 064	2 047 373
Количество донаций крови (доз)	3 073 578	3 019 703	2 904 055	2 843 616
Среднее количество доноров в одной организации	1329	1378	1339	1346
Среднее количество донаций крови в одной организации	1855	1866	1854	1870
Среднее количество донаций одного донора	1,4	1,4	1,4	1,4

Таблица 3

Среднегодовое количество доноров крови с различными фенотипами эритроцитов в одной организации службы крови в 2003 году (человек)

Группа крови	O	A	B	AB
Rh D положительный	555	555	318	159
Rh D отрицательный	99	99	56	28

Таким образом общественность и специалисты информируются об обеспечении потребности лечебно-профилактических учреждений в компонентах донорской крови, создания резерва гемотрансфузионных сред, необходимых для оказания помощи в чрезвычайных ситуациях.

По-видимому, наиболее актуальным является определение запасов эритроцитсодержащих сред, поскольку они лимитируются не только спросом, но и относительно небольшим сроком хранения.

В России не регламентирована оценка динамики как заготовки крови, так и уровня запасов трансфузионных сред.

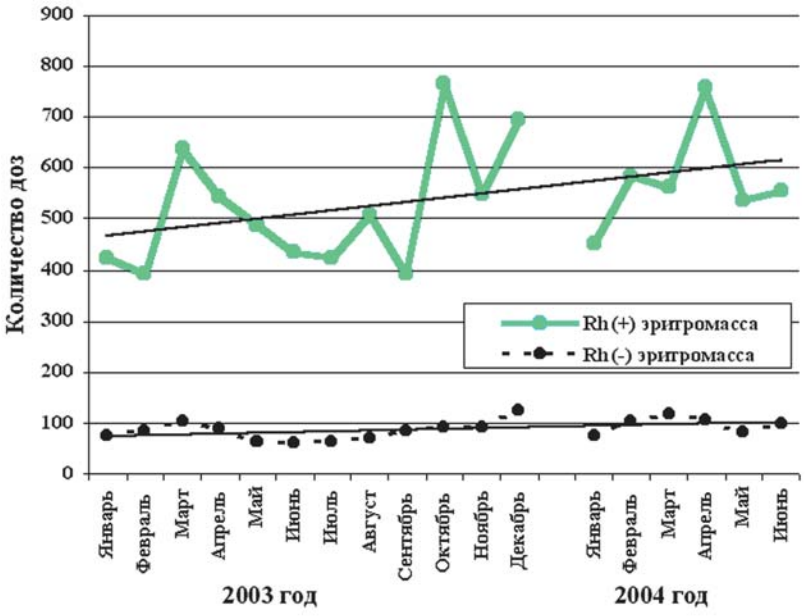


Рис. 1. Динамика выдачи эритроцитов в 2003–2004 гг.

Изучили динамику выдачи эритроцитсодержащих гемотрансфузионных сред (эритроцитная масса, эритроцитная взвесь, отмытые эритроциты) в лечебные организации из Центра крови Минздрава России за 2003 год и первую половину 2004 года, а также среднесуточную выдачу по месяцам в 2003 году.

Отмечается выраженная тенденция роста заготовки и выдачи резус-положительных эритроцитов в 2003 году и в течение всего периода наблюдения (рис. 1). Данный факт связан с активной работой по рекрутированию доноров и увеличением количества доноров крови. При этом в течение года заметны два пика, которые приходятся на весну (март) и осень (октябрь) – периоды, когда возможно активизировать работу выездной бригады. Достаточно широко известна сезонность донорства, связанная с отпускным периодом, каникулами, праздниками, штормами и т.д. [9].

В первом полугодии 2004 года резус-положительных эритроцитов заготовлено и выдано на 17,9% больше, чем за такой же период 2003 года, а резус-отрицательных – на 22,7% (рис.2). Видимо, такие результаты свидетельствуют об эффективности работы по организации безвозмездного донорства, созданию благоприятных условий для доноров, способствующих поддержанию существующего контингента и улучшению использования донорского потенциала.

Оценили также среднесуточный запас эритроцитов по месяцам в 2003 году. Для расчета этого показателя количество доз эритроцитов, находящихся на хранении в конкретный день, делили на величину среднесуточной выдачи эритроцитов в лечебные учреждения в 2003 году. Максимальный среднесуточный запас резус-положительных эритроцитов – 7,3 дня сохранялся в октябре, а минимальные показатели отмечались в летний период (рис. 3). Динамика вели-

чины запаса эритроцитов аналогична динамике заготовки крови: пики запаса совпадают с пиками заготовки, связанными с работой выездной бригады. С учетом полученных данных следует в будущем скорректировать расчет величины среднесуточного запаса эритроцитов, исходя не из среднегодовой, а из среднемесячной (по итогам нескольких лет наблюдения) выдачи эритроцитов.

Интересно, что лишь в январе и в марте количество хранящихся резус-отрицательных эритроцитов превышало запас резус-положительных клеток. Повышенная востребованность резус-отрицательных гемокомпонентов может быть связана с популяционными изменениями и повышенной заболеваемостью резус-отрицательных лиц либо (что более вероятно) – с проблемами в работе иммуногематологических лабораторий лечебных учреждений и трансфузиях резус-отрицательных сред резус-положительным реципиентам.

Еще один важный вывод из проведенной работы – необходимость изучения неудовлетворенных заявок на компоненты крови.

Должна быть предусмотрена система действий в случае отсутствия в Центре крови гемокомпонента, необходимого в лечебном учреждении. С вне-

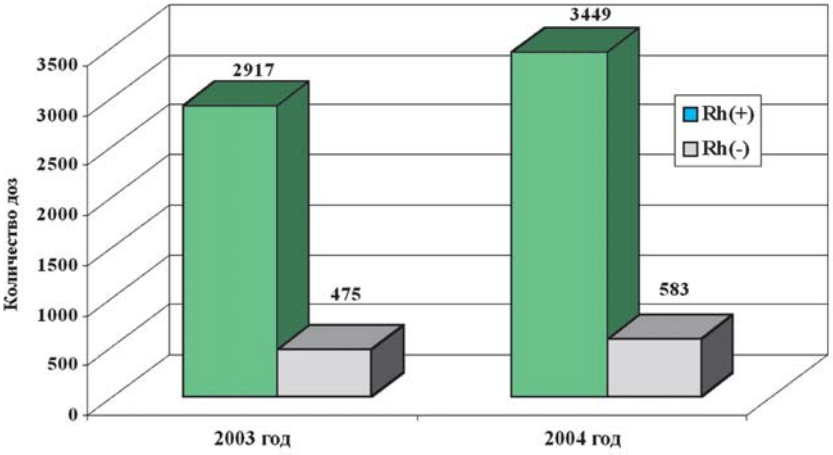


Рис. 2. Выдано эритроцитов в первых полугодиях 2003 и 2004 гг.

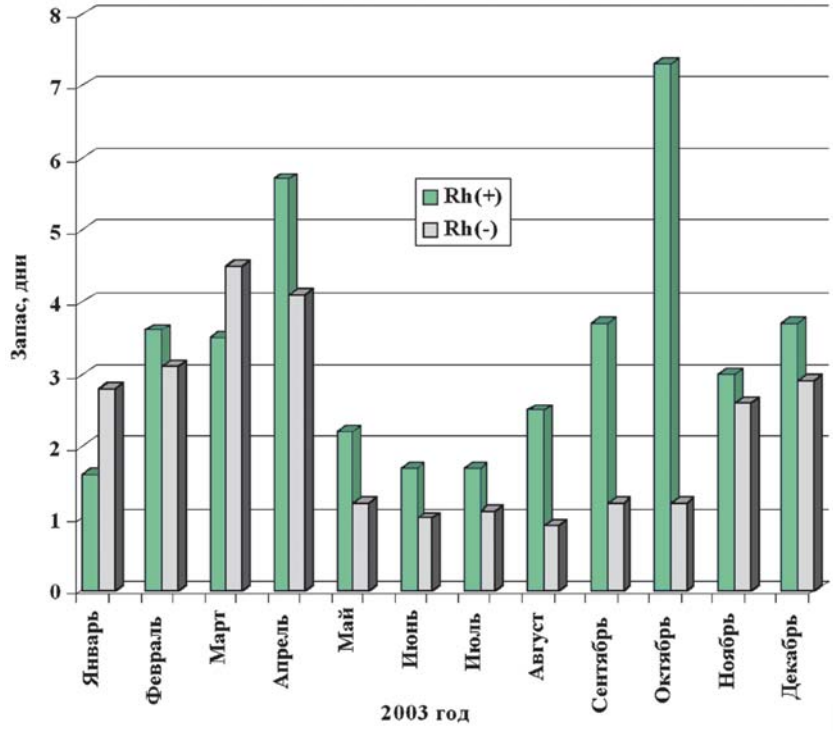


Рис. 3. Среднесуточный запас эритроцитов по месяцам в 2003 году

дрением в практику отечественного здравоохранения эритроцитной взвеси (компонента крови, практически не содержащего донорской плазмы) может быть пересмотрен вопрос о неотложных трансфузиях эритроцитов совместимых, но не совпадающих по групповой принадлежности [7].

