ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№4.2017

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

Продолжается подписка на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2017 год

Периодичность – 10 выпусков в год

КАК ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ*

В почтовом отделении:

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

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

ООО «Агентство «Урал-Пресс»
http://www.ural-press.ru/, тел. (495) 789-86-36
ЗАО «ПРЕССИНФОРМ»
www.presskiosk.ru, тел. 8 (812) 335-97-48

Уважаемые читатели!

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

ВНИМАНИЕ!!!

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

Уважаемые подписчики!

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

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер здравоохранения

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

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

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№ 4
2017

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

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

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

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

В номере:

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

Смертность населения в Российской Федерации в 2006 и 2015 годах
И.В. Самородская, В.Ю. Семёнов, С.А. Бойцов 6–17

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Операционные показатели и характеристика отдельных процессов организации МРТ исследований в сети амбулаторно-поликлинических учреждений
М.Л. Свещинский, А.С. Егоров, А.В. Басарболиев, Н.С. Полищук 18-29

Особенности функционирования системы ультразвукового обследования пациентов со злокачественными новообразованиями мочевыделительной сферы
Е.А. Подольская 30-35

Нагрузка на службу крови медицинских учреждений в зависимости от объёмов тромбоцитотерапии по дням недели
Р.Ф. Аюпова, У.С. Султанбаев, Е.Б. Жибурт 36-41

SWOT-анализ в практике формирования основных направлений противодействия распространения ВИЧ-инфекции
М.В. Радзиховская, М.Г. Москвичева, А.С. Подымова, С.В. Лучинина 42-49

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

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

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

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

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Кадровый потенциал как основной ресурс обеспечения доступности медицинской помощи
Н.В. Данилова, Т.В. Кайгородова 50-55

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

Реализация рекомендаций Комитета по социальной политике Совета Федерации по контролю за деятельностью СМО
А.А. Старченко 56-61

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ

Парадоксы законодательства: гарантии бесплатности медицинской помощи нередко ограничивают права пациентов на улучшение ее качества
В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров 62-70

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ
На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров 71-74

ОБЗОР НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ 75-80

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Дата выхода в свет 01 мая 2017 г.
Общий тираж 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

Monthly scientific journal

Manager Zdravoochranenia

№ 4
2017

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

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

Contents:

FOCUS OF PROBLEM

Mortality rate in the Russian Federation in 2006–2015
I.V. Samorodskaya, V.Yu. Semenov, S.A. Boytsov 6-17

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

Operational parameters and characteristics of MRI workflow in outpatient clinics of Moscow
M.L. Sveshchinskiy, A.S. Egorov, A.V. Basarboliev, N.S. Polishchuk 18-29

Functional features of the system of ultrasound examination of patients with urinary malignant neoplasms
E.A. Podolskaya 30-35

The load on the blood service of medical establishments depending on the volume of platelet transfusions per days of week
R.F. Ayupova, U.S. Sultanbaev, E.B. Zhiburt 36-41

SWOT-analysis in the practice of forming the main directions of counteraction to the spread of HIV infection
M.V. Radzikhovskaya, M.G. Moskvicheva, A.S. Podymova, C.V. Luchinina 42-49

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

PERSONNEL MANAGEMENT

Human resources as the main resource for ensuring access to health care

N.V. Danilova, T.V. Kaygorodova 50-55

SPECIAL OPINION

Implementation of the recommendations of the Committee on social policy of Council of Federation on control over activity of the insurance medical organizations

A.A. Starchenko 56-61

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

Paradoxes of law: the guarantee of free medical aid often limit the rights of patients to improve quality

V.I. Starodubov, F.N. Kadyrov 62-70

QUESTIONS AND ANSWERS

Questions answered by PhD of Economic F.N. Kadyrov 71-74

ACTUAL NORMATIVE DOCUMENT

75-80

И. В. Самородская,
д.м.н., профессор. Руководитель Лаборатории демографичесих аспектов здоровья населения ГНИЦ МЗРФ. samor2000@yandex.ru
В. Ю. Семёнов,
д.м.н., профессор. Профессор кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Первого МГМУ им. И. М. Сеченова МЗРФ. Москва, Россия; главный врач Института коронарной и сосудистой хирургии ННПЦ ССХ им. А. Н. Бакулева МЗРФ. semenov.opora@gmail.com
С. А. Бойцов,
д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН. Директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины МЗРФ. prof.boytsov@gmail.com

СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2006 И 2015 ГОДАХ

УДК 614.2
Самородская И. В., Семёнов В. Ю., Бойцов С. А. ***Смертность населения в Российской Федерации в 2006 и 2015 годах*** *(Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗРФ. Москва, Россия. Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева МЗРФ. Москва, Россия)*

Аннотация. Цель исследования -проведение сравнительного анализа возрастных особенностей и нозологической структуры причин смертности в 2006 г. и в 2015 г. в Российской Федерации.
Использованы данные Росстата о численности женского и мужского населения и числе умерших в 5-летних возрастных группах в 2006 и 2015 г.г. Рассчитаны стандартизованные коэффициенты смертности от всех причин с использованием формулы Китагавы, проведено сопоставление в 5-летних возрастных группах. Проведен анализ нозологической структуры смертности на основе номенклатуры причин смерти Росстата. Определена доля каждой из причин смерти; по полностью идентичным группам вычислены значения прироста/убыли.
За 9 лет общий показатель смертности снизился на 13,6%, стандартизованный – на 25,9%. Наиболее существенное снижение произошло в возрасте 25–29 лет (на 46,6%) и 1–4 года (на 45,7%). Наименьшее изменение произошло в возрасте 90–94 года (9,5%). Более выраженная положительная динамика среди мужчин была обусловлена изначальной «сверхсмертностью» мужского населения. В общем числе смертей доля болезней системы кровообращения составила 48,7% в 2015 г. и 56,9% в 2006 г.; внешних причин 7,7% и 9,9%; злокачественных новообразований 15,7% и 13,1%; болезней органов дыхания 3,97% и 3,8%; болезней органов пищеварения 5,3% и 4,1% соответственно. Доля смертей по шифрам «Старость» возросла в 2,7 раза. Максимальная доля смертей и в 2006 г., и в 2015 г. пришлась на причину «Атеросклеротическая болезнь сердца» (12,5%).
Снижение смертности было связано, в том числе, с реализацией государственной демографической политики и целевых программ в сфере здравоохранения. Структура причин смерти изменилась вследствие существенного снижения доли болезней системы кровообращения и внешних причин. Также сказалось влияние расширения Росстатом перечня причин категорий, не имеющих определенных клинических критериев для установления диагноза, и рекомендации Минздрава РФ использовать шифр «Старость» как причину смерти, начиная с 2014 г.

Ключевые слова: *болезни как причины смерти, возрастно-половая структура населения, смертность от всех причин, смертность мужчин и женщин, смертность в 5-летних возрастных подгруппах.*

Особенностью Российской Федерации является то, что с конца 80-х годов прошлого века и до середины нулевых годов текущего столетия страна находилась в состоянии постоянных политических и экономических преобразований и кризисов.

© И. В. Самородская, В. Ю. Семёнов, С. А. Бойцов, 2017 г.

Банковский кризис 2004 г. был последним в их череде. По оценкам экспертов, мировой кризис 2008 г. практически не затронул нашу страну и не оказал, в отличие от предыдущих, столь существенного влияния на социально-экономическое положение населения [1]. Тем не менее известно, что в условиях экономических и социальных потрясений на фоне психосоциального стресса важную роль в формировании последствий этих изменений играет опасное потребление алкоголя [2, 3]. Смертность от последствий его злоупотреблением чрезвычайно высока в России [4, 5].

Результатом комплексного влияния демографических, социально-политических, экономических, медицинских и других факторов явилось увеличение смертности населения и снижение рождаемости. К 1992 г. в стране сформировался так называемый «русский крест», означающий увеличивающееся превышение смертности над рождаемостью. Вследствие, в том числе, принятых государством мер в 2006 г. отмечена положительная динамика демографических показателей [6]. Именно в 2006 г. впервые отмечено снижение уровня смертности населения РФ до 15,1‰ с 16,1‰ в 2005 г. В последующие годы этот показатель стабильно снижался и в 2012 г. сравнялся с уровнем рождаемости. Следует отметить, что переход российского здравоохранения на рекомендации ВОЗ по правилам регистрации младенческой смертности увеличил этот показатель в 2012 г. на 36% [7].

Изменение возрастной структуры населения оказывает несомненное влияние на уровень смертности населения в целом. Реализация целевых программ в здравоохранении также оказывает определенное влияние на продолжительность жизни населения в связи со снижением смертности от предотвратимых причин. Эти факторы практически не изучались за период положительной динамики показателя смертности населения Российской Федерации. Особенности кодирования причин смерти в увязке с МКБ 10 также оказывают влияние на конечные результаты.

Целью работы явилось проведение сравнительного анализа возрастных особенностей и нозологической структуры причин смертности в 2006 г. и в 2015 г. в Российской Федерации для оценки сравнительной значимости перечисленных факторов в динамике смертности.

Материалы и методы

Источником информации о показателях смертности служили представленные по запросу годовые отчеты Росстата, содержащие статистические формы С41 «Смерти по полу и однолетним возрастным группам» и С51 «Смерти по полу, причинам смерти и возрастным группам 0, 1–4, 5–9,... 85+». Необходимо отметить, что Росстат разрабатывает статистику смертности для представления в отчетах по краткому перечню причин смерти, который основан на агрегировании детальных причин в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Всего в настоящее время включено около 270 групп и отдельных причин смерти.

В исследовании использованы данные о численности женского и мужского населения в 5-летних возрастных группах, а также о числе умерших. Рассчитаны стандартизованные коэффициенты смертности от всех причин на 1000 населения. В качестве «стандартного населения» была выбрана Европейская возрастная структура населения, разработанная ВОЗ. Использовался прямой метод стандартизации. Оценка вклада в изменение показателей смертности от всех причин уровня смертности в пятилетних возрастных группах и изменения половозрастной структуры населения проведена с использованием формулы Китагавы (Kitagava's formulae). Сопоставлен уровень смертности в 5-летних возрастных группах в 2006 г. и 2015 г.

Проведен анализ нозологической структуры смертности на основе краткой номенклатуры причин смерти, которая введена в РФ в 1999 г. и в свою очередь основана на десятом пересмотре Международной

классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ-X). Начиная с 2011 г., в краткую номенклатуру причин смерти были внесены существенные изменения. Учитывая изменения, строки таблиц 2006 г. и 2015 г. совпадают не полностью, что было учтено при выполнении анализа. Определена доля каждой из причин смерти в общем числе умерших; сопоставлены наименования групп краткой номенклатуры причин смерти в 2006 г. и 2015 г.; по полностью идентичным группам вычислены абсолютные значения прироста/убыли.

Результаты и обсуждение

Общий коэффициент смертности от всех причин в 2006 г. составил 15,07‰; в 2015 г. – 13,03‰. Стандартизованный (на Европейскую возрастную структуру) коэффициент смертности в 2006 г. составил 14,0‰, в 2015 г. – 10,38‰. Общий показатель смертности уменьшился на 2,04 пункта, стандартизованный на 3,62.

В *таблице 1* представлены коэффициенты смертности, а на *рис. 1* – изменение уровня смертности в 5-летних возрастных подгруппах в период с 2006 г. по 2015 г. Наиболее выраженное снижение смертности произошло в возрасте 25–29 лет (на 46,6%! для обоих полов). Также существенно снизилась смертность детей в возрасте 1–4 года (на 45,7%). Наименьшее изменение произошло в возрасте 90–94 года (9,5%). Следует отметить, что в возрасте 80–95 лет снижение показателя было менее 20%, хотя среди лиц старше 95 лет уменьшение смертности за 9 лет составило почти 27%. Изменения в старческих возрастах, несомненно, являются статистическим артефактом, поскольку численность населения в этих возрастах сравнительно невелика и показатели подвержены случайным флуктуациям.

Обращает на себя внимание то, что во всех возрастных подгруппах снижение коэффициентов смертности было более выражено среди мужского, чем среди женского населения. При этом в 4 возрастных группах мужчин (1–4, 20–24, 25–29, 95–99 лет) снижение составило более 40%. Среди женского населения в 17 группах снижение не достигло и 30%. Среди мужчин таких групп было всего 9.

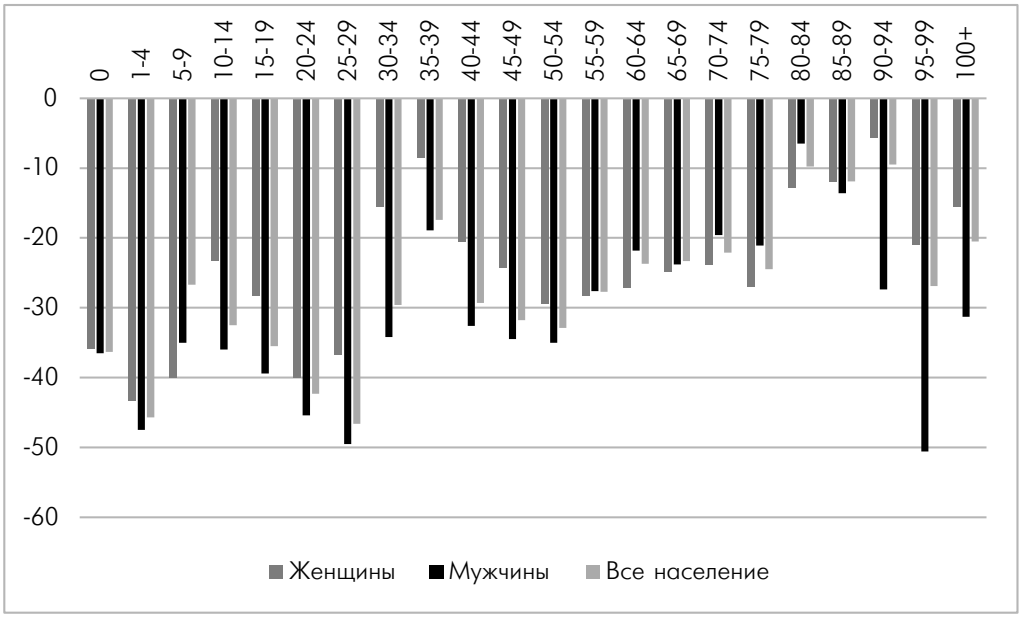


Рис. 1. **Изменение уровня смертности в 5-летних возрастных группах в 2015 г. по сравнению с 2006 г. (в %).**

Таблица 1

Смертность (на 1000) в 5-летних возрастных подгруппах в 2006 г. и 2015 г.

	2006 г.			2015 г.			Женщины		Мужчины		Все население	
Возрастная группа	Женщины	Мужчины	Все население	Женщины	Мужчины	Все население	Прирост/убыль абс	%	Прирост/убыль абс	%	Прирост/убыль абс	%
0	9,0	11,5	10,3	5,77	7,30	6,56	-3,23	-35,9	-4,2	-36,5	-3,74	-36,3
1–4	0,6	0,8	0,7	0,34	0,42	0,38	-0,26	-43,3	-0,38	-47,5	-0,32	-45,7
5–9	0,3	0,4	0,3	0,18	0,26	0,22	-0,12	-40,0	-0,14	-35,0	-0,08	-26,7
10–14	0,3	0,5	0,4	0,23	0,32	0,27	-0,07	-23,3	-0,18	-36,0	-0,13	-32,5
15–19	0,6	1,6	1,1	0,43	0,97	0,71	-0,17	-28,3	-0,63	-39,4	-0,39	-35,5
20–24	1,0	3,5	2,2	0,60	1,91	1,27	-0,4	-40,0	-1,59	-45,4	-0,93	-42,3
25–29	1,5	6,1	3,8	0,95	3,08	2,03	-0,55	-36,7	-3,02	-49,5	-1,77	-46,6
30–34	2,0	7,7	4,8	1,69	5,07	3,38	-0,31	-15,5	-2,63	-34,2	-1,42	-29,6
35–39	2,6	9,0	5,8	2,38	7,30	4,79	-0,22	-8,5	-1,7	-18,9	-1,01	-17,4
40–44	3,7	12,7	8,0	2,94	8,56	5,66	-0,76	-20,5	-4,14	-32,6	-2,34	-29,3
45–49	4,9	16,5	10,4	3,71	10,81	7,09	-1,19	-24,3	-5,69	-34,5	-3,31	-31,8
50–54	7,1	23,0	14,3	5,01	14,94	9,59	-2,09	-29,4	-8,06	-35,0	-4,71	-32,9
55–59	10,3	29,4	18,7	7,38	21,30	13,52	-2,92	-28,3	-8,1	-27,6	-5,18	-27,7
60–64	15,1	40,3	25,5	10,99	31,53	19,45	-4,11	-27,2	-8,77	-21,8	-6,05	-23,7
65–69	22,1	54,3	34,1	16,62	41,38	26,17	-5,48	-24,8	-12,92	-23,8	-7,93	-23,3
70–74	36,7	73,0	49,2	27,93	58,71	38,33	-8,77	-23,9	-14,29	-19,6	-10,87	-22,1
75–79	64,4	105,3	76,6	47,03	83,06	57,83	-17,37	-27,0	-22,24	-21,1	-18,77	-24,5
80–84	99,4	126,7	105,3	86,66	118,44	95,03	-12,74	-12,8	-8,26	-6,5	-10,27	-9,8
85–89	169,6	195,0	174,2	149,20	168,47	153,53	-20,4	-12,0	-26,53	-13,6	-20,67	-11,9
90–94	239,7	273,0	244,4	226,24	198,14	221,07	-13,46	-5,6	-74,86	-27,4	-23,33	-9,5
95–100	413,4	463,9	419,6	326,58	228,95	306,82	-86,82	-21,0	-234,95	-50,6	-112,78	-26,9
100+	322,2	222,7	306,7	271,95	152,97	243,82	-50,25	-15,6	-69,73	-31,3	-62,88	-20,5

Наибольшая разница в уровне смертности между мужчинами и женщинами в 2006 г. зарегистрирована в возрастных группах 25–29 лет и 30–34 года: в 4,1 и 3,9 раза соответственно. В 2015 г. эта разница сократилась в большинстве возрастных групп, но наиболее значительно именно в указанных двух группах до 3,2 и 3,0 раза. Это произошло за счет опережающих темпов сокращения смертности мужчин.

Вклад различных возрастных групп в общий показатель смертности, безусловно, зависит от доли каждой из них в структуре населения. Снижение смертности в 5-летней группе при одновременном увеличении ее доли в общей численности населения будет иметь более выраженный итоговый эффект, по сравнению с тем, который будет получен при ее снижении.

Лишь в четырёх 5-летних группах произошло более выраженное снижение смертности при одновременном увеличении их доли в структуре населения. В большинстве групп динамика была противонаправленной *(рис. 2)*.

Расчет по формуле Китагавы (Kitagava's formulae) показал, что уменьшение смертности в каждой из возрастных подгрупп в сумме обеспечило снижение смертности на 3,72 пункта на 1000 населения, но изменение возрастно-половой структуры населения

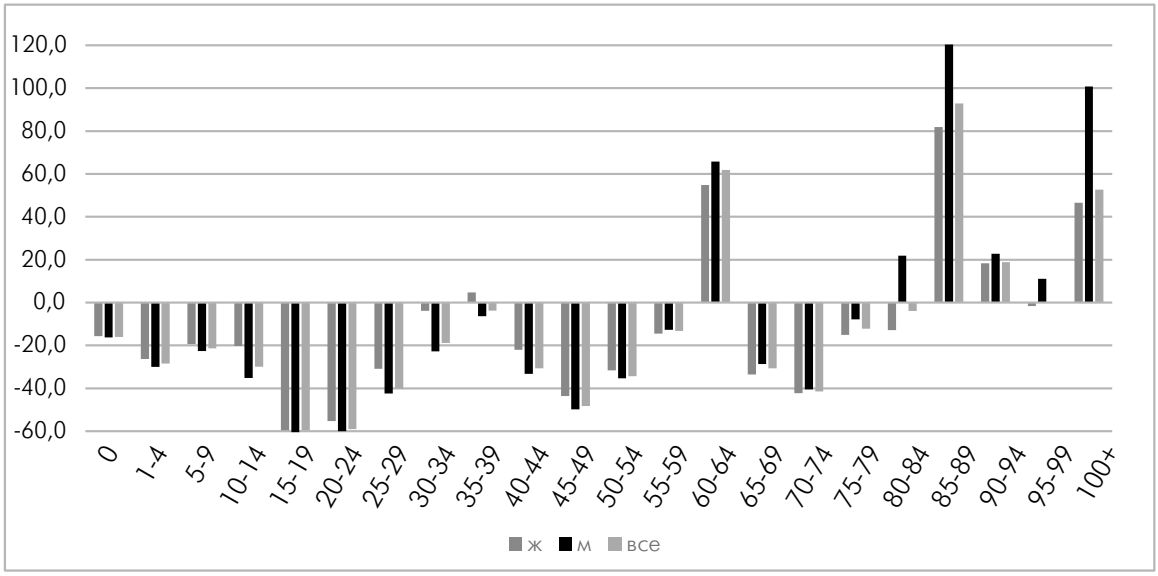


Рис. 2. **Изменение числа умерших в 5-летних возрастных группах в 2015 г. по сравнению с 2006 г. (в %).**

привело к увеличению этого показателя на 1,67 пункта, что в итоге дало 2,05 случая на 1000 населения. Таким образом, стандартизация показателя смертности увеличивает разницу значений в изучаемый 10-летний период более чем в 1,5 раза, что свидетельствует о существенном влиянии изменения поло-возрастной структуры населения РФ. Определенную роль в этом сыграла реализация Концепции демографической политики РФ на период до 2015 г. [8].

Безусловно, на показатели смертности влияли показатели заболеваемости и распространенность тех или иных болезней среди

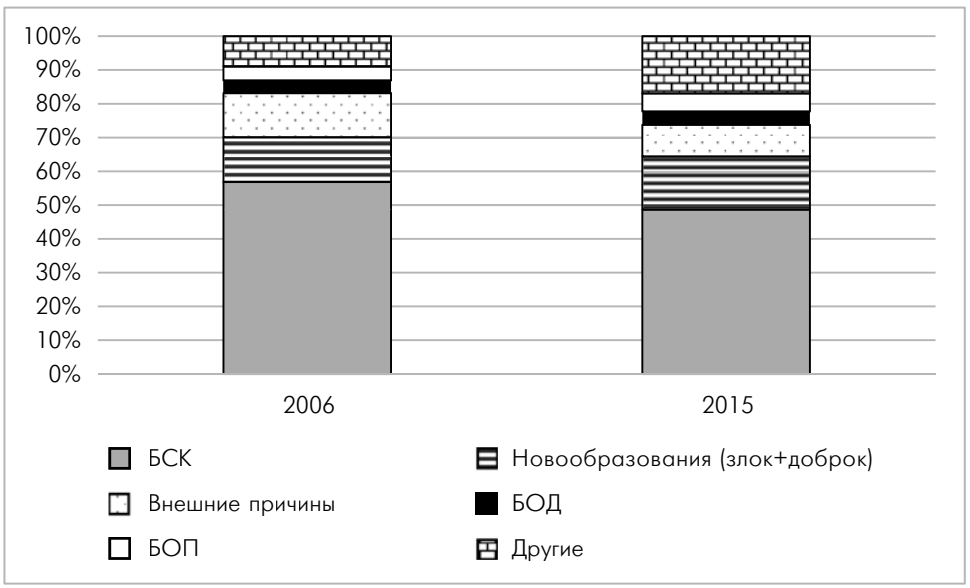


Рис. 3. **Структура причин смерти в 2006 г. и 2015 г.**

населения. Доля смертей от заболеваний в 2015 г. составила 88,5% от общего числа смертей. Травмы и другие внешние причины явились причиной смерти в 7,0% случаев. 4,5% смертей было связано с заболеваниями, ассоциированными с употреблением алкоголя и наркотиков (болезни внутренних органов и отравления алкоголем, наркотиками, психодислептиками (галлюциногенами) и другими веществами).

Доля болезней системы кровообращения в общем числе смертей составила 48,7% в 2015 г. и 56,9% в 2006 г. *(рис. 3).* Это обусловлено, в первую очередь, снижением смертности от этого класса заболеваний с 782,4 до 585,8 на 100 тыс. населения (стандартизованные коэффициенты смертности).

Стандартизованные коэффициенты смертности от ИБС составили 385,55 в 2006 г. и 257,0 в 2015 г. на 100 тыс. населения. При этом доля смертей от ишемической болезни сердца (ИБС) от общего числа смертей в 2015 г. составила 25,9% (из них на инфаркт миокарда (ИМ) приходится 3,3%; все остальные случаи зарегистрированы как хронические формы ИБС). В 2006 г. доля смертей от ИБС составляла 28,1% (от ИМ – 3,0%).

На долю «атеросклеротической болезни сердца» приходилось 12,5% в 2006 г. и 12,5% в 2015 г. Следует отметить, что случаи «Внезапной смерти» (не обусловленной ИБС) регистрируются отдельно и составили в 2015 г. 0,11% от всех смертей (2047 случаев). В 2006 г. такой строки в классификации Росстата не было, что не позволяет оценить динамику этого показателя.

Стандартизованные коэффициенты смертности от цереброваскулярных болезней составили 273,2 в 2006 г. и 198,3 в 2015. Цереброваскулярные болезни явились причиной смерти в 15,7% и 15,2% случаев соответственно. При этом на инсульты приходилось 13,1% в 2006 г. и 7,9% в 2015 г.

Таким образом, отмечается выраженная тенденция к снижению смертности от заболеваний системы кровообращения, в том числе от инфарктов миокарда и от инсультов. Во многом это обусловлено результатами реализации подпрограммы «Артериальная гипертония» в составе Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 гг.)», утвержденной постановлением Правительства РФ от 10 мая 2007 г. № 280. Ещё более выраженный эффект имели региональные программы модернизации здравоохранения 2011–2013 гг., в рамках которых была внедрена система маршрутизации пациентов с этими заболеваниями и создана сеть сосудистых центров различного уровня [9]. Однако определенную роль сыграли и административные меры, позволившие иногда манипулировать шифровкой причин смерти и о которых будет сказано ниже.

Стандартизованные коэффициенты смертности от злокачественных образований составили 179,6 в 2006 г. и 165,9 в 2015 г. При этом доля злокачественных образований возросла до 15,7% в 2015 г. по сравнению с 13,1% в 2006 г., что обусловлено снижением доли смертей от ССЗ и внешних причин. Стабилизация и даже некоторое сокращение смертности от новообразований, вероятно, обусловлено улучшением прижизненной и посмертной диагностики данной группы заболеваний. Определенную роль сыграла реализация подпрограммы «Онкология» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 гг.)», а также программа дополнительного лекарственного обеспечения граждан, имеющих право на меры социальной поддержки. В результате улучшилась ранняя выявляемость онкологических заболеваний и увеличилась продолжительность жизни этих пациентов.

В значительной степени сократилась доля смертей от внешних причин: с 13,1% до 9,3%. Это было обусловлено уменьшением смертности по этому показателю со 198,5 до 129,4 (на 35%!).

Болезни органов дыхания, как причина смерти, составили 3,97% в 2015 г., практически не отличаясь от показателя 2006 г. – 3,8%. Из них практически половину составила доля пневмоний – 2,1% и 2,0%, а доля ХОБЛ – 1,8% и 1,8% соответственно.

Доля болезней органов пищеварения в структуре причин смерти возросла и составила 5,3% в 2015 г. по сравнению с 4,1% в 2006 г. При этом болезни печени, как причина смерти, практически не изменились, составив 2,75% и 2,4% соответственно.

В *таблице 2* представлены причины смерти, которые имели более 1,50% в структуре смертности в 2006 и 2015 г.г. и которые имели примерно одинаковые формулировки в Краткой номенклатуре причин смерти Росстата. Следует отметить, что внесённые за прошедший период времени изменения в шифры причин смерти затрудняют сопоставление данных за различные годы. Так, только по классу болезней системы кровообращения внесено 4 новых строки, данные по которым не с чем сравнивать: 131 «Хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная», 145 «Церебральный атеросклероз», 147 «Другие уточненные поражения сосудов мозга», 149 «Последствия цереброваскулярных болезней», которые суммарно определили 8,3% всех смертей в отчетном году. В свою очередь, кодификация по этим строкам уменьшает показатели других строк, к которым ранее относились данные случаи смерти.

