

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№7.2018



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003



Началась подписка на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2019 год



Периодичность – 10 выпусков в год

КАК ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ*

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» АГЕНТСТВА «РОСПЕЧАТЬ»:

Подписной индекс: **82614**

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

ООО «Агентство «Урал-Пресс»

<http://www.ural-press.ru/>, тел. (495) 789-86-36

ООО «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 (доб. 114),
по электронной почте на адрес: idmz@mednet.ru
или через форму обратной связи на сайте издательства <http://www.idmz.ru/kontakti>*

ВНИМАНИЕ!!!

Подписчики журнала «Менеджер здравоохранения»
получают доступ к уникальному сервису.

Наши эксперты бесплатно ответят на все поступающие в редакцию журнала вопросы.
Вопросы принимаются по электронной почте: idmz@mednet.ru или через форму
обратной связи на сайте издательства <http://www.idmz.ru/kontakti>

**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

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

Менеджер здравоохранения

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

№7
2018

В номере:

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

**Стратегии и условия обеспечения государственных гарантий
бесплатного оказания медицинской помощи**

В.И. Перхов, А.В. Гречко, Д.С. Янкевич

6-11

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**К вопросу об укреплении и сохранении здоровья работающих
на предприятиях (Приволжский федеральный округ)**

В.И. Стародубов, Н.П. Соболева, Е.Д. Савченко

12-24

**Разработка инструмента комплексной оценки состояния здоровья
и социального благополучия пациентов в возрасте 60 лет и старше
и их потребности в различных видах помощи**

*А.Ш. Сененко, А.В. Короткова,
Р.В. Воробьев, Д.И. Ниценко*

25-35

**Формирование нового менеджмента в работе детской поликлиники
на основе анализа проблем здоровья детей и независимой оценки
качества оказания услуг**

Е.Ю. Огнева, А.Н. Гуров, И.В. Давронов

36-44

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

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Товарный знак и название «Менеджер здравоохранения» являются исключительной собственностью ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения». Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации.

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Перепечатка текстов без разрешения журнала «Менеджер здравоохранения» запрещена. При цитировании материалов ссылка на журнал обязательна.

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

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

Адрес издателя и редакции:

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

Главный редактор:

академик РАН,
профессор В.И. Стародубов
idmz@mednet.ru

Зам. главного редактора:

д.э.н. Ф.Н. Кадыров
kadyrov@mednet.ru

Шеф-редактор:
д.б.н. Н.Г. Куракова
kurakov.s@relcom.ru

Директор отдела распространения и развития:

к.б.н. Л.А. Цветкова
(495) 618-07-92
idmz@mednet.ru, idmz@yandex.ru

Автор дизайн-макета:

А.Д. Пугаченко

Компьютерная верстка и дизайн:

ООО «Допечатные технологии»

Литературный редактор:

С.В. Борисенко

Подписные индексы:

Каталог агентства «Роспечать»
Годовая — **20102**
Полугодовая — **82614**

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

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

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

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

**Процессный подход в организации
лекарственного обеспечения**

*О.Э. Карпов, Д.Н. Никитенко,
С.А. Ляцёв*

45-56

**Организация службы лучевой диагностики
в г. Москве**

П.В. Шелехов

57-65

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ

**Материальное стимулирование сотрудников
экономических служб государственных (муниципальных)
учреждений здравоохранения**

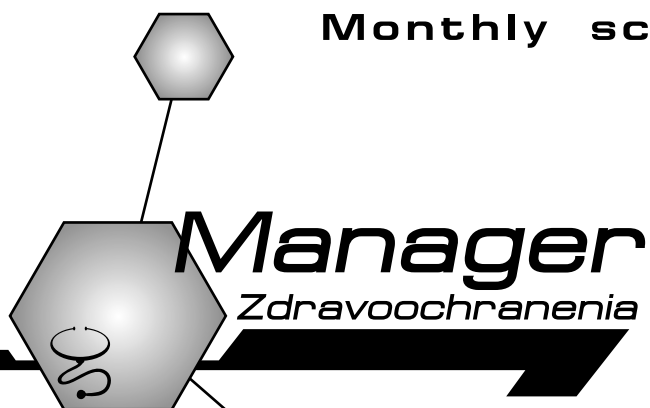
Ф.Н. Кадыров

66-75

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

*На вопросы отвечает
д.э.н. Ф.Н. Кадыров*

76-80



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

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

№7
2018

Contents:

PROBLEM FOCUS

Strategies and conditions for provision of state guarantees for free medical assistance

V.I. Perkhov, A.V. Grechko, D.S. Yankevich

6-11

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

On strengthening and preservation of health of employees at enterprises

V.I. Starodubov, N.P. Soboleva, E.D. Savchenko

12-24

Development of an integrated assessment tool health and social well-being of patients aged 60 years and over and their needs for different types of care

*A.Sh. Senenko, A.V. Karotkova,
R.V. Vorobyev, D.I. Nitsenko*

25-35

Formation of new management in the work of a children's outpatient hospital based on analysis of children's health problems and independent assessment of the quality of service

E.Yu. Ogneva, A.N. Gurov, I.V. Davronov

36-44

**Ваши статьи достойны
цитирования в российском
профессиональном
сообществе...**

Process approach in the organization of medicinal support

*O.E. Karpov, D.N. Nikitenko,
S.A. Lyashchev*

45-56

Organization of the service of radiodiagnosis in Moscow

P.V. Shelekhov

57-65

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

**Material stimulation of employees of the economic services
of the state (municipal) establishments of public health**

F.N. Kadyrov

66-75

QUESTIONS AND ANSWERS

*Questions answered by PhD
of Economic F.N. Kadyrov*

76-80



В.И. Перхов,

д.м.н., главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, главный научный сотрудник ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», Москва, Россия, perkhov@mednet.ru

А.В. Гречко,

д.м.н., профессор РАН, директор ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», Москва, Россия, avg-2007@ya.ru

Д.С. Янкевич,

к.м.н., заместитель руководителя НИИ реабилитологии по инновациям ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», Москва, Россия, yanson_d@mail.ru

СТРАТЕГИИ И УСЛОВИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 614.2

Перхов В.И., Гречко А.В., Янкевич Д.С. Стратегии и условия обеспечения государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», Москва, Россия)

Аннотация. Гарантии бесплатного оказания медицинской помощи не только относятся к важнейшим конституционным гарантиям, предоставляющим материальные блага, но и являются наиболее специфическим видом государственного долга перед гражданином. Показано, что в современной России реализуется вариант стратегии обеспечения государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, основанный на сочетании сокращения ресурсов и попыток повышения эффективности их использования. При этом отсутствует парадигма преобразования и развития отрасли, имеющая стратегическую направленность и охватывающая все уровни и составные части национальной системы здравоохранения. Авторы считают, что из-за традиционной консервативности системы здравоохранения решить эту задачу внутренними силами отрасли чрезвычайно сложно, но можно. Для этого надо создать условия, при которых круг лиц, принимающих стратегические решения в здравоохранении, в том числе по вопросам государственных гарантий медицинской помощи, будет обособлен от круга лиц, разрабатывающих и реализующих тактические инструменты.

Ключевые слова: государственные гарантии бесплатного оказания медицинской помощи, эффективность и результативность здравоохранения, стратегическое управление здравоохранением.

Можно выделить три основные стратегии обеспечения государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Первая стратегия предусматривает рост государственного финансирования при сохранении существующей ресурсной структуры здравоохранения. Вторая стратегия предусматривает сокращение ресурсов и повышение эффективности их использования. Третья стратегия предполагает сочетание мер, направленных на повышение эффективности с частичным пересмотром государственных гарантий и легализацией неформальных платежей населения за медицинские услуги.

© В.И. Перхов, А.В. Гречко, Д.С. Янкевич, 2018 г.