Таким образом, управление запасами компонентов крови должно базироваться на результатах многолетнего анализа производства и потребления гемотрансфузионных сред в зоне ответственности Центра крови. В настоящей работе представлены первые шаги по формированию соответствующей базы данных. Подобная работа должна быть проведена для управления запасами тромбоцитов (период хранения – до трех суток) и свежезамороженной плазмы (период хранения – до двух лет). Последнее обстоятельство особенно важно, поскольку плазма является не только гемотрансфузионной средой, но и сырьем для производства лекарственных средств. Национальная система управления запасами плазмы должна стать элементом создающегося производства препаратов крови [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Жибурт Е.Б.* Управление качеством в службе крови//Здравоохранение. – 2004. – № 8. – С.35–40.
2. *Жибурт Е.Б., Каюмова Л.И., Вечерко А.В.* Новое в трансфузиологии (по материалам XXVII Конгресса Международного общества переливания крови)//Трансфузиология. – 2002. – Т.3. – № 4. – С. 75–111.
3. Решение Коллегии Минздрава РФ и Президиума Российской академии медицинских наук от 11 ноября 2003 г. «О Концепции развития службы крови в Российской Федерации» (протокол № 16).
4. *Селиванов Е.А., Данилова Т.Н., Дегтерева И.Н. и др.* Основные показатели деятельности службы крови России в 2002 году//Трансфузиология. – 2003. – Т.4. – № 4. – С. 7–28.
5. Распоряжение Правительства Российской Федерации о строительстве в г.Кирове завода по производству препаратов крови от 23 апреля 2004 г. № 516-р.
6. *Chapman J.F., Hick R., Hyam C.* Wastage in the blood supply chain//Vox Sanguinis. – 2004. – Vol.87 – Suppl.3. – P. 10.
7. *Chapman J.F., Hick R., Hyam C.* ABO and RhD red cell mismatching//Vox Sanguinis. – 2004. – Vol.87. – Suppl.3. – P. 85.
8. *Chapman J.F., Hyam C., Hick R.* Blood inventory management //Vox Sanguinis. – 2004. – Vol.87. –Suppl.2. – P. 143–145.
9. *Simon T.L.* Where have all the donors gone? A personal reflection on the crisis in America's volunteer blood program//Transfusion. – 2003. – Vol. 43. – № 2. – P. 273–279.

В редакцию журнала «МЗ» обратился главный редактор Хорватского медицинского журнала «Croatian Medical Journal» профессор Матко Марусич с предложением об обмене наиболее интересными публикациями последних лет. Мы рады возможности познакомить Вас с развернутыми рефератами отобранных нами статей, перевод которых специально для нашего журнала выполнил – сотрудник Казанского института биохимии и биофизики РАН, к.б.н. Трушин Максим Викторович

«Croatian Medical Journal» (www.cmj.hr) издается с 1991 года, является официальным журналом Академии медицинских наук Хорватии и Всемирной Ассоциации хорватских врачей, выходит два раза в месяц на английском языке и публикует статьи по всем разделам медицины.

МАРТИН МАККИ,
Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Лондон, Великобритания
MARTIN MCKEE,
London School of Hygiene and Tropical Medicine Keppel Street, London WC1E 7HT, United Kingdom

СПАСАЕТ ЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЖИЗНИ?

Долгое время роль здравоохранения в сохранении здоровья населения считалась сомнительной. В семидесятые годы прошлого столетия МакКюн и Иллич заявляли, что здравоохранение вносит незначительный вклад в поддержание здоровья населения и даже может реально подрывать его. Хотя в настоящее время системы здравоохранения и подвержены определенным методологическим ограничениям, нарушающим безошибочность определения масштаба их влияния, все же появляется все больше доказательств того, что здравоохранение оказывает на популяционном уровне существенное влияние на здоровье. В частности, существуют доказательства того, что недостаточная доступность высококачественного медицинского обслуживания в Восточной Европе является причиной различий в показателях смертности по сравнению с Западной Европой; кроме того, в некоторых индустриально развитых странах наблюдается зависимость уровня смертности от социального положения человека. Выявленные зависимости применимы как к оценке общей смертности, так и к оценке смертности в определенных возрастных группах и при частных обстоятельствах. Подобные факты должны обратить на себя внимание тех, кто по роду своей деятельности призван заботиться об улучшении здоровья населения на популяционном и индивидуальном уровнях. В связи с этим первоначально необходимо определить цели и задачи, направленные на решение данной проблемы и на установление более четкой связи между здоровьем населения и качеством работы системы здравоохранения.

Введение

Для многих профессионалов медицины вопрос о том, спасает ли здравоохранение жизни, покажется смешным. Практикующие врачи и медсестры обязательно вспомнят пациентов, которые могли бы умереть, но были спасены путем медицинского вмешательства. Наиболее очевидным примером является пациент с инфарктом миокарда, у которого была удачно купирована фибрилляция желудочков, но можно также представить и множество менее драматичных примеров. Однако подобное восприятие важности здравоохранения привело в некоторых областях к созданию такой теоретической модели, по которой решением проблемы высокой смертности является скорее предоставление инвазивного кардиологического лечения, нежели учет таких факторов, как курение и тип питания.

В противоположность этому существует и иная точка зрения, широко распространенная среди профессиональных медработников, гласящая, что система здравоохранения оказывает небольшое влияние на уровень смертности в популяции [1]. По их мнению, главные детерминанты здоровья и болезни, такие как тип питания, табак, алкоголь и социо-экономический дисбаланс, лежат вне сектора здравоохранения. Это привело некоторых к мнению, что развитие здравоохранения должно быть приоритетным в любом государстве. Другие международные исследования показали, что существует обратная связь между вкладом в здравоохранение и качеством здоровья [2,3], и даже можно утверждать, что инвестиции в медицинскую отрасль имели отрицательные последствия на здоровье.

Тогда как эти противоречащие друг другу точки зрения в некоторой степени являются крайними, они демонстрируют историческое разделение между лечебной и профилактической медициной. А оно имеет давние корни. Греки верят, что Асклепий, бог медицины, имел две дочери: Гигейю, отвечающую за профилактику, и Панацею, ответственную за лечение [4]. Однако это разделение не только философской природы. Оно имеет большое влияние на то, как мы подходим к решению проблем здоровья и болезни в современных обществах.

Итак, можем ли мы перейти от риторики к доказательству того, что здравоохранение способно влиять на уровни смертности? Может ли здравоохранение быть рассмотрено как форма содействия здоровью, или же его следует оценивать лишь как обслуживание больного, выступающее в роли своеобразного лейкопластыря для несчастий общества, и во многих случаях действительно приводя к ухудшению здоровья пациента?

Здравоохранение – обеспечение здоровья населения?

Аргумент о вкладе здравоохранения в здоровье был впервые детально разработан МакКюн [5]. Он показал, что трехчетвертное снижение смертности в Англии и Уэльсе за 1941–1971 годы наблюдалось вследствие сокращения количества смертей от инфекционных болезней и что предпосылкой этого сокращения было внедрение иммунизации и антибиотиков. Вместе с тем, МакКюн признавал, что главное влияние на здоровье оказывали питание, окружающая среда и поведение.

Приблизительно в то же время Иллич [6] постулировал, что проблема была не в том, что клиническая медицина имела ограниченную роль в облегчении страданий человечества, но скорее в том, что она была потенциально губительной, допуская побочные эффекты предписанных лекарств, приобретенные госпитальные инфекции, плохо проведенную хирургию, а также последствия следующих за этим нарушений, обнаруженных постоянно увеличивающим-

ся арсеналом лабораторных методов. Следуя этой модели, медицина развивалась не в зависимости от интересов пациентов, а в зависимости от интересов поставщиков услуг здравоохранения, а также через профессиональные амбиции, корпоративную скупость или просто от желания делать что-либо.

Хотя МакКюн недвусмысленно отделил себя от Иллич, аргументируя, что их две книги не ближе друг другу, чем Библия и Коран («обе из которых имеют дело с регилиозными вещами»), эти авторы цитировались вместе многими исследователями.

И как следствие, их аргументы неизбежно создали значительные противоречия. С долей некоторого риска соревнующиеся точки зрения могут быть разделены на три большие группы. Первые – это те, кто, хотя и считая данные концепции интересными, спорят с тем, что эта интерпретация имеет какое-либо значение для практики клинической медицины [7]. Вторую группу составляют те, которые утверждает, что реальный уровень обеспечения медицинскими услугами в некоторых странах является чрезмерным [8,9] и что политики должны перенести часть финансовых средств из сектора здравоохранения в сектора образования, жилищного строительства и трудоустройства [10]. И, наконец, третьи полагают, что существует необходимость изменить направленность медицины таким образом, чтобы охватить более широкие детерминанты здоровья [11].

Эти аргументы имеют важное значение для здравоохранения, они продолжают разделять сообщество здравоохранения, особенно в контексте большего вовлечения медицинских профессионалов в обеспечение здравоохранения в некоторых странах [12]. Как отметил Деккер, курс на обеспечение здоровьем и реформу здравоохранения развивался в большой изоляции (13).

Однако Иллич и МакКюн писали более 20 лет назад и теперь можно утверждать, что положение вещей изменилось, и не только в отношении тех вопросов, которые они поднимали. Хотя было много ошибочных направлений, особенно в таких областях, как терапия рака, не может быть сомнений в том, что сегодня охват возможностей медицины значительно расширился и включил в себя многие формально фатальные ситуации, которые поддаются сейчас лечению. Кроме того, некоторая критика, сделанная Иллич относительно излишних и неуместных исследований и лечения, была снята с повестки дня развитием доказательной медицины. Но изменяют ли достигнутые успехи основные выводы, сделанные МакКюн и Иллич? И если да, то каковы результаты тех, кто заботится о том, как улучшить здоровье населения?

Насколько эффективно здравоохранение в снижении смертности?

Beeson одним из первых высказался с критикой в адрес МакКюн [14]; он предпринял попытку оценить содержание основных учебников по медицине, рекомендованных с 1927 по 1975 годы и, основываясь на современных знаниях, оценил их содержание как эффективное. Он также показал сдвиги в схемах терапии, которые, хотя и были рекомендованы в 1927 году, являлись либо бесполезными, либо вредными, к тем, эффективность которых была доказана.

Однако был поставлен более интересный вопрос, основанный на том аргументе, что исследования показателей смертности были проведены с целью занизить вклад, сделанный здравоохранением. Вместо этого очень важно отделить причины смертности от условий, которые ответственны, или не ответственны за медицинскую помощь. Эта концепция была впервые разработана Рутштейн и соавторами

[15], и была значительно обновлена другими исследователями и применена во многих странах [16–19]. В свою очередь это привело к созданию атласа потенциальной смертности в Европейском Союзе; данный атлас регулярно обновлялся и расширялся [20], причем не так давно вышел в свет родственный выпуск, посвященный странам Центральной и Восточной Европы [21]. В итоге было показано, что с середины 1950-х годов спад смертности от очевидных причин был более быстрым, нежели от причин, которые влияют на смертность неявным образом.