Наиболее выраженное снижение среди рассматриваемых причин смерти произошло по шифрам «Прочие формы хронической ишемической болезни сердца» (–43,6%), что возможно обусловлено «переносом» этих причин смерти в другие коды (старость, алкогольная кардиомиопатия, хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная). При этом существенно возросла доля смертей по шифрам «Старость» (в 2,7 раза).

С другой стороны в номенклатуре Росстата в 2015 г., в отличие от 2006 г., более детально представлен вклад смертей, связанных со злоупотреблением алкоголя *(таблица 3)*.

В 2006 г. среди причин, связанных с алкоголем в номенклатуре Росстата присутствовали Алкогольные психозы (0,03%), Случайное отравление (воздействие) алкоголем (1,52%), Алкогольная болезнь печени (0,65%), хронический алкоголизм (0,22%).

Таблица 2

Основные причины смерти, которые в 2006 г. и 2015 г. имели примерно одинаковые формулировки в Краткой номенклатуре причин смерти Росстата

Причины	*2006*	*2015*
Атеросклеротическая болезнь сердца	12,49%	12,50%
Старость	2,06%	5,54%
Прочие формы хронической ишемический болезни сердца	8,86%	5,36%
Инфаркт мозга	4,19%	4,72%
Злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легких	2,40%	2,69%
Острый инфаркт миокарда	2,16%	2,41%
Другие формы острой ишемический болезни сердца	3,72%	2,39%
Внутримозговые и другие внутричерепные кровоизлияния	2,33%	2,17%
Фиброз и цирроз печени (кроме алкогольного)	1,50%	1,82%
Другие хронические обструктивные заболевания легких	1,54%	1,74%
Злокачественные новообразования желудка	1,72%	1,59%
Пневмония без уточнения возбудителя	1,55%	1,54%

Таблица 3

Причины смертности, связанной с употреблением алкоголя, в 2015 г.

Причина	*%*
Острая интоксикация алкоголем	0,00
Пагубное употребление алкоголя	0,04
Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя (хронический алкоголизм)	0,13
Другие и неуточненные психические расстройства поведения, обусловленные употреблением алкоголя	0,01
Алкогольные психозы, энцефалопатия, слабоумие	0,02
Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем	0,16
Алкогольная полиневропатия	0,00
Алкогольная миопатия	0,00
Алкогольная кардиомиопатия	1,04
Алкогольный гастрит	0,00
Алкогольная болезнь печени (алкогольный: цирроз, гепатит, фиброз)	0,66
Хронический панкреатит алкогольной этиологии	0,02
Острый панкреатит алкогольной этиологии	0,01
Алкогольный синдром у плода (дизморфия)	0,00
Случайное отравление (воздействие) алкоголем	0,80
Преднамеренное отравление и воздействие алкоголем	0,00
Отравление и воздействие алкоголем с неопределенными намерениями	0,18
Итого	3,07

В *таблице 4* представлены некоторые причины смерти, не имеющие определенных клинических критериев для установления диагноза. Даже с учетом того, что в таблице представлены не все формулировки, которые не имеют определенных клинических критериев, их доля смертей от причин, перечисленных в данной таблице, в 2015 г. составила 26,85%, тогда как в 2006 г. всего 18,2%. Как видно из *таблицы 4*, число таких причин увеличилось с 4 до 9. По сути, данные шифры являются «лазейкой» для сокрытия случаев смерти при нежелании констатировать истинную причину смерти. Также зачастую они используются при затруднении патологоанатомов установить истинную причину смерти в связи с отсутствием как при жизни, так и после смерти четко обозначенной клинической и патологоанатомической симптоматики того или иного заболевания и/или биологическими особенностями стареющего организма человека (например, наличие атеросклероза).

В *таблице 5* представлена доля смертей от «других причин», т.е. причин смерти, которые не имеют полной расшифровки в Краткой номенклатуре Росстата. Доля этих причин снизилась с 30% в 2006 г. до 20% в 2015 г. Категория «другие причины» тоже являются «лазейкой» для сокрытия случаев смерти при нежелании констатировать истинную причину смерти. Хотя эти категории также как и вышеуказанные используются патологоанатомами при констатации смерти от «неясных» причин.

В изменении структуры причин смертности, вероятно, определенную роль сыграли письма МЗ РФ с методическими рекомендациями о порядке заполнения свидетельств и кодировании причин смерти [10, 11]. Именно смерть от старости заняла второе место среди всех причин в 2015 г., хотя в 2006 г. она была на 10 месте.

Таблица 4

Причины смерти, не имеющие четких критериев для установления клинического диагноза.

Шифр 2006 г.	*Шифр 2015 г.*	*Причина смерти*	*2006 г. % от общего числа умерших*	*2015 г. % от общего числа умерших*
125	129	Атеросклеротическая болезнь сердца	12,49	12,5
226	242	Старость	2,06	5,54
	145	Церебральный атеросклероз		2,6
228	244	Смерть по неустановленным причинам.		2,21
	131	Хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная		1,66
142	151	Атеросклероз	1,71	0,83
	130	Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная		0,66
	137	Дегенерация миокарда		0,46
	148	Цереброваскулярная болезнь неуточненная		0,39
Итого			16,26	26,46

Таблица 5

Доля причин смерти, которые в Краткой номенклатуре Росстата имеют формулировку «другие»/«прочие», в структуре смертности населения

Наименование	*2006 г.*	*2015 г.*
Другие анемии	0,03%	0,05%
Другие бактериальные инфекции	0,01%	0,01%
Другие болезни артерий, артериол и капилляров	0,34%	0,59%
Другие болезни вен и лимфатических сосудов	0,03%	0,04%
Другие болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	0,04%	0,11%
Другие болезни мочевыделительной системы	0,11%	0,20%
Другие болезни органов дыхания	0,03%	0,04%
Другие болезни печени	0,23%	0,28%
Другие болезни половых органов	0,02%	0,02%
Другие болезни уха и сосцевидного отростка	0,00%	0,00%
Другие болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	0,03%	0,07%
Другие болезни, вызываемые вирусами	0,01%	0,02%
Другие вирусные лихорадки и вирусные геморрагические лихорадки, передаваемые членистоногими	0,00%	0,00%
Другие воспалительные болезни центральной нервной системы	0,04%	0,06%
Другие врожденные аномалии развития нервной системы	0,02%	0,01%
Другие врожденные аномалии развития системы кровообращения	0,02%	0,02%
Другие гастриты и дуодениты	0,02%	0,02%

Продолжение таблицы 5

Другие гельминтозы	0,00%	0,00%
Другие гломерулярные болезни (нефротический синдром, наследственная нефропатия, нефритический синдром)	0,01%	0,01%
Другие злокачественные новообразования кожи	0,08%	0,08%
Другие и неуточненные болезни системы кровообращения	0,02%	0,01%
Другие и неуточненные несчастные случаи на водном транспорте	0,16%	0,00%
Другие и неуточненные психические расстройства поведения, обусловленные употреблением алкоголя		0,01%
Другие и неуточненные транспортные несчастные случаи		0,09%
Другие инфекции, передающиеся преимущественно половым путем	0,00%	0,00%
Другие инфекционные и паразитарные болезни	0,00%	0,01%
Другие острые пневмонии	0,01%	0,01%
Другие преднамеренные самоповреждения (включая самоубийство)		1,33%
Другие психические и поведенческие расстройства	0,00%	0,01%
Другие психозы	0,07%	0,55%
Другие респираторные болезни, поражающие главным образом интерстициальную ткань	0,03%	0,06%
Другие респираторные состояния у новорожденного	0,03%	0,03%
Другие риккетсиозы	0,00%	0,00%
Другие сальмонеллезные инфекции	0,00%	0,00%
Другие симптомы и недостаточно обозначенные состояния	2,26%	0,04%
Другие случайные утопления (уточненные и неуточненные)		0,09%
Другие тубулоинтерстициальные болезни почек	0,19%	0,40%
Другие уточненные поражения сосудов мозга		2,52%
Другие формы гипертензии	0,25%	0,04%
Другие формы острой ишемический болезни сердца	3,72%	2,39%
Другие формы сахарного диабета		0,09%
Другие формы туберкулеза	0,14%	0,12%
Другие хронические обструктивные заболевания легких	1,54%	1,74%
Прочие болезни органов пищеварения	0,53%	0,24%
Прочие болезни сердца	4,60%	1,93%
Прочие вирусные гепатиты	0,05%	0,01%
Прочие врожденные аномалии развития	0,05%	0,05%
Прочие нарушения нервной системы	0,41%	2,49%
Прочие причины акушерской смерти	0,00%	0,00%
Прочие формы хронической ишемический болезни сердца	8,86%	5,36%
Прочие цереброваскулярные болезни	6,95%	0,07%
Всего	30,94%	21,32%

**В 2006 г. «прочие» в Росстате имели формулировку «другие».*

Заключение

В течение 10 лет в Российской Федерации произошли существенные демографические изменения. Показатель общей смертности снизился на 13,6%. Стандартизация по полу и возрасту данных 2015 г. к показателям 2006 г. приводит к увеличению снижения до 25,9%. Такие результаты можно сопоставить с эффективностью антиалкогольной кампании 1985–1986 г.г., когда смертность в 1986 г. снизилась по сравнению с 1984 г. на 10,3%. Смертность снизилась во всех 5-летних группах для обоих полов. Более выраженная положительная динамика отмечалась среди мужчин большинства возрастных групп, что, видимо, было обусловлено изначально чрезвычайно высокими показателями «сверхсмертности» мужского населения России.

В структуре причин смерти значительно сократились доли болезней системы кровообращения и внешних причин за счет существенного снижения смертности по этим показателям. Так, смертность от основной причины – болезней системы кровообращения – снизилась наиболее значительно (на 25,1%), что явилось причиной снижения их доли в структуре причин смертности на 14,4%. Доля онкологических заболеваний и болезней органов пищеварения возросла на фоне незначительного повышения смертности по этим классам заболеваний, а также, в основном, за счет уменьшения доли БСК и внешних причин.

Существенное влияние на изменение структуры причин смерти на основании Краткой номенклатуры причин смерти оказывает расширение Росстатом перечня причин, которые можно отнести к категории не имеющих определенных клинических критериев для установления диагноза. Число таких причин увеличилось с 4 до 9, что привело к росту в 1,45 раза их доли в структуре смертности. Также резко (в 2,7 раза!!) возросло число смертей по причине «старость», что связано, видимо, с использованием Методических рекомендаций Минздрава РФ о порядке заполнения свидетельств и кодировании причин смерти в регионах, начиная с 2014 г.

Полученные результаты позволяют сформулировать следующие предложения.

1. Главным внештатным специалистам Минздрава России провести анализ нозологической структуры умерших от соответствующего класса болезней в соответствии с письмом МЗРФ от 26.11.2011 г. № 14–9/10/2–4150, формулировок диагнозов, которые попадают в Росстат из свидетельства о смерти в качестве ведущей причины смерти, внести предложения по всем пунктам кодирования диагнозов в случае смерти пациента, изложенных в данном письме.

2. Минздраву России создать рабочие группы в составе ведущих специалистов по каждому классу болезней, патологоанатомов, специалистов в области кодирования по правилам МКБ-10 для формулировки критериев отнесения каждого из перечисленных в письме МЗРФ диагнозов в качестве ведущей причины смерти.

3. Минздраву России совместно с Росстатом проанализировать выборку свидетельств о смерти из всех регионов РФ с целью разработки актуальных инструкций по применению данных шифров.

Литература

1. *Школьников В.М., Андреев Е.М., Макки М., Леон Д.А.* Рост продолжительности жизни в России 2000-х годов. Демографическое обозрение. 2014; 2: 5–37.

2. *Walberg P, McKee M, Shkolnikov V, Chenet L, Leon DA.* Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis. British Medical Journal. 1998; 317(7154): 312–318. doi:10.1136/bmj.317.7154.312.

3. *McKee M., Shkolnikov V, Leon DA.* Alcohol is implicated in the fluctuations in cardiovascular disease in Russia since the 1980s. Annals of Epidemiology. 2001; 11(1): 1–6. doi:10.1016/S1047–2797 (00) 00080-6.
4. *Leon DA, Shkolnikov VM, McKee M.* Alcohol and Russian mortality: a continuing crisis. Addiction. 2009; 104(10): 1630–1636. doi:10.1111/j.1360–0443.2009.02655.x.
5. *Chenet L, McKee M, Leon D, Shkolnikov V, Vassin S.* Alcohol and cardiovascular mortality in Moscow: new evidence of a causal association. Journal of Epidemiology and Community Health. 1998; 52(12): 772–774. doi:10.1136/jech.52.12.772.
6. Население России 2012. Двадцатый ежегодный демографический доклад. / Отв. ред. А.Г. Вишневский/. М.: Изд. дом Высшей школы экономики; 2014. 412с.
7. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2014 год. МЗРФ; 2015. 219 с. http://static-1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/026/609/original/pdf?
8. Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. №1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» (с изменениями и дополнениями). http://base.garant.ru/191961/#ixzz3vVMzQkhH
9. Постановление Правительства РФ от 10 мая 2007 г. №280 «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 годы)» (с изменениями и дополнениями). http://base.garant.ru/4184672/#ixzz3vVNZWm65
10. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 апреля 2011 г. №14–9/10/2–4150 «Об особенностях кодирования некоторых заболеваний класса DC МКБ-10». http://base.garant.ru/4192897/#ixzz3vVPeEucS
11. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 19 декабря 2014 г. №13–2/1750 «О порядке использования термина «Старость» в статистике смертности» http://base.garant.ru/71003718/#ixzz3vVPuaGEK

UDC 614.2

Samorodskaya I.V., Semenov V.Yu., Boytsov S.A. ***Mortality rate in the Russian Federation in 2006–2015*** *(State Research Center for Preventive Medicine of the Ministry of Health of the Russian Federation. Moscow, the Russian Federation. Bakoulev National Scientific and Practical Center for Cardiovascular Surgery of the Ministry of Health RF. Moscow, the Russian Federation)*

Abstract. Aim-comparative analyses of age peculiarities and nosological structure in mortality causes in 2006 and in 2015 in the Russian Federation.
Rosstat's data of male and female population size and the number of dead as well in 5-years age groups for the years 2006 and 2015 were used. Standardised all-causes mortality coefficients were calculated using Kitagava's formulae, comparison in 5yaers age groups was conducted. Nosological mortality structure based on Rosstat's mortality causes nomenclature analyses was made. Percentage of each mortality cause was assessed; level of increase/decrease was calculated for the completely identical groups.
The mortality rate decreased by 13,6% in 9 years, the standardized rate dropped by 25,9%. The main decline was at the age of 25–29 (by 46,6%) and an the age of 1–4 (by 45,7%). The less change was an the age 90–94 (by 9,5%). More intensive dynamics in male was determined by the initial male «overmortality». The percentage of diseases of the circulatory system in all death' cases was 48,7% in 2015 comparing to 56,9% in 2006; external causes had 7,7% and 9,9%; Neoplasms – 15,7% and 13,1%; diseases of the respiratory system – 3,97% and 3,8%; diseases of the digestive system – 5,3% and 4,1% respectively. The percentage of the mortality causes as «Senility» increased in 2,7 times. The highest percentage in the mortality causes in 2006 as well in 2015 falls on «Atherosclerotical heart disease» (12,5%).
Mortality rate decline was determined, among others, by the realization of the state demographic policy and the task programs in health care. The mortality causes structure has changed because of the significant decline in the portion of diseases of the circulatory system and of external causes. Rosstat's additional list of mortality causes which had no defined clinical criteria for the diagnosis had a certain influence, and MoH RF recommendations to use the «Senility» code as a cause of death since 2014, as well.

Keywords: *disease as a mortality cause, age and sex population structure, all-causes mortality, male and female mortality, mortality in 5-years age groups.*

М.Л. Свещинский,
д.м.н., ведущий научный сотрудник, Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения «Научно-Практический Центр Медицинской Радиологии Департамента Здравоохранения города Москвы»
А.С. Егоров,
заместитель директора по экономическим вопросам, Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения «Научно-Практический Центр Медицинской Радиологии Департамента Здравоохранения города Москвы»
А.В. Басарболиев,
руководитель отдела аудита и координации научной деятельности, Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения «Научно-Практический Центр Медицинской Радиологии Департамента Здравоохранения города Москвы»
Н.С. Полищук,
заведующий организационно-методическим отделом, Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения «Научно-Практический Центр Медицинской Радиологии Департамента Здравоохранения города Москвы»

ОПЕРАЦИОННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ОРГАНИЗАЦИИ МРТ ИССЛЕДОВАНИЙ В СЕТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Научно-практический центр медицинской радиологии ДЗМ г. Москва

УДК 614.2

Свещинский М.Л., д.м.н., Басарболиев А.В., Егоров А.С., Полищук Н.С. ***Операционные показатели и характеристика отдельных процессов организации МРТ исследований в сети амбулаторно-поликлинических учреждений*** *(Научно-практический центр медицинской радиологии ДЗМ г. Москва, Россия)*

Аннотация. Представлены сплошные данные о работе кабинетов магнитно-резонансной томографии амбулаторно-поликлинических центров города Москвы в 2016 г. Единообразие использованного оборудования, идентичность базовых условий организации работы кабинетов, применяемых схем компенсации затрат, принципов назначения исследований, мониторирования процессов и учета результатов, а также примененные информационные решения впервые в РФ дали возможность оценить характеристики процессов и операционных результатов в рамках сети всех 28 поликлинических МРТ кабинетов крупного города. Полученные результаты основываются на полученных on-line данных о процессах выполнения 64326 МРТ исследований.

Медиана годового количества исследований на одном аппарате составляла 2076, а первый и третий квартиль – 1830 и 2836 процедур соответственно. Анализируются возможные причины невысокого уровня загрузки оборудования. Так, среднее количество рабочих смен в различных ЛПУ существенно различалось и составляло от 24 (95% ДИ 18–30) до 49 (95% ДИ 43–52) смен в месяц. Неравномерной оставалась и загрузка кабинетов в течение дня. В первые четыре часа работы выполнялось до 41% всех исследований (95% ДИ 40,5–41,2). За последние четыре рабочих часа -лишь 20% всех исследований (95% ДИ 19,7–20,2). При этом, интервал между началом последовательно проводимых исследований составил 38 мин., первый квартиль ограничивался 29, а третий – 55 мин. С таким разрывом во времени начинались 50,7% всех исследований (95% ДИ 50,3–51,4). Каждый пятый интервал между исследованиями продолжался более часа, а 7,4% – более 90 мин. (95% ДИ 7,2–7,6). Лучшие в городе практики сокращают число таких полуторачасовых интервалов до 4,8%.

Среднее значение времени ожидания исследований в амбулаторных центрах составило в среднем 7,8 дней (ДИ 95% 7,7–7,9). Для 44,9% пациентов (95% ДИ 39,6–47,5) время ожидания не превышало 6 дней, а 8,2% нуждающихся попадали на исследования в день записи. В отдельных учреждениях время ожидания не превышало одного дня при сопоставимых объемах выполненных исследований.

Обсуждается необходимость совершенствования процессов выполнения диагностической услуги.

Ключевые слова*: магнитно-резонансная томография, процесс, индикаторы, модели организации.*

© М.Л. Свещинский, А.С. Егоров, А.В. Басарболиев, Н.С. Полищук, 2017 г.

Одной из задач службы лучевой диагностики является получение полной и достоверной информации для своевременного принятия врачом решения о необходимости последующего вмешательства. При этом, существенным критерием качества организации диагностического процесса остается эффективность использования имеющихся ресурсов, в том числе, медицинского оборудования.

Вопросы управления дорогостоящим и уникальным оборудованием повсеместно остаются в центре внимания как властных структур, так и менеджмента медицинских учреждений. Известен опыт стран, где на государственном уровне устанавливается минимальное среднесуточное время использования дорогостоящего оборудования [4]. Часто в качестве целевых показателей применяется время ожидания исследования [5] или средняя годовая нагрузка на прибор [1]. Последний индикатор распространен в качестве укрупненных оценок на уровне отдельных территорий или стран [6]. При этом, сравнения российских показателей с зарубежными свидетельствуют о менее интенсивном использовании в российских регионах и стране в целом рентгеновских и магнитно-резонансных томографов [2]. Однако, при таком укрупненном анализе не учитывается ни специфика модели организации диагностической службы, которая может предусматривать концентрацию упомянутого оборудования преимущественно в госпитальном секторе, ни принятая национальная клиническая практика, ни способы и полнота компенсации затрат и т.д.

В связи с этим представляется целесообразным и необходимым разработать и обосновать набор индикаторов процессов и результатов, позволяющих их использование для планирования радиологической службы и ее улучшений. Корректное формирование подобных наборов стало возможным с развитием информационных технологий, которые позволили без участия оператора оценить и консолидировать огромные объемы данных о процессах оказания диагностической помощи. В качестве одной из базовых технологий разработки таких индикаторов может рассматриваться система сбалансированных показателей (balanced scorecard). Такая система включает не только набор метрик удовлетворенности внешних и внутренних заказчиков, финансовые и операционные показатели, но и набор проактивных действий, включающий автоматизированные уведомления ответственных, рейтинги, механизмы мотивации на результат и т.д.

Материал и методы

Исследование выполнено на основе данных о работе кабинетов магнитно-резонансной томографии всех амбулаторно-поликлинических центров, обслуживающих взрослое население г. Москвы в течение 2016 г. В этих учреждениях, помимо МРТ, на регулярной основе массово проводились основные виды ультразвуковых и рентенологических исследований, включая рентгеновскую компьютерную томографию. Все аппараты МРТ имели напряженность магнитного поля 1,5 Тесла и были введены в эксплуатацию не более 5 лет назад.

Используемые в настоящей работе данные формировались автоматически в ходе выполнения каждого МРТ исследования и консолидировались в рамках Единой радиологической информационной системы (ЕРИС). Регистрация и накопление этих данных является дополнительной возможностью ЕРИС, предназначенной, в основном, для целей сбора, хранения, обмена, обработки и анализа медицинских изображений в системе городского здравоохранения. Получаемая информация сохранялась в цифровом виде на сервере системы и внешней коррекции не подвергалась. Из исследования исключены менее 0,5% диагностических процедур, информацию о месте выполнения которых корректно идентифицировать не удалось. В анализируемый массив не включались исследования, выполняемые вне территориальной программы государственных гарантий.

Обработка данных выполнена с помощью статистического пакета StatPlus (macPro) версии 6.1.10. Для данных, форма распределения которых соответствовала нормальному, в качестве центральной точки рассчитывалось среднее значение; для случаев распределения, отличного от нормального – медиана показателя и квартильные значения. Проверка нормальности распределения выполнялась с помощью критериев Колмогорова-Смирнова/Лиллифорса и Шапиро-Уилка. Доверительный интервал для долей рассчитывался вне вышеуказанного пакета на основе метода Клоппера-Пирсона. Все расчеты выполнялись для доверительной вероятности 95% при уровне значимости 5%.

Результаты и их обсуждение

В течение изучаемого периода на сервер ЕРИС получены данные из 28 кабинетов МРТ о выполнении 64326 исследований. Из двух учреждений данные удалось получить лишь за 4- и 7-месячные периоды соответственно. Из общего числа только 7,8% МРТ (95% ДИ 7,7–8,1) выполнены в виде двух, а еще 1,3% (95% ДИ 1,2–1,4) в виде трех и более последовательных процедур для одного пациента. Более половины «сдвоенных» исследований (53,4% ДИ 52,1–54,7) связаны с применением контрастирования. Поскольку 91% контрастных исследований в амбулаторно-поликлинических центрах (АПЦ) проводились лишь после проведения серии специальных образовательных и организационных мероприятий с августа 2016 г., их структуру и динамику мы сравнили за первый и четвертый квартал года. По нашим данным, отмечен прогрессивный рост контрастных исследований с 1,06% в первом квартале (95% ДИ 0,89–1,26) до 5,5% в последнем (95% ДИ 5,23–5,87). При этом, в октябре контрастное усиление применялось в 5,31% процедур (95% ДИ 4,75–5,91), а в декабре – практически с той же частотой, 5,94% (95% ДИ 5,41–6,51). Таким образом, более чем на 90% объем исследований в кабинетах МРТ определялся потоком пациентов, а не множественностью зон интересов или иными факторами.

Медиана количества исследований на одном аппарате МРТ в амбулаторно-поликлинических центрах в 2016 г. составляла 2076, а значения первого и третьего квартиля – 1830 и 2836 соответственно. При этом, средний показатель загрузки магнитно-резонансных томографов по всем видам ЛПУ в РФ в 2015 г. составил 3765 исследований на прибор. Основным объяснением данного различия является высокая насыщенность

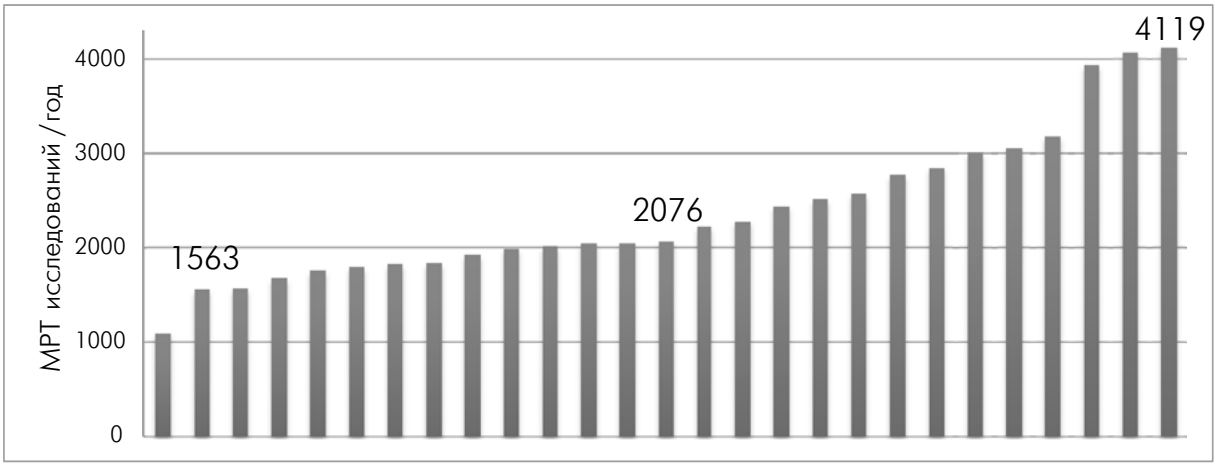


Рис. 1. **Годовые объемы зарегистрированных в ЕРИС МРТ-исследований в отдельных амбулаторно-поликлинических центрах г. Москвы**

амбулаторных учреждений города высокотехнологичным оборудованием и, как следствие, высокая доступность (данный параметр анализируется ниже по тексту).

Особенности объемов годовой загрузки в отдельных центрах оценивались с помощью коэффициента вариации, который достигал 33%, что служит доказательством высокой степени различий между ними. Заметно выше, чем в остальных, оказалась загрузка приборов в трех учреждениях. В каждом из них было выполнено от 3938 до 4119 процедур *(рис. 1)*.

Нашей дальнейшей задачей стал анализ причин сложившихся различий загрузки однотипного оборудования в различных медицинских учреждениях. В качестве таких причин нами изучались особенности режима фактической работы кабинетов и интенсивность использования оборудования.

Очевидно, что объем исследований в значительной мере определяется временем работы диагностического кабинета. В качестве такой оценки использовался подсчет количества рабочих смен в единицу времени, поскольку сама длительность рабочей смены является унифицированным параметром, имеющим свое нормативное обоснование. Подсчету подлежали все рабочие смены, во время которых выполнялось любое количество диагностических процедур. Соответственно, периоды, когда прибор не работал по техническим или иным причинам, а также из-за отсутствия специалистов, нами не учитывались. Данные о количестве рабочих смен за 2016 г представлены на *рис. 2.*

Максимальный показатель продолжительности работы для отдельного аппарата составил 571 смену в год, минимальный – 287. Медианное количество рабочих смен за год в кабинетах МРТ составило 469. В четверти учреждений (первый квартиль) кабинет принимал пациентов в течение 369 смен, еще в четверти (третий квартиль) – 492 смен за год соответственно. При этом, производственный календарь года включал в себя 247 рабочих дней при пятидневной рабочей неделе и состоял из 49 рабочих недель. Таким образом, максимальное расчетное количество рабочих периодов при пятидневном режиме работы могло достигать 494 смен, а при регулярной организации одной субботней смены – 543.