В современной России частично реализуется вторая стратегия: сокращаются ресурсы и предпринимаются попытки повышения эффективности их использования. Каковы же результаты реализации такого варианта стратегии?

Ресурсы стационаров

К 2017 г. в сравнении с 2000 г. количество больниц в Российской Федерации уменьшилось в 2 раза: с 8,8 тыс. до 4,5 тыс., а количество коек в больницах – в 1,5 раза: с 1,57 млн. до 1,05 млн. Лидером по темпам сокращения коечного фонда стала Москва, где только за последние три года было сокращено 14,5 тыс. коек, или 16,9% всего коечного фонда, при среднем уровне сокращения коечного фонда за этот же период времени по стране 6,0%. С учетом численности населения, показатель обеспеченности койками в России в 2017 году составил 7,2 койки на 1000 населения, то есть стал ниже такового в Германии (8,3), Южной Корее (10,3), Японии (13,7).

При этом показатель количества дней работы койки в году за тот же период с 2000 по 2017 гг. увеличился незначительно: с 313 до 318 дней в году, что указывает на практически полную загруженность коечного фонда ещё до масштабного сокращения, т.е. в период его так называемой «избыточности».

Наряду с таким сокращением коечного фонда с 2000 по 2017 гг. всего на 3% увеличились мощности амбулаторного звена: с 3,2 до 3,3 млн. посещений в смену. При этом среднее число посещений к врачам поликлиник в расчете на 1 жителя вместо ожидаемого увеличения снизилось на 8% (с 9,1 до 8,4 посещений в 2000 и 2017 гг. соответственно).

Сокращение стационарных мощностей сопровождается ростом показателей заболеваемости населения и больничной летальности. Показатели общей заболеваемости увеличились за 18 лет на 27%, а первичной – на 11%. Отмечается рост заболеваемости болезнями, возникновение которых во многом определяется образом жизни

человека: в 2 раза увеличилась частота обращений за медицинской помощью в связи с болезнями эндокринной системы, в 1,5 и более раза увеличилась частота обращений за медицинской помощью в связи болезнями системы кровообращения и костно-мышечной системы.

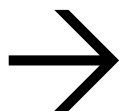
Проявлением недостаточной доступности медицинской помощи является и рост показателя общебольничной летальности (с 1,6% в 2014 году до 1,77% в 2016 году), особенно при одновременном росте числа умерших на дому, отмеченном в ряде регионов [1].

Президент Российской Федерации В. Путин в своем послании Федеральному Собранию 01.03.2018 отметил: «За последние годы была проведена оптимизация сети лечебных учреждений. Это делалось для того, чтобы выстроить эффективную систему здравоохранения. Но в ряде случаев, я просто вынужден сегодня об этом сказать, административными преобразованиями явно увлеклись: начали закрывать лечебные заведения в небольших поселках и на селе. Альтернативы-то никакой не предложили, оставили людей практически без медпомощи, ничего не предлагая взамен» [2].

Эффективность системы

По данным исследования «Индекс здоровья будущего» (Future Health Index), проведенного в 2017 году, 95% работников здравоохранения отрицательно оценивают текущее состояние системы здравоохранения в России. В ходе интервью с врачами было отмечено, что препятствиями на пути к более качественному медицинскому обслуживанию выступают недостаток квалифицированного персонала и отсутствие связи между государственной системой здравоохранения и частным сектором медицины. Речь идет о взаимосвязи всех этапов континуума здоровья (профилактики, диагностики, лечения, реабилитации), а также передаче данных между государственными и частными клиниками для комплексного подхода к оказанию помощи.





Международное агентство финансово-экономической информации Bloomberg каждый год представляет рейтинги стран мира по эффективности систем здравоохранения (The Most Efficient Health Care) [3].

В рейтинге участвуют только те страны, в которых ожидаемая продолжительность жизни населению свыше 70 лет, численность населения более 5 млн. человек и ВВП на человека в год превышает 5 тысяч долларов.

Чем выше ожидаемая продолжительность жизни и чем ниже затраты на здравоохранение и на медицинскую помощь, тем больше баллов набирает страна. Безусловно, методика не совершенна. Результативность систем здравоохранения в Ливии, Эквадоре или в Венесуэле никак не может быть значительно выше, чем, например, в США, которые заняли, например, в 2016 году лишь 50 место среди 55 стран. Вместе с тем, авторы исследования обращают внимание на то, что среди стран с развитой экономикой США тратят больше всего на здравоохранение с худшей эффективностью расходования средств.

Российская Федерация является объектом ранжирования, начиная с 2014 года. В предыдущих исследованиях Россия не была представлена по причине того, что средняя продолжительность жизни населения страны до 2014 года была ниже 69 лет. В 2014 году Россия заняла последнее (51) место, в 2015 году – предпоследнее (54), опередив Бразилию, а в 2016 году Бразилия опередила Россию, и наша страна вновь оказалась на последнем (55) месте.

Наибольшее количество баллов набрали в 2014–2016 гг. Гонконг, Сингапур, Израиль, Испания, Южная Корея, Япония, Италия. Стоит отметить, что в этих странах не существует программ, идентичных российской Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. В конституциях этих стран сравнительно немного внимания уделяется вопросам охраны здоровья населения, а в Израиле конституция

пока вообще отсутствует, находясь в процессе создания. Стоит отметить, что страны со значительно меньшими, чем в России подушевыми расходами на здравоохранение (Китай, Мексика, Малайзия, Куба, Эквадор) занимают позиции на 30–40 пунктов выше, чем Россия.

Безусловно, состояние здоровья и ожидаемая продолжительность жизни зависят не только от системы здравоохранения. Во многих странах в настоящее время наблюдается увеличение доли лиц пожилого возраста и снижение рождаемости. Такой процесс, называемый «демографическим переходом», является проявлением перехода от традиционного общества к индустриальному. В результате этого изменяется половозрастная структура населения, в частности увеличивается доля лиц пожилого возраста. По классификации ООН, население считается старым, если доля лиц в возрасте 65 лет и старше превышает 7%. На начало 2017 года в России доля людей в возрасте 65 лет и старше составляла почти 14% (20,3 млн. человек), тогда как на начало 1991 года она была 10,2%. По прогнозам Росстата, в России к 2035 году доля пожилых лиц возрастет на 20%; возрастно-половая пирамида начнет изменять свою форму и приближаться к регрессивному типу со сравнительно высокой долей пожилых и старых людей и низкой – детей [4]. Увеличение доли лиц пожилого возраста увеличивает нагрузку на систему здравоохранения, эффективность и доступность которой во многом определяет продолжительность жизни людей.

Обсуждение результатов, выводы, предложения

Все изложенное заставляет задуматься не просто об отдельных причинах сохраняющейся многие десятилетия декларативности гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, а о несоответствии существующих механизмов обеспечения этих гарантий запросам нового времени в условиях модернизации страны и совершенствования



законодательства и государственного управления в социальной сфере.

Здравоохранение – важнейшее звено социальной сферы любого государства и основной объект внимания публичной политики в современном обществе.

Сегодня общественный прогресс и его главные ценности в гражданском обществе – человек, его жизнь и здоровье, достоинство, самореализация, права и свободы – обуславливают то, что человеческое измерение развития становится главным в глобальной экономике на всех её уровнях.

Однако следует отметить, что в России отсутствует реалистичная доктрина правовой организации сферы охраны здоровья, а, следовательно, и продуманная законодательная политика [5].

Низкие результативность и эффективность двух десятилетий реформ государственного управления в сфере охраны здоровья объясняются, помимо прочего, и неумением учитывать несовпадающие когнитивные картины реальности, которые задаются культурой, у разных профессиональных, возрастных, этногеографических групп населения [6].