Этот подход, однако, раскритиковали, в особенности Карр-Хил [22], который обратил внимание на относительно низкий процент общей смертности и на отсутствие четкой связи (на географическом уровне внутри страны) с другими показателями предоставления услуг здравоохранения. Макенбэч с соавторами [23,24] расширили спектр условий, классифицированных как ответственные за смертность, и включили широкий круг возрастов (более ранние исследования имели дело только со смертностью после 65 или при некоторых условиях после 50 лет). Они исследовали изменения за период, когда были проведены определенные медицинские вмешательства, и постулировали, что влияние специфических вмешательств отражалось на ускорении снижения уровня смертности. Макенбэч с соавторами вычислили (на примере Нидерландов за период с 1959 по 1984 годы), что если бы не наблюдалось изменений в отношении тех причин, которые классифицируются как «ответственные за смертность», продолжительность жизни мужчин с рождения могла бы быть сниженной почти на год из-за увеличения других причин смерти. Фактически же продолжительность жизни мужчин с рождения увеличилась на 1,9 года. Таким образом, изменения смертности от причин, «ответственных за смертность», добавили в целом 2,9 года к тому, что так или иначе случилось бы. Среди женщин можно было бы ожидать увеличения длительности жизни на 5,86 года, однако реальное увеличение на 3,95 года могло бы быть объяснено за счет того, у женщин смертность меньше определяется причинами, «ответственными за смертность».

Дальнейшее усовершенствование предложил Альберт с соавторами [25], которые разделили причины, «ответственные за смерть» на те, что были и не были ответственны за медицинское лечение и за курс здравоохранения, и применили их к области Валенсия, Испания с 1975 по 1990 годы. По данным этих исследователей, на такие заболевания, как туберкулез, аппендицит и астма пришлось 11% всех смертей, 19% общей смертности было отнесено к таким случаям, как цирроз печени и несчастные случаи на автомобильной промышленности. Они обнаружили, что смертность от непрофессионального медицинского лечения снизилась, тогда как смертность, зависящая в целом от национального курса здравоохранения, увеличилась. В то же время Альберт с соавторами отметили, что, несмотря на общие тенденции, увеличилась смертность от безрезультативного медицинского лечения рака шейки матки.

Последние результаты показывают, что фактором профилактического здравоохранения, оказывающим значительное влияние на здоровье, является существование барьеров к доступной медицинской помощи. Некоторые доказательства, поддерживающие данный аргумент, приходят из исследования «потенциальной» (то есть такой, которой можно было бы избежать при своевременной помощи) смертности в графствах Швеции, имея ввиду ту смертность, которая имеет место вне лечебных учреждений [26]. Тогда как пропорция смертей вне госпиталей не могла объяснить изменение

общего уровня смертности, были некоторые наиболее удаленные графства, в которых высокий уровень смертности от диабета у молодых людей был несомненно связан с отсутствием доступа к лечебным учреждениям.

Схожая проблема – социальный статус и доступность медицинских услуг. Маршал с соавторами [27] показали, что для различных социальных слоев в Новой Зеландии причины «потенциальной» смертности более значимы, чем причин смерти, которых нельзя избежать.

Концепция управляемой смертности привлекла внимание в контексте понимания стагнации продолжительности жизни в Центральной и Восточной Европе. Последующие исследования, которые показали, что уровень «потенциальной» смертности был несколько выше на Востоке, чем на Западе [28, 29]; Велкова с соавторами [30] предприняли попытку вычислить вклад, вносимый этими расхождениями, исключая смерти новорожденных. Они вычислили, что разрыв в продолжительности жизни мужчин от рождения и до 75 лет варьирует между странами от 11 до 50%, а смертность у женщин на Западе и Востоке Европы варьирует в зависимости от страны от 24 до 59%.

Альтернативный подход использовал Бункер [31]. Вместо того, чтобы начинать с причин смертности, он начал изучать серию специфических клинических вмешательств, таких как скрининг определенных опухолей или гипертонию, иммунизацию и использование аспирина для вторичного предотвращения ишемической болезни сердца, и оценил их эффект на американском населении. Для каждого вмешательства был оценен средний прирост продолжительности жизни, который достигался одной из вышеупомянутых медицинских манипуляций. Кроме того, на основе оценки пропорции всех тех, кто потенциально имел бы выгоду, была вычислена возможность будущей выгоды, если бы данная процедура была универсально доступной.

Вычисленный общий вклад лечебных процедур был от 3,5 до 4 лет с дальнейшим потенциалом увеличения на 1,5 года, если бы существующие процедуры были более доступными. Улучшение, связанное с сервисом клинической профилактики было оценено как 1,5 года, с дальнейшим потенциальным ростом еще на 7–8 месяцев. Бункер [31] также вычислил влияние здравоохранения на качество жизни, оценивая, что в среднем больной был избавлен от 5 лет жизни плохого качества.

Однако при более детальном исследовании можно обнаружить, что в работе [31] имеются некоторые необъективные оценки. На выводы Бункера сильно повлияло исследование, которое желала идентифицировало вклад здравоохранения в снижение сердечных болезней в США [32]. Статья Голдман и Кук демонстрирует неограниченно оптимистический подход, не принимая во внимание невозможность проведения прямой взаимосвязи между выживаемостью и проведением профилактических мер в отделениях реанимации и вместо этого используя непрямые доказательства для своих выводов о спасении значительного количества жизней. Отмечается, но потом не обращается на это внимания, что способствующие выживанию факторы, являющиеся следствием проведенной хирургии на сердце, ограничены для пациентов со специфическими типами заболеваний. Наконец, Бункер полагает, что преимущества вторичной профилактики, достигнутые путем применения бета-блокаторов, могли быть достигнуты всеми пациентами, несмотря на противопоказания. Следовательно, выводам Bunker, а также Голдман и Кук следует уделять значительно меньше внимания, чем результатам Макенбэч и его команды [23].

За исключением специфических недостатков статьи Бункер, все эти исследования имеют определеные методологические ограничения, существует проблема установления взаимосвязи. До какой степени могут наблюдаемые изменения действительно быть связаны с проведением медицинских мероприятий? Макенбэч с коллегами [23] частично решили эту проблему связыванием времени проведения определенных медицинских вмешательств с наблюдаемым снижением смертности, однако труднопреодолимые проблемы все равно остались. Далеко не ясно, как это сопоставление снижения потенциальной смертности соотносится со стандартным критерием обусловленности [33], но есть и более фундаментальные вопросы.

Во-первых, являются ли оценки эффективности медицинских вмешательств реалистичными? Как отмечалось выше, многие из выводов Бункер выглядят сверхоптимистичными, особенно когда результаты случайных контрольных испытаний экстраполируются на целую популяцию, учитывая, что сегодня существуют доказательства того, что исследования очень часто проводятся на высоко отобранных популяциях и достигают результатов, которые не могут быть обобщены [34]. Во-вторых, применяя доказательства эффективности к примерам болезней, имеют ли использованные термины всегда то же самое значение? Существует доказательство, что диагностические названия изменяются со временем и в зависимости от страны. Далее различные образцы факторов риска могут изменять пределы, в которых частная причина смерти является ответственной за эту смерть. Например, при сравнении уровня смертности в Западной и Восточной Европе только недавно было обнаружено, что многие смерти от ишемической болезни сердца в Восточной Европе являются следствием эффекта алкоголизма, приводя к значительно большей пропорции смертей, случающихся внезапно вне госпиталя, по сравнению с Западной Европой. В результате потенциальный вклад медицинских вмешательств, таких как тромболитиков, является сниженным [35].

Наоборот, подход, предпринятый Макенбэчем и его коллегами [23, 24] преодолел, по крайней мере, частично некоторые из этих проблем, тогда как затруднительно вычислить точный эффект здравоохранения на снижение смертности, очень маловероятно, что он является незначительным.

Влияние здравоохранения на индивидуальные заболевания

От проблемы использования совокупных вычислений теоретической смертности ряд исследователей решили перейти к изучению эффектов, которые способна оказать медицинская помощь на уровень смертности от определенных заболеваний.

Влияние клинических процедур на тенденции смертности и нетрудоспособности от определенных болезней документировано несколько лучше, чем исследования совокупной оценки потенциальных причин смертности. В частности, было изучено влияние новых лекарств на определенные формы рака и ишемическую болезнь сердца. Исследования определили как различия между странами, так и временные изменения.

Примером такого исследования является международное сравнение выживания пациентов с колоректальным раком, которое обнаружило широкие вариации, связанные в основном с различиями в стадиях при постановке диагноза, но также, хотя и в меньшей степени, с различиями в схемах лечения [36].

Распространение ряда медицинских вмешательств, таких как отделения кардиореанимации и процедура тромболизиса, стимулирова-

ло попытки идентифицировать их эффект на показатели сердечно-сосудистой смертности. Бонеа с коллегами [37] исследовали смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Нидерландах за период с 1969 по 1993 годы. Они обнаружили, что долговременное снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний отмечалось после 1987 года, совпадая с более широкой доступностью новых методов терапии. Второй подход был проиллюстрирован Леви с коллегами [38], которые сообщили, что почти во всех европейских странах наблюдается снижения уровеней смертности от определенных детских опухолей, для которых сейчас доступны новые эффективные методы лечения. При этом демонстрируемое снижение смертности наблюдалось более рано в Северной по сравнению с Южной или Центральной Европой, подтверждая тем самым различия в интенсивности распространении новых методов лечения. Недавно был исследован эффект большего доступа к эффективным методам лечения, опосредуемый переходом к демократии в центральной и восточной Европе. Примеры включают в себя снижение смертности от рака яичка в Восточной Германии [39] и при детской лейкемии в России [40].