Необходимо отметить, что в течение года длительные перерывы, когда данные о проведении исследований не поступали, возникали в трех учреждениях. Продолжительность каждого такого интервала не превышала одного

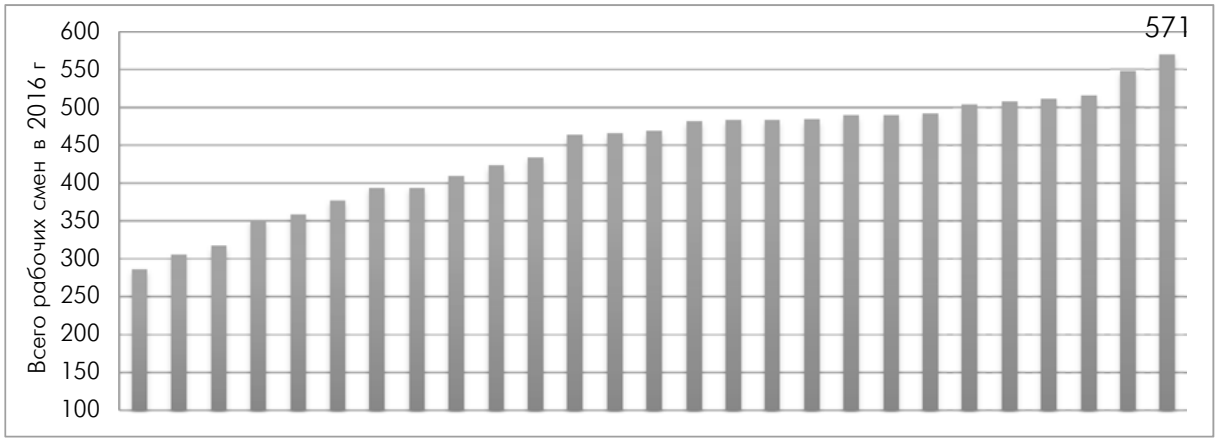


Рис. 2. **Количество рабочих смен за год в отдельных кабинетах МРТ**

календарного месяца. Причины таких перерывов в рамках настоящей работы не изучались. На следующем этапе работы нами оценивалось количество рабочих смен за каждый месяц. Средние значения этого показателя для различных АПЦ существенно различались и составляли от 24 (95% ДИ 18–30) до 49 (95% ДИ 43–52) смен в месяц.

В большинстве амбулаторных центров среднемесячное количество рабочих смен отличалось непостоянством. Так, лишь в 7 кабинетах МРТ количество смен в месяц изменялось не более, чем на 15% в течение года, в то время как в 10 кабинетах этот показатель превышал 25%, что свидетельствует о явно нестабильном графике работы. Обобщенные данные о среднемесячном количестве рабочих смен представлены на *рис. 3.*

Признаки такой заметной нестабильности характерны, как минимум, для половины кабинетов, что подтверждается значительным межквартильным размахом и наличием статистических выбросов преимущественно в сторону сокращения среднемесячного числа рабочих смен.

Нами было высказано предположение о прямой пропорциональной зависимости годовых объемов исследований и количества рабочих смен, однако оно не получило своего подтверждения. Отсутствие корреляционной связи между этими параметрами было подтверждено низким значением коэффициента корреляции Пирсона (r = 0,23). Графическим доказательством отсутствия такой взаимосвязи является диаграмма рассеяния *(рис. 4).*

Вероятной причиной такого несоответствия могут быть существенные различия количества диагностических процедур, проводимых в течение смены.

Особенности внутрисменной загрузки кабинетов МРТ амбулаторных центров нами изучались на данных, полученных за период с апреля по июнь 2016 г. За этот период всего было выполнено 17777 исследований. Доказательства о регулярной работе в субботние дни получены лишь от двух ЛПУ, а общая доля субботних исследований в рамках имеющейся выборки составила лишь 2,9% (95% ДИ 2,7–3,2). При этом, в рабочие дни поток исследований формировался как достаточно равномерный, с минимальной загрузкой по понедельникам, когда проводилось в среднем 16% всех исследований (95% ДИ 16,1–16,5) и максимумом загрузки по средам – 21%

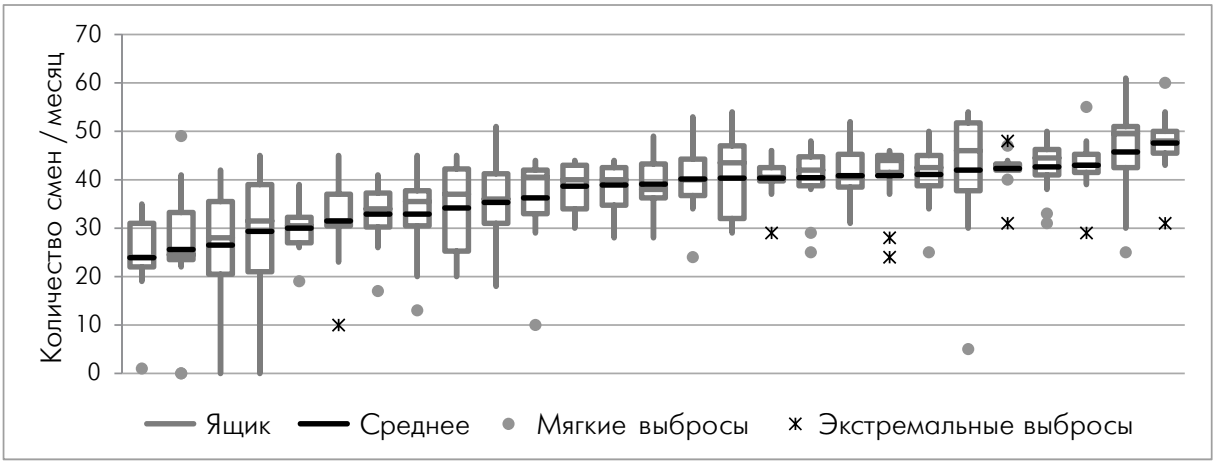


Рис. 3. **Среднемесячное количество рабочих смен в отдельных кабинетах МРТ[1]**

[1] Понятие «ящик» в диаграмме Тьюки относится к форме представления в одной фигуре горизонтальными отрезками снизу вверх значений третьего квартиля, медианы и первого квартиля изучаемого показателя.

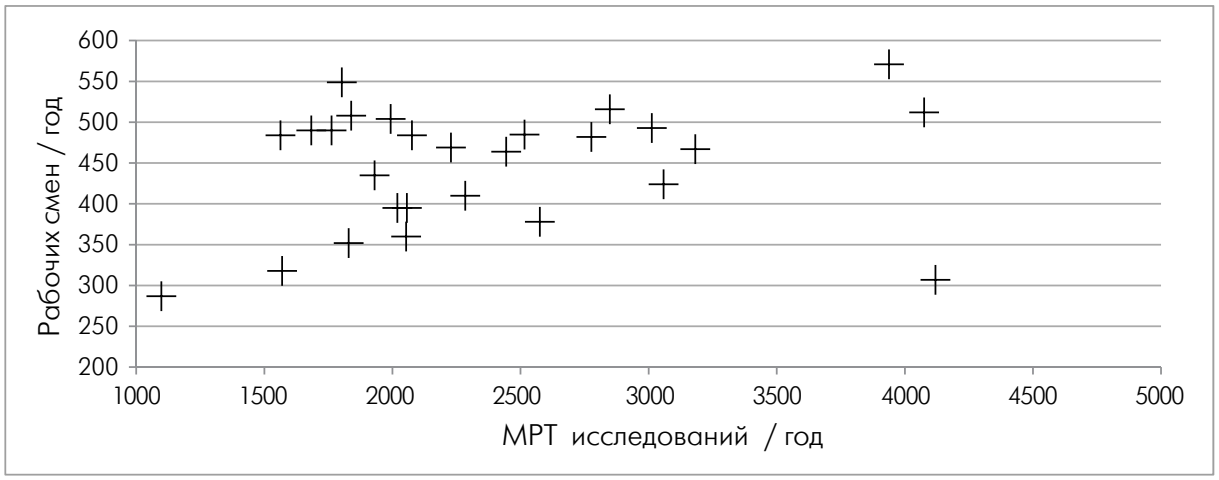


Рис. 4. **Взаимосвязь годовых объемов исследований с количеством рабочих смен в кабинетах МРТ**

недельного объема исследований (95% ДИ 20,4–21,6). В остальные дни выполнялось от 19,2 до 20,9% всех процедур.

Результаты анализа показали, что во всех АПЦ в первую смену устойчиво выполнялся бóльший объем работы. Так, в течение первой смены в апреле в московских амбулаторных центрах в среднем проводилось 61,5% исследований от общего числа за день. В четверти из них в первую смену выполнялось менее 54,8%, а еще в четверти – более 74%, то есть две трети диагностических процедур. Аналогичные междусменные различия нагрузки сохранялись в мае и июне, когда в течение первых смен выполнялось 63,7 и 62,7% от всего объема работы за месяц соответственно. В каждом четвертом учреждении на вторую смену приходилось не более четверти среднесуточного объема исследований. Таким образом, выявлена неравномерность формирования потока исследований в течение дня, характерная для всей службы.

В ходе более глубоких оценок, на основе данных за полный год, нами изучен инте-

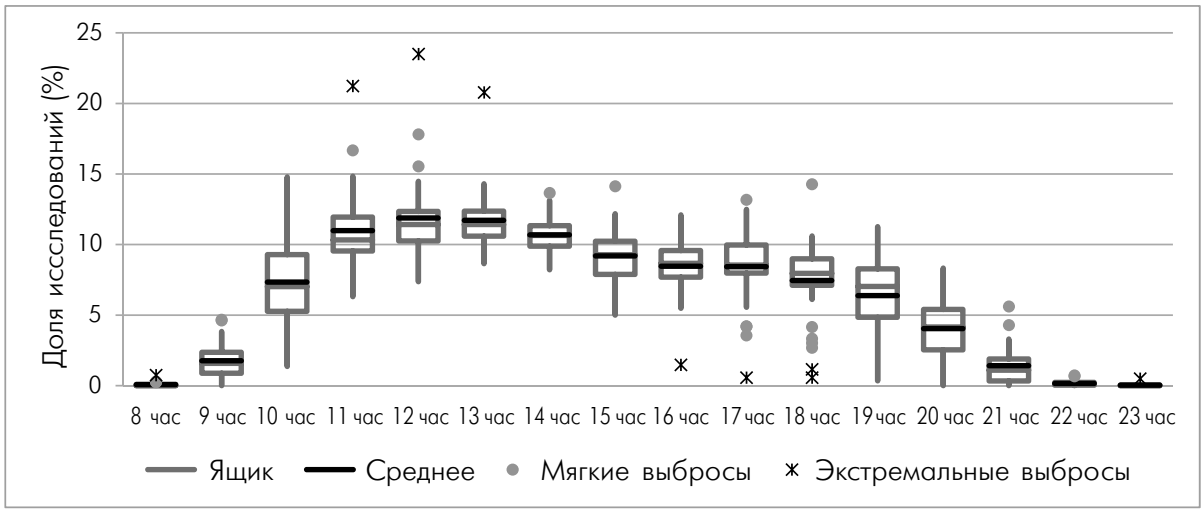


Рис. 5. **Почасовая динамика выполнения МРТ в московских АПЦ, 2016 г.**

гральный почасовой ритм проведения МРТ. В качестве точки автоматической регистрации времени использовался момент начала исследования. Результаты анализа представлены на *рис. 5.*

Данные свидетельствуют, что в целом по городским амбулаторным учреждениям на первые четыре часа работы приходится начало почти 41% всех проводимых за день исследований (95% ДИ 40,5–41,2). Последние четыре рабочих часа проходят с минимальной, постоянно и быстро снижающейся загрузкой. За это время проводится лишь 20% всех исследований (95% ДИ 19,7–20,2).

Неравномерность загрузки нами оценена и с помощью коэффициента вариации показателей почасовой загрузки. В четырех кабинетах доказательством стабильности рабочего ритма был коэффициент почасовой вариации менее 15%, хотя в целом по амбулаторной службе его значение составляло 24,5%, а четверти учреждений – 37%[2].

Таким образом, диагностический поток в кабинетах МРТ в целом оказался неравномерным, в силу чего нашей следующей задачей стал анализ почасовой загрузки аппаратуры.

Очевидно, что интенсивность потока исследований, то есть число диагностических процедур в единицу времени, зависит от ряда условий. В их числе и сложность поставленной клинической задачи, физический и ментальный статус пациента и многое другое. Если рассматривать процесс исследования в целом, становится понятным, что временные характеристики складываются из собственно периода выполнения процедуры, а также подготовительных и заключительных мероприятий. Не задаваясь на этом этапе целью определить длительность каждого из этих периодов, мы рассчитали общую продолжительность интервалов между началом последовательно выполняемых процедур (T_{int}). При этом было сделано допущение, что длительность самих процедур МРТ, проводимых в плановом порядке у взрослых людей в амбулаторном учреждении значимо не различается, а структура нозологии пациентов в каждом из этих ЛПУ примерно одинакова. При таких условиях различия интервалов времени между исследованиями в большей степени могут быть связаны либо с «не радиологическими» этапами процедуры, либо с отсутствием очередного пациента. Оценка выполнялась на данных об исследованиях, проведенных за каждый день в течение года во всех АПЦ, за исключением суббот. Массив данных сформирован из 45285 замеров, а основные результаты представлены на *рис. 6.*

Медиана T_{int} в нашем исследовании составила 38 мин. При этом первый квартиль ограничивался 29, а третий – 55 мин. В указанное межквартильное пространство вошло 50,7% всех данных (95% 50,3–51,4). Каждый пятый интервал между исследованиями длился более часа, а 7,4% – более 90 минут (95% ДИ 7,2–7,6). Характер распределения данных демонстрирует их сдвиг вправо.

Полагая, что наибольшие возможности для управления возникают при сокращении длительных разрывов между исследованиями, мы сравнили частоту упомянутых значений T_{int} в кабинетах МРТ различных АПЦ. Частота обнаружения коротких (менее 15 мин.) интервалов между исследованиями в целом коррелирует с количеством исследований двух и более анатомических зон в ходе одного визита и частотой применения контрастных средств. В силу этого, наибольший интерес представляет сравнительный анализ работы отдельных кабинетов на основе больших значений T_{int}. В нашем исследовании выявлено, что в половине амбулаторных центров интервалы между исследованиями продолжительностью от часа до полутора встречались в 12,5% случаев, а в четверти кабинетов – 18,7% наблюдений. Лучшие практики сокращают число таких промежутков до 4,8%. В половине кабинетов интервалы длительностью более полутора часов

[2] В статистике совокупности, имеющие стандартное отклонение более чем 1/3 среднего значения, т.е. коэффициент вариации больше 33% принято считать неоднородными.

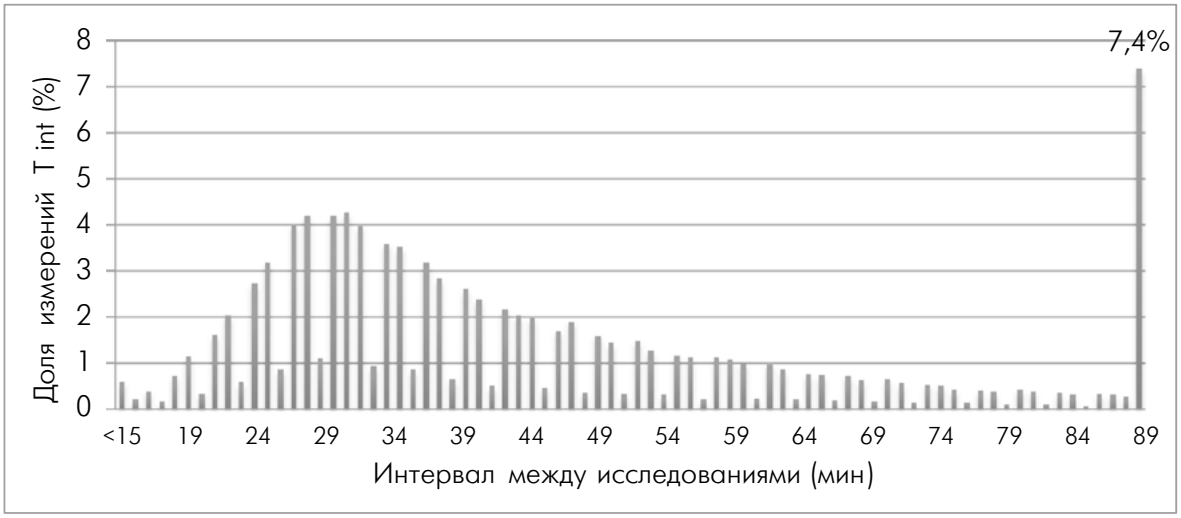


Рис. 6. **Гистограмма распределения значений T_{int} в кабинетах МРТ в 2016 г.**

были зарегистрированы в 7,6%, а в четверти кабинетов их доля превысила 11,3%. В одном кабинете зарегистрировано до 17,4% интервалов такой длительности.

Поскольку обнаруженные особенности потока исследований могут быть связаны с достижением предела потребности в них, нам представлялось важным изучить время фактического ожидания услуги. При этом мы исходили из допущения, что полностью обеспеченный спрос на МРТ в амбулаторном секторе может объяснить и относительно невысокую загрузку оборудования и прерывистость потока исследований. Нами изучалось время ожидания МРТ на основе данных, собранных по всем АПЦ в ноябре 2016 г. Объем выборки составил 4806 записей. Время ожидания, в рамках данной работы, определялось как промежуток времени в полных днях от даты регистрации заявки на процедуру в диагностическом кабинете до момента самого исследования.

Среднее время ожидания в ноябре 2016 г. не превышало 7,8 дней (ДИ 95% 7,7–7,9). Гистограмма распределения показателя представлена на *рис. 7.* Данные показывают, что лишь 43 человека или 0,9% нуждающихся

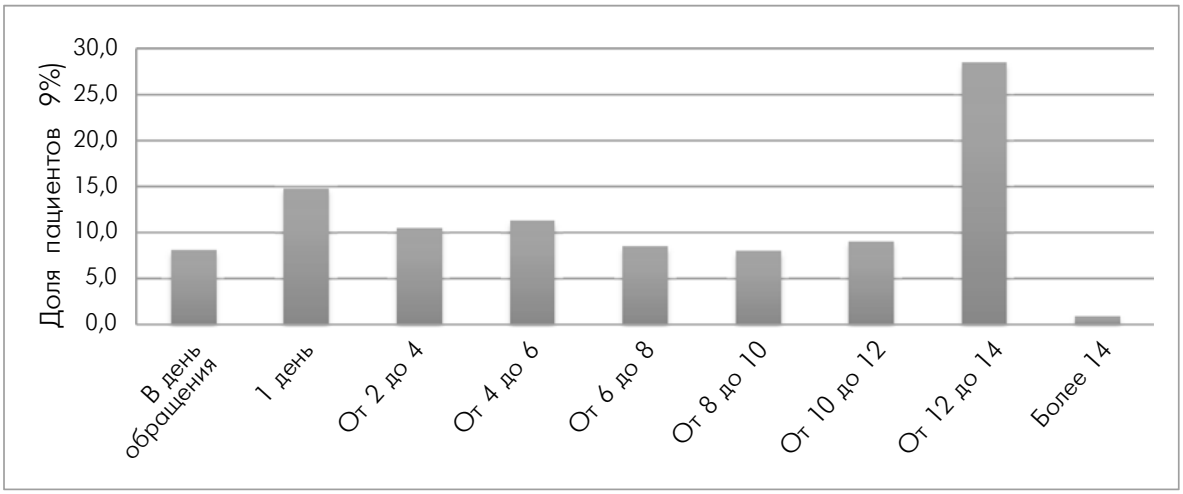


Рис. 7. **Количество пациентов (%) с различными сроками ожидания МРТ**

получили возможность обследования через 14 дней и позже. В то же время для 44,9% пациентов (95% ДИ 39,6–47,5) время ожидания не превышало 6 дней, а 8,2% нуждающихся попадали на исследования в день записи.

Связь между среднемесячными объемами исследований и длительностью периода ожидания оценивалась на выборке, сформированной по каждому кабинету МРТ, выполняющему ежемесячно не менее 150 процедур. Доказательств наличия такой связи нами не обнаружено (коэффициент корреляции Пирсона 0,5). Однако, даже при сопоставимой нагрузке в отдельных кабинетах среднее время ожидания отличалось кратно.

На *рис. 8* показаны медианные значения для времени ожидания по 14 кабинетам МРТ в сопоставлении с объемом выполненных в них исследований. Как следует из представленных данных, в разных учреждениях среднее время ожидания колебалось от одного до 12,9 дня, что при близких или сопоставимых объемах исследований можно объяснить лишь особенностями организации работы кабинета.

В качестве гипотезы, объясняющей неравномерность скорости потоков пациентов в диагностическом кабинете, мы рассматривали и возможность существенных различий в затратах времени на подготовительные и заключительные этапы МРТ. Принципиально это возможно при наличии широкого спектра клинических задач, которые ставятся перед врачом кабинета магнитно-резонансной томографии. Предполагаемые дополнительные затраты времени теоретически могли возникать и при анализе направлений от врачей, редко использующих данную методику. Для этого на массиве данных за первую половину года мы оценили преимущественную специализацию врачей, которые направляли пациентов на исследования. Как оказалось, 46,3% направлений были выданы неврологами (95% ДИ 44,9–47,6). Хирурги инициировали МРТ исследования в 15,2% случаев (95% ДИ 14,2–16,1), а терапевты в 19,8% случаев (95% ДИ 18,8–20,9). Лишь в 2,5% случаев исследования проводились по направлению онкологов. В структуре общего объема направлений неврологов, эндокринологов и онкологов 70,2% составила МРТ головного мозга (95% ДИ 68,6–71,7). Полученные данные не дают объяснения неравномерности диагностического потока, а преобладающая доля технологически однотипных исследований от узкой группы

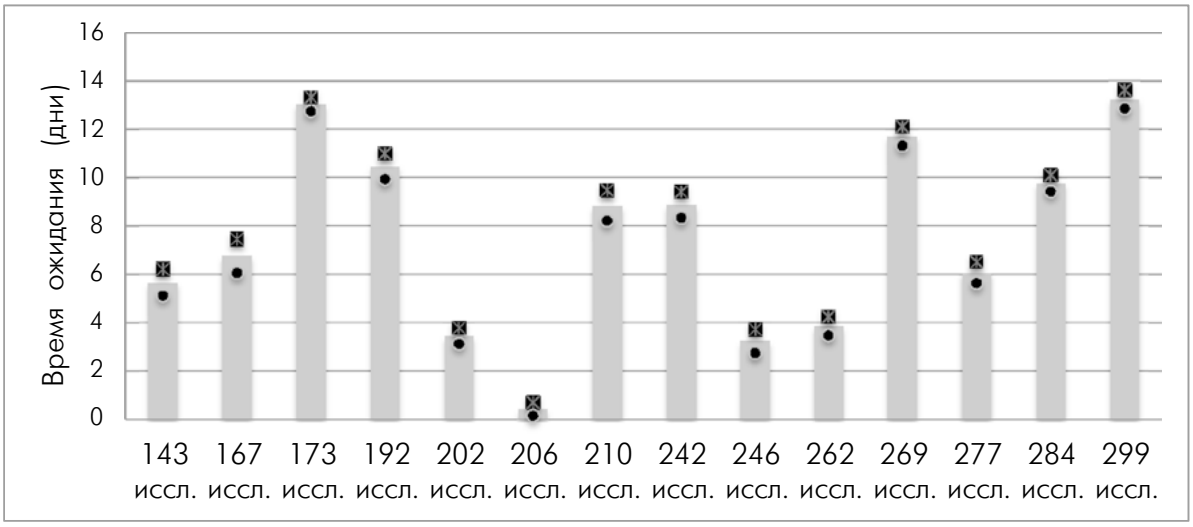


Рис. 8. **Время ожидания в сопоставлении с объемами исследований за месяц в амбулаторных центрах Москвы в ноябре 2016 г (столбик – среднее значение, маркеры – уровни ДИ 95%)**

специалистов заставляют искать другие причины найденной закономерности. Исследования в этой области будут нами продолжены.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют, что в 2016 г. загрузка установленных в амбулаторно-поликлинических центрах г. Москвы магнитно-резонансных томографов оставалась невысокой. Далеко не всегда формируется полноценный поток пациентов на вторую смену. Объем исследований по субботам кратно ниже, чем в другие дни. При этом, даже действующая модель организации и количество имеющихся приборов позволила сократить время ожидания плановых диагностических исследований, установленное Программой государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью. Факторами, ограничивающими более активное использование МРТ в амбулаторной практике, пока остаются недостаточное обеспечение квалифицированными кадрами, отсутствие системной регламентации внутренних рабочих процессов в отделениях диагностики и, возможно, недостаточный контроль за назначениями в условиях подушевого финансирования. Такие случаи необоснованного ограничения объемов исследований в поликлинических учреждениях, в том числе для снижения уровня расходов, известны. Однако, фактическую распространенность такого механизма и его влияния на объем и структуру назначений сложных методов лучевой диагностики еще предстоит оценить.

Необходимо отметить, что доступность МРТ исследований остается на высоком уровне, и все исследования по показаниям обеспечиваются в пределах 2 недель после назначения, что явно меньше сроков ожидания, установленных Программой государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Безусловно, в рамках настоящего исследования, не удалось с необходимым уровнем достоверности оценить сложившийся уровень обеспеченности населения в этом виде диагностической помощи, однако наши самые оптимистичные предварительные оценки свидетельствуют о сохраняющемся отставании от большинства развитых стран. При этом насыщенность лечебной сети магнитно-резонансными томографами вполне сопоставима с показателями многих из этих государств. Вероятно, активно реализуемые в системе городского здравоохранения образовательные программы как для радиологов, так и клиницистов, вскоре дадут свои результаты, в том числе и в форме более активного применения МРТ в клинически оправданных ситуациях.

Ключевой задачей для самой службы остается планирование и рациональное использование имеющихся ресурсов. В этом смысле управление диагностическими потоками как в рамках всей амбулаторно-поликлинической службы, так и отдельного учреждения, становится центральным вопросом повышения технологической и экономической эффективности медицинской помощи. Это означает, что для радиологических отделений должны быть разработаны и приняты ключевые целевые показатели деятельности. Управление процессами, направленное на достижение этих целей, невозможно без их измерения. Важнейшие результаты могут дать оценки и сравнение планового и фактического общего времени работы кабинета, мониторирование скорости потока пациентов, анализ причин их низкого уровня или нестабильности. Для оценки операционной активности диагностических кабинетов дают результаты регулярные оценки структуры и объемов исследований. При совершенствовании отдельных процессов могут применятся и более сложные оценки. Так, для проектов, направленных на повышение объемов исследований за счет сокращения времени между процедурами, может быть применен специальный индикатор. Он рассчитывается, как отношение суммарного времени работы прибора в процессе диагностического

исследования к общему лимиту рабочего времени кабинета [7].

Для нас очевидно, что любые процессные индикаторы в такой области, как лучевая диагностика, должны и могут работать лишь при условии приоритета клинических результатов и рассматриваться лишь в сочетании с ними [8]. Проведенные нами масштабные исследования дали статистическую основу для формирования целевых индикаторов процессов выполнения МРТ исследований, однако следует признать, что проведенные расчеты не исчерпывают всей полноты возможных оценок. В качестве еще одной перспективы мы рассматриваем возможность более глубокого анализа данных для объективизации нормирования трудозатрат и иных ресурсов, а также для формирования кастомизированного расписания исследований в зависимости от сложившейся или изменяющейся структуры клинических задач. При этом мы видим возможность применения использованных подходов к расчету процессных индикаторов не столько для целей их эпизодической регистрации и сравнения, сколько для оценки эффектов продолжающегося внедрения лучших моделей организации труда и широкого комплекса постоянно проводимых образовательных программ. В числе уже начатых внедрений – изменение порядка компенсации затрат на МРТ с контрастным усилением, внедрение в практику подробных регламентов для врачей поликлиник по выбору методов лучевой диагностики, развитие подходов к лучшему послегарантийному обслуживанию оборудования и другие. Оценка их влияния на конечные и промежуточные результаты деятельности службы МРТ амбулаторно-поликлинической службы будет темой последующих публикаций.