Еще одной проблемой, влияющей на результативность и эффективность здравоохранения, получившей в последнее время широкий общественный резонанс, является проблема качества медицинской помощи. А само это качество не в последнюю очередь определяется взаимоотношениями пациентов и медицинских работников. Эти отношения возникают и развиваются не в вакууме, а в существующей действительности. Их ухудшению способствуют формализация оказания медицинских услуг в условиях их количественного и финансового учета и документарной фиксации и ускоренное на этом фоне эмоциональное профессиональное выгорание медицинских работников. Получается, как за деревьями не видно леса, так и за множеством медицинских услуг зачастую ни медики, ни пациенты не видят ответственно оказываемой и получаемой медицинской помощи. Таким образом, одним из

ключей к решению проблемы качества медицинской помощи является возвращение в общественном сознании медицинской помощи из сферы услуг в сферу служения, создание условий для возрождения глубоких традиций отечественной медицины и привычного для российского профессионального медицинского сообщества лидерства в культурной и интеллектуальной сферах.

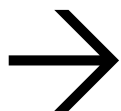
При этом понятно, что модернизация страны требует не восстановления советской модели социального сектора, не слепого «возвращения к истокам», а формирования качественно новой модели функционирования человеческого капитала, контуры которой мы только начинаем осознавать.

Необходимо изменить формат Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, так как она не полностью соответствует современным принципам построения программ в социальной сфере.

Под программой в социальной сфере понимается взаимоувязанный комплекс мероприятий, направленных на решение конкретной социальной проблемы. Методология создания программ в социальной сфере хорошо представлена в научно-методической литературе, основана на технологиях программно-целевого проектирования и принципах научного обоснования решений. Для того, чтобы создать полноценную и структурированную социальную программу, необходимо проработать все её этапы с учетом не только целей социальной программы и состояния областей жизнедеятельности общества, для которых она разрабатывается, но и в соответствии со стратегическими управленческими решениями.

Суть стратегического управления состоит в дихотомической структуризации процесса принятия решений, обособлении процесса выработки и фиксации принципиальных (стратегических) управленческих решений от процесса принятия и реализации текущих решений. Такое обособление проявляется не только в изменении состава лиц, участвующих в принятии стратегических решений,





в отличие от тактических, но и в изменении точек зрения участников управления на систему: в стратегическом планировании система воспринимается участниками стратегического процесса как единое целое в пространственно-временном континууме [7].

Для повышения эффективности финансирования медицинской помощи необходимо сузить медико-социальное (не рисковое) страхование и расширить медицинское страхование с учётом состояния здоровья и рисков его утраты. Надо также обеспечить ясность распределения и использования финансовых ресурсов в сфере здравоохранения, основанную на доступности информации, информационной прозрачности и отсутствии какой-либо секретности.

Мы полностью согласны с тем, что перспективным направлением совершенствования системы обеспечения государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи является наделение пациента правом «плательщика» оказанной медицинской помощи в форме персонализированного фондодержания с использованием принадлежащего ему специализированного счета в едином государственном медико-социальном фонде [8, 9].

Ещё одной важной структурной проблемой здравоохранения является слабость (кадровая, материально-техническая) первичного звена с акцентом на дорогостоящей медицинской помощи. Допускаются системные ошибки ради лечения болезней в ущерб укреплению здоровья населения. Создаются высокотехнологичные медицинские, в том числе перинатальные центры, которые могут обслужить незначительную часть населения в значительной степени в тяжелых и «запущенных» случаях, в то время как основная масса населения не имеет своевременного доступа к первичной медико-санитарной помощи надлежащего качества, тем самым пополняя ряды нуждающихся в дорогостоящих высокотехнологичных вмешательствах, имеющих существенно меньшую медико-экономическую

эффективность в сравнении с профилактическими мероприятиями. Отсутствует научный подход к распределению ресурсов, большинство решений принимается не профессионалами-организаторами здравоохранения, а технократами и экономистами с их бизнес-подходами в ситуациях, где еще не закончилась медицина, не имеющая ничего общего с бизнесом.

Заключение

В XXI веке здравоохранение выходит на принципиально новый технологический уровень решения задач сохранения и восстановления здоровья, развивается как индустрия здоровья. Выявление и лечение заболеваний замещается выявлением предрасположенности к развитию заболеваний и их предотвращению, некоторой индивидуализации подхода к каждому пациенту и его вовлечением в решение проблем со здоровьем в рамках ценностно-социальной его модели.

Что же делать прежде всего? Надо решить главную общую проблему – вооружить систему здравоохранения грамотной парадигмой её развития, своего рода «медицинской политикой», имеющей стратегическую направленность и охватывающей все уровни и составные части системы здравоохранения, а также устраняющей разрыв между макропланированием и повседневной жизнью, в том числе управлением деятельностью современных государственных медицинских учреждений. Не решив эту общую проблему, мы неизбежно будем «наткаться» на неё при решении частных вопросов, в том числе тех, которые связаны с обеспечением государственных гарантий медицинской помощи. Из-за традиционной консервативности системы здравоохранения попытки решить эту задачу внутри отрасли не приведут к положительным результатам. Поэтому круг лиц, принимающих стратегические решения в системе здравоохранения должен быть обособлен от круга лиц, разрабатывающих и реализующих тактические инструменты.



Литература

1. Перхов В.И. Программа государственных гарантий как инструмент обеспечения социальных обязательств государства в сфере охраны здоровья граждан // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 5.
2. Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 01.03.2018 «Послание Президента Федеральному Собранию» // СПС КонсультантПлюс.
3. Источник: Bloomberg: Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2016 году. [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий. – 08.10.2016. 21:00. URL: <http://gtmarket.ru/news/2016/10/08/7306>.
4. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/generation/.
5. Тихомиров А.В. Законодательные унификаты и деликт в сфере охраны здоровья // Медицинская экспертиза и право. – 2016. – № 3. – С. 10–17.
6. Кудашов В.И. Социальные технологии в обществе знания: когнитивные аспекты // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. – 2012. – № 4. – Вып. 1. – С. 58–64.
7. Клейнер Г.Б. Проблемы стратегического государственного планирования и управления в современной России // Сборник «Стратегическое планирование и управление». Материалы круглого стола. – М.: Научный эксперт. – 2011. – 19 с.
8. Жемчугов В.Е. Предложения по эволюционному совершенствованию отечественного здравоохранения / В.Е. Жемчугов, Т.Б. Трунова // Фармацевтическая промышленность. – 2009. – № 4. – С. 30–37.
9. Тихомиров А.В. Концепция социально-ориентированной модернизации здравоохранения: автореф. дис. ...доктора мед. наук: 14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение / Тихомиров Алексей Владимирович. – Ростов-на-Дону. – 2008. – 45 с.

UDC 614.2

Perkhov V.I., Grechko A.V., Yankevich D.S. *Strategies and conditions for provision of state guarantees for free medical assistance* (Federal scientific-clinical center of emergency medicine and rehabilitation, Moscow, Russia)

Abstract. Guarantees of free medical care are important constitutional guarantees that provide material benefits and the most specific type of public debt to the citizen. It is shown that in modern Russia, implemented a version of the strategy of providing state guarantees of free medical care, based on a combination of resource reduction and attempts to improve the efficiency of their use. There is no paradigm of transformation and development of the industry, which has a strategic focus and covers all levels and components of the national health system. The authors believe that due to the traditional conservatism of the health care system, it is difficult, but possible, to solve this problem by the internal forces of the industry. To do this, it is necessary to create conditions in which the circle of strategic decision-makers in health care will be separated from the circle of persons developing and implementing tactical tools.

Keywords: state guarantees of free medical care, efficiency and effectiveness of health care, strategic health management.