О схожих находках было доложено, исходя из анализа тенденций смертности от доброкачественной гипертрофии простаты. Было обнаружено значительное снижение смертности за период с 1950 по 1990 годы во многих странах, но в наибольшей степени в северной Европе и Северной Америке по сравнению с Центральной и Восточной Европой и Южной Америкой [41]. Авторы связывают это с различиями в распространении достижений в областях хирургии и анестезиологии.

Влияние этих медицинских вмешательств, вероятно, отражает не только их доступность, но также и организационный контекст их распространения; многие авторы показывают преимущества лечения в специализированных центрах [42]. Одно исследование, однако, определило специфическое влияние организационных различий на показатели уровня здоровья населения. Так, в графстве Трент (Англия) и штате Виктория (Австралия) было проведено детальное изучение смертности среди детей [43]. В графстве Трент распространены децентрализованные отделения реанимации, тогда как в Виктории в основном присутствуют централизованные учреждения медицинской помощи. Риск смерти после установления тяжести заболевания на момент госпитализации был в 2 раза выше в Тренте, чем в Виктории. 11% смертельных исходов (в абсолютном выражении – 32 летальных случая), зарегистрированных в Тренте, приходились на детей от 1 месяца до 16 лет.

Негативные эффекты здравоохранения (возвращение к работе Иллич)

В предыдущих главах было отображено позитивное влияние, которое здравоохранение может оказать на здоровье населения. Однако, как аргументировал Иллич, здравоохранение в то же время способно оказать и негативное влияние на состояние здоровья. Как полагал Иллич, подобные эффекты могут проявляться на трех уровнях. Клинический иатрогенез включает не только те побочные эффекты, которые происходят при попытках лечить пациентов, но также и те, которые имеют место при старании снизить риск последующего судебного процесса. Социальный иатрогенез описывает случаи, когда профессионально поставленные диагнозы способны, например, убрать людей из политической борьбы. И, наконец, культурный иатрогенез касается проблем отдаления людей от их ответственности за свое собственное здоровье.

Большое внимание в некоторых странах в отношении доказательно основанной практики свидетельствует в пользу повышенной осведомленности об ограниченной основе в исследованиях для клинической практики. Ввиду наличия огромного объема литературы по этому вопросу он не будет обсуждаться здесь в деталях. В некоторой степени это подтверждает данные Иллич о том, что некоторые проводимые вмешательства неэффективны, а в определенной степени и вредны. Последнее демонстрируют множество известных примеров, таких как истории с талидомидом, загрязнением гормона роста инфекционным агентом, вызывающим болезнь Крейцфельда-Якоба, а также с загрязнением фактора 8, применяемого в гематологии, вирусами гипатита С и ВИЧ. Последний пример – это доказательство того, что распространенная практика приема альбумина у тяжело раненых или ожоговых пациентов увеличивает смертность [44]. Существует и множество других, менее известных примеров. Однако так же было показано, что в противоположность точке зрения Иллич о необходимости технологической адоптации новых методов существуют также примеры неадоптированных медицинских вмешательств, эффективность которых доказана экспериментально [45]. Это применимо к такой области здравоохранения, как лечебная медицина, и как пример – медленное распространение новых идей относительно снижения риска синдрома случайной смерти детей (46).

Заключение

Рассмотренные доказательства показывают, что, несмотря на методологические ограничения, здравохранение сейчас, даже если и не в прошлом, вероятно, оказывает существенное влияние на здоровье населения. Располагая имеющимися ресурсами, менеджеры здравоохранения должны обеспечить эффективное лечения, в то же время, пытаясь снизить пропорции неэффективного медицинского обслуживания. Крайне важно гарантировать свободный доступ как к лечебному, так и к профилактическому сервисам.

Появление концепции «планированных рынков» [47] в здравоохранении может помочь в решении этой задачи. Ван ден Вен и коллеги [48] показали, что такие системы должны включать три элемента: страхование (учитывающее доходы и расходы), агентства (обеспечение информацией для поддержки альтернативности и поведения человека как «благоразумного» покупателя), и гарантию доступности услуг здравоохранения. Второй и третий компоненты появляются в различных странах, но они не характерны для Великобритании. В этой стране здравоохранение ответственно за определение потребностей в здоровье среди своего населения, выбор приоритетов и заключение договоренностей для удовлетворения этих потребностей, оценку распространения достигнутых договоренностей и осуществление других действий, направленных на для обеспечение здоровья и предотвращение болезни. Профессионалы здравоохранения должны проводить массовые эпидемиологические исследования, чтобы идентифицировать потребности и оценить доказательства эффективности тех или иных медицинских вмешательств. Этот процесс основан на более широком использовании доказательной практики, вырисовываясь на национальных исследованиях и программах развития [49], и включает приобретение нового опыта и создание структур, ответственных за осуществление реформ и их оценку. Это обеспечивает возможность гарантировать, что те клинические вмешательства, которые приводят к выигрышу в здоровье, будут одобрены к применению, а те, что не дают большой пользы, отвер-

гнуты. Однако внедрение данной модели может быть затруднительно в тех культурах, где клиническая практика основывается в основном на точках зрения главного врача или хирурга.

Все европейские системы здравоохранения имеют те или иные структуры, которые могут принять на себя данные функции. Они должны идентифицировать потребности населения, за которое они ответственны, определить, какой сервис необходим, чтобы обеспечить эти потребности, определить наиболее подходящие структуры, предоставляющие медицинские услуги, а также иметь возможность оценить эффективность предоставляемых услуг. Чтобы реализовать все это, они должны разработать соответствующие методы, провести исследования и, что наиболее трудно, принять решение о том, какие задачи реально выполнимы, а какие нет. Это будет составлять главную проблему для клиницистов и менеджеров здравоохранения, но особенно для последних, потому что они должны изменить принципы своей работы. Принять участие в решении поставленных задач должны многие страны, особенно те, в которых система здравоохранения развита не на должном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Alvarez-Dardet C., Ruiz M.T.* Thomas McKeown and Archibald Cochrane: a journey through the diffusion of their ideas//BMJ, 1993. – Vol.306. – P.1252–1254.
2. *Scheiber G.J., Poulier J.P., Greenwald L.M.* Health spending, delivery, and outcomes in OECD countries//Health Aff Millwood, 1993. – Vol.12. – P.120–129.
3. *Cochrane A.L., St Leger A.S., Moore F.* Health service «input» and mortality «output» in developed countries//J. Epidemiol, Com. Health., 1978. – Vol.32. – P.200–205.
4. *Porter R.* The greatest benefit to mankind. A medical history of humanity from antiquity to the present//London: HarperCollins, 1997.
5. *McKeown T.* The role of medicine: dream, mirage or nemesis?//Oxford: Blackwell, 1979.
6. *Illich I.* Limits to medicine//London: Marion Boyars, 1976.
7. *Ingelfinger F.J.* Health: a matter of statistics or feeling?//N. Engl. J. Med., 1977. – Vol.296. – P.448–449.
8. *Lavis J.N., Stoddart G.L.* Can we have too much health care?//Daedalus, 1994. – Vol.123 – P.43–60.
9. *Evans R.G.* Health care as a threat to health: defence, opulaence, and the social environment//Daedalus, 1994. – Vol.123. – P.21–42.
10. *Smith R.* Medicine's core values//BMJ, 1994. – Vol.309. – P.1247–1248.
11. *Lalonde M.* A new perspective on the health of Canadians: A working document//Ottawa: Information Canada, 1974.
12. *Whitty P., Jones I.* Public health heresy: a challenge to the purchasing orthodoxy//BMJ, 1992. – Vol.304. – P.1039–1041.
13. *Dekker E.* Health care reforms and public health//Eur. J. Publ. Health., 1994. – Vol.4. – P.281–286.
14. *Beeson P.B.* Changes in medical therapy//Medicine, 1980. – Vol.59. – P.79–84.

15. Rutstein D.D., Berenberg W., Chalmers T.C., Child C.G., Fishman A.P., Perrin A.B. Measuring the quality of medical care. A clinical method//N. Engl. J. Med., 1976. – Vol.294. – P.582–588.
16. Charlton J.R.H., Velez R. Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. BMJ, 1986. – Vol.292. – P.295–301.
17. Poikolainen K., Eskloa J. The effect of health services on mortality: decline in death rates from amenable and non-amenable causes in Finland, 1969–1981//Lancet, 1986, – P.199–202.
18. McKee C.M., Bewley B.R. Preventable mortality in Northern Ireland//Irish. Med. J., 1987. – Vol.80. – P.229–231.
19. Malcolm M.S., Salmond C.E. Trends in amenable mortality in New Zealand 1968–1987// Int. J. Epidemiol, 1993. – Vol.22. – P.469–474.
20. Holland W.W., editor. European Community atlas of «avoidable» death. 2nd ed//Oxford: Oxford University Press, 1991.
21. Jyzan P.E., Prokhorskas R., editors. Atlas of leading and «avoidable» causes of death in countries of central and eastern Europe//Budapest: Hungarian CSO, 1997.
22. Carr-Hill R.A., Hardman G.F., Russell I.T. Variations in avoidable mortality and variations in health care resources//Lancet? 1987. – P.789–792.
23. Mackenbach J.P., Looman C.W.N., Kunst A.E, Habbema D.F, van der Maas P.J. Post-1950 mortality trends and medical care: gains in life expectancy due to declines in mortality from conditions amenable to medical intervention in The Netherlands//Soc. Sci. Med., 1988. – Vol.27. – P.889–894.
24. Mackenbach J.P. The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited// J. Clin. Epidemiol, 1996. – Vol.49. – P.1207–1213.
25. Albert X., Bayo A., Alfonso J.L., Cortina P., Corella D. The effectiveness of health systems in influencing avoidable mortality: a study in Valencia, Spain, 1975–1990//J. Epidemiol Comm. Health., 1996. – Vol.50. – P.320–325.
26. Westerling R. Can regional variation in »avoidable» mortality be explained by deaths outside hospital? A study from Sweden, 1987–1990//J. Epidemiol Comm. Health., 1996. – Vol.50. – P.326–333.
27. Marshall S.W., Kawachi I., Pearce N., Borman B. Social class differences in mortality from diseases amenable to medical intervention in New Zealand//Int. J. Epidemiol, 1993. – Vol.22. – P.255–261.
28. Bojan F., Hajdu P., Belicza E. Avoidable mortality. Is it and indicator of quality of medical care in Eastern European countries//Qual. Assur. Health. Care., 1991. – Vol.3. – P.191–203.
29. Boys R.J., Forster D.P., Jozan P. Mortality from causes amenable and non-amenable to medical care: the experience of eastern Europe//BMJ, 1991. – Vol.303. – P.879–883.
30. Velkova A., Wolleswinkel-van den Bosch J.H., Mackenbach J.P. The east-west life expectancy gap: differences in mortality from conditions amenable to medical intervention//Int. J. Epidemiol, 1997. – Vol.26. – P.75–84.
31. Bunker J.P. Medicine matters after all//J. Roy. Coll. Physicians Lond., 1995. – Vol.29. – P.105–112.
32. Goldman L., Cook E.F. The decline in ischemic heart disease mortality rates: an analysis of the comparative effects of medical interventions and changes in lifestyle//Ann. Intern. Med., 1984. – Vol.101. – P.825–836.