Литература

1. *Вялков А.И, Сквирская Г.П., Сон И.М., Серегина И.Ф., Билалов Ф.К.* Современные подходы к оценке эффективности и качества медицинских диагностических исследований. Менеджер здравоохранения. 2014; (9): 12–17
2. *Свещинский М.Л.* Национальные и региональные оценки использования диагностических ресурсов в РФ. Менеджер здравоохранения. 2013; (9):16–26
4. Managing high value capital equipment in the NHS in England// National Audit Office. – https://www.nao.org.uk/report/managing-high-value-capital-equipment-in-the-nhs-in-england/
5. https://www.gov.uk/government/news/nhs-diagnostics-waiting-times-and-activity-data-november-2012
6. https://data.oecd.org/searchresults/?q=MRI
7. *Lysdahl K., Borretzen I.* Geographical variation in radiological services: a nationwide survey. //BMC Health Services Research, 2007.7:21 doi:10.1186/1472-6963-7-21
8. *Cylus J., Papanicolas I., Smith P.C.* //Health System Efficiency. How to make measurement matter for policy and management. – European Observatory; 2016. – P. 266 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/324283/Health-System-Efficiency-How-make-measurement-matter-policy-management.pdf?ua=1

UDC 614.2

Sveshchinskiy M.L., Egorov A.S., Basarboliev A.V., Polishchuk N.S. ***Operational parameters and characteristics of MRI workflow in outpatient clinics of Moscow*** *(Radiology Research and Practical Centre, Moscow)*

Abstract. We present continuous data of outpatient MRI units in Moscow, 2016. Unit uniformity, identical working conditions, compensation schemes, study justification, process monitoring and result analysis as well as first-time adoption of newest information technologies in Moscow allowed for process characterization and advanced result analysis of 28 outpatient MRI units. Presented data encompasses operational parameters of 64326 MRI examinations with results being evaluated on-line.

Yearly median number of examinations for one MRI unit was 2076, with first and third quartile being 1830 and 2836. Reasons of low workload were analyzed. For instance, average number of work shifts in a month varied from 24 (95% CI 18–30) to 49 (95% CI 43–52). Workload during the day also varied. In first four hours of work shift up to 40% of all examinations were performed (95%; CI 40.5–41.2). In last four hours of work shift only 20% of all examinations were performed (95% CI 19.7–20.2). Additionally, the interval between sequential studies was 38 minutes, with first quartile being 29 minutes, and third quartile being 55 minutes. The delay was observed in 50.7 cases (95% CI 50.3–51.4). Every fifth delay was longer than 60 minutes, and in 7.4% of cases – longer than 90 minutes (95% CI 7.2–7.6). In best outpatient clinics, the prevalence of these intervals was only 4.8%.

Average waiting interval in outpatient clinics was 7.8 days (95% CI 7.7–7.9). In 44.9% of cases, it was shorter than 6 days (95% CI 39.6–47.5) and in 8.2% of cases examination was performed on the day of study reservation. In several clinics waiting interval did not exceed one day without any detrimental effect on overall workload.

The results highlight the need to improve operational processes and overall quality of diagnostic services.

Keywords: *magnetic resonance imaging, process, indicators, organizational model*

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДО 2025 ГОДА: ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

11 апреля премьер-министр Дмитрий Медведев дал ряд поручений по развитию системы здравоохранения до 2025 г. Минздраву и Минфину России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и Центром стратегических разработок предстоит до 30 июня 2017 г. обеспечить формирование приоритетных проектов по основному направлению стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение», руководствуясь следующими основными целевыми показателями:

- увеличение ожидаемой продолжительности жизни к 2025 г. не менее чем до 76 лет;
- увеличение средней продолжительности здоровой жизни к 2025 г. до 66 лет;
- снижение младенческой смертности до 4,5 случаев на 1 тыс. родившихся живыми;
- снижение смертности лиц трудоспособного возраста к 2025 году до 380,0 случаев на 100 тыс. населения соответствующего возраста;
- снижение смертности от болезней системы кровообращения до 500,0 случаев на 100 тыс. населения;
- снижение смертности от новообразований (в том числе злокачественных) до 185,0 случаев на 100 тыс. населения;
- сокращение времени ожидания врача в учреждениях первичного звена здравоохранения и увеличение времени приёма врачом пациента;
- увеличение численности врачей, в том числе врачей-специалистов, работающих в первичном звене здравоохранения;
- увеличение численности врачей, прошедших повышение квалификации.

Минздраву и Минфину при формировании проекта федерального бюджета на 2018 г. и плановый период 2019 и 2020 гг. поручено предусмотреть средства федерального бюджета на реализацию мероприятий приоритетных проектов по направлению стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение». Ведомствам это предстоит сделать до 5 июля и далее – до 30 сентября этого года.

Источник: сайт Правительства РФ

Е.А. Подольская,
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, eap25@mail.ru
ОБУЗ «Курский областной клинический онкологический диспансер»

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ

УДК 614.02

Подольская Е.А. ***Особенности функционирования системы ультразвукового обследования пациентов со злокачественными новообразованиями мочевыделительной сферы*** *(ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ОБУЗ «Курский областной клинический онкологический диспансер», Курск, Россия)*

Аннотация. Заболеваемость злокачественными новообразованиями мочевыделительной сферы в России неуклонно растёт. Тем не менее, в Российской Федерации нет документа, утверждающего стандарт первичной медико-санитарной помощи при данной патологии. На практике нагрузка по первичной и специализированной ультразвуковой диагностике ложится на плечи врачей онкодиспансеров. Цель исследования – анализ эффективности работы служб ультразвуковой диагностики г. Курска и районов Курской области при обследовании больных злокачественными новообразованиями мочевыделительной сферы на этапах первичного осмотра, специализированного лечения, диспансерного наблюдения, обращаемость этой группы населения в коммерческие структуры. В исследование включены 309 пациентов, поставленные на онкологический учёт в Курском областном клиническом онкологическом диспансере с 2012 по 2015 гг. с диагнозами рак почки и рак мочевого пузыря. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы SPSS «STATISTICS20.0». Для определения связи между переменными составлены таблицы сопряженности. В качестве критерия связи использовался $\chi 2$ Пирсона, оценивалась его асимптоматическая двусторонняя значимость.

Исследование показало, что большая часть пациентов со злокачественными новообразованиями мочевыделительной сферы проходило первичное ультразвуковое обследование в медицинских учреждениях первичного звена. Однако, часто объём обследования выполнялся не полностью. Основной фактор, определяющий результативность первичного УЗИ – учреждение его проведения ($p < 0,01$). Наибольшие проблемы возникали при исследовании забрюшинных лимфатических узлов и нижней полой вены, а также при выявлении опухолей небольших размеров (T1).

Ключевые слова: *ультразвуковая диагностика; организация здравоохранения; рак мочевого пузыря; рак почки.*

Заболеваемость злокачественными новообразованиями мочевыделительной сферы (ЗНМВС) в России неуклонно растёт. Так, в 1993 г. заболеваемость раком почки была 7,26 человек на 100000 населения, а в 2013 г. этот показатель достиг 12,75; заболеваемость раком мочевого пузыря за 20 лет выросла с 10,65 до 12,13 человек на 100000 населения [6].

В настоящее время ультразвуковые исследования (УЗИ) используются на всех этапах диагностики и лечения больных раком почки (РП) и мочевого пузыря (РМП). Это связано с высокой информативностью,

© Е.А. Подольская, 2017 г.

экономичностью, неинвазивностью метода, возможностью повторного его проведения [7]. В Российской Федерации нет документа, утверждающего стандарт первичной медико-санитарной помощи при злокачественных новообразованиях мочевыделительной системы.

УЗИ, согласно клиническим рекомендациям ассоциации онкологов России по диагностике и лечению рака почки, необходимо для решения следующих вопросов:

- выявление объёмного образования почки;
- проведение дифференциальной диагностики между кистозным образованием и со́лидной опухолью;
- оценка состояния зон регионарного и отдалённого метастазирования;
- определение протяжённости опухолевого тромбоза нижней полой вены (НПВ);
- интраоперационная оценка локализации и размеров опухоли при выполнении резекции почки.

Диагностическая эффективность УЗИ при раке почки зависит от стадии опухолевого процесса и варьируется от 79% до 87–100% [2].

Ультразвуковому исследованию ассоциация онкологов отводит ведущее место в диагностике РМП. Информативность достигает 94%, зависит от размера опухоли [3].

Согласно приказу Министерства здравоохранения России от 15.11.2012 № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»», задачей отделения ультразвуковой диагностики (УЗД) онкологического диспансера является: проведение уточняющей диагностики злокачественных новообразований, осуществление мониторинга и оценки эффективности проведённого лечения [5]. Таким образом, законодательно выделен специализированный этап ультразвукового обследования больных со злокачественными новообразованиями.

В то же время, работа врачей УЗД регламентируется действующим приказом Министерства здравоохранения РСФСР от 02.08.91 № 132 «О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ СЛУЖБЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ» [4], согласно которому при 6,5 часовом рабочем дне норма нагрузки на врача УЗД – 33 условные единицы.

На практике в онкологический диспансер направляются необследованные пациенты, больные с неполным или малоинформативным обследованием. В данной ситуации врачи УЗД онкологических диспансеров загружаются рутинной диагностической работой: выполнением функции первичной медико-санитарной помощи, пересмотрами (из-за недоверия онкологов данным УЗИ первичного звена) как на амбулаторном этапе, так и при поступлении в профильные отделения стационара. Из-за этого факта врачи УЗД специализированных учреждений либо значительно перерабатывают, либо создаются очереди, затягивающие диагностический период. В таких условиях специалисты УЗД лишены возможности творческого подхода к работе, освоения новых технологий.

Целью исследования является анализ работы служб УЗД г. Курска и районов Курской области при обследовании больных ЗНМВС на этапах первичного осмотра, специализированного лечения, диспансерного наблюдения, обращаемость этой группы населения в коммерческие структуры.

Материалы и методы

В исследование включены 309 пациентов, поставленные на онкологический учёт в Курском областном клиническом онкологическом диспансере (КОКОД) с 2012 по 2015 гг. с диагнозами: РП – 206 случаев (66,7%), РМП – 103 случая (33,3%). Возраст больных варьировался от 22 до 81 года (медиана – 61 год). По месту жительства пациенты разделены следующим образом: г. Курск – 116 чел. (37,5%) и 193 чел. (62,5%) – жители 28 районов Курской области *(таблица 1).*

В исследуемой группе пациентов с РП были установлены следующие стадии заболевания: первая стадия – 111 случаев (53,9%), вторая – 54 случая (26,2%), третья – 26 случаев (12,6%), четвёртая –15 случаев (7,3%).

Таблица 1

Распределение больных раком мочевыделительной сферы исследуемой группы в Курской области

	Районы	*Количество (абсолютное) (чел.)*	*Количество (%)*
1	Беловский	3	1,0
2	Большесолдатский	4	1,3
3	Глушковский	3	1,0
4	Горшеченский	5	1,6
5	Дмитриевский	4	1,3
6	Железногорский	43	13,9
7	Золотухинский	7	2,3
8	Касторенский	4	1,3
9	Конышевский	2	0,6
10	Кореневский	2	0,6
11	Курский	9	2,9
12	Курчатовский	15	4,9
13	Льговский	5	1,6
14	Мантуровский	7	2,3
15	Медвенский	2	0,6
16	Обоянский	13	4,2
17	Октябрьский	9	2,9
18	Поныровский	3	1,0
19	Пристенский	2	0,6
20	Рыльский	8	2,6
21	Советский	8	2,6
22	Солнцевский	4	1,3
23	Суджанский	5	1,6
24	Тимский	6	1,9
25	Фатежский	5	1,6
26	Хомутовский	3	1,0
27	Черемисиновский	6	1,9
28	Щигровский	6	1,9
29	Курск	116	37,5
30	Итого	309	100,0

В группе пациентов с РМП были установлены следующие стадии заболевания: первая стадия – 59 случаев (57,3%), вторая – 28 случаев (27,2%), третья – 16 случаев (15,5%).

Анализируемая группа пациентов получила следующее лечение: только хирургическое – 263 (85,1%) пациента, комбинированное – 11 (3,6%) пациентов, комплексное – 26 (8,4%) пациентов, симптоматическое – 9 (2,9%) случаев.

Проанализированы протоколы УЗИ в различных учреждениях Курской области на всех этапах диагностики, лечения и динамического

наблюдения. Произведена оценка качества протоколов и объёмов ультразвукового обследования, выполнялись сопоставления данных УЗИ с результатами других методов визуализации (компьютерной томографии, магниторезонансной томографии и прочих) и окончательным диагнозом. Отдельно изучены обращения пациентов в частные медицинские центры.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы SPSS «STATISTICS20.0». Для определения связи между переменными составлены таблицы сопряженности. В качестве критерия связи использовался $\chi 2$ Пирсона, оценивалась его асимптоматическая двусторонняя значимость [1].

Результаты

При анализе учреждений проведения первого УЗИ больных ЗНМВС получены следующие результаты *(таблица 2)*. По месту прикрепления УЗИ получили 204 (66%) больных, в условиях ургентной службы – 24 (7,8%), в коммерческих центрах – 28 (9,1%), в КОКОД – 17 (5,5%), в Курской областной клинической больнице (КОКБ) – 26 (8,4%), в прочих учреждениях – 10 (3,2%) случаев.

При проведении статистических расчетов мы не выявили достоверной связи между районом проживания пациента и местом проведения первичного УЗИ ($p > 0,05$).

Установлено, что у 184 (59,5%) пациентов объём первичного обследования органов брюшной полости соответствовал рекомендациям ассоциации онкологов. При проведении статистической обработки мы выявили достоверную связь ($p < 0,01$) между местом проведения первичного УЗИ и объёмом обследования пациентов. Так, наибольшее количество недообследованных пациентов приходилось на поликлиники по месту жительства (83 случая (66,4%)), ургентные службы (20 случаев (16%)) и коммерческие центры (14 наблюдений (11,2%)). Осмотр нижней полой вены (НПВ) при раке почки производился только в условиях КОКОД.

При оценке протоколов УЗИ обнаружено, что все описания первичных исследований были удовлетворительного качества.

В 228 (73,8%) случаях, включённых в исследование, производились пересмотры УЗИ органов брюшной полости в стенах КОКОД. В 113 (36,6%) случаях осмотр носил детализирующий, а в 115 (37,2%) – полный (комплексный) характер. Таким образом, у 245 (81,7%) больных УЗИ до начала лечения (включая первичные УЗИ и пересмотры) выполнялось в онкологическом диспансере.

При анализе данных первичного УЗИ, в 18 (5,8%) случаях наблюдались расхождения с заключениями (результатами пересмотра) диспансера и в 19 (6,1%) – с клиническим

Таблица 2

Учреждения проведения первичного ультразвукового исследования больных раком мочевыделительной сферы

Медицинские учреждения	*Количество (абсолютное)*	*Количество (%)*
Место прикрепления	204	66,0
Ургентная служба	24	7,8
Коммерческие структуры	28	9,1
КОКОД (амбулаторный приём)	11	3,6
КОКОД (стационар)	6	1,9
КОКБ	26	8,4
Прочее	10	3,2
Итого	309	100,0

диагнозом. При проведении статистического анализа выявлена достоверная связь этих показателей с местом проведения первичного УЗИ (p< 0,01). Так, максимальное количество расхождений (16 случаев) выявлено при проведении первичного УЗИ в учреждениях здравоохранения по месту прикрепления пациентов.

Также информативность первичного УЗИ связана со стадией и распространённостью онкологического процесса (p< 0,01). Наибольшее количество расхождений с диагнозом выявлено при обследовании пациентов с ранним опухолевым процессом (T1) – 7 из 19 (36,8%) расхождений, а также при лимфогенном (N1) метастазировании – 6 (31,6%) случаев.

Анализ места проведения УЗИ пациентам со ЗНМВС на этапах комплексного или комбинированного лечения (37 пациентов) показал следующее: в диспансерном отделении КОКОД (амбулаторно) УЗИ проходили в 4 (2,8%) случаях, в стационарных отделениях КОКОД – в 33 (97,2%) наблюдениях.

После окончания специализированного лечения пациентам III клинической группы (291 чел.) производилось УЗИ: в поликлинике по месту жительства – 258 (88,7%), в КОКОД – 12 (3,9%), в коммерческих центрах – 17 (5,5%), в КОКБ – 3 (1%) в прочих учреждениях – 1 (0,32%) пациенту.

Отдельно изучалась обращаемость пациентов в коммерческие медицинские учреждения. Так, из 309 пациентов 34 (11,1%) проходили УЗИ в частных центрах: однократно – 16 чел., дважды – 5, трижды – 8, более трёх – 5 чел. В 8 (23,5%) случаях платная помощь оказывалась жителям г. Курска, в 26 (76,5%) – больным из районов области. К коммерческим услугам в 28 случаях прибегали пациенты при выполнении первичного УЗИ, в остальных случаях исследования выполнялись после проведённого специализированного лечения (III клиническая группа). При проведении статистических расчётов не выявлено достоверной разницы по обращению в коммерческие клиники между районными и курскими пациентами.

Заключение

Наше исследование показало, что большая часть пациентов со ЗНМВС проходило первичное ультразвуковое обследование в медицинских учреждениях первичного звена. Однако, часто объём обследования выполнялся не полностью. Основной фактор, определяющий результативность первичного УЗИ – учреждение его проведения. Наибольшие проблемы возникали при исследовании забрюшинных лимфатических узлов и НПВ, а также при выявлении опухолей небольших размеров (T1).

Для повышения эффективности работы служб ультразвуковой диагностики при обследовании больных злокачественными новообразованиями мочевыделительной сферы необходимо:

- проанализировать оснащение ультразвуковыми сканерами, укомплектованность врачами УЗД, образование и стаж работы врачей УЗД лечебно-профилактических учреждений первичного звена;
- разработать и внедрить программу тематического усовершенствования, учебного модуля в рамках непрерывного образования для специалистов ультразвуковой диагностики первичного звена по обследованию больных злокачественными новообразованиями мочевыделительной сферы (включая диагностику лимфогенного метастазирования, мониторинг опухолевого процесса на фоне специализированного лечения, выявление рецидивов, УЗИ нижней полой вены);
- разработать документы, регламентирующие этапность и объёмы обследования пациентов со злокачественными новообразованиями мочевыделительной сферы.

Литература

1. *Ахим Бююль, Питер Цефель.* SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей. М.: ДиаСофт, 2005. – 608 с.

2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению рака мочевого пузыря ассоциации онкологов России, 2014 год. URL.: http://www.oncology.ru/association/clinical-guidelines/2014/25.pdf (Дата обращения 04.02.17)

3. Клинические рекомендации по диагностике и лечению рака почки ассоциации онкологов России, 2015 г. URL.: http://oncology-association.ru/docs/recomend/jun2015/38vz-rek.pdf (Дата обращения 04.02.17)

4. О совершенствовании службы лучевой диагностики: приказ Минздрава РСФСР от 02.08.91 № 132. URL.: http:// www.rasudm.org/information/docs.htm (Дата обращения 23.10.2014)

5. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология": Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 915н.URL.: http://www.gov.cap.ru/UserFiles/orgs/Grvid_11/oncologiya.pdf (Дата обращения 23.10.2014)

6. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году /под редакцией А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2014. – 235 с.

7. *Чиссов В.И., Дарьялова С.Л.* Онкология. – М.: «ГЭОТАР-Медиа». –2007. – 560 с.

UDC 614.2

Podolskaya E.A. ***Functional features of the system of ultrasound examination of patients with urinary malignant neoplasms*** *(Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation Kursk Regional Clinical Cancer Center, Kursk, Russia)*

Abstract. The incidence of the urinary malignant neoplasms has been steadily growing in Russia. However, in the Russian Federation there is no document, approving the standard of primary health care in this pathology. In practice, the burden of primary and specialized ultrasound of the urinary malignant neoplasms rests on the shoulders of Oncology Center doctors. Purpose – analysis of the effectiveness of the ultrasound diagnostic services in Kursk and the Kursk region at the urinary malignant neoplasms examination of patients at primary inspection, the specialized treatment, dispensary observation, uptake of this population in commercial structures. The study includes 309 patients assigned to Cancer registration in Kursk Regional Clinical Oncology Center from 2012 to 2015 diagnosed with kidney cancer and bladder cancer. Statistical analysis of the data is performed using SPSS «STATISTICS20.0». Our study shows that the majority of patients with primary urinary malignant neoplasms holds ultrasound examination in primary health care facilities. Often, however, the survey volume is carried out incomplete. The main factor determining the effectiveness of the primary ultrasound is an establishment of the meeting ($p < 0,01$). The greatest problems encounter in the study of retroperitoneal lymph nodes and the inferior vena cava, and the detection of tumors of small dimensions (T1). The ways of elimination of shortcomings of the ultrasound system and direction of further scientific research are proposed in this article.

Keywords: *ultrasound diagnostics; health organization; bladder cancer; kidney cancer.*

Р.Ф. Аюпова,
заместитель главного врача по общим вопросам, Республиканская станция переливания крови, г. Уфа, Россия, ayupova63@yandex.ru
У.С. Султанбаев,
к.м.н., главный врач, Республиканская станция переливания крови, г. Уфа, Россия, ufa.rspk@doctorrb.ru
Е.Б. Жибурт,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой трансфузиологии, Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия, ezhiburt@yandex.ru

НАГРУЗКА НА СЛУЖБУ КРОВИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЁМОВ ТРОМБОЦИТОТЕРАПИИ ПО ДНЯМ НЕДЕЛИ

УДК 615.38

Аюпова Р.Ф., Султанбаев У.С., Жибурт Е.Б. ***Нагрузка на службу крови медицинских учреждений в зависимости от объёмов тромбоцитотерапии по дням недели*** *(Республиканская станция переливания крови, г. Уфа, Россия; Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Оценили частоту переливания, целеполагание и стратификацию 1519 доз донорских тромбоцитов в различные дни недели в 16 клиниках Республики Башкортостан. Доля перелитых тромбоцитов в разные дни недели в клиниках различается в 5,1 раза. Потребности клиник с воскресенья по вторник включительно в тромбоцитах составляют 17,2% общего потребления и на 61,3% ($p < 0,01$) чаще, чем в другие дни недели удовлетворяются за счет аферезных тромбоцитов. Максимальная равномерность дат переливания тромбоцитов выявлена в Республиканской детской клинической больнице, в которой со среды до пятницы включительно переливают 51,2% тромбоцитов, тогда как в остальных клиниках – 76,8% ($p < 0,01$). Повышенная частота начала тромбоцитотерапии в пятницу в небольших клиниках может стать причиной аудита соответствия этих трансфузий правилам. Полученные результаты могут быть полезны для оценки перегрузки или простоя службы крови клиник, повышению эффективности клинической работы.

Ключевые слова: *служба крови, переливание, тромбоциты, аферез, пулирование, неделя, организация труда, управление.*

Возрастающие требования к качеству гемотрансфузионной терапии сочетаются с возрастанием сложности пути гемокомпонента от вены донора до вены реципиента [1–3, 5]. Этот путь представляет собой медицинскую распределенную систему, объединяющую специалистов производственной (станция переливания крови) и клинической (больница) трансфузиологии, зачастую не очень хорошо информированных о работе друг друга [7, 13, 15].

Работа производственного звена службы крови во многом зависит от календаря, а точнее выходных и праздников, в которые традиционно отдыхают и доноры, и сотрудники [12]. Из 731 организации службы крови России более половины принимают доноров в течение 5 дней, в 36% случаев прием доноров осуществляется

© Р.Ф. Аюпова, У.С. Султанбаев, Е.Б. Жибурт, 2017 г.

не более 3 раз в неделю и есть организации, принимающие доноров 1 раз в месяц. Шесть дней в неделю принимают доноров 12 организаций службы крови [4].

В клиническом стационаре общепризнана проблема «выходных дней», с которыми связывают увеличение частоты внутригоспитальных осложнений. Так в США, по данным обследований 351 миллиона пациентов, госпитализация пациента в выходной день сопряжена с увеличением риска осложнений на 20%, что увеличивает риск роста расходов на 83% и риск увеличения продолжительности стационарного лечения на 38% [14].

Как болезнь не знает выходных, так и современная клиника должна быть эффективной круглосуточно [8].

Взаимодействие станции переливания крови (СПК) и клиники вносит дополнительные логистические трудности во всех звеньях цепи от способа приготовления концентрата донорских тромбоцитов, определения показаний к переливанию тромбоцитов до их доставки в лечебное отделение [9–10, 16].

Цель исследования – оценить частоту переливания, целеполагание и стратификацию донорских тромбоцитов в различные дни недели в клиниках Республики Башкортостан (РБ).

Материалы и методы исследования

Оценили переливание тромбоцитов в клиниках РБ с 14 января по 30 сентября 2016 г.

С использованием опросника «Обследование переливания тромбоцитов» [11] оценили цель переливания и вид использованных тромбоцитов с 14 января по 30 сентября 2016 г.

В 16 клиниках 246 пациентов получили 1519 лечебных доз тромбоцитов *(таблицы 1 и 2),* патогенредуцированных технологией интерсепт.

В 57 случаях включенных в исследование пациентов госпитализировали повторно и вновь начинали переливание тромбоцитов.

Применяли тромбоциты 2 типов:

1) пулированные – полученные путем соединения тромбоцитарных фракций 4–7 доз цельной крови;
2) аферезные – полученные аппаратным аферезом от одного донора (при процедуре афереза из крови выделяется нужный компонент, а остальные возвращают в сосудистое русло донора).

В 2 протоколах отсутствовали сведения о цели переливания, в 1 – не указана дата переливания.

В 20 протоколах отсутствовали сведения о способе получения тромбоцитов.

Таблица 1

Переливание тромбоцитов в разные дни недели в клиниках региона

День недели	*Всего*		*Лечение*		*Профилактика*	
	n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*
Понедельник	78	5,1	2	1,9	76	5,4
Вторник	55	3,6	7	6,5	48	3,4
Среда	255	16,8	21	19,4	234	16,6
Четверг	375	24,7	24	22,2	351	24,9
Пятница	394	26,0	34	31,5	360	25,6
Суббота	232	15,3	11	10,2	221	15,7
Воскресенье	127	8,4	9	8,3	118	8,4
Всего	1516	100,0	108	100,0	1408	100,0

Результаты исследовали с использованием дескриптивных статистик при уровне значимости 0,05.

Результаты исследования

Установлено, что доля перелитых тромбоцитов в разные дни недели весьма вариабельна: от 5,1% в понедельник, до 26,0% – в пятницу. При этом нет отличий частоты использования тромбоцитов для остановки или профилактики кровотечения *(таблица 1)*.

В течение трех дней минимальной трансфузиологической активности (воскресенье – вторник) перелили 17,2% тромбоцитов (258 доз). Однако 42,2% из них составили аферезные тромбоциты (109 доз). Тем самым потребности клиник, с воскресенья по вторник включительно, значимо (на 61,3%) чаще удовлетворяются за счет аферезных тромбоцитов (отношение шансов (ОШ) 2,06, 95% доверительный интервал (ДИ 95%) от 1,56 до 2,72, χ^2 = 26,78, p < 0,01), чем в другие дни недели *(таблица 2)*.

Установлено, что концентраты донорских тромбоцитов переливают 16 клиник:

– Республиканская детская клиническая больница (РКБ) – 36,3%;

– Республиканская клиническая больница (РДКБ) – 29,2%;

– Городская клиническая больница № 13 (ГКБ 13, Уфа) – 27,2%;

– еще 13 клиник – 6,3%.

Неравномерность дат переливания тромбоцитов характерна для всех основных потребителей. В меньшей степени это относится к РДКБ, в которой с субботы по вторник переливают 48,8% тромбоцитов, тогда как в остальных клиниках – 23,2% (ОШ 3,15, ДИ 95% от 2,52 до 3,95, χ^2 = 104,7, p < 0,01) *(рис. 1)*.