В.И. Стародубов,

д.м.н., академик РАМН, профессор, директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Н.П. Соболева,

к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения научных основ организации первичной медико-санитарной помощи ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия

Е.Д. Савченко,

к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения научных основ организации первичной медико-санитарной помощи ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия

К ВОПРОСУ ОБ УКРЕПЛЕНИИ И СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ (ПРИВОЛЖСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ)

УДК 614.2

Стародубов В.И., Соболева Н.П., Савченко Е.Д. К вопросу об укреплении и сохранении здоровья работающих на предприятиях (Приволжский федеральный округ) (ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия)

Аннотация. Рассмотрены вопросы укрепления и сохранения здоровья лиц, работающих на предприятиях Приволжского ФО. Изучена роль работодателей и профсоюзных организаций в этом направлении.

Ключевые слова: работодатели, профсоюзные организации, профилактика на предприятиях, укрепление и сохранение здоровья работающих.

В развитых странах программы укрепления здоровья на рабочем месте получили широкое распространение. Их реализация выгодна как работникам, так и работодателям и обществу в целом за счет изменения поведения и образа жизни работников (отказ от курения и алкоголя, правильное питание, физическая активность, борьба со стрессом и т.д.) [1]. Несмотря на возросшее внимание к проблемам здорового образа жизни в России программам поддержания здоровья на рабочем месте до сих пор уделялось недостаточно внимания [2]. Для усиления этого направления в 2016 г. в Правительстве Российской Федерации создана Межведомственная рабочая группа по разработке системы социально-экономической мотивации граждан и работодателей к сохранению и укреплению здоровья населения, по итогам работы которой Минздравом России была разработана программа «Основы медицинских знаний, которыми должны владеть работодатели для стимулирования и мотивации работников к сохранению и укреплению здоровья и ведению здорового образа жизни». В 2016 г. Министерством труда и социальной защиты РФ данная программа была направлена для использования в работе и популяризации среди работодателей [4].

© В.И. Стародубов, Н.П. Соболева, Е.Д. Савченко, 2018 г.



Исходя из вышеизложенного, целью данной работы явилось изучение роли руководителей предприятий и профсоюзных организаций в укреплении и сохранении здоровья работающих в настоящее время.

Материал и методы

Руководителям предприятий и профсоюзных организаций было предложено заполнить анкеты, содержащие вопросы, касающиеся их деятельности в укреплении и сохранении здоровья работающих, в том числе через влияние на поведенческие факторы риска.

Изучались: политика в области укрепления здоровья работников, наличие корпоративной программы, финансирование мероприятий по укреплению и сохранению здоровья. Основные вопросы касались питания, двигательной активности, борьбы с курением и употреблением алкоголя, профилактики профессиональных заболеваний, связанных со спецификой

деятельности предприятия, предоставления санаторно-курортного лечения, участия в мероприятиях по укреплению и сохранению здоровья населения, проводимых на территории расположения предприятия.

Результаты и обсуждение

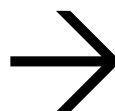
Были получены сведения от 124 предприятий Приволжского федерального округа, из них по виду деятельности 87 (70%) промышленных, 7 (6%) занимающихся сельскохозяйственной деятельностью и животноводством, 13 (10%) – научно-исследовательских института и научно-производственных объединений, 17 (14%) предприятий непромышленной сферы (жилищно-коммунальная сфера, транспорт, торговля и т.п.). От Республики Башкортостан и Пензенской области информация не получена (таблица 1).

По числу работающих лиц предприятия были разделены на 4 группы: до 100 сотрудников –

Таблица 1

Характеристика предприятий, участвовавших в опросе

Субъект РФ	Число поступивших анкет	Вид деятельности предприятия				
		промышленность	с/х, животноводство	медицина и образование	НИИ, НПО	управление, сфера ЖКХ, транспорт, энергоснабжение, водоснабжение, информационные технологии, связь и др.
Приволжский ФО	124	87	7	0	13	17
Республика Башкортостан	-					
Республика Марий Эл	3	1				2
Республика Мордовия	1	1				
Республика Татарстан	5	5				
Удмуртская республика	16	9	5		2	
Чувашская республика	4	3			1	
Пермский край	5	4	1			
Кировская область	8	8				
Нижегородская область	27	15			6	6
Оренбургская область	25	18				7
Пензенская область	-					
Самарская область	4	4				
Саратовская область	2	2				
Ульяновская область	24	17	1		4	2





Наличие профсоюзной организации на предприятиях, участвовавших в опросе

Субъект РФ	Число поступивших анкет	Наличие профсоюзной организации	Число работников (человек)			
			До 100	100–500	500-1000	Более 1000
Приволжский ФО	124	105	3	19	15	68
Республика Башкортостан	-	-				
Республика Марий Эл	3	1				1
Республика Мордовия	1	1				1
Республика Татарстан	5	5				5
Удмуртская республика	16	8	1	1	1	5
Чувашская республика	4	2				2
Пермский край	5	5			3	2
Кировская область	8	6		1	1	4
Нижегородская область	27	25		2	1	22
Оренбургская область	25	24	1	6	7	10
Пензенская область	-	-				
Самарская область	4	4				4
Саратовская область	2	2			1	1
Ульяновская область	24	22	1	9	1	11

5 (4%) организаций; от 100 до 500 человек – 34 (27%) предприятия; от 500 до 1000 – 15 (12%) и более 1000 работников – 70 (57%).

При изучении наличия профсоюзной организации (ПО) выявлено, что профсоюз имеется в 85% предприятий ПФО (105 из 124), предоставивших сведения. В большинстве случаев это крупные предприятия производственной или научной сферы (более 1000 сотрудников) (таблица 2).

В предоставленных материалах Ульяновской и Самарской областей показано наличие Федерации профсоюзов, в которую входят представители следующих отраслей: почтовой связи, машиностроителей, жизнеобеспечения, связи, потребительской кооперации, автомобильного и сельскохозяйственного машиностроения, агропромышленного комплекса, автомобильного транспорта, культуры, строительства, образования, государственных и муниципальных служащих, здравоохранения, лесных отраслей, электропрофсоюз. В таблице 3 приведены некоторые

направления деятельности профсоюзных организаций отдельных предприятий ПФО.

При изучении анкет было выявлено, что на предприятиях до 100 человек политика в области укрепления здоровья обычно не разрабатывается, отсутствует и корпоративная программа. Все профилактические мероприятия в таких организациях осуществляются силами инициативных групп. На крупных предприятиях разработка и реализация корпоративной программы укрепления и сохранения здоровья работающих проводится совместно руководством предприятия и профсоюзной организацией.

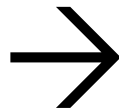
Следует отметить, что в Самарской области (в период 2015–2017 гг.) действовало трехстороннее соглашение между Правительством области, Федерацией профсоюзов и региональным объединением работодателей «Союз работодателей Самарской области» о регулировании социально-трудовых отношений, в рамках которого проводились мероприятия по укреплению и сохранению