33. *Hill A.B.* The environment and disease: association or causation?//Proceedings of the Royal Society of Medicine, 1965. – Vol.58. – P.295–300.
34. *Britton A., McKee M., Black N., McPherson K., Sanderson C., Bain C.* Choosing between randomised and non-randomised studies: a systematic review. Report to the NHS HTA Programme, 1997.
35. *McKee M., Britton A.* The positive relationship between alcohol and heart disease in eastern Europe: potential physiological mechanisms//J. Roy Soc. Med., 1998. – Vol.91. – P.402–407.
36. *Gatta G., Sant M., Coebergh J.W., Hakulinen T.* Substantial variation in therapy for colorectal cancer across Europe: EUROCARE analysis of cancer registry data for 1987//Eur. J. Cancer., 1996, Vol.32A. – P.831–835.
37. *Bonneaux L., Looman C.W., Barendregt J.J., van der Maas P.J.* Regression analysis of recent changes in cardiovascular morbidity and mortality in The Netherlands//BMJ, 1997. – Vol.314. – P.789–792.
38. *Levi F., La Vecchia C., Lucchini F., Negri E., Boyle P.* Patterns of childhood cancer incidence and mortality in Europe//Eur. J. Cancer., 1992, Vol.28A. – P.2028–2049.
39. *Becker N., Boyle P.* Decline in mortality from testicular cancer in West Germany after reunification. Lancet, 1997. – Vol.350. – P.744.
40. *Shkolnikov V.M., McKee M., Vallin J., Aksel E., Leon D., Chenet L., et al.* Cancer mortality in Russia and Ukraine: validity, competing risks, and cohort effects//Int. J. Epidemiol., 1999. – Vol.28(1). – P.19–29.
41. *Boyle P., Maisonneuve P., Steg A.* Decrease in mortality from benign prostatic hyperplasis: a major unhrealded health triumph//J. Urol., 1996. – Vol.155. – P.176–80.
42. *Selby P., Gillis C., Haward R.* Benefits from specialised cancer care//Lancet, 1996. – Vol.348. – P.313–318.
43. *Pearson G., Shann F., Barry P., Vyas J., Thomas D., Powell C., et al.* Should paediatric intensive care be centralised? Trent versus Victoria//Lancet, 1997. – Vol.349. – P.1213–1217.
44. Cochrane Injuries Group Albumin Reviewers. Human albumin administration in critically ill patients: systematic review of randomised controlled trials//BMJ, 1998. – Vol.317. – P.235–240.
45. *Mulrow C.D.* Rationale for systematic reviews. In: Chalmers I, Altman DG, editors. Systematic reviews//London: BMJ Publications, 1995. – P. 1–8.
46. *McKee M., Fulop N., Bouvier P., Hort A., Brand H., Rasmussen F., et al.* Preventing sudden infant deaths – the slow diffusion of an idea//Health Policy 1996. – Vol.37. – P.117–135.
47. *Saltman R., von Otter C.* Planned markets and public competition//Buckingham: Open University Press, 1992.
48. *van den Ven W.P., Schut F.T., Rutten F.F.H.* Forming and reforming the market for third party purchasing for health care//Soc. Sci. Med, 1994. – Vol.39. – P.1405–1412.
49. *Peckham M.* Research and development for the national health service//Lancet, 1991. – Vol.338. – P.367–371.

Оригинальный текст статьи:
Croatian Medical Journal, 1999. – Vol. 40. – N. 2. – P. 123–128.

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО СНИЖЕНИЮ УРОВНЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Одной из актуальных медико-экономических проблем является повышение роли первичной медико-санитарной помощи и снижение уровня госпитализации.

Отметим, что к числу мероприятий, направленных на снижение госпитализации, могут относиться как лечебно-профилактические мероприятия, так и организационные (развитие стационарозамещающих технологий и т.д.).

Для оценки экономического эффекта, достигаемого за счет снижения уровня госпитализации, могут применяться различные подходы, различающиеся в зависимости от целей исследования и т.д. Рассмотрим некоторые из них, но прежде определимся с основными понятиями.

Под снижением госпитализации могут пониматься следующие ситуации:

1. Снижение количества госпитализаций;
2. Снижение количества проведенных в стационарах койко-дней;
3. Уменьшение числа направлений в стационары врачами данного медицинского учреждения.

При этом данные показатели могут использоваться применительно:

- к численности жителей данной территории (района);
- к численности жителей, прикрепленных для обслуживания к данному амбулаторно-поликлиническому медицинскому учреждению;
- к численности граждан, застрахованных данной страховой организацией, и т.д.

Базовым периодом считается период, с показателями которого сравнивается уровень госпитализации. Отчетным периодом считается период, в котором уровень госпитализации служит основанием для расчета экономии.

Снижение уровня госпитализации будет иметь место в случае, если разница имеет отрицательное значение (уровень госпитализации в отчетный период меньше, чем в базовый).

© Ф.Н.Кадыров, 2004 г.

В случае, если имеется информация о госпитализации за срок, превышающий один год, в качестве базового и отчетного периодов рекомендуется брать сопоставимые периоды – одноименные месяцы или периоды текущего и предыдущего года.

Снижение количества госпитализаций:

а) ***абсолютное снижение числа жителей,*** госпитализированных в стационарные медицинские учреждения ($Г_а$), находится как разница между числом госпитализированных в отчетном (текущем) и базовом периодах:

$$Г_а = Г_2 - Г_1, \qquad (1)$$

где:

$Г_1$ – число госпитализаций в базовый период;

$Г_2$ – число госпитализаций в отчетный период;

б) ***относительное снижение числа жителей***, госпитализированных в стационарные медицинские учреждения ($Г_о$), находится как разница между удельными весами госпитализированных жителей и общего числа граждан (застрахованных) в отчетном (текущем) и базовом периодах:

$$Г_о = \frac{Г_2}{Ч_2} - \frac{Г_1}{Ч_1}, \qquad (2)$$

где:

$Г_1$ – число госпитализаций в базовый период;

$Г_2$ – число госпитализаций в отчетный период;

$Ч_1$ – число граждан (застрахованных) в базовый период;

$Ч_2$ – число граждан (застрахованных) в отчетный период.

Снижение количества проведенных койко-дней:

а) ***абсолютное снижение*** ($К_а$) находится как разница между количеством койко-дней, проведенных госпитализированными в отчетном (текущем) и базовом периодах:

$$К_а = К_2 - К_1, \qquad (3)$$

где:

$К_1$ – число койко-дней, проведенных в базовый период;

$К_2$ – число койко-дней, проведенных в отчетный период;

б) ***относительное снижение*** ($К_о$) находится как разница между количеством койко-дней, приходящихся на общее количество граждан (застрахованных) в отчетном (текущем) и базовом периодах:

$$К_о = \frac{К_2}{Ч_2} - \frac{К_1}{Ч_1}, \qquad (4)$$

где:

$К_1$ – число койко-дней, проведенных в базовый период;

$К_2$ – число койко-дней, проведенных в отчетный период;

$Ч_1$ – число граждан (застрахованных) в базовый период;

$Ч_2$ – число граждан (застрахованных) в отчетный период.

Уменьшение числа направлений в стационары врачами данного медицинского учреждения:

а) ***абсолютное снижение*** ($Н_а$) находится как разница между количеством направлений на госпитализацию, выданных в отчетном (текущем) и базовом периодах:

$$Н_а = Н_2 - Н_1, \qquad (5)$$

где:

$Н_1$ – количество направлений на госпитализацию, выданных в базовом периоде;

$Н_2$ – количество направлений на госпитализацию, выданных в отчетном периоде;

б) ***относительное снижение*** ($К_о$) – находится как разница между количеством направлений на госпитализацию, приходящихся на общее количество граждан (застрахованных) в отчетном (текущем) и базовом периодах:

$$К_о = \frac{Н_2}{Ч_2} - \frac{Н_1}{Ч_1}, \qquad (6)$$

где:

$Н_1$ – количество направлений на госпитализацию, выданных в базовом периоде;

$Н_2$ – количество направлений на госпитализацию, выданных в отчетном периоде;

$Ч_1$ – число граждан (застрахованных) в базовый период;

$Ч_2$ – число граждан (застрахованных) в отчетный период.

Абсолютные показатели снижения числа госпитализированных, направлений на госпитализацию или количества проведенных койко-дней целесообразно использовать тогда, когда количество жителей (застрахованных), прикрепленных к данному медицинскому учреждению существенно не изменялось. В противном случае следует применять показатели относительного снижения числа госпитализированных или проведенных койко-дней с учетом общего объема этих показателей.

Снижение госпитализации может рассчитываться либо по отдельным профилям коек, либо по всем в целом.