Аналогичная неравномерность выявлена и у дат начала переливания тромбоцитов. Также отмечается более равномерная работа в РДКБ, в которой с субботы по вторник начинают тромбоцитотерапию в 27,0% случаев, тогда как в остальных клиниках – в 11,4% (ОШ 2,89, ДИ 95% от 1,5 до 5,57, χ^2 = 10,67, p < 0,01).

Интересно, что в небольших клиниках чаще (в 31,3% случаев) начинают тромбоцитотерапию в пятницу, тогда как в остальных клиниках – в 13,6% (ОШ 2,91, ДИ 95% от 1,54 до 5,5, χ^2 = 11,44, p < 0,01). Не исключено, что таким образом проводится «усиленная» профилактика тромбоцитопенического кровотечения накануне выходных дней *(рис. 2)*.

Таблица 2

Переливание аферезных и пулированных тромбоцитов в разные дни недели

День недели	*Всего*		*Аферез*		*Пул*	
	n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*
Понедельник	77	5,1	34	7,8	43	4,0
Вторник	54	3,6	28	6,5	26	2,4
Среда	252	16,8	55	12,7	197	18,5
Четверг	368	24,5	98	22,6	270	25,4
Пятница	391	26,1	108	24,9	283	26,6
Суббота	230	15,3	64	14,7	166	15,6
Воскресенье	127	8,5	47	10,8	80	7,5
Всего	1499	100,0	434	100,0	1065	100,0

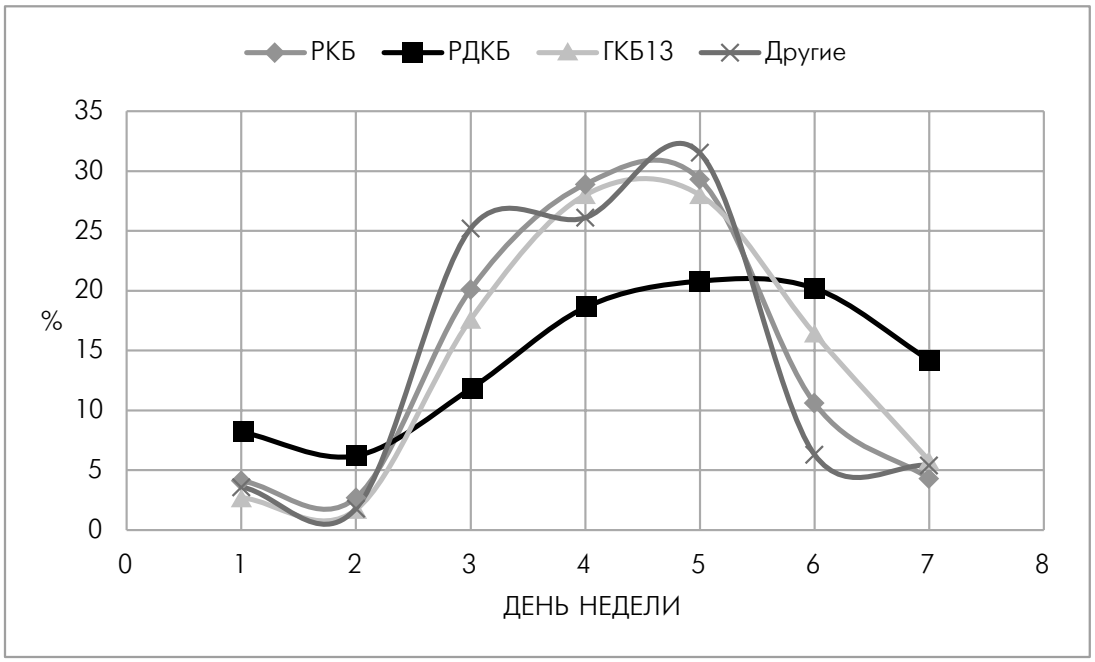


Рис. 1. **Переливание тромбоцитов в различные дни недели в клиниках региона**

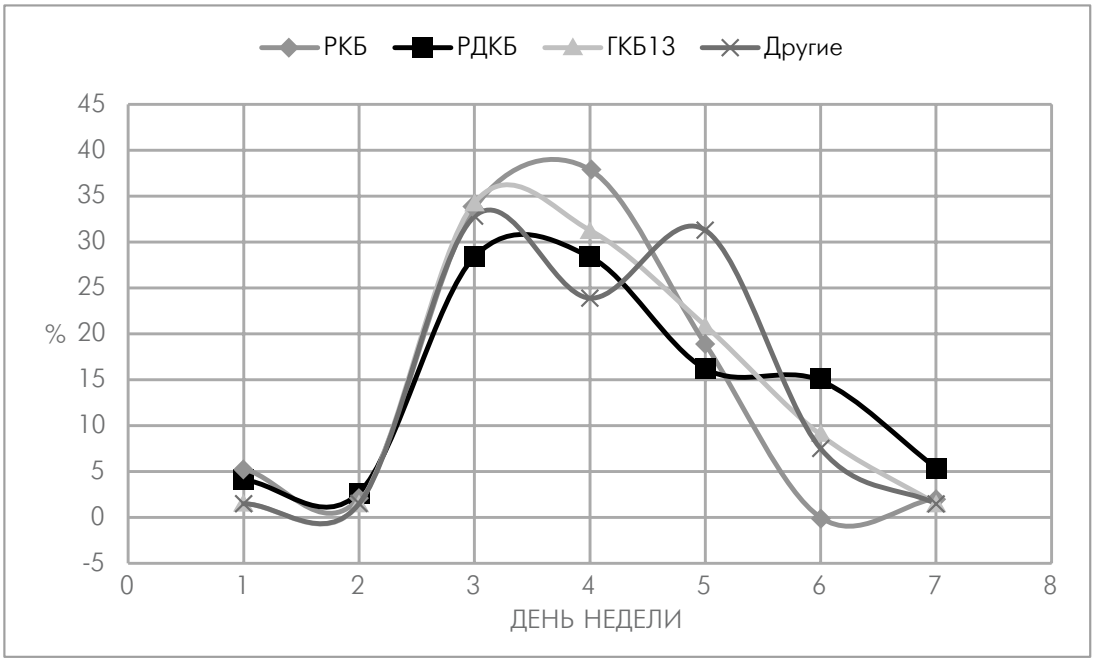


Рис. 2. **Дни начала переливания тромбоцитов пациентам**

Заключение

Доля перелитых тромбоцитов в разные дни недели в клиниках различается в 5,1 раза. При этом нет отличий частоты использования тромбоцитов для остановки или профилактики кровотечения.

Потребности клиник с воскресенья по вторник включительно в тромбоцитах составляют 17,2% общего потребления и на 61,3% ($p < 0,01$) чаще, чем в другие дни недели удовлетворяются за счет аферезных тромбоцитов.

Неравномерность дат переливания тромбоцитов характерна для всех основных потребителей. В меньше степени это относится к РДКБ, в которой со среды до пятницы включительно переливают 51,2% тромбоцитов, тогда как в остальных клиниках – 76,8% ($p < 0,01$).

Аналогичная неравномерность выявлена и у дат начала переливания тромбоцитов. Также отмечается более равномерная работа в РДКБ, в которой в три «пиковых» дня начинают тромбоцитотерапию в 73,0% случаев, тогда как в остальных клиниках – в 88,6% ($p < 0,01$).

Повышенная частота начала тромбоцитотерапии в пятницу в небольших клиниках может стать причиной аудита соответствия этих трансфузий правилам.

Полученные результаты могут быть полезны для оценки перегрузки или простоя службы крови клиник, повышения эффективности клинической работы.

Литература

1. *Буркитбаев Ж.К., Абдрахманова С.А., Балтабаева Т.С., Бибеков Ж.Ж., Жибурт Е.Б.* Качество концентратов тромбоцитов при лейкодеплеции и инактивации патогенов// Вестник службы крови России. – 2015. – № 4. – С. 31–33

2. *Жибурт Е.Б., Мадзаев С.Р.* Заготовка и переливание тромбоцитов. – М., РАЕН, 2013. – 376 с.

3. *Зарубин М.В., Губанова М.Н., Гапонова Т.В., Парамонов И.В., Мадзаев С.Р., Хальзов К.В. и др.* Обеспечение эффективности и безопасности переливания тромбоцитов// Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2016. – Т. 11, № 3. – С. 118–125

4. *Зарубин М.В., Жибурт Е.Б.* Особенности национального режима донаций крови// Вестн. службы крови России. – 2014. – № 4. – С. 27–30

5. *Зарубин М.В., Зазнобов М.Е., Курносов Н.В., Капорская Т.С., Киселев И.В., Жибурт Е.Б.* Управление запасами тромбоцитов в региональной службе крови// Казанский медицинский журнал. – 2015. – Т. 96, № 3. – С. 407–413

6. *Зарубин М.В., Малых Т.Н., Курносов Н.В., Веревкина Л.Н., Жибурт Е.Б.* Менеджмент крови донора: пулирование тромбоцитов// Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 2. – С. 29–34

7. *Карпов О.Э., Назаренко Г.И.* Автоматизированное моделирование технологических процессов – современная концепция медицинского многопрофильного центра// Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2016. – Т. 11, № 3. – С. 8–13

8. *Карпов О.Э., Никитенко Д.Н., Фатеев С.А., Дьяченко П.С.* Медицинская информационная система как инструмент автоматизации системы проектирования

структуры коечного фонда медицинского центра// Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2016. – Т. 11, № 2. – С. 91–91

9. *Мадзаев С.Р., Губанова М.Н., Буркитбаев Ж.К., Кузьмин Н.С., Жибурт Е.Б.* Новое в доказательном переливании тромбоцитов// Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2013. – Т. 8, № 4. – С. 57–58

10. *Протопопова Е.Б., Мочкин Н.Е., Мадзаев С.Р., Мельниченко В.Я., Жибурт Е.Б.* Переливание тромбоцитов при трансплантации аутологичных стволовых клеток// Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2015. – Т. 10, № 2. – С. 84–85

11. *Румянцев А.Г., Мадзаев С.Р., Филина Н.Г., Марьясова Е.В., Протопопова Е.Б., Мочкин Н.Е. и др.* Эффективность переливания тромбоцитов// Гематология. Трансфузиология. Восточная Европа. – 2015. – № 2 (02). – С. 16–24

12. *Скорикова С.В., Буркитбаев Ж.К., Абдрахманова С.А., Савчук Т.Н., Жибурт Е.Б.* Эволюция мотивации к донорству крови и ее компонентов в регионах Республики Казахстан// Казанский медицинский журнал. – 2015. – Т. 96, № 3. – С. 441–443

13. *Султанбаев У.С., Аюпова Р.Ф., Стрельникова Е.В., Салихова А.К., Батурина Г.А., Мусин А.Г., Жибурт Е.Б.* Заготовка и обеспечение безопасности донорских тромбоцитов в Республике Башкортостан// Трансфузиология. – 2015. – Т. 16, № 2. – С. 16–21

14. *Attenello F.J., Wen T., Cen S.Y., Ng A., Kim-Tenser M., Sanossian N. et al.* Incidence of «never events» among weekend admissions versus weekday admissions to US hospitals: national analysis// BMJ. – 2015. – Vol.350: h1460. doi: 10.1136/bmj.h1460.

15. *Pietersz R.N., Reesink H.W., Panzer S., Gilbertson M.P., Borosak M.E., Wood E.M. et al.* Prophylactic platelet transfusions// Vox Sang. – 2012. – Vol.103, № 2. – P. 159–176

16. *Riley W., Smalley B., Pulkrabek S., Clay M.E., McCullough J.* Using lean techniques to define the platelet (PLT) transfusion process and cost-effectiveness to evaluate PLT dose transfusion strategies// Transfusion. – 2012. – Vol. 52, № 9: P. 1957–1967.

UDC 615.38

Ayupova R.F., Sultanbaev U.S., Zhiburt E.B. ***The load on the blood service of medical establishments depending on the volume of platelet transfusions per days of week*** *(Bashkortostan Republic Blood Bank, Ufa, Russia; Pirogov National Medical Surgical Center, Moscow, Russia)*

Abstract. Rate of the frequency of transfusions, goal-setting, and the stratification of 1519 doses of donor platelets on different days of the week have been evaluated in 16 clinics in the Republic of Bashkortostan. The proportion of transfused platelets in the different days of the week has been different at 5.1 times. The needs of clinics, from Sunday to Tuesday inclusive in platelets make up 17.2% of the total consumption and at 61,3% ($p < 0,01$) more often than on other days of the week are met by apheresis platelets. Maximum uniformity of platelet transfusion dates identified in Children Republic Clinical Hospital, which from Wednesday to Friday inclusive, transfuses 51.2% of platelets, whereas in other hospitals – 76,8% ($p < 0,01$). Increased frequency of platelet therapy beginning on Friday in small clinics can cause compliance audit for transfusion rules. The results may be useful for evaluating workflow of blood service clinics, improve the efficiency of clinical work.

Keywords: *blood banking, transfusion, platelets, apheresis, pooling, week, work organization, management.*

М.В. Радзиховская,
к.м.н., главный врач ГБУЗ «Челябинский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», г. Челябинск, Россия; rita-rad@mail.ru
М.Г. Москвичева,
д.м.н., директор Института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой Общественного здоровья и здравоохранения Института ДПО, г. Челябинск, Россия; moskvichevamg@mail.ru
А.С. Подымова,
к.м.н., главный врач ГБУЗ СО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом», г. Екатеринбург, Россия
С.В. Лучинина,
к.м.н., заместитель руководителя Управления Роспотребнадзора по Челябинской области, г. Челябинск, Россия

SWOT-АНАЛИЗ В ПРАКТИКЕ ФОРМИРОВАНИЯ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

УДК 614.2

Радзиховская М.В.[1], Москвичева М.Г.[2], Подымова А.С.[3], Лучинина С.В.[4] ***SWOT-анализ в практике формирования основных направлений противодействия распространения ВИЧ-инфекции*** *(ГБУЗ «Челябинский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», г. Челябинск, Россия, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский Государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, ГБУЗ СО «Свердловский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом», г. Екатеринбург, Россия, Управление Роспотребнадзора по Челябинской области, г. Челябинск, Россия)*

Аннотация. В работе представлены результаты стратегического анализа системы оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам на региональном уровне. Данные проведенного анализа на основании экспертных оценок позволили выделить ключевые направления противодействия распространения ВИЧ-инфекции в регионе. Результаты исследования показывают приоритетность программных мероприятий по улучшению материально-технического и кадрового обеспечения медицинских организаций, оказывающих медико-социальную помощь пациентам с ВИЧ-инфекцией, а так же мероприятий, направленных на повышение информированности и привлечению к тестированию на ВИЧ-инфекцию населения региона.

Ключевые слова: *ВИЧ-инфекция, программа противодействия распространения ВИЧ-инфекции, SWOT-анализ.*

Введение

На современном этапе высокие темпы роста распространения ВИЧ-инфекции вызывают возрастающее негативное влияние на демографию и социально-экономическое развитие как Российской Федерации в целом, так и в высокопораженных регионах страны. По данным официальной статистики за 2015 г. Челябинская область занимает пятое место по заболеваемости (140,0 на 100 тыс. населения) и девятое место по пораженности (964,6 на 100 тыс. населения) среди всех регионов Российской Федерации.

© М.В. Радзиховская, М.Г. Москвичева, А.С. Подымова, С.В. Лучинина, 2017 г.

В соответствии с Распоряжением Правительства от 20 октября 2016 г. № 2203-р, утвердившим Государственную стратегию противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу, органам государственной власти субъектов РФ рекомендовано с учетом как общих, так и присущих региону особенностей эпидемиологической, экономической, традиционной, географической и иной ситуации разработать и утвердить региональные программы противодействия распространению ВИЧ-инфекции. Оценка эффективности внедрения данных программ, а также деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным пациентам должна включать результаты клинико-экономических показателей деятельности, изменения медико-демографических показателей, в т.ч. снижение заболеваемости и ее негативных последствий, особенно преждевременной смертности от управляемых причин [1].

В соответствии с Распоряжением Минэкономразвития РФ от 14 апреля 2014 г. № 26Р-АУ «Об утверждении методических рекомендаций по внедрению проектного управления в органах исполнительной власти» и с целью повышения эффективности организации деятельности, для достижения поставленных задач к разработке стратегии рекомендовано подойти с точки зрения проектного управления с постановкой конкретной цели, промежуточных (тактических) индикаторов (дорожная карта) и расчета необходимого финансирования [2].

Разработка региональной программы предполагает проведение количественных и качественных исследований проблематики, связанной с ВИЧ-инфекцией, в том числе с применением инструментов стратегического анализа, сущность которого заключается в выявлении факторов внешней и внутренней среды, оказывающих влияние на объект исследования. Перечень факторов, негативно влияющих на эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции значителен и давно известен, устранение их требует значительных финансовых затрат. В условиях экономического кризиса возникает необходимость определения наиболее значимых факторов, изменением которых возможно максимально повлиять на снижение заболеваемости и смертности от ВИЧ-инфекции.

Интеграция результатов анализа факторов внешней и внутренней среды проводилась с помощью метода SWOT-анализа [3]. Данная методика исходит из предположения о том, что эффективная стратегия должна поддерживать надлежащий баланс между внутренними ресурсами компании (сильные и слабые стороны) и внешним окружением (возможности и угрозы), а также определить приоритетные направления программы противодействия распространения ВИЧ-инфекции на региональном уровне.

Цель исследования

С помощью SWOT-анализа выработать комплекс мероприятий (направлений), позволяющий использовать возможности и сильные стороны для нейтрализации угроз внешней среды и изменения слабых сторон объекта исследования, направленный на противодействие распространения ВИЧ-инфекции в Челябинской области.

Материалы и методы

В качестве объекта исследования изучена система профилактики и оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным лицам в Челябинской области. С целью структуризации проводимого стратегического анализа были выделены ближнее окружение объекта и дальнее окружение объекта исследования. Стратегический анализ заключается в выявлении факторов внешней и внутренней среды, оказывающих влияние на объект исследования. Вопросы стратегического анализа освещены в работах многих авторов [4, 5, 6, 7].

Стратегический анализ системы оказания помощи ВИЧ-инфицированным лицам

в Челябинской области проводился в декабре 2016 г. путем опроса 6 экспертов по методу «Делфи» и предполагал заочное независимое участие в опросе открытого типа. Эксперты являлись представителями различных структур и ведомств, соприкасающихся в своей непосредственной деятельности с проблемой ВИЧ-инфецкции (Министерства здравоохранения региона, главные врачи региональных Центров СПИД, руководитель подразделения управления Федеральной службы Роспотребнадзора, представитель законодательной власти, представители отечественного фармацевтического бизнеса и региональный директор международной некоммерческой организации).

В контур ближнего окружения объекта исследования были включены:

- население Челябинской области;
- региональные министерства здравоохранения, образования, социальных отношений;
- Правительство Челябинской области;
- региональные медицинские организации;
- областная наркологическая и противотуберкулезная службы,
- региональные органы ФСИН и ГУВД;
- социально-ориентированные некоммерческие организации, функционирующие на территории области;
- поставщики фармацевтических препаратов;
- организации и предприятия Челябинской области различных форм собственности и др.

Анализ дальнего окружения проводился по пяти узловым направлениям: политика, законодательство, экономика, социум, технологии. На сегодняшний день методология SWOT-анализа широко применяется для определения факторов внешней и внутренней среды и силы их влияния на различные направления деятельности медицинских организаций [8,9].

Обсуждение

При проведении расчета средней арифметической оценки факторов по мнениям шести экспертов с целью определения наиболее значимых факторов установлено, что наибольшие оценки получили следующие факторы, относящиеся к дальнему окружению:

- утверждение Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу (Me-39,2 ± 3,4);
- отсутствие дополнительного финансирования плана по реализации государственной стратегии противодействия вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ), необходимого для достижения целевых показателей (27,7 ± 2,2);
- недостаточный объем финансирования для выполнения стратегии 90-90-90 (26,2 ± 1,8).

Во второй группе факторов (внешняя среда, ближнее окружение) наибольшие оценки получили следующие факторы:

- заинтересованность и нацеленность региональных властей на разработку и реализацию региональной программы противодействия распространению ВИЧ-инфекции (37,5 ± 3,2);
- недостаточная информированность населения о безопасном поведении в отношении к ВИЧ-инфекции (29,17 ± 4,2);
- отсутствие финансирования программ первичной профилактики на уровне субъекта РФ (27,5 ± 2,4).

Полученные данные свидетельствуют о едином мнении экспертов о высокой значимости Государственной стратегии и региональных программ противодействия распространения ВИЧ-инфекции. В обеих группах данные факторы получили максимальные оценки. Очевидно, что эти факторы трактуются экспертами как возможности для объекта исследования.

На четвертом месте во второй группе по значимости эксперты выделили факторы, связанные с недостаточным финансированием стратегий и программ, что является угрозой по отношению к объекту исследования (17,5 ± 1,8).

Кроме того, значимым фактором, по мнению экспертов, является недостаточная информированность населения о безопасном поведении в отношении ВИЧ-инфекции, что также трактуется как угроза для объекта исследования (8,2 ± 2,2).

Помимо перечисленных факторов второй группы следует также выделить значимый фактор: «Сложившаяся конъюнктура на рынке не создает условия для снижения цен на медицинские препараты для ВИЧ-инфицированных» (20,00). Данный фактор оценивается как угроза для объекта исследования.

В третьей группе факторов (внутренняя среда) наибольшие оценки получили следующие факторы:

- организации, входящие в систему оказания помощи ВИЧ-инфицированным лицам в Челябинской области не имеют четкой подчинённости и связаны лишь организационно-методическими актами (44,17 ± 12,4);

- недостаток площадей у Центра СПИД (41,5±10,0);

- областной Центр СПИДа является единственной специализированной медицинской организацией в области, которая несет всю полноту ответственности за эпидемическую ситуацию в регионе, не имея прямых административных рычагов влияния на качество первичной и вторичной профилактики ВИЧ-инфекции (37,5 ± 7,5);

- отсутствие в Центре СПИД полноценного отделения материнства и детства (36,33 ± 12,8);

- низкая доступность для пациентов с ВИЧ-инфекцией, наблюдающихся в инфекционных кабинетах медицинских организаций области, таких видов услуг, как помощь медицинского психолога, социального работника, юриста (35,5 ± 8,4).

Полученные данные свидетельствуют о том, что наибольшую оценку получил фактор организационного характера, связанный с отсутствием четкой вертикально-ориентированной структуры в системе оказания помощи ВИЧ-инфицированным лицам в Челябинской области, что значительным образом осложняет взаимодействие между элементами системы и напрямую влияет на эпидемиологическую ситуацию в регионе. Следует обратить внимание на то, что данный фактор у экспертов получил максимальную оценку (44,17 ± 8,4) среди всех факторов как ближнего, так и дальнего окружения.

В настоящее время в РФ оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам осуществляется Центрами СПИДа, которые в основном располагаются в областных центрах и являются самостоятельными медицинскими организациями. Основной уставной деятельностью данных медицинских организаций является организация работы по профилактике, ранней диагностике и лечению пациентов с ВИЧ-инфекцией, а также мониторинг эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции на региональном уровне.

При значительном увеличении кумулятивной численности ВИЧ-инфицированных лиц в Челябинской области обеспечение проведения им непрерывного диспансерного наблюдения организовано на базе 20 кабинетов по инфекционным заболеваниям (КИЗ) и 12 кабинетов по ВИЧ-инфекции, расположенных практически во всех муниципальных образованиях области и являющихся структурными подразделениями муниципальных и государственных медицинских организаций, не имеющих приоритетной задачей организацию работы по профилактике ВИЧ-инфекции. Штатное расписание кабинетов по ВИЧ-инфекции и КИЗ не предусматривает наличие психологов, эпидемиологов, что крайне необходимо для удержания пациентов на непрерывной противовирусной терапии, проведении эпидемиологических расследований. Также возникают вопросы целевого финансирования данного раздела работы. Подобная организация оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным вызывает сложности в единых подходах и эффективном управлении системой противодействия распространения ВИЧ-инфекцией на уровне региона (медицинский аспект) и требует изменения данной структуры с централизацией управления путем создания филиалов Областного Центра СПИДа.

На втором месте, по мнению экспертов, находится фактор, связанный с материально-техническим обеспечением службы по борьбе

со СПИДом в области. Фактор тоже получил очень высокую оценку (41,5±11,2).

На третьем ранговом месте также определен фактор организационного характера, связанный с отсутствием полноценных рычагов управления у Областного Центра СПИДа, при наличии ответственности за эпидемиологическую ситуацию в регионе.

Помимо факторов, предложенных экспертам для оценки, по итогам анализа полученных результатов ими было предложено дополнить третью группу факторов еще двумя положениями:

- коллектив Центра СПИДа способен решать различные задачи как в области диагностики и лечения ВИЧ-инфицированных лиц, так и в области профилактики;

- высокие количественные и качественные показатели работы Областного Центра СПИДа несмотря на сложную эпидемиологическую ситуацию в регионе.

Оба дополнительных фактора оцениваются экспертами как значимые и рассматриваются как сильные стороны объекта исследования.

Перечисленные факторы, отобранные по полученной в результате опроса экспертов значимости, формируют матрицу SWOT *(таблица 1)*. В данной таблице дана оценка взаимовлияния факторов, позволяющая ранжировать предлагаемые решения (мероприятия, направления). В рамках матрицы нами были сформулированы поля проблем/решений, позволившие определить ключевые направления дальнейшей работы по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Челябинской области *(таблица 2)*.

Ключевыми направлениями, которые в первую очередь необходимо учитывать при разработке региональной программы по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Челябинской области, на основании проведенного программы SWOT-анализа были определены:

1. Реализация комплекса мероприятий по совершенствованию организации деятельности, материально-технического и кадрового обеспечения специализированных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь лицам, зараженным вирусом иммунодефицита человека (сумма баллов – 31).
2. Реализация комплекса мероприятий по информированию населения области по вопросам профилактик ВИЧ-инфекции, включающего работу в ключевых группах, с учетом необходимости расширения объемов финансирования на уровне субъекта РФ (сумма баллов – 20).
3. Реализация комплекса мероприятий по расширению охвата населения медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию, охвата антиретровирусной терапией лиц зараженных ВИЧ-инфекцией с учетом планируемых объемов финансирования на федеральном уровне (сумма баллов – 16).

Следует отметить наличие в матрице SWOT проблемного поля, связанного с недостаточным финансированием со стороны федеральных и региональных властей (сумма баллов – 55). Факторы недофинансирования не могут быть нейтрализованы существующими сильными сторонами объекта исследования, поэтому данная проблема не может быть решена в рамках разрабатываемого Плана мероприятий. Последствия недофинансирования однозначно будут способствовать ухудшению эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в регионе.

Заключение

На основании методологии SWOT-анализа методом экспертных оценок была изучена система профилактики и оказания помощи ВИЧ-инфицированным лицам в Челябинской области. В соответствии с полученными данными определены ключевые направления (мероприятия), которые необходимо в первую очередь предусмотреть при разработке региональной программы противодействия распространению ВИЧ-инфекции.

Таблица 1.

Матрица SWOT. Оценка взаимовлияния факторов

Шкала оценок силы взаимовлияния: *0 – чувствительность практически отсутствует* *1 – очень слабая чувствительность;* *2 – слабая чувствительность;* *3 – умеренная чувствительность;* *4 – высокая чувствительность;* *5 – очень высокая чувствительность*		**Возможности**		**Угрозы**				
		Утверждение Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу	*Заинтересованность и нацеленность региональных властей на разработку и реализацию региональной программы противодействия распространению ВИЧ-инфекции*	*Отсутствие дополнительного финансирования плана по реализации государственной стратегии противодействия вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ), необходимого для достижения целевых показателей стратегии*	*Недостаточный объем финансирования для выполнения стратегии 90-90-90*	*Отсутствие финансирования программ первичной профилактики на уровне субъекта РФ*	*Недостаточная информированность населения о безопасном поведении в отношении к ВИЧ-инфекции*	*Рост количества зарегистрированных ПИН в ЧО*
Слабые стороны	Организации, входящие в систему оказания помощи ВИЧ+ в ЧО, не имеют четкой подчинённости и связаны лишь нормативно-методическими актами	2	2	0	0	1	4	2
	Нехватка площадей у Областного Центра СПИДа (имеющиеся площади обеспечивают 14,19% потребности)	3	1	0	0	4	4	3
	Областной Центр СПИДа является единственной специализированной медицинской организацией в ЧО, несет всю полноту ответственности за эпидемическую ситуацию в регионе, не имея административных рычагов влияния на повышение качества освидетельствования населения на ВИЧ-инфекцию	3	3	0	1	5	4	3
	Отсутствие полноценного отделения материнств и детства	4	4	0	3	4	5	3
	Недоступность для пациентов, наблюдающихся в инфекционном кабинете, таких видов услуг, как первичная профилактика ВИЧ-инфекции, помощь медицинского психолога, социального работника, юриста	5	4	0	0	3	3	3
Сильные стороны	Коллектив Областного Центра СПИДа способен решать различные задачи как в области диагностики и лечения ВИЧ-инфицированных лиц, так и в области профилактики	4	4	0	0	3	4	3
	Высокие количественные и качественные показатели работы Областного Центра СПИДА несмотря на сложную эпидемиологическую ситуацию в регионе	4	4	0	0	3	4	3

Таблица 2.