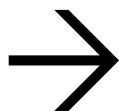


Таблица 3

**Деятельность профсоюзных организаций
в отдельных предприятиях Приволжского ФО**

Название предприятия	Направления деятельности профсоюза
ООО «Газпром трансгаз Самара» ФГУП «ФНПЦ НИИИС им. Ю.Е. Седакова» Нижегородская область ФБУ «Нижегородский ЦСМ» ФГУП «РФЯЦ-ВНИИЭФ» Нижегородская область АО «СЭЗ» Р. Удмуртия	Оплата договоров (частичное или полное финансирование) по аренде спортзалов, бассейнов; оплата договоров на услуги проведения спартакиады, спортивно-массовых мероприятий, соревнований, турниров; оплата проведения «Дня здоровья». Организация посещения спортзалов, бассейнов, проведение спартакиады работников Общества, проведение турниров, соревнований по различным видам спорта, организация «Дня здоровья», организация спортивно-игрового фестиваля для детей. Поощрение работников памятными подарками, грамотами, дипломами, кубками, призами в денежном выражении.
ООО «ЛУКОЙЛ-Волганефтепродукт» Нижегородская область	Создание каналов информирования и принятия оперативных решений «Горячая линия. Профком», «Мобильная группа», для решения конфликтных ситуаций по рабочему процессу.
ПАО «Завод корпусов» Нижегородская область	Разработка и внедрение Программы по работе с молодежью.
АО Новокуйбышевский НПЗ» Самарская область	Организация комнат приема пищи, контроль санитарно-бытовых условий. Участие в подготовке и проведении специальной оценки условий труда, разработке мероприятий по снижению вредного воздействия производственных факторов. Участие в собраниях трудовых коллективов, решение конфликтных ситуаций и напряженности. Прием работников с предложениями и жалобами. Участие в проведении субботников и экологических акций. Организация посещения тренажерных залов, бассейнов. Проведение спортивных мероприятий: спартакиады, соревнования и т.д. Поощрение активных участников спортивных мероприятий: награждение (почетные грамоты, кубки, медали, дипломы) и денежное премирование. Организация командообразующих мероприятий для молодых специалистов.
АО «ННК» Самарская область	Разработка плана мероприятий по реализации мер по созданию здорового образа жизни. Организация межцеховых соревнований по различным видам спорта; конкурсов по прикладному творчеству, по культуре производства; детских конкурсов (не менее 4-х раз в год); культмассовых мероприятий: посещение театров, музеев, выставок; речные однодневные экскурсии на теплоходе; семейные экскурсионные поездки (автобусные туры) в различные города региона и России; проведение бесед, информационных площадок по обсуждению влияния алкоголя и наркотических веществ на здоровье работников.
ПАО «Нижекамскнефтехим» Р. Татарстан	Разработка и внедрение программы «Основные направления развития физической культуры и спорта». Проведение спортивно-оздоровительная работы совместно с дочерними учреждениями «Спортивно-культурный комплекс» и спортивный клуб «Нефтехимик». Организация экскурсионного отдыха в г. Санкт-Петербург и базы отдыха.
ООО «ЧЗПЛ» Р. Чувашия	Финансирование и проведение всех спортивных мероприятий как внутризаводских, так и городских (спортивный праздник «День здоровья» – ежегодно).
ОАО «УКБП» Ульяновская область	Финансирование отдыха детей сотрудников и членов их семей (летний лагерь, базы отдыха).
ППО ЗАО «Авиастар-СП» Ульяновская область	





здоровья лиц, работающих на предприятиях.

По результатам анализа полученных сведений, разработанная на предприятиях политика, направлена на создание и улучшение условий для формирования среди работающих здорового образа жизни. Практическая реализация политики охраны и укрепления здоровья, работающих на предприятии, невозможна без дополнительного нормативно-правового регулирования производственных взаимоотношений (руководителя, профсоюзной организации, работающих, медицинской службы).

Медицинская служба (медицинский кабинет, медсанчасть, поликлиническое отделение, медцентр) является неотъемлемой частью выполнения профилактической программы на предприятии. Анализ предоставленного материала показал, что наличие и вид медицинской службы зависит от размера предприятия. Так, на крупных предприятиях (число работников более 1000 человек) обычно имеется поликлиническое отделение, медсанчасть или медицинский центр. На предприятиях,

имеющих несколько филиалов или участков, функционирует несколько медицинских кабинетов (здравпунктов). Так, в ПАО «Нижнекамскнефтехим» (Республика Татарстан) – 17 медицинских кабинетов, в АО «Воткинский МЗ» (Удмуртская республика) – 3, в ФГУП «РФЯЦ-ВНИИЭФ» (Нижегородская область) – 10. Сведения о видах медицинской службы в разрезе субъектов, представлены в *таблице 4*.

По результатам проведенного опроса авторами выявлено, что все мероприятия, проводимые в области укрепления и сохранения здоровья работающих, направлены на снижение факторов риска: организация здорового питания, отказ от курения и употребления алкоголя и максимальный охват физической активностью. Следует отметить, что финансирование, по предоставленным сведениям, осуществляется из двух источников: из прибыли предприятия и взносов профсоюзной организации (при ее наличии). Основные профилактические направления, реализующиеся на предприятиях, показаны в *таблице 5*.

Таблица 4

Характеристика медицинской службы, представленной на предприятиях

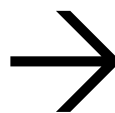
Субъект РФ	Число поступивших анкет	Вид медицинской службы		
		Медицинский кабинет, здравпункт	Поликлиническое отделение, медсанчасть	Медицинский центр
Приволжский ФО	124	116	19	3
Республика Башкортостан	-			
Республика Марий Эл	3	1		
Республика Мордовия	1	1		
Республика Татарстан	5	20	2	
Удмуртская республика	16	15	2	2
Чувашская республика	4	3	1	
Пермский край	5	3		
Кировская область	8	6	2	
Нижегородская область	27	23	7	
Оренбургская область	25	19	4	
Пензенская область	-			
Самарская область	4	4	1	
Саратовская область	2	2		
Ульяновская область	24	19		1