Экономия от снижения госпитализации рассчитывается как простая разница между суммой, затраченной страховой медицинской организацией на лечение больных в отчетном и базовом периодах. Однако такой расчет не может применяться в случаях изменения тарифов, численности граждан (застрахованных) и других факторов, влияющих на затраты страховой организации по лечению больных. Поэтому различают расчет экономии от снижения госпитализации в текущих ценах и сопоставимых ценах.

В статистике для устранения влияния изменения цен в качестве сопоставимых цен часто используют цены базового периода. Однако в данной ситуации речь идет о реальной экономии, поэтому необходимо использовать сопоставимые цены (тарифы) отчетного периода.

Экономия от абсолютного снижения числа госпитализированных ($ЭГ_а$) рассчитывается как произведение абсолютного снижения числа госпитализированных на среднюю стоимость 1 госпитализации (законченного случая):

$$ЭГ_а = Г_а \times С_г, \qquad (7)$$

где:

$Г_а$ – абсолютное снижение числа госпитализаций;

$С_г$ – средняя стоимость одной госпитализации в отчетном периоде.

Экономия от относительного снижения числа госпитализированных ($ЭГ_о$) рассчитывается как произведение относительного снижения числа госпитализированных на число граждан (застрахованных) и на среднюю стоимость 1 госпитализации (законченного случая):

$$ЭГ_о = Г_о \times Ч \times С_г, \quad (8)$$

где:

$Г_о$ – относительное снижение числа госпитализаций;

$С_г$ – средняя стоимость одной госпитализации в отчетном периоде;

$Ч$ – среднегодовое (среднее за рассматриваемый период) количество граждан (застрахованных) находится по формуле:

$$Ч = (Ч_1 + Ч_2)/2, \quad (9)$$

где:

$Ч_1$ – число граждан (застрахованных) в базовый период;

$Ч_2$ – число граждан (застрахованных) в отчетный период.

Экономия от абсолютного снижения количества проведенных койко-дней ($ЭК_а$) рассчитывается как произведение абсолютного снижения количества проведенных койко-дней на среднюю стоимость 1 койко-дня:

$$ЭК_а = К_а \times С_к, \quad (10)$$

где:

$К_а$ – абсолютное снижение количества койко-дней;

$С_к$ – средняя стоимость одного койко-дня в отчетном периоде.

Экономия от относительного снижения количества проведенных койко-дней ($ЭК_о$) рассчитывается как произведение относительного снижения количества проведенных койко-дней на число граждан (застрахованных) и на среднюю стоимость 1 койко-дня:

$$ЭК_о = К_о \times Ч \times С_к, \quad (11)$$

где:

$К_о$ – абсолютное снижение количества койко-дней;

$С_к$ – средняя стоимость одного койко-дня в отчетном периоде;

$Ч$ – среднегодовое (среднее за рассматриваемый период) количество граждан (застрахованных) находится по формуле:

$$Ч = (Ч_1 + Ч_2)/2, \quad (12)$$

где:

$Ч_1$ – число граждан (застрахованных) в базовый период;

$Ч_2$ – число граждан (застрахованных) в отчетный период.

Экономия от абсолютного и относительного уменьшения числа направлений в стационары врачами данного медицинского учреждения рассчитывается по тем же формулам, что и экономия от уменьшения числа госпитализированных.

Для упрощения расчетов может использоваться показатель средней стоимости лечения одного больного или одного койко-дня по всем больным, пролеченным во всех стационарных учреждениях и отделениях.

Выше мы рассмотрели различные методы оценки результатов (эффекта) мер по снижению госпитализации.

Для оценки показателей экономической эффективности необходимо сопоставить полученные результаты (эффект) с затратами на осуществление мер по снижению уровня госпитализации: увеличение затрат на амбулаторно-поликлиническую службу, на развитие стационарозамещающих технологий, проведение организационных мероприятий и т.д.

НА ВОПРОСЫ ЧИТАТЕЛЕЙ ОТВЕЧАЕТ д.э.н., профессор Ф.Н.КАДЫРОВ

В последнее время много говорят о бюджетном учете. Что это такое и чем бюджетный учет отличается от бухгалтерского учета?

Бюджетный учет – это разновидность бухгалтерского учета. Бюджетный учет определяет порядок ведения бухгалтерского учета в органах государственной власти, органах управления государственных внебюджетных фондов, органах управления территориальных государственных внебюджетных фондов, органах местного самоуправления, бюджетных учреждениях.

Можно сказать и проще: бюджетный учет – это бухгалтерский учет средств бюджетов всех уровней и средств государственных внебюджетных фондов (включая средства обязательного медицинского страхования).

Официальное же определение бюджетного учета звучит так: бюджетный учет представляет собой упорядоченную систему сбора, регистрации и обобщения информации в денежном выражении о состоянии финансовых и нефинансовых активов и обязательств органов государственной власти, органов управления государственных внебюджетных фондов, органов управления территориальных государственных внебюджетных фондов, органов местного самоуправления и созданных ими бюджетных учреждений и операциях, приводящих к изменению вышеуказанных активов и обязательств.

Бюджетный учет осуществляется в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом «О бухгалтерском учете», бюджетным законодательством, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и «Инструкцией по бюджетному учету», утвержденной Приказом Министерства финансов Российской Федерации от 26 августа 2004 г. № 70н. В соответствии с указанным Приказом предусмотрено осуществить переход к применению Инструкции по бюджетному учету до 1 октября 2005 года по мере организационно-технической готовности органов государственной власти, органов управления государственных внебюджетных фондов, органов управления территориальных государственных внебюджетных фондов, органов местного самоуправления, бюджетных учреждений. Помимо того, предполагается обеспечить бухгалтерский учет начисления доходов бюджетов, кроме доходов от предпринима-

тельской и иной деятельности, приносящей доход, в соответствии с требованиями указанной Инструкции с 1 января 2006 года. С 1 января 2005 года по 31 декабря 2005 года начисление доходов бюджетов, кроме доходов от предпринимательской и иной деятельности, приносящей доход, должно осуществляться на основании объемов кассовых поступлений.

Очень много возникает вопросов по поводу продолжительности рабочего времени. В свое время вышло большое количество документов, посвященных этому вопросу. Каким документом сейчас регламентируется продолжительность рабочего времени медицинских работников?

Основным документом, регламентирующим продолжительность рабочего времени медицинских работников, является Постановление Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2003 г. № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности».

Можно ли проводить экспертизу состояния опьянения при дорожно-транспортных происшествиях как платную услугу? В городе есть наркологический диспансер, выполняющий экспертизу бесплатно.

Ответ на этот вопрос зависит от того, на базе какого учреждения предполагается проводить экспертизу состояния опьянения при дорожно-транспортных происшествиях как платную услугу. Если на базе наркологического диспансера, то это недопустимо, так как, очевидно, он получает на это финансирование из бюджета. Если же речь идет о других учреждениях, то при наличии лицензии и желании пациента услуга может оказываться в другом учреждении за плату (или при согласии ГИБДД оплатить эту услугу при ее оказании в другом учреждении).

Вышестоящий орган требует, чтобы при оказании платных услуг предоставлялись льготы для пенсионеров и некоторых других категорий населения. Предусмотрены ли льготы при оказании платных услуг?

Законодательно установленных льгот по платным медицинским услугам нет ни для кого (ни для пенсионеров, ни для ветеранов, ни для чернобыльцев, ни для других категорий граждан). Поэтому вышестоящий орган не вправе требовать от медицинского учреждения предоставления льгот при оказании платных услуг.

Тем не менее, учреждения вправе самостоятельно установить льготы для ряда категорий. Однако следует иметь в виду, что в случае, когда льгота (скидка) превышает 20%, то в соответствии с Налоговым кодексом это может быть основанием для налогообложения суммы скидки.

Подробнее проблема предоставления льгот по платным услугам будет рассмотрена в рубрике «Консультирует Менеджер здравоохранения» в одном из ближайших номеров журнала.

ОБСУЖДАЮТСЯ ЗАКОНОПРОЕКТЫ

4 ноября 2004 г. в Центре стратегических разработок состоялось обсуждение пакета из 4 законопроектов, направленных на модернизацию отечественного здравоохранения:

- «О государственных гарантиях медицинской помощи»;
- «Об обязательном медицинском страховании»;
- «Об автономных учреждениях»;
- «О государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организациях».

На совещании, наряду с разработчиками законопроектов, присутствовали руководители ведущих научно-исследовательских институтов и медицинских учреждений, думских комитетов, Экспертного управления Администрации Президента РФ, представители общественных организаций, ведущие специалисты в вопросах законодательства, экономики и организации здравоохранения.

С докладом выступил заместитель Министра здравоохранения и социального развития РФ Стародубов В.И.

Проекты законов направлены на повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи и включают в себя:

- законодательное определение государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации наряду с совершенствованием защиты их прав на медицинскую помощь;
- установление перечня медицинских услуг, оплата которых не гарантируется за счет государственных средств;
- стандартизацию в здравоохранении (медицинской помощи и ее ресурсного обеспечения);
- перевод системы обязательного медицинского страхования (ОМС) на страховые принципы;
- реструктуризацию медицинской помощи и сети организаций здравоохранения.

Предлагается введение минимального размера страхового взноса (стоимость страхового года), рассчитываемого из минимального размера оплаты труда или стоимости базовой программы ОМС. Разделяется финансовая ответственность за оплату медицинской помощи между территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями, которые берут на себя часть рисков при превышении фактических расходов над плановыми.

Для стимулирования развития добровольного медицинского страхования (ДМС) застрахованному гражданину предоставляется право при уплате взноса на ДМС использовать средства ОМС в размере подушевого норматива. Это увеличит объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи.

Вводятся дополнительные программы страхования, первой из которых станет программа лекарственного обеспечения льготных категорий населения.

Предлагается переход к оплате медицинской помощи по полному тарифу, который покрывает расходы на оказание медицинских услуг и на содержание медицинских организаций. Эта мера позволит сформировать экономически обоснованную сеть организаций здравоохранения.

Акцент переносится на преимущественное развитие первичного звена медицинской помощи.