Матрица SWOT. Поля проблем / решений (направлений)

Возможности; угрозы / *Сильные и слабые стороны*		**Возможности**		**Угрозы**				
		Утверждение Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу	*Заинтересованность и нацеленность региональных властей на разработку и реализацию региональной программы противодействия распространению ВИЧ-инфекции*	*Отсутствие дополнительного финансирования плана по реализации государственной стратегии противодействия вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ), необходимого для достижения целевых показателей стратегии*	*Недостаточный объем финансирования для выполнения стратегии 90-90-90*	*Отсутствие финансирования программ первичной профилактики на уровне субъекта РФ*	*Недостаточная информированность населения о безопасном поведении в отношении к ВИЧ-инфекции*	*Рост количества зарегистрированных ПИН в ЧО*
Слабые стороны	Организации, входящие в систему оказания помощи ВИЧ+ в ЧО, не имеют четкой подчинённости и связаны лишь нормативно-методическими актами	**Реализаций комплекса мероприятий по совершенствованию организации деятельности, материально-технического и кадрового обеспечения медицинских специализированных организаций, оказывающих помощь ВИЧ-инфицированным лицам, в Челябинской области (сумма баллов – 31)**		**Недостаточное финансирование со стороны федеральных и региональных властей приведет к ухудшению эпидемиологической ситуации в регионе и не позволит достичь целевых показателей Государственной стратегии и стратегии 90-90-90 (сумма баллов – 55)**				
	Нехватка площадей у Областного Центра СПИДа (имеющиеся площади обеспечивают 14,19% потребности)							
	Областной Центр СПИДа является единственной специализированной медицинской организацией в ЧО, несет всю полноту ответственности за эпидемическую ситуацию в регионе, не имея административных рычагов влияния на повышение качества освидетельствования населения на ВИЧ-инфекцию							
	Отсутствие полноценного отделения материнства и детства							
	Недоступность для пациентов, наблюдающихся в инфекционном кабинете, таких видов услуг, как первичная профилактика ВИЧ-инфекции, помощь медицинского психолога, социального работника, юриста							
Сильные стороны	Коллектив Областного Центра СПИДа способен решать различные задачи как в области диагностики и лечения ВИЧ-инфицированных лиц, так и в области профилактики	**Реализация комплекса мероприятий по расширению охвата населения медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию, охвата антиретровирусной терапией лиц зараженных ВИЧ-инфекцией с учетом планируемых объемов финансирования на федеральном уровне (сумма баллов – 16)**				**Реализация комплекса мероприятий по информированию граждан Челябинской области по вопросам ВИЧ-инфекции и профилактика ВИЧ-инфекции, включающая работу в ключевых группах, с учетом необходимости в расширении объемов финансирования на уровне субъекта РФ (сумма баллов – 20)**			

Литература

1. *Вялков А.И., Сквирская Г.П., Сон И.М., Серегина И.Ф.* «Оценка эффективности и качества оказания первичной медицинской помощи населению// Вестник Росздравнадзора. 2016. № 5. С. 47–51.

2. *Стародубов В.И.* Научное обоснование развития здравоохранения России в условиях социально-экономических реформ: автореф. дис. Д-ра мед. наук, М., 1997 г.).

3. *Попов В.Н.* Системный анализ в менеджменте: учебное пособие / В.Н. Попов, В.С. Касьянов, И.П. Савченко; под ред. д-ра экон. наук, проф. В.Н. Попова. – М.: КНОРУС, 2007. – 304 с.

4. *Пирс Дж. II, Робинсон Р.* Стратегический менеджмент / Издательство: Питер, Серия: Классический зарубежный учебник, 2012 г.

5. *Виханский О.С.* Стратегическое управление: Учебник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Гардарика, 1998. – 296 с.

6. *Литвак Б.Г.* Стратегический менеджмент: учебник для бакалавров / Б.Г. Литвак. – М.: Издательство Юрайт, 2014. – 507 с. – (Бакалавр. Академический курс). – ISBN978-5-9916-2929-4.

7. *Басовский Л.Е.* Современный стратегический анализ. Учебник. – М.: ИНФРА-М. 2013. – 256 с. – (Высшее образование: Магистратура).

8. *Бадаев Ф.И. Климушева Ф.Н., Каракина М.Л.* SWOT-анализ аллергологической и иммунологической службы региональной многопрофильной клиники// Общественное здоровье и здравоохранение. 2016. № 4. С. 49–53.

9. *Токарева Ю.М.* Применение SWOT-анализа для оценки качества медицинской помощи: автореф. дис. канд. социол. наук, Волгоград, 2010 г.

UDC 614.2

Radzikhovskaya M.V.[1], Moskvicheva M.G.[2], Podymova A.S.[3], Luchinina C.V.[4] ***SWOT-analysis in the practice of forming the main directions of counteraction to the spread of HIV infection*** *([1]SBHCI «Chelyabinsk Regional Center for the Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases», Chelyabinsk, Russia, [2]FSBEI HF «South Ural State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Chelyabinsk, [3]SBHCI SO «Sverdlovsk Regional Center for AIDS Prevention and Control», Yekaterinburg, Russia, [4]Office of Rospotrebnadzor in Chelyabinsk region, Chelyabinsk, Russia)*

Abstract. The paper presents the results of a strategic analysis of the system of medical care for HIV-infected patients at the regional level. The data of the analysis on the basis of expert assessments made it possible to identify the key areas for counteracting the spread of HIV infection in the region. The results of the research show the priority of the program activities to improve the material and technical and personnel support of medical organizations that provide medical and social assistance to patients with HIV infection, as well as activities aimed at raising awareness and attracting the population of the region to HIV testing.

Keywords: *HIV infection, the program to combat the spread of HIV infection, SWOT-analysis.*

Н.В. Данилова,
к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения, Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ, г. Москва, danilova@mednet.ru
Т.В. Кайгородова,
к.м.н., заведующая отделением международной научно-медицинской информации, Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ, г. Москва, kaidoc@mednet.ru

КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ КАК ОСНОВНОЙ РЕСУРС ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 614.201

Данилова Н.В., Кайгородова Т.В. ***Кадровый потенциал как основной ресурс обеспечения доступности медицинской помощи*** *(Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ, г. Москва)*

Аннотация. Представлен расчет соотношения численности населения к одному медицинскому работнику по федеральным округам и российским субъектам. Данный критерий нагляден и актуален при оценке доступности медицинской помощи, социального статуса регионов. При типизации территорий использован метод ранжирования и определены региональные рейтинги.

Ключевые слова: *врачи, средний медицинский персонал, врачи клинических специальностей (практикующие врачи), медицинские сестры, метод ранжирования, типы регионов.*

Доступность медицинских услуг рассматривается как ключевая функция системы здравоохранения. Главной предпосылкой ее реализации является наличие активных ресурсов, представленных медицинскими работниками [1]. Трактовка термина «доступность медицинской помощи» включает «предоставление услуг в сфере охраны здоровья граждан вне зависимости от географических, экономических, социальных, организационных или языковых барьеров, а также своевременное оказание медицинской помощи [2]. Вместе с тем, по результатам анкетирования, проведенного на территории крупного российского субъекта [3], лишь каждый третий житель оценил помощь, оказываемую в медицинских организациях за 2011–2014 гг., как доступную.

Доступность обеспечивается комплексом факторов. Согласно Федеральному закону[1], среди них, помимо географических, транспортных компонентов, самыми значимыми являются: число медицинских работников, уровень их квалификации (включая знание порядков и стандартов медицинской помощи), возможность выбора

[1] Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, статья 10 (в посл. ред. изменяющего документа ФЗ от 03.07.2015 № 286-ФЗ).

© Н.В. Данилова, Т.В. Кайгородова, 2017 г.

медицинской организации и врача. Существенной составляющей доступности является качество оказания медицинских услуг. Улучшению качества медицинской помощи способствует интеграция кадровых, финансовых и материально-технических ресурсов.

Наиболее значимый в данной триаде *кадровый* компонент еще не получил окончательного решения, удовлетворяющего требованиям сохранения общественного здоровья. Это относится, прежде всего, к вопросам неоптимальной структуры медицинских кадров в практическом здравоохранении [4].

При показателе обеспеченности населения врачами всех специальностей, равной в 2013 г. 41,0 [5], по численности врачей, занимающихся клинической практикой (25,5), Россия лишь приближается к уровню, регистрируемому во многих странах Европы – от 29,1 (Испания) до – свыше 34,0 на 10 тыс. населения (Франция, Германия, Дания, Швейцария, Австрия и др.) [6]. Выясняется неадекватность этого параметра состоянию здоровья россиян. С учетом роста заболеваемости населения и увеличения объема обращений пациентов, нуждающихся в медицинской помощи, численность и обеспеченность практикующими врачами соответственно должна быть выше [7].

В мировой отчетной статистике кадров используется расчет обеспеченности медицинскими работниками населения (врачами, медицинскими сестрами) в целом по их профильным специальностям, что позволяет сравнивать кадровые тенденции и их организационные аспекты в различных странах [8].

Помимо основного индикативного критерия не менее значим показатель, отражающий расчетную численность жителей, приходящихся на одного медицинского работника и наглядно выявляющий кадровую специфику при внутренних (межрегиональных) сопоставлениях в системе здравоохранения, а также – между странами. Кроме того, такой индикатор более открыто выявляет социальные аспекты жизни общества и, соответственно, их перспективы при достижении качества жизни как пациентов, так и врачей. Показатель числа жителей, приходящихся на одного врача, медицинскую сестру, как атрибутивный признак, позволяет, в комплексе с другими (демографическими, экономическими), осуществлять типологическое дифференцирование регионов с уточнением – какой из них является более «продвинутым» в сложившейся ситуации.

Такой индикатор необходим и в качестве автономной характеристики, поскольку при использовании единых принципов группировки статистических данных по разным территориям страны, способствует расширению полноты информации о реальной доступности к потреблению медицинских услуг социумом. Формируется независимый механизм оценки организационных технологий здравоохранения, учитывающий рост мобильности населения. Технология расчетов становится обоснованием принятия решений [9] и базовой информацией для распределения ресурсов, включая кадровые.

Цель исследования – оценка значимости и информативности показателя численности населения, приходящегося на 1 медицинского работника (врача, средний медицинский персонал) в регионах и субъектах Российской Федерации. **Задача исследования** – на основании произведенных расчетов провести их анализ в соответствии с технологией рейтинговой оценки с позиции установления рангового места каждого региона. **Объектом исследования** явились федеральные округа и субъекты российской Федерации.

Материалы и методы

Использованы сведения официальной статистики населения и медицинских кадров – информационные базы данных по медицинским работникам системы Минздрава России [5] и Госкомстата – по численности населения в федеральных округах и субъектах РФ [10]. Проведена рейтинговая оценка

российских регионов с получением ранжированного перечня объектов исследования. Для регионального скрининга отобраны характеристики классификации, определена логическая основа для типизации результатов. Недостатки ранжирования (трудности упорядочения при большом числе объектов) в составленной матрице устранены за счет использования набора лишь из 4-х основных показателей: численность населения на 1 врача, на 1 практикующего врача (врача клинической специальности), на 1 среднего медицинского работника, на 1 медицинскую сестру. Осуществлен расчет доверительного интервала по каждому признаку, установлено число рангов деления и их «субстрат» – от низких («лучших») показателей – ранг 1 (близких к рекомендуемым федеральным нормативам обеспеченности населения работниками высшего и среднего звена), до высоких («худших») – ранг 3. Матрица статистических показателей была преобразована в матрицу рангов в соответствии с классической методикой и ее этапами, описанными в ряде работ [11, 12]. Исследование проведено единовременно (2013 г.), так как в этот период в России (в соответствии с подпрограммой 7 «Кадровое обеспечение системы здравоохранения») достигнут целевой показатель обеспеченности населения врачами[2].

Результаты

При расчете количества населения на одного медицинского работника установлено, что разброс между максимальными и минимальными величинами региональных параметров выражен более всего по отношению к индексам численности населения на одного врача (с учетом всех специальностей), а также на врача-клинициста *(таблица 1)*. При этом превышение общероссийского показателя составляло 9,0 и 12,0%.

[2] Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», подпрограмма 7.

Анализ показателей по округам, цифры которых не вошли в полярные границы по изучаемым группам, свидетельствовал, что число жителей на 1 врача в Центральном, Сибирском, Дальневосточном ФО было ниже общероссийских параметров. Соотношение жителей к практикующим врачам составило меньший объем от величины средней по России – в Центральном и Дальневосточном, но с превышением – в Сибирском ФО.

Численность работников среднего звена и медицинских сестер была несколько больше (на 5,0 и 3,0%) в Центральном и равна или незначительно меньше общероссийских показателей – в Сибирском и Дальневосточном ФО.

В разрезе российских субъектов отмечены более выраженные отличия. Выше, чем средний по России показатель численности населения на 1 практикующего врача (450–600 физических лиц) установлен в трети российских субъектов (среди которых Тамбовская, Калужская, Псковская, Курганская области, Еврейская АО, Ставропольский край и др.). Из них в каждом втором отмечена сопряженность с высокой среднероссийской величиной численности населения на одного врача по всем учитываемым в стране специальностям.

Расчетные параметры были низкими (286–354) по отношению к федеральному показателю на 1 практикующего врача лишь в 10 субъектах (12,0%). В их числе – Ярославская, Астраханская, Томская, Амурская области, Ханты-Мансийский АО, республики Мордовия, Удмуртия, г. Москва, г. Санкт-Петербург. В каждом из них они соответствовали низкому (от среднероссийского) уровню численности населения на 1 жителя по группе всех работающих в системе федерального министерства врачей.

При объективизации сопоставления средней численности населения на практикующего врача в России и развитых странах мира нельзя не отметить их количественную неоднородность. Так, при перерасчете официальных данных [6] в странах Европы

Таблица 1

Диапазон максимальных и минимальных показателей численности населения на одного медицинского работника в федеральных округах

Федеральные округа Российской Федерации	*Численность населения на 1 медработника*			
	врач	*врач-клиницист*	*средний медработник*	*медицинская сестра*
Северо-Кавказский Северо-Западный	280 216			
Уральский Северо-Западный		440 346		
Южный Уральский			122 102	
Южный Приволжский				173 151
Российская Федерация	255	393	111	158

вариации усредненного показателя составляют от 236 до 370:1. Таким образом, российские региональные параметры не только выше среднеевропейских величин, но в некоторых федеральных субъектах превышают их в 1,5–2 раза.

Показатель численности населения на 1 среднего медицинского работника и на 1 медицинскую сестру, в отличие от врачебных кадров, характеризуется в разрезе регионов количественной однородностью. Однако имеет место недостаточная обеспеченность российского населения медицинскими сестрами.

В стране на 158 физических лиц зарегистрированного населения приходится 1 медсестра. Во многих странах Евросоюза (Бельгия, Ирландия, Нидерланды, Норвегия, Швеция) [9] число этих специалистов составляет на 1000 населения 10–15 медсестер, т.е. в среднем от 67 до 100 жителей на 1 медсестру. Такой уровень имеется лишь в единичных российских субъектах – республика Тыва, Коми, Ханты-Мансийский, Чукотский АО. В то же время превышение этого объема вдвое (170–200:1) зарегистрировано в каждом четвертом субъекте РФ, расположенных преимущественно в Центральном, Южном, Уральском регионе. В этих же российских субъектах установлены высокие цифры числа жителей на 1 медицинского работника среднего звена.

Согласно выбранному делению на 3 ранга, число вариантов, по которым были типизированы ФО, составило 3 группы: первая включала условно «хорошее» состояние обеспечения медицинскими кадрами (по их численности и структурному соответствию); вторая – «среднее» состояние; третья – кадровое обеспечение на уровне «ниже среднего». В ходе выполнения методики многомерной классификации, положенной в основу типологии ФО, в состав первой группы вошли Дальневосточный, Приволжский, Северо-Западный, Сибирский регионы, второй – Центральный; третьей – Северо-Кавказский, Уральский, Южный регионы. При анализе взаимосвязи между переменными матрицы, на основе расчета коэффициента конкордации, установлено согласование типов рангов и достаточная теснота связи среди выбранных признаков при коэффициенте множественной ранговой корреляции (W), равном 0,6. Проверка значимости W по $\chi 2$-критерию, с учетом 5%-ого уровня, подтвердила меру взаимосвязи, составив 12,56 (расчетный показатель – 13,55).

В первую группу вошли ФО, у которых сумма рангов была минимальной, при этом показатель был практически равнозначен в каждом из них – по всем кадровым признакам регионы занимали лишь первый и второй ранги, хотя и в разных сочетаниях. Третий тип

ФО характеризовался полной идентичностью рангов, которые занимали по всем критериям третью позицию (самая высокая сумма).

Обсуждение

Полученные по каждому из признаков данные позволяют составить представление как о критерии обеспеченности системы здравоохранения специалистами высшего и среднего звена, так и об их внутриструктурном соотношении. Сложившийся высокий показатель численности населения на врача клинической специальности в сочетании с аналогичной величиной по всей группе врачей отражает низкую обеспеченность территории специалистами высшего звена практического здравоохранения и по другим профилям деятельности. Такой же параметр, но корреспондирующийся с низкой численностью жителей на врача (по всем медицинским специальностям), позволяет предположить присутствие нерациональной структуры врачебных кадров.

Повышенные объемы численности территориального населения на медицинскую сестру в сочетании с высокими цифрами числа жителей, приходящихся на каждое физическое лицо из среднего медицинского персонала, свидетельствуют о дефиците медицинских работников со средним специальным образованием в целом по группе, т.е. и по другим профильным специальностям.

Полученные результаты (наряду с другими данными кадровой статистики) могут служить обоснованием для принятия локальных мер по развитию и подготовке медицинских работников для нового качества здравоохранения. Существенную помощь регионам может оказать *законодательное* принятие решений, предложенных резолюцией общероссийского народного фронта [13] – расширение программы «Земский доктор» на малые города с численностью до 50 тыс. человек при снятии возрастного ценза для медицинских работников; сопровождение и непосредственный контроль глав регионов за трудоустройством специалистов, обучившихся по целевому набору. Основной составляющей должно стать сохранение всех принятых ранее условий по выплатам и преференциям для медицинских работников, поощрение значимости и престижности их трудовой деятельности.

Выводы:

1. Расчет и трактовка показателя числа жителей (как потенциальных пациентов), приходящихся на одного медицинского работника (врача, средний медицинский персонал, медицинскую сестру) позволяет расширить представление о соответствии и сопряженности численности групп медицинских работников с социумом на прикрепленных территориях. В качестве социального индикатора данный критерий, как базовая величина, наиболее актуален для организаторов здравоохранения и медицинских менеджеров с позиции решения проблем территориального здравоохранения.

2. Использование методики расчета плотности населения относительно численности медицинских работников (на основе единовременного наблюдения) расширяет объем данных по кадровому наполнению территорий страны, позволяет сравнить условия и качество жизни людей в формате медико-социального обслуживания.

3. Дополнение оценки деятельности территориальных систем здравоохранения по развитию кадрового потенциала методикой ранжирования ориентирует на повышение внимания к «вызовам» и «рискам» не только с позиции изолированных, но и комплекса статистических данных. При этом, в совокупности с другими индикаторами вырабатывается координирующая социальная направленность в управлении регионом.

Литература

1. Service Availability and Readiness Assessment (SARA): an annual monitoring system for service delivery (Оценка наличия и доступности медико-санитарной помощи: ежегодный мониторинг систем здравоохранения по оказанию медицинской помощи). – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. – 178 с. Документационный центр ВОЗ.

2. Основная терминология в области здравоохранения и общественного здоровья, применяемая в Российской Федерации. Терминологический словарь (под ред. В.И. Стародубова, академика РАН). – Томск: Ветер, 2012. – С. 24.

3. *Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Старовойтова Е.А., Хомяков К.В., Воробьева О.О.* Результаты исследования качества и доступности медицинской помощи в учреждениях здравоохранения: кто виноват и что делать? // Здравоохранение Российской Федерации. – 2016. – № 4. – С. 219–224.

4. *Отставных Д.В.* Проблемы кадрового обеспечения отрасли здравоохранения в современных условиях. Электронный журнал Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2012. – 4. Режим доступа: URL: http://www.fesmu.ru/voz/20124/2012405.aspx. Дата обращения: 22.10.2015.

5. Кадровые ресурсы учреждений здравоохранения. ЦНИИОИЗ. М. 2014. – С. 5–20.

6. Международная экономическая статистика (сравнение стран и регионов). Режим доступа: URL: http://statinfo.biz/Data.aspx?act=6021&lang=1 Дата обращения: 26.10. 2015.

7. *Стародубов В.И., Улумбекова Г.Э.* Здравоохранение России: проблемы и решения // Орг-здрав. – 2015. – № 1. – С. 18–19.

8. Мировая статистика здравоохранения 2013. – Всемирная организация здравоохранения, 2014. – Раздел 6 Системы здравоохранения. – С. 118–129.

9. Бюллетень ВОЗ. 2014; Выпуск 92; 1–6. Режим доступа: URL: http://54/rospotrebnadzor.ru/documents/1015/ Дата обращения: 05.05. 2015).

10. Численность населения по полу и основным возрастным группам по субъектам Российской Федерации на 1 января 2014 г. Режим доступа: URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b14_13/IssWWW.exe/Stg/d01/04–08.htm. Дата обращения: 07.07. 2015.

11. *Тарасов Р.В., Макарова Л.В., Бахтулова К.М.* Оценка значимости факторов методом априорного ранжирования //Современные научные исследования и инновации. – 2014. – № 4. Режим доступа: URL: http://web.snauka.ru/issues/2014/04/33181/. Дата обращения 13.05. 2015.

12. *Винникова Е.И.* Социальная рейтинговая оценка санаторно-курортных организаций Краснодарского края //Материалы X Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Анапа. – 2016. – С. 45–48.

13. Проект резолюции участников форума ОНФ «За качественную и доступную медицину». //Поликлиника. – 2015. – № 4. – С. 6–7.

UDC 614.201

Danilova N.V., Kaygorodova T.V. ***Human resources as the main resource for ensuring access to health care*** *(Federal Research Institute For Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia)*

Abstract. The calculation of the ratio of the population to one medical worker by federal districts and Russian regions is presented. This criterion provides visibility and relevance in assessing the accessibility of health care and social status of regions. The ranking method was used for typification of territories and regional ratings were determined.

Keywords: *medical doctors, physicians, clinicians, nurses, ranking method, types of regions.*

От редакции: Комитет по социальной политике Совета Федерации Федерального Собрания РФ в рамках Круглого стола от 20.06.2016 г. на тему «Оценка эффективности работы страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования» выработал ряд актуальных рекомендаций, подлежащих реализации в 2017 г.:

- регулярный анализ финансовых санкций по результатам контрольных мероприятий в разрезе медицинских организаций для выработки рекомендаций по устранению и дальнейшему недопущения их повторений;
- предоставление страховым медицинским организациям права при проведении контрольных мероприятий в медицинских организациях, в рамках обязательного медицинского страхования, одновременно осуществлять контроль оказанных платных медицинских услуг с целью защиты прав застрахованных на получение гарантированной государством бесплатной медицинской помощи и исключения подмены бесплатной медицинской помощи платной»;
- органам государственной власти субъектов Российской Федерации: обеспечить необходимое содействие и контроль за реализацией полномочий страховых медицинских организаций в системе ОМС, в том числе по созданию института страховых представителей; проводить анализ и оценку деятельности страховых медицинских организаций, с целью выработки предложений, направленных на повышение эффективности их работы;
- осуществление межведомственного взаимодействия в сфере ОМС с целью повышения качества медицинской помощи и снижения смертности населения от управляемых причин.

http://social.council.gov.ru/activity/activities/round_tables/70321/

А.А. Старченко,
член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре
д.м.н., профессор МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

РЕАЛИЗАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ КОМИТЕТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ СОВЕТА ФЕДЕРАЦИИ ПО КОНТРОЛЮ ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СМО

Проблема разграничения оказания медицинских услуг на условиях программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в рамках системы ОМС и на условиях прямой оплаты за счет собственных средств не утратила своей актуальности в течение последних 20 лет несмотря на смену высших должностных лиц государства и Правительства РФ.

Высшие должностные лица государства в своих предвыборных программах указывали на насущную необходимость разграничения перечня бесплатных и платных медицинских услуг, которое реально до настоящего времени не осуществлено.

© А.А. Старченко, 2017 г.

Такое разграничение принципиально необходимо для развития правового государства, т.к. является признаком активного ведения антикоррупционной борьбы и отрицания коррупции как одного из возможных теневых реальных принципов управления государственной машиной и обществом.

Разграничение важно для рядового врача сферы здравоохранения, т.к. именно рядовой лечащий врач является первичным звеном, предлагающим в отсутствие данного разграничения, пациенту получение медицинской помощи на платной основе. Именно этот рядовой лечащий врач должен быть заинтересован в наличии такого разграничения перечней бесплатных и платных медицинских услуг, т.к. именно он может быть подвергнут наказанию в случае незаконного оказания платных медицинских услуг, включенных в программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Уголовная судебная практика показывает, что в этом случае администрация медицинских организаций не горит стремлением помочь подсудимому новоявленному «мошеннику» от здравоохранения, категорически открещиваясь от его «преступной мошеннической» деятельности.

Разграничение важно для пациента, который обладает ограниченными ресурсами для оплаты медицинской помощи.

Разграничение важно для сферы здравоохранения и общества граждан в целом. Отсутствие разграничения может способствовать:

1. Антиконституционной дискриминации граждан по имущественному признаку: очередь пациента, не располагающего денежными средствами на оплату медицинской услуги (помощи) отодвигается внеочередным оказанием помощи пациенту, оплатившему медицинскую услугу собственными средствами.

2. Росту «коррупционной заинтересованности» – собственно коррупции медицинских работников и чиновников сферы здравоохранения: система «откатов» при направлении пациента в торговую организацию за покупкой медицинского изделия.

К примеру, Минздрав одного из субъектов РФ в письме от 17.11.16 г. № 8003ж фактически сообщает о «прокоррупционной деятельности» подведомственных ему медицинских организаций МО: *«... эндопротез приобретен гр. К. за счет собственных средств на основании договора купли-продажи, заключенного с обществом с ограниченной ответственностью «Вектор», и является ее собственностью»*.

Пациент не является врачом-ортопедом, поэтому не может «выбрать» для приобретения в собственность эндопротез по органолептическим качествам. Для выбора типа, вида, модели и т.д. эндопротеза существует в РФ врач-ортопед, который руководствуется не органолептическими свойствами эндопротеза, а на основе профессиональных знаний выбирает модель, тип, вид и т.д., показанный пациенту по результатам его профессионального ортопедического обследования, с учетом всех особенностей его организма и заболевания (стадия, процесс, состояние костно-мышечной системы, парартикулярных тканей и т. д.), а также особенностей социального статуса пациента, характера его трудовой деятельности и т.д. В соответствие с требованиями Закона «О защите прав потребителей» исполнитель услуги – МО, в лице врача ортопеда, обязана определить потребительные свойства разных эндопротезов тазобедренного сустава, закупить их для оказания услуги и установить пациенту в соответствие с имеющимися показаниями и с учетом противопоказаний.