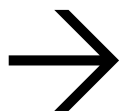


Таблица 5

Профилактические направления, реализуемые на предприятиях

	<i>Перечень мероприятий</i>	<i>Примеры реализации на конкретных предприятиях</i>
Рациональное питание	<p>Открытие столовых, буфетов и др. пунктов питания на территории.</p> <p>Организация комнат для приема пищи в удаленных от основной территории предприятия производственных подразделениях.</p> <p>Применение стимулирующих мер (снижение цены, дотация на питание, предоставление льгот).</p>	<p>Питание по льготным ценам (АО «Выксунский металлургический завод» Нижегородская область, ООО «ДЗПМ» Ульяновская область, ППО ЗАО «Авиастар-СП» Ульяновская область).</p> <p>Дотация на содержание столовой (ФГУП «ФНПЦ НИИИС им. Ю.Е. Седакова» Нижегородская область).</p> <p>Предоставление талонов на бесплатное лечебно-профилактическое питание обособленным контингентам (АО «ННК» Самарская область, ООО «ММСК» Оренбургская область, АО «Уральская Сталь» Оренбургская область, АО «Воткинский завод» Р. Удмуртия, ООО «ГалоПолимер» Кировская область, АО «АМЗ» Пермский край).</p> <p>Бесплатное диетическое питание для беременных (АО «Воткинский завод» Р. Удмуртия).</p> <p>Снижение цены на питание (АО «Новокуйбышевский НПЗ Самарская область, АО «ПО ЕлАЗ» Р. Татарстан, ООО «Холмим (Рус)» Самарская область, Филиал ООО «Газпром ПХГ» Оренбургская область, ОАО «МИЛКОМ» Р. Удмуртия, АО «ЧМЗ» Р. Удмуртия).</p> <p>Частичная компенсация стоимости питания (АО «ФНПЦ «ННИИРТ» Нижегородская область, АО «АПЗ» Нижегородская область, ПАО «Завод корпусов» Нижегородская область, АО «Промис» Нижегородская область, ФБУ «Нижегородский ЦСМ», ООО «Газпром трансгаз Самара», ООО «Самарский Стройфарфор», ПАО «Татнефть» Р. Татарстан, ПАО «КАМАЗ» Р. Татарстан, АО «КМПО» Р. Татарстан, ОАО «СРЗ» Р. Удмуртия, АО «Воткинский завод» Р. Удмуртия, АО «СЭЗ» Р. Удмуртия, ООО «ИКЕА ИНДАСТРИ ВЯТКА» Кировская область, Филиал «КЧХК» ОАО «ОХК «УРАЛХИМ» Кировская область, АО «Димитровградхиммаш» Ульяновская область, АО «ДААЗ» Ульяновская область).</p> <p>Обеспечение бесплатным горячим питанием при выполнении плановых и аварийных работ при условии непрерывного проведения свыше восьми часов (ООО «Газпром трансгаз Самара»).</p>
Физическая активность	<p>Занятия в тренажерном зале, теннис, настольный теннис, плавание.</p> <p>Участие в муниципальных мероприятиях по сдаче норм ГТО.</p> <p>Командообразующие игры на стадионах, открытые турниры по различным видам спорта.</p> <p>Проведение спортивных праздников и спартакиад с участием трудовых коллективов.</p> <p>Участие в ежегодных открытых всероссийских спортивных мероприятиях («Лыжня России», забег «Кросс нации» и др.).</p> <p>Проведение турниров по различным видам спорта</p> <p>Организация туристических мероприятий (походы, слеты).</p>	<p>Проведение Спартакиады по 33 видам спортивных дисциплин (20 команд подразделений завода), ежегодное проведение соревнований, посвященных Дню металлурга (АО «Выксунский металлургический завод» Нижегородская область).</p> <p>Спартакиада по 14 видам спорта и выполнение комплекса ГТО (ФГУП «ФНПЦ НИИИС им. Ю.Е. Седакова» Нижегородская область, ФГУП «РФЯЦ-ВНИИЭФ» Нижегородская область).</p> <p>Участие в турнире по мини-футболу и волейболу АО «Редуктор» Ульяновская область, НПО «Экра» Р. Чувашия, АО «КАФ» Р. Чувашия, АО «ГНЦ НИИАР» Ульяновская область).</p> <p>Ежегодная Спартакиада по 11 видам спорта (ПАО «Татнефть» Р. Татарстан).</p> <p>Спартакиада по 10 направлениям, внедрена сдача норм ГТО, Чемпионат профсоюзов по легкой атлетике (АО «КМПО» Р. Татарстан).</p> <p>Внутризаводская Спартакиада по 7 видам спорта, участие в районном турслете работающей молодежи (ежегодно). Зимняя рыбалка на Кубок «АПЗ». Обеспечение оптимальной физической активности работников – перерывы для выполнения производственной гимнастики, транслирующиеся по заводскому радио (АО «АПЗ» Нижегородская область).</p> <p>В производственных помещениях установлены теннисные столы для занятий в обеденное и нерабочее время (АО «АПЗ» Нижегородская область, АО «Воткинский завод» Р. Удмуртия, ООО «Удмуртспиртпром», ООО «ЧЗПЛ» Р. Чувашия, НПО «Экра» Р. Чувашия).</p> <p>Проведение ежегодной спартакиады трудовых коллективов (Абдулинское ЛПУМГ ООО «Газпром трансгаз Казань», ООО «Газпром трансгаз Самара», АО «ФНПЦ «ННИИРТ» Нижегородская область, ПАО «Завод корпусов» Нижегородская область, ПАО «Ростелеком» МРФ «Волга» Нижегородская область, ООО «ЛУКОЙЛ-Волганефтьпродукт» Нижегородская область, АО «ННК».</p>





	Перечень мероприятий	Примеры реализации на конкретных предприятиях
		<p>Самарская область, ООО «Самарский Стройфарфор», АО «Рузхиммаш» Р. Мордовия, ПАО «Нижекамскнефтехим» Р. Татарстан, АО «ПО ЕлАЗ» Р. Татарстан, АО «ММЗ» Р. Марий Эл, ОАО «Петровский ЭМЗ «Молот» Саратовская область, ООО «Холмим (Рус)» Самарская область, ООО «ММСК» Оренбургская область, АО «Воткинский завод» Р. Удмуртия, ООО «Удмуртспиртпром», АО «СЭЗ» Р. Удмуртия, АО «ЧМЗ» Р. Удмуртия, ОАО «Уржумский спиртоводочный завод» Кировская область, ООО «ИКЕА ИНДАСТРИ ВЯТКА» Кировская область, ООО «ГалоПолимер» Кировская область, ПАО «Химпром» Р. Чувашия, ООО «ЧЗПЛ» Р. Чувашия, ООО ПФ «Инзенский ДОЗ» Ульяновская область, ОАО «Ульяновскцемент», ППО ЗАО «Авиастар-СП» Ульяновская область, АО «ДААЗ» Ульяновская область, АО «Димитровградхиммаш» Ульяновская область, ООО «Димитровград ЖгутКомплект» Ульяновская область, ОАО «МИЛКОМ» Р. Удмуртия, ОАО «СРЗ» Р. Удмуртия).</p> <p>Приобретение спортивного инвентаря на теплоходы для физического развития членов экипажей судов (АО «Судоходная Компания «Волжское пароходство» Нижегородская область).</p> <p>Производственная гимнастика на рабочих местах – трансляция по заводскому радио, занятия в бассейне и в тренажёрных залах – по абонеентам, участие в городских и областных спортивных мероприятиях – кроссы, ГТО. Проведение дней здоровья «В здоровом теле – здоровый дух», «Мешок здоровья» и т.д. (АО «Новокуйбышевский НПЗ» Самарская область).</p>
Мероприятия, направленные на снижение поведения факторов риска (отказ от курения, употребления алкоголя)	<p>Запрет курения на рабочих местах.</p> <p>Оборудование специальных мест для курения в соответствии с ФЗ № 15-ФЗ от 23.02.2013 г.</p> <p>Оформление стендов комплектами наглядных материалов о вреде курения.</p> <p>Запрет употребления спиртосодержащих напитков на территории предприятия.</p> <p>Проведение радиолекториев и бесед.</p> <p>Ознакомление сотрудников при приеме на работу о правилах внутреннего трудового распорядка и запрете употребления алкоголя на предприятии.</p>	<p>Проведение дней отказа от курения. Работникам раздаются брошюры с информацией о пагубном воздействии табака на здоровье. В специально отведенных для курения местах размещаются ящики, где работники могут оставить свои пачки сигарет и получить взамен мятные жевательные конфеты (ООО «Газпром трансгаз Самара»).</p> <p>Проведение бесед на приеме у цехового врача; ежеквартальные публикации в заводской газете, выступления по заводскому радио и лекции на тему «Заболевания, причиной появления которых является курение»; распространение агитационного материала, включающего листовки, лифлеты и трансляция материала на электронно-информационном буклете на тему «10 причин бросить курить»; проведение курсов лечения зависимости от табакокурения в заводском санатории (АО «Новокуйбышевский НПЗ» Самарская область).</p> <p>Создание комиссии по профилактике наркотизации и формированию здорового образа жизни. Разработана и утверждена комплексная Программа по профилактике наркотизации с соответствующим циклом лекций, проводимых во всех структурных подразделениях Компании. (ПАО «Нижекамскнефтехим» Р. Татарстан).</p> <p>Совет молодых специалистов проводит ежегодную акцию 17 Ноября в Международный День отказа от курения: обмен сигарет на конфеты и фрукты (филиал ООО «Газпром ПХГ» Оренбургская область).</p> <p>Разработана Политика нетерпимости к употреблению алкоголя, регулярное (ежедневное) использование алкотестеров на рабочих местах, расторжение трудового договора при выявлении работников в состоянии алкогольного опьянения (АО «Новокуйбышевский НПЗ» Самарская область).</p> <p>Применение алкотестеров. При выявлении фактов алкогольного опьянения применяются меры дисциплинарного взыскания (АО «ННК» Самарская область, ОАО «СРЗ» Р. Удмуртия, АО «ЧМЗ» Р. Удмуртия).</p> <p>Разработана и внедрена «Политика по профилактике злоупотребления алкоголем» (с 2012 г.) (ОАО «Молот» и его дочерних предприятиях ООО «Молот – Оружие» Кировская область).</p>
	<p>Проведение лекций и бесед, агитация в корпоративных СМИ, радиолектории, оформление тематических стендов.</p>	<p>Разработана корпоративная программа популяризации здорового образа жизни – «Живите дольше!». Программа состоит из двух основных направлений: «Активный образ жизни» и «Здоровье». Направлена не только на работников, но и на членов их семей. Большое внимание уделяется развитию программы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний «Здоровое сердце» (АО «ННК» Самарская область).</p>