Повышение хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений при переходе в формы автономных учреждений и государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организаций позволит создать конкурентную среду и повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения.

Создается единый фонд обязательного медицинского страхования на основе объединения федерального и территориальных фондов. Это позволит осуществлять администрирование по сбору взносов на неработающее население по общим правилам, а следовательно, увеличить объем финансовых средств и обеспечить равные условия оказания медицинской помощи застрахованным независимо от места их проживания.

Государственные гарантии на медицинскую помощь могут остаться декларацией, ее платность нарастать (в том числе в теневых формах), а качество снижаться, если:

- меры по эффективному расходованию средств не будут компенсированы мерами государственного надзора и эффективной системой защиты прав пациентов;
- запуск реформ не будет обеспечен необходимыми финансовыми и кадровыми ресурсами, прежде всего управленческими;
- реформа будет проводиться при сохранении существующей системы оплаты труда.

В случае ускоренного перевода медицинских организаций на полную хозяйственную самостоятельность возможно значительное высвобождение врачебных кадров, что потребует их адаптации на рынке труда и соответствующих затрат.

Заданные докладчику вопросы в основном касались опасений, связанных с реализацией законопроектов: не приведет ли это к потере реальных прав на бесплатную медицинскую помощь, не означает ли скрытую приватизацию медицинских учреждений. Эти вопросы, в частности, озвучил Чазов Е.И. Доктор Рошаль Л.И. высказал традиционную для него точку зрения о том, что необходимо не реформировать отрасль, а дать ей требуемый объем финансирования.

Тем не менее, в процессе обсуждения доклада явно превалировали голоса в поддержку рассматриваемых законопроектов. Большинство присутствующих сошлись во мнении о необходимости быстрейшей доработки и принятия рассматриваемого пакета законопректов.

Подготовил Ф.Н.Кадыров

ПРАВИЛА СОСТАВЛЕНИЯ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ СПИСКОВ ЦИТИРОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ В ДИССЕРТАЦИИ И НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЯХ

Правильно оформленный библиографический список к статье или монографии является неким маркером академической культуры автора.

К сожалению, самостийность требований многочисленных периодических изданий и типографий ставит авторов в тупик при создании библиографических описаний. Поэтому мы считаем полезным познакомить своих читателей с действующим государственным стандартом.

Настоящие правила устанавливают общие требования к составлению библиографических списков цитированной литературы и библиографическому описанию: набор элементов библиографического описания, последовательность их расположения, наполнения, способ представления каждого элемента, применение условных разделительных знаков (в соответствии с ГОСТ 7.1 – 84).

Правила распространяются на текстовые опубликованные и неопубликованные документы: книги, статьи в научных журналах, депонированные научные работы, отчеты о научно-исследовательских работах, диссертации.

1. В библиографический список включаются все авторы, на труды которых имеются ссылки в тексте диссертации или статьи.

2. Если автор сам не знакомился с первоисточником, он должен ссылаться на тот вторичный источник, из которого была заимствована цитата или ссылка.

3. Важным компонентом является работа автора с литературой последних трех лет как показатель ориентированности автора в современном состоянии научной изученности темы научного исследования.

4. В диссертации в списке литературы источники упоминаются строго в алфавитном порядке: сначала работы отечественных авторов, а также иностранных, опубликованные на русском языке, затем иностранных авторов, а также отечественных, опубликованные на иностранных языках. При этом используется сквозная нумерация всех источников. Обязательным является соответствие цифровых ссылок в тексте и в списке литературы.

5. В статьях очередность ссылок определяется правилами, принятыми в том научном журнале, в котором предполагается опубликовать статью.

6. Если цитируются несколько работ одного автора, их располагают в хронологическом порядке.

7. Статья, написанная коллективом авторов (более 4 человек), помещается в списке литературы по фамилии первого автора, затем указывают все фамилии.

8. Для периодических и продолжающихся изданий следует указывать полное название источника, год, том (при необходимости), номер (выпуск), страницы «от» и «до».

9. Монография, написанная коллективом авторов (более 4 человек), приводится в списке по заглавию книги. Через косую черту после заглавия указываются все фамилии авторов.

10. В ссылке на монографию иностранных авторов, изданную на русском языке, после названия книги через двоеточие (:) указывается, с какого языка сделан перевод.

11. В ссылке на монографию или сборник указывают авторов, название, порядковый номер издания (если он есть) или тома, место и год издания, общее количество страниц.

Например: *Владимиров Ю.А., Арчаков А.И.* Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. – М.: Наука, 1972. – 172 с.

12. При наличии двух мест издания монографий и сборников приводят оба и разделяют их точкой с запятой. Например: М.; Новосибирск.

13. Если название источника состоит из нескольких предложений, все они разделяются двоеточием см. п. 15.

14. Ссылка на статью из журнала или сборника оформляется так: фамилия и инициалы автора, заглавие статьи (без точки в конце заглавия), затем через косые две черты (//) – название журнала или сборника. Далее после точки и тире указывают год издания, том, номер, а также страницы «от» и «до». Элементы выходных данных следует разделять точкой и тире.

Например: *Иванов В.П.* Заболевания органов дыхания у детей//Педиатрия. – 1984. – 25, №2. – С. 12 – 17.

15. Если название источника состоит из нескольких предложений, все они разделяются двоеточием.

16. Ссылка на патент выполняется в соответствии с примером № 9 в Приложении.

17. Страницы обозначаются русской буквой «с» независимо от языка первоисточника. Для указания общего количества страниц – строчная буква «с» (например, 350 с), для указания интервала « от и до» – прописная (например, С. 3–45).

18. Ссылаться на неопубликованные работы нельзя, за исключением рукописей, принятых в печать.

Примеры библиографических описаний приведены в **Приложении.**

Приложение

ПРИМЕРЫ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ОПИСАНИЙ

1. *Волченко В.Н.* Экоэнергоинформатика: нетривиальная концепция сверхслабых взаимодействий в живых системах//Науч. конф. «Сверхслаб. взаимодействия в техн., природе и о-ве», Москва, апр. 1993: Сб. тез. докл. – М, 1993. – С. 10–11.

2. *Горбунова Т.А.* Лечение растениями: рецептурный справочник. – М., 1994. –120 с.

3. *Муравьева Д.А.* Фармакогнозия. – М.: Медицина, 1991. – 560 с.

4. *Checkland P.B.* Information systems and systems thinking: Time to unite?//Int. J. Inf. Manag. – 1988. – 8, № 4. – С. 239–248.

5. CISTI Annual Report, 1987–1988. – Ottawa: Nat. Res. Counc. Can., s.a. – 34 с.

6. *Griesemer James R.* Some concepts of historical science: [Pap.] Conf. «Syst. Biol. Hist. Sci», Milano, 24–26 June, 1993//Mem. Soc. Ital. Sci. Natur. – 1993. – 27, №1. – С. 59–69.

7. *Martens B., Sareiski T.* Quantitative analysis of thenatic structures in the field of biotechnology: a study on the basis of conference data: Selec. Pap. 4th Inf. Conf. Bibliom., Inform, and Scientom: Im Memory Derec John de Solla Price (1922–1983), Berlin, 11–15 Sept., 1993//Scientometrics. – 1994. – 30, № 1. – С. 117 – 128.

8. *Merton R.K.* The sociology of science. – Chicago: Univ. Chicago Press, 1973. – 28 с.

9. Трансплантация клеток Сертоли. Transplantation of Sertoli cells: Заявка 2313057, Великобритания, МКИ[6] A 61 K 35/48 C 12 N 5/00 /*Sanberg Paul R, Cameron Don F, Borlongan Cerano V., Heller Richard;* Univ. of South Florida. – № 96053087; Заявл. 13.03.96; Опубл. 19.11.97.

Подготовлено
старшим научным сотрудником ВИНИТИ РАН
Н.Г.Кураковой

В 2005 ГОДУ....

ЖИТЕЛЕЙ ЧУКОТКИ БУДУТ ЛЕЧИТЬ ИЗ МОСКВЫ «ПО ФОТОГРАФИИ»...

Консультации ведущих медиков России станут доступны пациентам чукотских больниц. Об этом заявил начальник окружного управления здравоохранения Евгений Подлесный.

В некоторых больницах региона установили оборудование, позволяющее передавать медицинскую документацию, гистологические, ренгенологические и эндоскопические изображения. После завершения установки передающего оборудования в Анадыре планируется подключить к нему все районные больницы, а в 2006 году возможно подключение к последним сельских медпунктов.

«По сути, все, что нужно, – это компьютер с подключенными к нему различными приборами», – пояснил главный врач Чукотской окружной больницы Александр Маслов. Данные о пациенте будут поступать в районную или окружную больницу по Интернету или по каналам спутниковой связи.

Медновости.ру

РОДЫ В РОССИИ СТАНУТ УДОБНЫМИ

«Когда вы отправляете жену рожать, и за ней закрываются двери роддома, не кажется ли вам, что вы перекладываете ответственность за ее жизнь и жизнь своего ребенка на других людей. Пусть они профессионалы, медики, но при этом они – чужие люди, которые работают с потоком... пациентов. Не правда ли, хочется сказать «с потоком больных»? Хотя речь идет о совершенно нормальном, физиологическом состоянии организма – беременности».

С этих слов начала разговор акушер Тамара Садовая. По ее мнению, женщина при беременности расцветает, и ее задача не «пережить, а «нормально прожить» это состояние. А акушерка, считает она, должны не только принимать роды, но и общаться с женщиной с самого начала беременности. То, что мы называем традиционным акушерством – нормальная практика в Западной Европе. Там акушерка – главный человек на родах. Если нет медицинских противопоказаний, она часто принимает роды одна. В том числе и на дому. Естественно, акушерка предупреждает врачей, которые готовятся выехать при возникновении каких-либо осложнений. Но в большинстве случаев эти осложнения можно предсказать, и перестраховаться, рожая в стационаре.