Очевидно, что это пример прокоррупционной деятельности: созданы условия «закупки» пациентами по неконтролируемым ценам (с возможностью «отката») эндопротезов; врачу-ортопеду предписано (прокоррупционно) направлять пациента на закупку эндопротеза в торговую организацию. Такая прокоррупционая деятельность не может быть признана законной:

1) Она не отвечает требованиям п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ, в соответствие

с которой качество медицинской услуги «эндопротезирование тазобедренного сустава» не может быть достигнуто по критериям:

- правильности выбора эндопротеза. Правильность выбора возложена на пациента, который не обладает специальными знаниями по показаниям и противопоказаниям выбора;
- степени достижения запланированного результата. Результат услуги не возможен без приобретения протеза; результативность работы МО ставится в зависимость от наличия личных средств у пациента.

2) Она не отвечает требованиям Закона РФ № 326-ФЗ, которым не предусмотрено софинансирование со стороны гражданина оказания медицинской услуги «эндопротезирование тазобедренного сустава», включенной в базовую программу госгарантий бесплатной медпомощи.

3) Развитию системы навязывания платных медицинских услуг, не показанных пациенту по медицинским показаниям или противопоказанных, но потенциально опасных для его жизни и здоровья, в т.ч. с причинением ущерба жизни и здоровью пациента.

4) Развитию системы фальсификации потребительной сущности медицинских услуг: за плату оказывается не сама медицинская услуга, а внеочередность ее оказания без указания об этом в договоре с пациентом-потребителем медицинской помощи.

5) Развитию системы фальсификации тарифных отношений в системе ОМС, примером которой может быть тот же ответ Минздрава одного из субъектов РФ № 8000ж на жалобу о понуждении (взимании) к оплате эндопротеза тазобедренного сустава: «*Стоимость эндопротеза не включена в тариф на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленный Тарифным соглашением в системе ОМС ... области на 2015 г. от 31 декабря 2014 года, и его стоимость не подлежит возмещению страховой медицинской организацией при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам*».

Данный пример актуализирует важный общественный интерес и вопрос: «Зачем гражданам-налогоплательщикам-пациентам такой управляющий здравоохранением орган, который, следуя героям басни «Лиса и журавль», вводит в оборот системы ОМС услугу «эндопротезирование тазобедренного сустава», но не включает в состав тарифа не нее стоимость самого главного составляющего – эндопротеза, без чего услуга не имеет потребительных свойств и смысла для пациента?».

Особой оценки со стороны гражданского общества и медицинской общественности, в т.ч. Минздрава России, требует пассаж в ответе № 8000ж: *«В связи с отсутствием стандарта медицинской помощи при лечении закрытого перелома бедренной кости, в том случае если бы К. отказалась от приобретения эндопротеза, в отношении нее мог быть применен иной метод лечения без применения эндопротеза».* Этим циничным заявлением Минздрав субъекта РФ расписывается в том, что медицинская помощь во вверенном ему субъекте РФ не является результатом целенаправленной плановой деятельности по медицинским показаниям, не определяется критериями ст. 10 Закона РФ № 323-ФЗ о ее доступности и качестве, а зависит целиком и полностью от наличия личных средств граждан на ее оказание! Профессиональный рост и повышение квалификации врачей с их законным интересом оказывать медицинскую помощь на самом современном и передовом технологическом уровне также ставится в зависимость от степени обеспеченности населения субъекта РФ, что не может не противоречить и интересам профессионального общественного объединения врачей, в т. ч. Национальной медицинской палаты.

Крайне важно для гражданского общества и профессиональной медицинской общественности: Минздрав России, являясь уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения, фактически не только не осуществил до

настоящего времени решение задачи о разграничении перечней бесплатных и платных медицинских услуг (помощи), но и не берет на себя обязанность и труд официально отвечать на конкретные запросы о включении конкретных медицинских услуг в базовую программу ОМС, что обязывает субъекты РФ организовать бесплатное их оказание гражданам в рамках территориальных программ ОМС.

В ответе на запрос о включении или не включении рассматриваемой выше медицинской услуги «эндопротезирование тазобедренного сустава» в базовую программу ОМС Минздрав России привел заявителю следующую нотацию: «*Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Департамент) сообщает, что юридическую силу имеют разъяснения органа государственной власти в случае, если данный орган наделен в соответствии с законодательством Российской Федерации специальной компетенцией издавать разъяснения по применению положений нормативных правовых актов. Минздрав России действующим законодательством не наделен компетенцией по разъяснению законодательства Российской Федерации. Согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 19.06.2012 № 608 «Об утверждении положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации» Министерство здравоохранения Российской Федерации является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения*».

Таким образом, если в настоящее время Минздрав России не вправе официально, т.е. юридически значимо с юридической силой, ответить на запрос относительно состава перечня бесплатных медицинских услуг, оказываемых бесплатно для граждан за счет средств ОМС, то возникает ряд реальных вопросов, требующих срочного разрешения:

1) как официально может рядовой врач, формулирующий показания к лечению с использованием медицинских изделий, решить вопрос о включении или не включении медицинского изделия в программу ОМС, а разрешение данного вопроса находится в т.ч. в плоскости уголовного законодательства;

2) как врач-эксперт страховой медицинской организации может официально дать ответ на жалобу застрахованного лица о включении или не включении медицинского изделия в программу ОМС;

3) как пациент сможет защитить свои законные права и интересы на бесплатное получение медицинской помощи с использованием медицинского изделия в рамках программы ОМС?

В связи с ранее изложенным, предложениями по реализации выше приведенных рекомендаций Комитет по социальной политике Совета Федерации Федерального Собрания РФ, в рамках Круглого стола от 20.06.2016 г., являются следующие.

1. Обратиться в Правительство РФ с просьбой наделить Минздрав России специальной компетенцией по разъяснению законодательства Российской Федерации и применения положений нормативных правовых актов.

2. С целью предупреждения нарушений прав и законных интересов граждан на получение доступной бесплатной медицинской помощи надлежащего качества, защиты их прав на компенсацию незаконно взимаемых денежных средств, а также повышения прозрачности финансирования медицинской помощи, точного установления источников оплаты оказанной медицинской помощи предложить Минздраву России направить в субъекты РФ и подведомственные Минздраву РФ медицинские организации, включенные в систему ОМС, ***письмо с указанием о необходимости внесения в медицинскую документацию пациента сведений об источнике оплаты оказываемой ему медицинской помощи (услуги, прием врача,***

госпитализация и др.), выполняемого отдельного медицинского вмешательства или применяемого медицинского изделия – «платные услуги», «средства ОМС», «средства ДМС» или «личные средства граждан».

Данное предложение не несет существенных материальных или временных затрат, а также не ограничивает прав и законных интересов граждан, а, наоборот, уточняет право на разные источники оплаты медицинской помощи, предусмотренные Законом РФ № 323-ФЗ.

3. Предложить ФФОМС внести изменения в нормативный правовой акт, регулирующий состав реестров счетов за оказанную по программе ОМС медицинскую помощь: включить в реестр информационное поле для обозначения источника оплаты медицинского изделия: «личные средства граждан», «средства ОМС».

Предлагаемое к реализации внедрение требования Минздрава России о внесении в первичную медицинскую документацию кода источника оплаты медицинской помощи («ОМС», «ДМС», «платные услуги» или «личные средства граждан»), медицинского вмешательства (услуги, помощи) будет отвечать пункту 1.5 Рекомендаций итогам заседания «Круглого стола» Комитета по социальной политике Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации на тему «Оценка эффективности работы страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования» от 20.06.16 г.: *«1.5 предоставление страховым медицинским организациям права при проведении контрольных мероприятий в медицинских организациях, в рамках обязательного медицинского страхования, одновременно осуществлять контроль оказанных платных медицинских услуг с целью защиты прав застрахованных на получение гарантированной государством бесплатной медицинской помощи и исключения подмены бесплатной медицинской помощи платной».*

Реализация данного предложения позволит наладить действенный массовый контроль и профилактику незаконного оказания платных медицинских услуг, включенных в программу ОМС, дисциплинировать медицинские организации и осуществлять быструю и массовую, действенную защиту прав застрахованных лиц и пациентов возмещением незаконно взимаемых с них личных денежных средств.

Рекомендация Комитета по социальной политике Совета Федерации об *осуществлении межведомственного взаимодействия в сфере ОМС с целью повышения качества медицинской помощи и снижения смертности населения от управляемых причин* была подхвачена социальным блоком Правительства РФ и реализовалась поручением уполномоченным федеральным органам исполнительной власти разработать критерии оценки деятельности страховых медицинских организаций по снижению смертности.

Анализ деятельности СМО в системе ОМС показывает, что мероприятия, выполняемые СМО в рамках действующего законодательства, в т.ч. информационное сопровождение застрахованных лиц (понуждение застрахованных лиц на диспансеризацию здоровья), не состоят в прямой или косвенной причинной связи с демографическим показателем смертности населения.

В качестве критериев оценки деятельности страховых медицинских организаций (СМО) по снижению летальности при оказании медицинской помощи, т.е. выявление вклада снижения доступности медицинской помощи и ненадлежащего качества оказанной медицинской помощи, способствовавшей летальному исходу, в уровень летальности, могут быть предложены следующие, характеризующие деятельность СМО по контролю качества оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, результаты которой (акты экспертизы) могут быть использованы для принятия управленческих решений органами

управления здравоохранением субъектов РФ и Минздравом РФ:

1. Доля выявленных СМО при экспертизе качества медицинской помощи дефектов оказания медпомощи с кодом дефекта «3.2.3. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания» среди всех экспертиз качества медицинской помощи, выполненных по поводам фактов летальных исходов застрахованных лиц.

2. Доля выявленных СМО при экспертизе качества медицинской помощи дефектов оказания медпомощи с кодом дефекта «3.2.5. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, приведших к летальному исходу» среди всех экспертиз качества медицинской помощи, выполненных по поводам фактов летальных исходов застрахованных лиц.

3. Доля выявленных СМО при экспертизе качества медицинской помощи дефектов оказания медпомощи с кодом дефекта «3.11. Неправильное действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания)» среди всех экспертиз качества медицинской помощи, выполненных по поводам фактов летальных исходов застрахованных лиц.

Предлагаемые критерии оценки выражаются в относительных показателях (%), характеризуют способность и волю СМО к объективности оценки оказанной медицинской помощи и выявлению дефектов медицинской помощи, способствующих повышению летальности среди умерших застрахованных лиц, которым была оказана медицинская помощь ненадлежащего качества.

Данные критерии характеризуют способность СМО выявлять и представлять обществу в результате выявления указанных дефектов объективные проекты управленческих решений, направленных на снижение летальности.

Данные критерии характеризуют конкурентные способности и возможности СМО: чем выше показатели данных критериев, тем более действенна экспертная деятельность СМО, тем больше возможности у родственников умерших пациентов защитить свои права и интересы в судебных инстанциях, опираясь на аргументы – выявленные СМО в процессе экспертизы дефекты медицинской помощи, способствующие или приведшие к смерти.

Введение данных «конкурентных» критериев не позволит органам исполнительной власти субъектов РФ осуществлять нередкие в настоящее время попытки скрывать грубые дефекты в оказании медицинской помощи от общественности и вышестоящих управляющих инстанций под видом «незначительных» дефектов, к примеру, недочетами оформления медицинской документации.

Введение данных «конкурентных» критериев будет способствовать реализации принципа неотвратимости судебного наказания за допущенные дефекты при оказании медпомощи, что станет побудительным мотивом к реализации в повседневной лечебно-диагностической практике предлагаемых СМО управленческих решений, направленных на снижение летальности, а не рассчитывать на «административный ресурс» и внеправовое давление на участников процесса разрешения споров о компенсации материального и морального ущерба.

От редакции:

Разграничение бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг является одной из ключевых задач государства в сфере охраны здоровья граждан. Современное законодательство в этой сфере достаточно рационально, закрепляя права граждан на получение как бесплатной медицинской помощи, так и платных услуг. Тем не менее, ряд положений требует доработки: совершенствование законодательства – процесс непрерывный. В данной публикации приводится мнение наших экспертов по обозначенным проблемам, а также даются конкретные предложения по внесению изменений в законодательные акты.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

В.И. Стародубов,
Ф.Н. Кадыров,
Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия

ПАРАДОКСЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА: ГАРАНТИИ БЕСПЛАТНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕРЕДКО ОГРАНИЧИВАЮТ ПРАВА ПАЦИЕНТОВ НА УЛУЧШЕНИЕ ЕЕ КАЧЕСТВА

УДК 614.251

Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н. ***Парадоксы законодательства: гарантии бесплатности медицинской помощи нередко ограничивают права пациентов на улучшение ее качества*** *(Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Законодательство Российской Федерации, признавая права граждан как на бесплатную медицинскую помощь, так и на платные медицинские услуги, тем не менее делает явный крен сторону бесплатности. При этом гарантии бесплатности сформулированы таким образом, что нередко ограничивают права граждан на получение медицинской помощи с использованием лекарственных препаратов, медицинских изделий и т.д., не предусмотренных в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Более того, если права граждан на получение платных медицинских услуг прямо прописаны в законе, то о праве граждан на самостоятельное приобретение лекарственных препаратов, медицинских изделий и т.д. вообще ничего не говорится. При этом нет и прямых запретов, что на практике приводит к многочисленным конфликтными ситуациям. В статье даются конкретные предложения по совершенствованию законодательства в данной сфере.

Ключевые слова: *гарантии в сфере здравоохранения, бесплатность медицинской помощи, платные медицинские услуги, законодательство в сфере здравоохранения, доступность медицинской помощи, качество медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, лекарственные препараты, медицинские изделия.*

© В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров, 2017 г.

Доступность медицинской помощи и доступность качественной медицинской помощи

Привычное клише «доступность и качество медицинской помощи», казалось бы, не требует комментариев. Однако нередко проблемой является ***доступность*** именно ***качественной медицинской помощи*** (вопросы качества доступной медицинской помощи – это отдельная проблемы, выходящая за пределы данной публикации). Речь идет не о высокотехнологичной медицинской помощи (объемы которой объективно ограничены), не о нередкой удаленности учреждений, оказывающих специализированную помощь, не об имеющих место дефектах оказания медицинской помощи, а о возможности пациента получить более качественную медицинскую помощь, чем это может быть обеспечено при помощи использования лекарственных препаратов, входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), медицинских изделий, входящих в соответствующие перечни и т.д. Проще говоря, речь идет о возможности пациента получить медицинскую помощь с использованием ресурсов, не предоставляемых в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи – ресурсов, за которые нужно платить.

Объективно ни одно государство в мире не способно профинансировать бесплатное здравоохранение в полном объеме. Поэтому определенные объемы платности медицинской помощи неизбежны, что ныне четко зафиксировано в действующих нормативных актах – Федеральном законе от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлении Правительства Российской Федерации от 4.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и других.

Безусловно, права граждан на бесплатную медицинскую помощь должны быть законодательно закреплены, и это сделано. Однако четко и непротиворечиво должны быть закреплены и права граждан на платные медицинские услуги, права граждан за свой счет приобретать ресурсы, используемые в процессе оказания медицинской помощи.

Особо следует отметить, что в данной публикации рассматриваются не вопросы сокращения видов и объемов медицинской помощи, входящих в программу госгарантий, а правовые основы оказания медицинской помощи за пределами программы госгарантий, а также права граждан на оплату ресурсов, используемых в процессе оказания медицинской помощи.

На первый взгляд, особых проблем с правами граждан на платные услуги нет – пациенты имеют право на платные медицинские услуги (в том числе входящие в программу госгарантий), на дополнительные медицинские услуги сверх стандартов медицинской помощи и т.д. Однако более детальный анализ законодательных и иных нормативных актов обнаруживает достаточно много проблем в этой сфере, связанной либо с противоречивостью законодательства, либо с правовой неурегулированностью многих вопросов. Эти проблемы и будут рассмотрены ниже.

Имеют ли право пациенты приобретать за свой счет лекарственные препараты, медицинские изделия, компоненты крови, лечебное питание?

Казалось бы, ответ на этот вопрос очевиден – по своему желанию за свой счет пациенты могут приобретать все что угодно. Однако внимательное рассмотрение норм законодательства приводит к выводу о том, что не все так просто.

Часть 2 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) устанавливает: «Каждый имеет право

на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы, в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение ***платных медицинских услуг и иных услуг***, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования».

Часть 1 статьи 84 Федерального закона № 323-ФЗ устанавливает: «Граждане имеют право на получение ***платных медицинских услуг***, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, ***и платных немедицинских услуг*** (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи».

Итак, формально граждане имеют право на платные медицинские услуги, но только целиком, а не на отдельные их элементы (медикаменты, медицинские изделия и т.д.).

При этом законодательство никак не определяет – имеют ли право пациенты приобретать за свой счет лекарственные препараты, медицинские изделия, компоненты крови, лечебное питание при оказании им медицинской помощи в рамках либо за пределами программы госгарантий? Причем это право не прописано даже в отношении рассматриваемых ресурсов, не включенных в соответствующие перечни (например, ЖНЛВП), в стандарты медицинской помощи и т.д.

С другой стороны, граждане вправе делать все, что не запрещено законом. Поэтому резонным является вопрос: а имеются ли юридические основания для ограничения прав граждан на приобретение по их желанию медикаментов и т.д. в процессе оказания им медицинской помощи за счет бюджетов или средств обязательного медицинского страхования? Как соотнести вышеприведенные нормы закона с принципом: гражданин имеет право на все, кроме того, что прямо запрещено? Ситуацию нередко трактуют так: пациент имеет право приобрести за свой счет эндопротез, но медицинская организация не вправе его использовать при оказании медицинской помощи в рамках программы госгарантий. В ряде субъектов Российской Федерации Территориальные фонды ОМС прямо настаивают на том, что при желании пациента получить помощь с использованием медицинских изделий и т.д., не предусмотренных стандартами медицинской помощи или Перечнем, пациент должен заключить договор на ***оказание за плату всего объема медицинской помощи.*** Безусловно, для пациента это гораздо менее выгодно, чем оплатить или купить только эндопротез и т.п.

Закономерен вопрос: в чьих интересах ограничения по приобретению пациентами более качественных лекарственных препаратов, эндопротезов и т.д., чем те, которые предоставляются в рамках программы госгарантий? Является ли это заботой о пациенте?

Четкого однозначного ответа, закрепленного в законе либо ином нормативном правовом акте, на эти вопросы нет, что является основанием для конфликтов, санкций в системе ОМС, судебных разбирательств и т.д.

Имеет ли право пациент купить за свой счет более качественные медицинские изделия, чем предусмотрено программой госгарантий?

Часть 2 статьи 80 Федерального закона № 323-ФЗ устанавливает: «При оказании в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в соответствии с Федеральным

законом от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», и ***медицинскими изделиями, включенными в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека***. Порядок формирования перечня медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, устанавливается Правительством Российской Федерации».

Это означает, что не все медицинские изделия, имплантируемые в организм человека (далее также – импланты), входящие в стандарты медицинской помощи, используются при оказании медицинской помощи в рамках программы госгарантий бесплатно, а только те, что вошли в соответствующий перечень. Это «Перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» (далее – Перечень), утвержденный Распоряжением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2016 г. № 2229-р.

Из положений части 2 статьи 80 Федерального закона № 323-ФЗ вытекает, что медицинские изделия, не вошедшие в этот Перечень, должны приобретаться при оказании медицинской помощи в рамках программы госгарантий, в т.ч. в системе ОМС за счет средств граждан или организаций (при их желании). Казалось бы, все логично. Однако уже следующая (третья) часть этой же статьи 80 устанавливает иное, фактически запрещая покупку имплантов за счет средств пациентов, если они вошли в стандарты медицинской помощи (безотносительно к тому, входят они в Перечень или нет).

В части 3 статьи 80 Федерального закона № 323-ФЗ определено: «При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

1) оказание медицинских услуг, ***назначение и применение*** лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, ***медицинских изделий***, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, ***по медицинским показаниям, в соответствии со стандартами медицинской помощи***».

Получается, что за импланты, включенные в стандарт, оплату с пациента брать нельзя, но бесплатно обеспечат только теми из них, что вошли в Перечень. То есть, если импланты устанавливаются по медицинским показаниям, тогда даже за те из них, которые не вошли в Перечень, брать оплату с пациента нельзя, но и бесплатно их тоже не предоставят. Поэтому пациент при наличии медицинских показаний все равно может рассчитывать только на то, что вошло в Перечень. А требовать оплаты можно только за те импланты, которые устанавливаются без медицинских показаний по желанию пациента (при отсутствии противопоказаний), например, зубные импланты (по эстетическим соображениям и т.д.), импланты груди и т.п.

Итак, мы видим, что правовое регулирование данного вопроса оказалось противоречивым: в одной части статьи 80 Федерального закона № 323-ФЗ (часть 2) речь идет о бесплатном обеспечении только медицинскими изделиями (имплантами), включенными в Перечень, в другом (часть 3) всеми, включенными в стандарт медицинской помощи, независимо от того, вошли ли они в Перечень или нет. При том, что Перечень касается только имплантов, а в стандарте медицинской помощи могут фигурировать и другие медицинские изделия, не относящиеся к имплантам. Кроме того, фраза «не подлежат оплате за счет личных средств граждан» является неоднозначной, допускающей различное толкование, что недопустимо: и как недопустимость требовать оплаты со стороны пациента, и как

невозможность оплаты со стороны пациента даже по его желанию.

Необходимо устранить эту правовую коллизию, изложив содержание частей 2 и 3 статьи 80 Федерального закона № 323-ФЗ с использованием одних и тех же понятий. В частности, мы предлагаем изложить пункт 1 части 3 данной статьи 80 в следующей редакции: «При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям, в соответствии со стандартами медицинской помощи ***(в части медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, включенных в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека)***».

Допустимо ли за счет средств пациента оплачивать медицинские услуги, включенные в стандарты медицинской помощи?

Пункт 1 части 3 статьи 80 Федерального закона № 323-ФЗ вступает в прямое противоречие с положениями еще одной статьи данного закона. Часть 4 статьи 84 Федерального закона № 323-ФЗ устанавливает, что «***платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств***...». Исходя из содержания этой статьи следует, что по желанию пациента за его счет могут оказываться любые медицинские услуги (в виде консультаций или медицинских вмешательств), входящие в стандарт медицинской помощи.

Между тем, пункт 1 части 3 статьи 80 Федерального закона № 323-ФЗ запрещает оказывать за счет средств пациента любые медицинские услуги, входящие в стандарт медицинской помощи. В соответствии с положениями данного пункта, при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ***не подлежит оплате за счет личных средств граждан оказание медицинских услуг в соответствии со стандартами медицинской помощи.***

Для устранения и этой правовой коллизии предложенную нами выше формулировку целесообразно дополнить фразой: «за исключением случаев, предусмотренных настоящим Федеральным законом». Тогда полная предлагаемая нами формулировка пункта 1 части 3 статьи 80 Федерального закона № 323-ФЗ будет следующей: «При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан ***(за исключением случаев, предусмотренных настоящим федеральным законом)***:

1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям, в соответствии со стандартами медицинской

помощи *(в части медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, включенных в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека)*».

Подобным исключением являются, например, вышеуказанные ситуации, прописанные в части 4 статьи 84 Федерального закона № 323-ФЗ.

Допустимо ли за счет средств пациента оплачивать лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП, медицинские изделия, компоненты крови, лечебное питание, включенные в стандарты медицинской помощи?

Часть 4 статьи 84 Федерального закона № 323-ФЗ устанавливает, что «*платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств*...». Исходя из содержания этой статьи следует, что по желанию пациента за его счет могут оказываться любые медицинские услуги (в виде консультаций или медицинских вмешательств), входящие в стандарт медицинской помощи.

Но при этом ничего не говорится о праве пациента приобретать за свой счет медицинские изделия, компоненты крови, лечебное питание, включенные в стандарты медицинской помощи. Получается, что пациенты могут за свой счет приобрести медицинскую услугу в форме операции по эндопротезированию определенного сустава, но отдельно по своему желанию приобрести эндопротез этого сустава не имеют права. Как уже отмечалось выше, подобное право не прописано и в отношении лекарственных препаратов, не включенных в перечень ЖНВЛП, имплантов, не включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень, других медицинских изделий, компонентов крови и лечебного питания, включенного в стандарты медицинской помощи.

Поэтому предлагаем часть 4 статьи 84 Федерального закона № 323-ФЗ изложить в следующей редакции: «4. Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. *Кроме того, по желанию пациента и за его счет могут приобретаться медицинской организацией или самим пациентом лекарственные препараты, не включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинские изделия, не включенные в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, другие медицинские изделия, компоненты крови и лечебное питания, не включенные в стандарты медицинской помощи».*

Допустима ли оплата пациентом лекарственных препаратов, медицинских изделий, продуктов питания, не закупаемых учреждением по контрактам?

Бюджетные и казенные учреждения обязаны осуществлять закупки товаров работ и услуг в соответствии с Федеральным законом от 05.04.2013 г. № 44-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» (далее – Федеральный закон № 44-ФЗ). Именно эти лекарственные препараты (далее, также – медикаменты), медицинские изделия (далее, также – имплатны), продукты питания и т.д. должны использоваться в процессе бесплатного оказания медицинской помощи в рамках программы госгарантий, в т.ч в системе ОМС. Пациенты не вправе

настаивать на бесплатном использовании других (в том числе более качественных) медикаментов, имплантов, если по контракту учреждению поставляются именно данные медикаменты, импланты и т.д. Исключение составляет назначение и применение лекарственных препаратов, ***медицинских изделий*** и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, ***допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии»*** (часть 5 статьи 37 Федерального закона № 323-ФЗ).

Логично, что более качественные медикаменты, импланты и т.д. должны закупаться медицинской организацией и использоваться в процессе оказания медицинской помощи по желанию самих пациентов за их счет. Возможно ли это в рамках действующего законодательства? Особенно учитывая, что закупка более качественных лекарственных препаратов (оригинальных и т.д.), медицинских изделий предполагает возможность проведения закупок медикаментов, имплантов и т.д. по торговым наименованиям, что недопустимо в рамках Федерального закона № 44-ФЗ, поскольку, например, в отношении лекарственных препаратов требуется руководствоваться международными непатентованными наименованиями (МНН).

Действительно, в соответствии со статьей 33 Закона № 44-ФЗ, документация о закупке должна содержать указание на международные непатентованные наименования лекарственных средств или при отсутствии таких наименований химические, группировочные наименования, если объектом закупки являются лекарственные средства.

Исключения допустимы только в случаях, предусмотренных законодательством. Так, заказчик, в соответствии с этой же статьей 33 рассматриваемого закона, при осуществлении закупки лекарственных средств, входящих в ***перечень лекарственных средств, закупка которых осуществляется в соответствии с их торговыми наименованиями***, а также при осуществлении закупки лекарственных препаратов, в соответствии с пунктом 7 части 2 статьи 83 Федерального закона № 44-ФЗ, вправе указывать торговые наименования этих лекарственных средств. Речь в указанном пункте 7 идет об осуществлении закупок лекарственных препаратов, которые необходимы для назначения пациенту при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

Дополнительная возможность приобретения лекарственных препаратов, медицинских изделий и продуктов питания по торговым наименования предусмотрена в рамках Федерального закона от 18.07.2011 г. № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» (далее – Федеральный закон № 223-ФЗ), которым руководствуются, например, автономные учреждения.

Однако, начиная с 2014 г. и бюджетные учреждения получили право осуществлять в ряде случаев закупки в упрощенном порядке – по торговым наименованиям (в том числе не руководствуясь МНН), в соответствии с положением о закупках, предусмотренном Федеральным законом № 223-ФЗ. Данная норма закреплена в ч. 2 ст. 15 Федерального закона № 44-ФЗ. Руководствоваться требованиями Федерального закона № 223-ФЗ бюджетные учреждения могут в отношении закупок, производимых за счет средств, полученных в результате ведения приносящей доход деятельности, за исключением средств, полученных на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

То есть, по желанию пациентов и за плату с их стороны учреждение может приобретать лекарственные препараты, медицинские изделия, продукты питания и по конкретным торговым наименованиям, если это предусмотрено положением о закупках.

Формально это означает, что для пациентов, желающих, чтобы при их лечении использовали иные медикаменты и медицинские изделия, чем закупленные в рамках Федерального закона № 44-ФЗ, их можно закупить в случае, если пациенты готовы все услуги получать на платной основе, т.е. переведя пациентов в категорию «платных».

Таким образом, на практике возможны ситуации, когда для пациентов закупки будут осуществляться по их желанию и за их счет по торговым наименованиям. Однако для пациентов это означает перейти в категорию «платных», оплачивая, например, не только более дорогие медикаменты, но и все остальное. Для пациентов это «плохая перспектива».