Продолжение таблицы 5

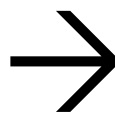
	Перечень мероприятий	Примеры реализации на конкретных предприятиях
<p>Пропаганда ЗОЖ и профилактика ХНИЗ</p>	<p>Информационно-разъяснительная работа в рамках внутриколлективных семинаров. Проведение акций, направленных на выявление и борьбу с факторами риска ХНИЗ. Создание информационно-пропагандистской системы, направленной на повышение уровня знаний всех категорий работников о влиянии негативных факторов, в т.ч. производственных, на здоровье. Проведение периодических медосмотров. Проведение лечебно-оздоровительных мероприятий в санаториях. Пропаганда профилактических мероприятий в корпоративных СМИ, издание буклетов и тематических листовок. Проведение тренингов профилактики эмоционального и профессионального выгорания. Внедрение технологий, улучшающих условия труда.</p>	<p>Проведение мероприятий «День здоровья», «Зеленый фитнес», участие в забегах: «Кросс Татарстана», «Лыжня Татарстана», марафоны, полумарафоны (ПАО «Татнефть» Р. Татарстан). Разработаны спортивные программы для работников и ветеранов «Уральской Стали» (спортивные программы к юбилеям структурных подразделений, ко «Дню металлурга», ко «Дню пожилого человека», «Папа, мама, я – спортивная семья!», «Стальная акватория», «Уральская инициатива», «Спортивные итоги» (АО «Уральская Сталь» Оренбургская область). Разработана и применяется программа HealthyLifestyle (ООО «Холмим (Рус)» Самарская область). Организация массового катания на коньках, зимней рыбалки, посещение театров, кинотеатров (ОАО «МИЛКОМ» Р. Удмуртия). Обучение в школе здоровья по сахарному диабету (ООО «Удмуртспиртпром»); Проведение мероприятий, посвященных Дню Химика: «Мама, папа, я – спортивная семья», матчевые встречи по разным видам спорта, легкоатлетические эстафеты (филиал «КЧХК» ОАО «ОХК «УРАЛХИМ» Кировская область). Организация и проведение спортивных мероприятий по линии Совета молодежи и Совета ветеранов: «День здоровья», турпоходы, экскурсии по малым городам Ульяновской области, речные прогулки (ОАО «Ульяновскцемент»). Проведение молодежной акции «Мы за здоровый образ жизни!» в рамках ежегодной Спартакиады работников; флешмоба «Я не курю и Вам не советую» в социальной сети ВКонтакте; конкурса на лучший плакат, посвященный ЗОЖ. Разработана и действует программа по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни (ППО ЗАО «Авиастар-СП» Ульяновская область). Работа штатного специалиста-психолога (АО «ФНПЦ «ННИИРТ» Нижегородская область, ООО «ЛУКОЙЛ-Волганефтепродукт» Нижегородская область). Выполнение скрининговых программ по ранней диагностике онкологических заболеваний, программы по профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы – «Школа гипертоника» (ФГУП «РФЯЦ-ВНИИЭФ» Нижегородская область). Действуют программы «Здоровье женщин» и «Здоровье мужчин», преимущественно направленные на выявление онкологических заболеваний (ПАО «Татнефть» Р. Татарстан).</p>

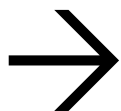
Для стимулирования и формирования приверженности работников к здоровому образу жизни работодателями используются следующие формы поощрения:

- частичная компенсация стоимости питания (АО «ФНПЦ «ННИИРТ» Нижегородская область, АО «АПЗ» Нижегородская область, ПАО «Завод корпусов» Нижегородская область, АО «Промис» Нижегородская область, ФБУ «Нижегородский ЦСМ», ООО «Газпром трансгаз Самара», ООО «Самарский Стройфарфор», ПАО «Татнефть» Р. Татарстан, ПАО «КАМАЗ» Р. Татарстан, АО «КМПО» Р. Татарстан, ОАО «СРЗ» Р. Удмуртия, АО «Воткинский завод» Р. Удмуртия, АО «СЭЗ» Р. Удмуртия, ООО «ИКЕА ИНДАСТРИ ВЯТКА» Кировская область, Филиал «КЧХК»

ОАО «ОХК «УРАЛХИМ» Кировская область, АО «Димитровградхиммаш» Ульяновская область, АО «ДААЗ» Ульяновская область);

- предоставление (полная или частичная оплата) абонементов в бассейн и/или спортивные залы (АО «Промис» Нижегородская область, ОАО «СРЗ» Р. Удмуртия, АО «СЭЗ» Р. Удмуртия, ООО «Молот – Оружие» Кировская область, АО «ННК» Самарская область, ООО «Самарский Стройфарфор», АО «КМПО» Р. Татарстан, АО «ММЗ» Р. Марий Эл, ОАО «Петровский ЭМЗ «Молот» Саратовская область, ООО «Холмим (Рус)» Самарская область, ООО «Газпром трансгаз Самара», ООО «Гало-Полимер» Кировская область, ООО «Молот – Оружие» Кировская область, НПО





«Экра» Р. Чувашия, ППО ЗАО «Авиастар-СП» Ульяновская область);

- *дополнительное поощрение работников, получивших золотой значок ГТО* (ООО «ГалоПолимер» Кировская область, АО «Выксунский металлургический завод» Нижегородская область);

- *применение мер морального и материального поощрения работников, принимающих активное участие в спортивной жизни предприятия* (ПАО «Завод корпусов» Нижегородская область, ПАО «Ростелеком» МРФ «Волга» Нижегородская область, ФГУП «ФНПЦ НИИИС им. Ю.Е. Седакова» Нижегородская область, ФГУП «РФЯЦ-ВНИИЭФ» Нижегородская область, отдел культуры администрации Пономаревского района Оренбургская область, АО «ЧМЗ» Р. Удмуртия, филиал «КЧХК» ОАО «ОХК «УРАЛХИМ» Кировская область, НПО «Экра» Р. Чувашия, АО «Димитровградхиммаш» Ульяновская область, АО «Редуктор» Ульяновская область, ООО «Вторчермет» Ульяновская область, АО «УМЗ» Ульяновская область, ООО ПФ «Инзенский ДЗО» Ульяновская область);

- *материальное поощрение (или предоставление дополнительного отпуска) лиц, отработавших календарный год без «больничного листа»* (АО «Новокуйбышевский НПЗ» Самарская область, АО «ННК» Самарская область, ОАО «МИЛКОМ» Р. Удмуртия, ООО ПФ «Инзенский ДЗО» Ульяновская область);

- *предоставление (полное или частичное финансирование) путевок в дома отдыха и турбазы* (ФБУ «Администрация Волжского бассейна» Нижегородская область, ООО «ЛУКОЙЛ-Волганефтепродукт» Нижегородская область, АО «Редуктор» Ульяновская область, ППО ЗАО «Авиастар-СП» Ульяновская область);

- *премирование за отказ от курения* (ООО «Молот – Оружие» Кировская область).