Но, по большому счету, дело не в том, где рожать. Дело в том, как и с кем рожать. На родах очень важно присутствие, не только близкого человека, но и человека, хорошо знающего физиологию родов. В этой роли и выступает акушерка, которая за время общения с беременной действительно становится ей другом. Если же роды возникают «внезапно», то и муж, и сама роженица, благодаря рекомендациям акушерки понимают что делать.

В 2005 году большое количество медицинских центров в нашей стране предложат курсы беременным. Занятия будут проводить акушерки. Их желательно начинать на самых ранних сроках беременности, но и позднее они принесут пользу.

Медновости.ру

В РОССИИ НАЧНУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ НОВУЮ ВАКЦИНУ...

В России используются две гриппозные вакцины – живая интраназальная (ЖГВ) и комбинированная поливалентная. Говоря о последней, профессор Аркадий Некрасов, руководитель лаборатории ГНЦ Института Иммунологии, подчеркнул, что Россия – одна из девяти стран мира, производящих собственные вакцины против гриппа. Препарат уникален тем, что в нем использован новый принцип конструирования иммунопрепаратов, за разработку этого принципа в 2002 году авторы были удостоены Государственной премии. Вакцина состоит из двух частей: трех антигенов гриппа (рекомендованных ВОЗ) и иммуностимулятор полиоксидоний. Доза содержания антигенного материала в отечественном препарате в 5 раз ниже, чем в зарубежных аналогах, что означает и большую безопасность применения.

Патент на данный принцип создания вакцин принадлежит России, и в мире уже появились заинтересованные в сотрудничестве фирмы и организации. Производя собственную вакцину, мы находимся в выгодном положении, так как не зависим от остального мира и не рискуем оказаться в положении США, где право на прививку разыгрывалось в лотерею. Существующие мощности позволяют производить до 20 миллионов доз вакцины.

Профессор Некрасов подчеркнул, что отечественная разработка не превосходит зарубежные аналоги, она такая же по эффективности, но более доступная по цене.

Медновости.ру

Редакция приносит извинения Сухановой Л.П., автору статьи «Количественные перинатальные показатели в оценке репродуктивного потенциала России на рубеже эпох», опубликованной в журнале «Менеджер здравоохранения» 2004, №9, стр.49–55, за допущенные технические ошибки.

На стр.49 вместо
7,76% следует читать 7,76‰;
На стр.50 в таблице 1 вместо
«Сумма» следует читать «Сумма (500–2499 г.)»;
На стр.51 вместо
23,6% и 88,9% следует читать 23,6‰ и 88,9‰;
На стр.52 вместо
12,1%, 13,3%, 19,7% следует читать 12,1‰, 13,3‰,19,7;
В табл.2 во всех названиях, кроме % антенатальной мертворождаемости и % доношенных в перинатальной смертности, вместо % следует читать ‰;
На стр.53 вместо
5,1%, 5,91%, 5,84%, 200,6%, 101,8%, 45,5%, 59,1%, 5,09%, 3,07%, 2,02% следует читать 5,1‰, 5,91‰, 5,84‰, 200,6‰, 101,8‰, 45,5‰, 59,1‰, 5,09‰, 3,07‰, 2,02‰.
На стр.54 вместо
31,8%, 34,4% следует читать 31,8‰ , 34,4‰
26,5%, 19,7% следует читать 26,5 ‰, 19,7‰.

КАЛЕНДАРЬ МЕДИЦИНСКИХ ВЫСТАВОК И КОНФЕРЕНЦИЙ на 2005 г.

Март 2005 года,
Франция (Париж)
Деловая поездка: XIX Международная выставка фармацевтической продукции «Pharmagora-2005»
Контакт: ИнфоМедФармДиалог
Тел.: (095) 915-2303, 109-1330
E-mail: info@infomedfarmdialog.ru

*****

24–25 марта 2005 года, г.Москва
Здание Правительства Москвы
Третья научно-практическая конференция «Внутрибольничные инфекции в стационарах различного профиля, профилактика, лечение осложнений»
Контакт: ИнфоМедФармДиалог
Тел.: (095) 915-2303, 109-1330
E-mail: info@infomedfarmdialog.ru

*****

Апрель 2005 года, Швейцария (Лозанна)
Деловая поездка: Международная выставка натуральной медицины и профилактики здоровья «МеднатЭкспо»
Контакт: ИнфоМедФармДиалог
Тел.: (095) 915-2303, 109-1330
E-mail: info@infomedfarmdialog.ru

*****

7–8 апреля 2005 года, г.Москва,
Здание Правительства Москвы
Второй Международный форум «Неотложная медицина в мегаполисе»
Контакт: ИнфоМедФармДиалог
Тел.: (095) 915-2303, 109-1330
E-mail: info@infomedfarmdialog.ru

16 –17 мая 2005 года, г.Москва,
Здание Правительства Москвы
Третья научно-практическая конференция «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии»
Контакт: ИнфоМедФармДиалог
Тел.: (095) 915-2303, 109-1330
E-mail: info@infomedfarmdialog.ru

*****

19–20 мая 2005 года, г.Москва,
Здание Правительства Москвы
Первый Конгресс московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь»
Контакт: ИнфоМедФармДиалог
Тел.: (095) 915-2303, 109-1330
E-mail: info@infomedfarmdialog.ru

*****

14–17 июня 2005 года, г.Москва
4-я Международная специализированная выставка современных технологий восстановительного лечения «REHATECH-2005».
2-я Международная специализированная выставка оборудования и новых технологий комплексной реабилитации «REHAMEDexpo-2005»
Контакт: Выставочный холдинг MVK

*****

29–30 июня 2005 года, г.Москва,
Здание Правительства Москвы
Третья научно-практическая конференция «Безопасность больного в анестезиологии–реаниматологии»
Контакт: ИнфоМедФармДиалог
Тел.: (095) 915-2303, 109-1330
E-mail: info@infomedfarmdialog.ru

6–7 октября 2005 года, г.Москва,
Здание Правительства Москвы
Третья научно-практическая конференция «Инфекционные болезни и антимикробные средства»
Контакт: ИнфоМедФармДиалог
Тел.: (095) 915-2303, 109-1330
E-mail: info@infomedfarmdialog.ru

*****

Ноябрь 2005 года, Германия (Дюссельдорф)
Деловая поездка: XXXVII Международная специализированная медицинская выставка «MEDICA»
Контакт: ИнфоМедФармДиалог
Тел.: (095) 915-2303, 109-1330
E-mail: info@infomedfarmdialog.ru

*****

15–16 декабря 2005 года, г.Москва,
Здание Правительства Москвы
Четвертая Московская Ассамблея «Здоровье столицы»
Контакт: ИнфоМедФармДиалог
Тел.: (095) 915-2303, 109-1330
E-mail: info@infomedfarmdialog.ru

ВЫСТАВКА «МЕЖДУНАРОДНЫЙ САЛОН ИННОВАЦИЙ И ИНВЕСТИЦИЙ – 2005»

Время проведения: с 15/02/2005 по 18/02/2005
Место проведения: г. Москва, Выставочный комплекс ВВЦ
Специализация: Медтехника и технологии
Описание события: 5-й Международный салон инноваций и инвестиций
Тематическое направление: Медицина и здравоохранение. В работе Салона примут участие представители федеральных, региональных и муниципальных органов власти, Всемирной организации по охране интеллектуальной собственности, делегации из Канады, Бельгии, Китая, Южной Кореи, Франции, Украины, Белоруссии, Болгарии, Польши, Румынии, Эстонии, ряда стран СНГ.
Организатор: ВВЦ «Наука и образование»
Источник информации: http://www.exponet.ru

ВЫСТАВКА «ДДД – ДЕЗИНФЕКЦИЯ. ДЕЗИНСЕКЦИЯ. ДЕРАТИЗАЦИЯ»

Время проведения: 22–25 февраля 2005 г.
Место проведения: Москва, Центр международной торговли (Краснопресненская наб., д.12)
Организаторы: ВО «Росинэкс» при организационной поддержке Национальной организации дезинфекционистов (НОД) и НИИ Дезинфектологии.
«ДДД–2005» – это специализированная выставка, на которой представлены самые современные дезинфицирующие и стерилизующие средства, оборудование, антисептики, и др.
Тематика выставки: Средства для дезинфекции, дезинсекции, дератизации, стерилизации. Приборы и оборудование для дезинфекции, дезинсекции, дератизации, стерилизации. Услуги в области дезинфекции, дезинсекции, дератизации. Методы и технологии дезинфекции, дезинсекции, дератизации, стерилизации. Средства защиты от вредных воздействий (приборы, одежда и т.д.). Гигиена атмосферного воздуха. Обеспечение гигиены среды обитания человека. В рамках выставки предусмотрена обширная научная программа: конференции, доклады и семинары, посвященные различным проб_лемам в указанных сферах.
Подробную информацию можно получить по тел.: (095) 205-7183, 259-4348
E-mail: ddd@rosinex.ru

Начинается подписка на первое полугодие 2005 года

В почтовом отделении (на любой срок и с любого номера):

- Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»

Подписной индекс: **82614**

- Российский медицинский каталог

Подписной индекс: ..... **М 3475**

Подписка через редакцию (с любого номера):

Стоимость подписки на полугодие через редакцию для любого региона РФ платежным поручением – **1350 руб.**
(НДС не облагается)
Доставка включена в стоимость подписки

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Р/с 40702810638050105256 в Марьинорощинском ОСБ №7981/998 Сбербанка России, г. Москва
К/с 30101810400000000225
БИК 044525225
ИНН 7715376090
КПП 771501001
Получатель – ООО Издательский Дом «Менеджер здравоохранения»

ВНИМАНИЕ!

В платежном поручении обязательно укажите:

«За подписку на журнал «Менеджер здравоохранения», на первое полугодие 2005 г.» Ваш полный почтовый адрес с индексом и телефон. Мы высылаем свежий номер ценной бандеролью

Адрес редакции:

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11
Тел./факс: (095) 218-07-92; 979-92-45
E-mail: idmz@mednet.ru
www.idmz.ru

Менеджер
здравоохранения