Необходимо законодательно закрепить права медицинских организаций на приобретение по желанию пациентов и за их счет лекарственных препаратов, медицинских изделий и т.д., которые не предусмотрены программой госгарантий и не приобретены в рамках действующего требования о госзакупках.

Допустима ли самостоятельная закупка пациентом медикаментов, медицинских изделий, продуктов питания?

Вопрос о правомерности самостоятельной закупки пациентом лекарственных препаратов, медицинских изделий и т.д. не приобретаемых учреждениями в рамках программы госгарантий (а также право учреждения применять приобретенные самим пациентом лекарственные препараты и т.д.) в процессе оказания медицинской помощи вызывает много споров.

Приобретение лекарственных препаратов, медицинских изделий и т.д., и их использование в процессе оказания медицинской помощи допускается в соответствии с Законом Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. № 2300-I «О защите прав потребителей». Статья 35 данного закона посвящена выполнению работы из материала (с вещью) потребителя. Поэтому использование материалов пациента (потребителя) вполне допустимо с точки зрения действующего законодательства.

Пункт 9 Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28.06.2012 г. № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» устанавливает: «***К отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках*** добровольного и ***обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей»***.

Таким образом, рассматриваемая ситуация подпадает под действие Закона «О защите прав потребителей», допускающего приобретение материалов за счет потребителя (пациента).

С целью более четкого урегулирования этого вопроса необходимо прямо прописать в законе право пациента, при его желании, на оказание медицинской помощи с использованием приобретенных им за свой счет лекарственных препаратов, медицинских изделий и т.д., а также право медицинских организаций на применение их при самостоятельной покупке со стороны пациента (за исключением требующих особых температурных и иных условий хранения). При этом должны предъявляться единые требования к безопасности медицинских изделий, наличию необходимых документов и т.д., независимо от источника их приобретения.

Заключение

Как видим, проблем в рассматриваемой сфере очень много. Представляется, что реализация наших предложений позволит решить целый ряд задач:

- предоставить пациентам возможность получать более качественную медицинскую помощь, чем это может быть обеспечено ресурсами бюджетов и ОМС (лекарственные препараты, медицинские изделия и т.д.) при относительно небольших затратах с их

стороны по сравнению с затратами при оплате всей медицинской помощи;

- уменьшить число конфликтов между медицинскими организациями с одной стороны, и пациентами, страховыми медицинскими организациями, территориальными фондами ОМС, органами власти различного уровня и компетенций с другой стороны, в связи с неурегулированностью целого ряда вопросов;

- повысить защищенность медицинских организаций при оказании ими медицинской помощи с применением более качественных лекарственных препаратов, медицинских изделий, продуктов питания и т.д., если право на это будет прямо закреплено в законодательстве.

Литература

1. *Кадыров Ф.Н.* Платные услуги в здравоохранении. Том 1. Под редакцией академика РАМН В.И. Стародубова – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2013. – 220 с.

2. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 624 с.; 21 см. – 500 экз. – ISBN978-5-7704-2678-4.

3. *Пивень Д. В., Кицул И.С.* О некоторых проблемах реализации Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Менеджер здравоохранения. – № 12. – 2013. – С. 6–13.

4. *Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В.* Обеспечение прав граждан при применении медицинских изделий // Менеджер здравоохранения. 2016. – № 8. – С. 6–12.

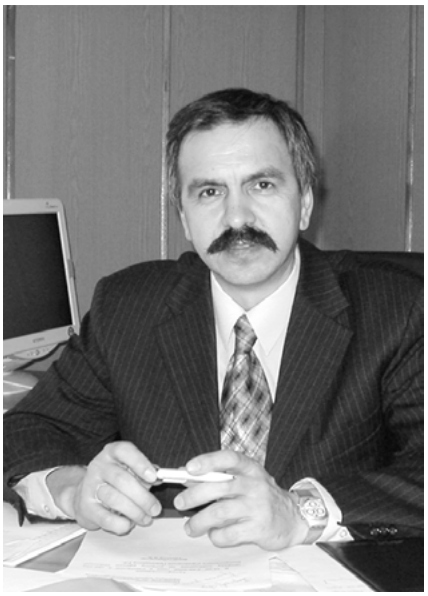
5. *Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н.* Вопросы использования стандартов медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения. 2015. – № 5. – С. 60–74.

UDC 614.251

Starodubov V.I., Kadyrov F.N. ***Paradoxes of law: the guarantee of free medical aid often limit the rights of patients to improve quality*** *(Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia)*

Abstract. The legislation of the Russian Federation, recognizing the rights of citizens on free medical aid and paid medical services, however, makes clear the roll the side free of charge. At the same time guarantee free of charge formulated in such a way that often limit the rights of citizens to receive medical care with the use of drugs, medical devices, etc., not provided for in the programme of state guarantees of free rendering to citizens of medical aid. Moreover, if the rights of citizens to receive paid medical services directly spelled out in the law, the right of citizens to self-purchase of medicines, medical devices, etc. did not say anything. There is no outright bans, which in practice leads to numerous conflict situations. The article provides specific suggestions for improving the legislation in this field.

Keywords: *guarantees in the health sector, free medical care, paid medical services, the legislation in the sphere of health care, accessibility of care, quality of care, standards of care, medications, medical products.*



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

Законно ли требовать в стационарах с пациентов оплатить пользование электроэнергией для личных нужд – для зарядки сотовых телефонов, планшетов и т.п.? Есть ли документ, который регламентирует оказание подобных немедицинских услуг в медицинских организациях?

В соответствии с действующим законодательством, граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и ***платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг)***, предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи (часть 1 статьи 84 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Медицинские организации в рамках оказания бесплатной медицинской помощи не обязаны предоставлять гражданам электроэнергию для личных нужд (для использования бытовых устройств, зарядки телефонов и т.д.). Так, в тарифы ОМС входят только затраты на коммунальные услуги, связанные с оказанием медицинской помощи и содержанием медицинской организации. Поэтому подобные платные услуги (относимые к бытовым) имеют право на существование. Однако при этом право медицинских организаций на предоставление бытовых услуг должно быть зафиксировано в их учредительных документах (устав и т.д.).

Платность услуг по предоставлению электроэнергии может быть прописана также (дополнительно к уставу) в Положении о порядке предоставления платных услуг, в Правилах внутреннего распорядка и т.д., но это не является обязательным требованием, главное – это право, предоставляемое уставом.

Возможны также ограничения со стороны энергоснабжающей организации, которая в рамках договора может запретить медицинской организации перепродавать электроэнергию другим лицам. Формально это будет означать, что каждый пациент должен будет заключать договор с поставщиком электроэнергии, что на

практике нереально как в силу экономической нецелесообразности этого для снабжающей организации, так и в силу отсутствия возможности измерить объемы потребляемой конкретным пациентом электроэнергии.

Конечно, на подобных платных услугах медицинские организации много не заработают – к таким шагам их обычно толкает сложное финансовое положение. Тем не менее, несмотря на законность подобных платных услуг, нужно оценить их рациональность с практической точки зрения, поскольку такие услуги часто вызывают конфликты, недовольство граждан при минимальном финансовом выигрыше. Целесообразно более широко использовать иные возможности для предоставления платных медицинских и немедицинских услуг и за счет этого покрывать дополнительный расход электроэнергии на зарядку пациентами телефонов и т.д.

Могут ли платные услуги предоставляться в психиатрических учреждениях?

Специальных ограничений по предоставлению медицинских услуг в сфере оказания психиатрической помощи нет. Здесь действуют общие положения законодательства, регулирующие порядок оказания платных медицинских услуг. Наиболее распространенными медицинскими услугами в этой сфере являются выдача справок, освидетельствование (кроме случаев, когда такие услуги должны предоставляться бесплатно).

Что же касается платных немедицинских услуг, то кроме норм части 1 статьи 84 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», устанавливающих, что граждане имеют право на получение платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи, есть и другие законодательные нормы, посвященные этим вопросам. Так, пункт 4 статьи 37 Закона Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185–1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» определяет: «Платные услуги (индивидуальная подписка на газеты и журналы, услуги связи и так далее) осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются».

Однако нужно быть очень внимательным при заключении договоров на оказание платных услуг (не важно – медицинских или немедицинских) с пациентами психиатрических учреждений. Дело в том, что некоторые пациенты могут быть признаны недееспособными, и заключенный с ними договор буде признан недействительным. В подобных случаях договоры следует заключать с их законными представителями. Это будет договор в пользу третьего лица.

Обязательно ли при заключении бюджетным учреждением договора об оказании платных медицинских услуг в форме платных профосмотров сотрудников предприятия, привлекать соисполнителей (другое учреждение, где выполняются лабораторные анализы), руководствуясь Федеральным законом № 44-ФЗ, то есть осуществлять отбор соисполнителя на конкурсной основе?

И да, и нет. Поясним. Руководствоваться бюджетному учреждению положениями Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О закупках товаров,

работ, услуг отдельными видами юридических лиц» (далее – Федеральный закон № 44-ФЗ) нужно, но проводить закупки можно в соответствии с положениями Федерального закона от 18 июля 2011 г. № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» (далее – Федеральный закон № 223-ФЗ).

Такое право предоставляет бюджетным учреждениям как раз сам Федеральный закон № 44-ФЗ. В соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 15 Федерального закона № 44-ФЗ (посвященной особенностям закупок, осуществляемых бюджетными автономными учреждениями), при наличии правового акта, принятого бюджетным учреждением в соответствии с частью 3 статьи 2 Федерального закона от 18 июля 2011 года № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» и размещенного до начала года в единой информационной системе, бюджетное учреждение вправе осуществлять в соответствующем году с соблюдением требований, указанных в Федеральном законе, и правового акта закупки в качестве исполнителя по контракту в случае привлечения, на основании договора, в ходе исполнения данного контракта иных лиц для поставки товара, выполнения работы или оказания услуги, необходимых для исполнения предусмотренных контрактом обязательств данного учреждения.

Таким образом, при привлечении бюджетным учреждением субподрядчика (соисполнителя) при проведении платных профосмотров, его выбор может осуществляться в соответствии с процедурами, предусмотренными не Федеральным законом № 44-ФЗ, а Федеральным законом № 223-ФЗ. Для этого нужно разработать положение о закупках и утвердить его, разместив в информационной системе в установленном порядке.

Насколько правомерно применение кода нарушения 3.2.1 и соответствующих санкций при проведении медико-экономической экспертизы (МЭЭ) специалистом-экспертом, ссылаясь на должностные обязанности, установленные п. 79 Порядка, где указано «объемов, предоставленных к оплате».

Абсолютно неправомерно связывать с медико-экономической экспертизой пункт 3.2.1 «Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (далее – Перечень) – Приложения 8 к «Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», утвержденного приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 (далее – Порядок).

Пункт 11. Порядка определяет: «Медико-экономическая экспертиза, в соответствии с частью 4 статьи 40 Федерального закона – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, ***объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации*** медицинской организации».

При этом вышеуказанный подпункт а пункта 79 Порядка целиком звучит так: «Основными задачами специалиста-эксперта являются: а) контроль соответствия предоставленной медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату

медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию путем установления соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, ***объемов предоставленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации*** медицинской организации».

Итак, МЭЭ – оценка соответствия объемов записям в документации с целью недопущения приписок и т.д. Подпункт же 3.2.1 Перечня касается полноты выполнения объемов медицинской помощи в сопоставлении со стандартами, клиническими рекомендациями и т.д. и относится не к МЭЭ, а к экспертизе качестве медицинской помощи (ЭКМП). Этот подпункт относится к разделу 3. ***«Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи»***.

Подпункт 3.2.1 относится к пункту 3.2 «Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи». В случае, если нарушение не повлияло на состояние здоровья застрахованного лица применяется подпункт 3.2.1.

Согласно пункту 82 Порядка, проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью ***выявления дефектов медицинской помощи*** относится к задачам ***эксперта*** качества медицинской помощи, а не специалиста-эксперта.

То есть, речь идет о разных «объемах»: при МЭЭ – соответствие объемов записям в медицинской документации и в отчетах (отсутствие приписок), а при ЭКМП – соответствие объемов помощи потребностям оказания медицинской помощи конкретному пациенту (надлежащее оказание медицинской помощи).

Таким образом, оценка дефектов медицинской помощи (раздел 3 Перечня) не входит в компетенцию специалиста-эксперта и санкции по этому разделу не могут быть применены в процессе медико-экономической экспертизы которую проводит специалист-эксперт. Это функция эксперта качества медицинской помощи.

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

ПРЕДЛОЖЕНО УТОЧНИТЬ ПРАВИЛА ВЕДЕНИЯ ЖУРНАЛА РЕГИСТРАЦИИ ОПЕРАЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОБОРОТОМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ

Доработанный текст проекта Постановления Правительства Российской Федерации «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросам, связанным с оборотом наркотических средств и психотропных веществ» (подготовлен Минздравом России 10.02.2017)

Предложено скорректировать некоторые акты Правительства РФ по вопросам, связанным с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Так, комплекты для оказания паллиативной помощи также отнесены к местам временного хранения наркотических средств и психотропных веществ (действующие правила к ним относят только укладки, комплекты, наборы, предназначенные для оказания первичной медико-санитарной, скорой и специализированной медицинской помощи).

Пересматривается форма журнала регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ. Будет разрешено вести журнал в электронном виде. Кроме того, в нем появится графа «№ п/п».

Листы журналов регистрации, заполняемых в электронной форме, ежемесячно распечатываются, нумеруются, подписываются лицом, ответственным за их ведение и хранение, и брошюруются по наименованиям наркотического средства и психотропного вещества, дозировке, лекарственной форме.

Документы или их копии, подтверждающие совершение операции с наркотическим средством/веществом, заверенные в установленном порядке, либо подшиваются в отдельную папку, которая хранится вместе с соответствующим журналом регистрации, либо хранятся в архиве юрлица с возможностью представления их по требованию контролирующих органов.

Уточняется наименование отдельных граф журнала.

КАК ФСС РОССИИ, СТРАХОВАТЕЛИ И МЕДОРГАНИЗАЦИИ БУДУТ ОБМЕНИВАТЬСЯ СВЕДЕНИЯМИ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННОГО «БОЛЬНИЧНОГО»?

Проект «Об утверждении Правил информационного взаимодействия страховщика, страхователей, медицинских организаций и федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы по обмену сведениями в целях формирования листка нетрудоспособности в форме электронного документа» (подготовлен 13.03.2017)

Планируется определить порядок информационного взаимодействия страховщика (ФСС России), страхователей, медицинских организаций и ФГУ медико-социальной экспертизы

(МСЭ) по обмену сведениями в целях формирования листка нетрудоспособности в форме электронного документа.

Для этого будет использоваться ФГИС «Единая интегрированная информационная система «Соцстрах» (ЕИИС «Соцстрах»), оператором которой является Фонд и информационные системы участников взаимодействия.

ЕИИС «Соцстрах» будет интегрироваться с элементами электронного правительства, такими, как Единая система идентификации и аутентификации, Единая система межведомственного электронного взаимодействия, Единый портал государственных и муниципальных услуг.

Поставщиками информации будут медорганизации, страхователи и госучреждения МСЭ. Застрахованные лица будут информироваться о листках нетрудоспособности и выплаченных на их основании пособиях в личном кабинете застрахованного лица на Едином портале госуслуг.

Приводится Типовая форма информированного добровольного согласия на формирование листка нетрудоспособности в форме электронного документа и обработку персональных данных.

ПРЕДЛОЖЕНО УТОЧНИТЬ УСЛОВИЯ ТИПОВОГО КОНТРАКТА НА ПОСТАВКУ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

Проект Приказа Министерства здравоохранения РФ «О внесении изменений в приложения № 1 и 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 октября 2015 г. № 724н «Об утверждении типового контракта на поставку медицинских изделий, ввод в эксплуатацию медицинских изделий, обучение правилам эксплуатации специалистов, эксплуатирующих медицинские изделия, и специалистов, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий» (подготовлен Минздравом России 20.03.2017)

Планируется скорректировать форму типового контракта на поставку медицинских изделий, ввод их в эксплуатацию, на обучение правилам эксплуатации специалистов и лиц, осуществляющих техобслуживание изделий.

Так, прописываются особенности привлечения к исполнению контракта соисполнителей из числа субъектов малого предпринимательства, социально ориентированных некоммерческих организаций. Закрепляются способы обеспечения исполнения контракта. Обновляется информационная карта типового контракта. Это обусловлено в т.ч. введением ОКВЭД 2 и ОКПД 2.

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В РЕГИСТРАЦИОННОЕ ДОСЬЕ НА ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЙ БИОМЕДИЦИНСКИЙ КЛЕТОЧНЫЙ ПРОДУКТ: ПРЕДЛОЖЕНА ФОРМА

Проект Приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении формы заявления о внесении изменений в документы, содержащиеся в регистрационном досье на зарегистрированный биомедицинский клеточный продукт» (подготовлен Минздравом России 02.03.2017)

Разработана форма заявления о внесении изменений в документы, содержащиеся в регистрационном досье на зарегистрированный биомедицинский клеточный продукт.

В заявлении предлагают указывать сведения о биомедицинском клеточном продукте, о производителе, тип вносимых изменений.

КАК ПРОВЕРЯЕТСЯ СООТВЕТСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ УСТАНОВЛЕННЫМ ТРЕБОВАНИЯМ К ИХ КАЧЕСТВУ?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 декабря 2016 г. № 999н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по осуществлению федерального государственного надзора в сфере обращения лекарственных средств посредством организации и проведения проверок соответствия лекарственных средств для медицинского применения, находящихся в гражданском обороте, установленным требованиям к их качеству»
Зарегистрировано в Минюсте РФ 16 Марта 2017 г. Регистрационный № 45975.

Росздравнадзор и его территориальные органы организуют и проводят проверки соответствия лекарственных средств, находящихся в гражданском обороте, установленным требованиям к их качеству. Утвержден административный регламент, касающийся осуществления госнадзора.

В ходе госнадзора проверяют соответствие лекарственных средств требованиям фармакопейной статьи либо, в случае ее отсутствия, нормативной документации.

Установлены права и обязанности должностных лиц Росздравнадзора (территориальных органов), субъекта обращения лекарственных средств.

В результате исполнения госфункции может быть вручен (направлен) акт проверки; выдано предписание об устранении нарушений; составлен протокол об административном правонарушении; информация может быть направлена в органы прокуратуры, правоохранительные органы, если выявлены нарушения, содержащие признаки преступлений. Может быть принято решение об изъятии и уничтожении недоброкачественного и (или) фальсифицированного лекарственного средства. Если владелец с указанным решением об изъятии не согласен, последует обращение в суд.

Срок проверки не может превышать 20 рабочих дней. Общий срок плановых выездных проверок не может превышать 50 часов для малого предприятия и 15 часов для микропредприятия в год. В исключительных случаях он может быть продлен.

Определены состав, последовательность и сроки конкретных административных процедур (действий), а также требования к порядку их выполнения.

Установлены формы контроля за исполнением госфункции.

Заинтересованные лица вправе обжаловать действия (бездействие) и решения должностных лиц в досудебном (внесудебном) порядке.

ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА БИОМЕДИЦИНСКОГО КЛЕТОЧНОГО ПРОДУКТА: ПРЕДЛОЖЕНО УРЕГУЛИРОВАТЬ ПРОЦЕДУРУ ПРОВЕДЕНИЯ

Проект Приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении порядка проведения экспертизы качества биомедицинского клеточного продукта в месте производства биомедицинского клеточного продукта с использованием оборудования производителя» (подготовлен Минздравом России 02.03.2017)

Разработан проект порядка проведения экспертизы качества биомедицинского клеточного продукта в месте производства такого продукта с использованием оборудования производителя.

Так, экспертиза качества биомедицинского клеточного продукта со сроком годности менее 15 суток будет выполняться по заданию Минздрава России комиссией экспертов ФГБУ «Научный центр экспертизы средств медицинского применения» на предприятии с использованием оборудования производителя. Срок ее проведения будет составлять не более 100 рабочих дней с момента получения экспертным учреждением задания Минздрава России.

Заявитель для проведения экспертизы кроме образцов и материалов будет предоставлять также оборудование и необходимые для его использования расходные материалы и реактивы.

Экспертиза будет производиться в соответствии с требованиями проекта нормативной документации с последующим оформлением протоколов испытаний и заключения комиссии экспертов по ее результатам.

ПРАКТИКУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНЦЕССИОННОГО МЕХАНИЗМА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЛАНИРУЮТ РАСШИРИТЬ

Досье на проект федерального закона № 125581–7 «О внесении изменений в статьи 5 и 8 Федерального закона «О концессионных соглашениях»

В Государственную Думу РФ 16 марта 2017 г. внесен законопроект, направленный на дальнейшее расширение практики использования концессионного механизма в сфере здравоохранения.

Планируется разрешить федеральным государственным учреждениям здравоохранения участвовать в обязательствах по концессионному соглашению в отношении объектов здравоохранения (в том числе предназначенных для санаторно-курортного лечения), принадлежащих учреждению на момент принятия решения о заключении концессионного соглашения на праве оперативного управления. Учреждение сможет участвовать на стороне концедента в обязательствах по концессионному соглашению и осуществлять отдельные полномочия концедента при условии, что в результате передачи указанного имущества оно не лишится возможности вести свою основную деятельность.

ВЫДАЧА РАЗРЕШЕНИЯ НА МНОГОЦЕНТРОВОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА: ПРОЕКТ РЕГЛАМЕНТА МИНЗДРАВА РОССИИ

Проект Приказа Министерства здравоохранения РФ «Административный регламент Министерства здравоохранения Российской Федерации по предоставлению государственной услуги по выдаче разрешения на проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения» (подготовлен Минздравом России 14.03.2017)

Минздрав России выдает разрешения на многоцентровое клиническое исследование лекарственного препарата. Речь идет в т.ч. о международном многоцентровом клиническом исследовании препарата или его пострегистрационном исследовании. В связи с этим подготовлен

проект Административного регламента по предоставлению соответствующей госуслуги.

Ею могут воспользоваться разработчик лекарственного препарата или уполномоченное им лицо; образовательные учреждения высшего или дополнительного профессионального образования; научно-исследовательские организации.

В результате предоставления госуслуги заявителю направляется (вручается) разрешение (отказ в выдаче разрешения, дубликат разрешения) на проведение исследования.

Срок предоставления госуслуги не превышает 40 рабочих дней с даты поступления в Министерство заявления и документов. Дубликат выдается в течении 10 рабочих дней.

Приводится перечень документов, необходимых для предоставления госуслуги. Предусматривается уплата госпошлины.

Определяются состав, последовательность и сроки выполнения административных процедур, требования к порядку их выполнения, в том числе особенности выполнения административных процедур в электронной форме. Закрепляется досудебный (внесудебный) порядок обжалования решений и действий (бездействия) Министерства, а также его должностных лиц.

ПЛАНИРУЕТСЯ УТОЧНИТЬ НЕКОТОРЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ, СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ «О внесении изменений в приказы Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 4 апреля 2013 г. № 138 и от 23 декабря 2014 г. № 1105» (подготовлен Минтрудом России 03.03.2017)

Планируется скорректировать некоторые вопросы утверждения и выполнения плана мероприятий по реализации «дорожных карт», изменений в отраслях социальной сферы, направленных на повышение эффективности здравоохранения, образования и науки, социального обслуживания населения в 2013–2018 гг. в ФГУ, подведомственных Минтруду России.

Также корректируется порядок реализации мероприятий в данных отраслях.

Изменения касаются в т.ч. доведения и использования бюджетных ассигнований, лимитов бюджетных обязательств и субсидий, целевых показателей повышения эффективности качества услуг.

Уточняется структура сети ФГУ. Пересматриваются целевые показатели реализации основных мероприятий по повышению эффективности предоставления медицинских услуг и услуг по социальному обслуживанию населения.

Корректируется понятийный аппарат, в т.ч. в части определения средней заработной платы.

ЧТО УЧИТЫВАТЬ ПРИ ЗАКУПКЕ ПРОТИВОКЛЕЩЕВЫХ ВАКЦИН?

Письмо Федеральной антимонопольной службы от 20 февраля 2017 г. № ИА/10569/17 «О закупках лекарственных препаратов с группировочным наименованием «Вакцина для профилактики клещевого энцефалита»

Разъяснения касаются закупок лекарственных препаратов с группировочным наименованием «Вакцина для профилактики клещевого энцефалита».

Лекарственные препараты с группировочным наименованием «Вакцина для профилактики клещевого энцефалита» можно считать эквивалентными.

Отмечается, что лекарственные формы, предназначенные для парентерального введения (внутривенного, внутримышечного, подкожного), при прочих равных условиях (показаниях, противопоказаниях, побочных действиях) должны признаваться эквивалентными, поскольку лиофилизаты, порошки и концентраты требуют предварительного разведения растворителем. В организм человека парентеральным путем вводится не лиофилизат (порошок, концентрат), а раствор (суспензия). Различия таких лекарственных форм не отражаются на терапевтическом воздействии и способе введения лекарственных препаратов в организм пациента.

Кроме того, все противоклещевые вакцины взаимозаменяемы, при смене одного препарата на другой интервал между вакцинацией и ревакцинацией, а также между прививками при ревакцинации должен соответствовать сроку, указанному в инструкции препарата, которым проведена последняя прививка.

Закупка противоклещевых вакцин должна проводиться с учетом возможности участия в торгах всех производителей взаимозаменяемых вакцин. При этом указание группированного наименования и возрастной группы прививаемых (с указанием возможности поставки эквивалента) является необходимым и достаточным условием идентификации лекарственного препарата.

КАКИМИ НОВЫМИ ПОЛНОМОЧИЯМИ ХОТЯТ НАДЕЛИТЬ РОСЗДРАВНАДЗОР?

Доработанный текст проекта Постановления Правительства Российской Федерации «О внесении изменений в Положение о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» (подготовлен Минздравом России 05.01.2017)

Планируется расширить перечень полномочий Росздравнадзора. Доработан соответствующий проект изменений.

Возможно, Служба будет регистрировать, вносить изменения в регистрационное досье и осуществлять иные процедуры, связанные с регистрацией медизделий; выступать оператором номенклатуры медицинских изделий ЕАЭС. Росздравнадзор будет вести перечень организаций, имеющих право проводить исследования (испытания) медизделий в целях их регистрации, рассматривать заявки о включении в этот перечень, выдавать разрешения на клинические испытания (исследования).

Кроме того, Служба будет размещать в едином реестре медизделий, зарегистрированных в рамках ЕАЭС, сведения о конкретном изделии, инструкцию по применению.

Также Росздравнадзор будет определять порядок консультирования подведомственными ФГБУ по вопросам процедур, связанных с госрегистрацией медизделий.

ООО «НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС»
Тел.: 8 800 200 8888 (бесплатный междугородный звонок),
8 495 647 6238 (для Москвы)
Интернет: www.garant.ru

ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Полные тексты документов доступны на сайтах компании «Гарант» и Издательского дома «Менеджер здравоохранения»: **www.idmz.ru**

Продолжается подписка на журнал «Врач и информационные технологии» на 2017 год

Периодичность – 4 выпуска в год

КАК ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ*

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:
Подписной индекс: **82615** на полугодие
20103 на год

Альтернативные агентства, принимающие подписку на журнал «Врач и информационные технологии»:

ООО «Агентство «Урал-Пресс»
http://www.ural-press.ru/, тел. (495) 789-86-36
ЗАО «ПРЕССИНФОРМ»
www.presskiosk.ru, тел. 8 (812) 335-97-48

Подписка на электронную версию журнала:

Для физических лиц открыта подписка через редакцию на электронную версию журнала в формате PDF (точная копия бумажной версии журнала).
Стоимость годовой подписки на 2017 г. – 1400 рублей.
После оплаты просьба прислать на нашу электронную почту *idmz@mednet.ru* копию квитанции об оплате.

Реквизиты для оплаты подписки:
Получатель: ООО Издательский Дом «Менеджер Здравоохранения»
ИНН 7715376090 КПП 771501001 ПАО «Сбербанк», г. Москва
р/с 40702810638050105256 к/с 30101810400000000225 БИК 044525225

Уважаемые читатели!

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

***Уважаемые подписчики!**

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

Менеджер
здравоохранения