На муниципальном уровне также реализуется ряд профилактических мер, направленных на укрепление здоровья, популяризацию здорового образа жизни и спорта на

территориях деятельности предприятий. Бенефициантами таких мероприятий, помимо работников самого предприятия, выступают жители и администрация данной территории:

- проведение спортивных праздников и спартакиад с участием трудовых коллективов, проведение межрайонных турниров;

- участие в ежегодных открытых всероссийских спортивных мероприятиях («Лыжня России», забег «Кросс нации» и др.);

- заключение договоров со спортивными организациями на территории расположения предприятия для проведения активного досуга работников и членов их семей;

- оказание спонсорской помощи на проведение детских спортивных мероприятий;

- работа по подготовке и содержанию комплекса спортивных площадок для организации занятий и проведения спортивных турниров;

- издание и распространение среди населения информационной печатной продукции;

- организация летнего оздоровительного отдыха для членов семей работников предприятий;

- участие в массовых акциях, посвященных Дням здоровья.

В качестве примера можно привести опыт предприятий, участвующих в благотворительных программах и проектах:

- ООО «ЛУКОЙЛ-Волганефтепродукт» (Нижегородская область): проведение Кубка России по самбо; закупка спортивного оборудования для Военного историко-патриотического клуба; развитие детского спорта и поддержка ветеранов волейбола г. Кстово; создание в Нижегородской области первой профессиональной площадки для атлетов и организация соревнований «Функциональные игры 2017»; фестиваль нового образа жизни «Здоровая нация», г. Н. Новгород, проведение фестиваля «Здоровая нация», более 20 площадок по разным видам спорта; устройство хоккейной коробки в деревне Мордвинцево Приокского района, г. Н. Новгород; проведение трех крупных мероприятий



с привлечением молодежи «Твой выбор – твоя жизнь» с. Бараново Сосновского района; «Хоккейный Дзержинск – возрождая традиции моей игры», г. Дзержинск. Подготовка к официальным соревнованиям, организация и проведение на протяжении кругового чемпионата, сопровождение игрового и тренировочного процесса.

- АО «АПЗ» (Нижегородская область): проведение Всероссийского юношеского турнира по вольной борьбе на призы АО «АПЗ» с международным участием; участие в организации и финансовая поддержка в 2016 г. – Кубка России по фехтованию, в 2017 г. – чемпионата России среди мужчин и женщин по фехтованию; организация поездок болельщиков на спортивные соревнования; проведение Дня донора.

- АО «Новокуйбышевский НПЗ» (Самарская область): направление средств на установку уличных городских тренажеров; оказание помощи спортивным учреждениям; участие во Всероссийской акции «Весенняя неделя добра»; организация и участие в «Дне донора»; проведение забега с участием молодежи и ветеранов предприятия в честь Дня Победы; проведение спортивных квестов для учащихся «Роснефть-классов».

- ООО «Самарский Стройфарфор» (Самарская область): проведение ежегодного «Праздника Детства», в рамках которого происходит награждение детей, достигших отличных результатов в учебе, спорте или творчестве; проведение традиционного открытого турнира по мини-футболу среди детских футбольных команд районов Самарской области; организация активных мероприятий для школьников «Веселые старты», «Зарница»; выполнение ремонта бытовых помещений и спортзала в Смышляевской СОШ и в детских садах поселка Стройкерамика и поселка Петра Дубрава. Осуществлен комплекс мероприятий по закладке капсулы с посланием потомкам Президентом Российской Федерации Путиным В.В. в основание фундамента стадиона, возводимого к Чемпионату Мира по футболу – 2018.

На постоянной основе спонсорская и благотворительная помощь оказывается: общеобразовательным учреждениям, культурным и спортивным организациям Волжского района Самарской области, детским дошкольным учреждениям Красноглинского района и образовательным учреждениям Промышленного района города Самары. Проведена комплексная программа природоохранных мероприятий, в ходе выполнения которой было затрачено в общей сложности 132,5 млн. руб. Завод проводит различные природоохранные мероприятия в рамках общезаводской программы «Строим зеленую планету».

- ПАО «Нижекамскнефтехим» (Р. Татарстан): ежегодное участие на заседаниях санитарных противоэпидемических комиссий при муниципальном образовании «Нижекамский муниципальный район», таких как: семинар по программе Приволжского управления Федеральной службы по экологическому, технологическому и атомному надзору «Актуальные вопросы промышленной безопасности и технического регулирования объектов нефтехимического комплекса», совещание о противодействии гриппу и простудным заболеваниям, а также необходимости проведения вакцинации работниками производственных организаций, семинар с представителями Госинспекции труда, ФСС и органами местного управления «Роль координационных советов по охране труда и управленческие решения при проведении специальной оценки условий труда в муниципальных образованиях»; участие в проекте «Здоровьесбережение занятого населения: пилот по промышленной медицине» будет рассмотрено в 2018 году.

- АО «КМПО» (Р. Татарстан): проведение детских веселых стартов для жителей микрорайона в День защиты детей; открытие Новгодней елки на площади Моторостроителей.

- АО «ММЗ» (Р. Марий Эл): проведение акции «Узнай свой ВИЧ-статус».

- ООО «ММСК» (Оренбургская область): обследование детей по программе «Здоровый ребенок» в детском оздоровительном





центре «УГМК-Здоровье»; обследование детей в детских дошкольных учреждениях.

- АО «Уральская Сталь» (Оренбургская область): реализация с 2016 года Корпоративной программы «Здоровый ребенок» в рамках трехстороннего соглашения компании «Металлоинвест» с Правительством Оренбургской области и МО г. Новотроицк, направленной на оказание содействия органам государственной власти и местного самоуправления в создании эффективной комплексной системы оздоровления детей дошкольного возраста, привлечении новых знаний и социальных технологий работы с детьми и их семьями.

- ОАО «МИЛКОМ» (Р. Удмуртия): участие в ежегодных городских соревнованиях сандружин между предприятиями города Глазова и городском турслёте; участие в ежегодной праздничной программе, посвященной «Дню города Глазова», в городских конкурсах «Мама, папа, я – дружная семья».

- ОАО «Элеконд» (Р. Удмуртия): организация подшефной работы со школой-интернатом, детскими садами, школами и техникумами микрорайона.

- АО «ЧМЗ» (Пермский край): организация детских оздоровительных лагерей на базе санатория-профилактория для детей жителей города; проведение ежегодного весеннего субботника по уборке территории города, организация мест сбора использованных батареек, организация мест сбора ПЭТ бутылок; проведение акций: уборка мусора на стоянках на сплавах по рекам г. Чусовой, выпуск молоди рыб в реку Чусовая и Усьва, посадка деревьев в районах, г. Чусовой.

- Филиал «КЧХК» ОАО «ОХК «УРАЛ-ХИМ» (Кировская область): финансирование секций детского хоккея и фигурного катания (ежегодно по 5 млн. руб.); финансирование организации и проведения соревнований (по плаванию памяти Яны Шамаровой, по дзюдо, по греко-римской борьбе); организация и проведение соревнований по дворовому футболу; финансирование строительства спортивных площадок в рамках ППМИ.

- ООО «ГалоПолимер» (Кировская область): организация спортивных турниров в честь юбилея завода по волейболу, футболу и пулевой стрельбе между командами предприятий города (октябрь 2016 года), хоккейного турнира «Фторопластовая шайба» с приглашением команд из разных регионов России (март 2017 года).

Важное место на предприятиях, особенно производственной сферы, занимает профилактика профессиональных заболеваний. В работе над этим направлением можно выделить следующие трудовые коллективы:

- АО «ОКБМ Африкантов» (Нижегородская область) – круглогодично действует программа санаторно-курортного лечения работников (продолжительность 14 и 21 день), в том числе за счет территориального ФСС.

- АО «Судоходная Компания «Волжское пароходство» (Нижегородская область) – проведение специальной оценки условий труда рабочих мест с целью идентификации вредных и (или) опасных факторов производственной среды и трудового процесса и оценки уровня их воздействия на работника с учетом отклонения их фактических значений от установленных законодательством РФ нормативов (гигиенических нормативов) условий труда и применения средств индивидуальной и коллективной защиты работников; создание надлежащих условий для работы сотрудников в осенне-зимний период, в том числе для работающих на открытом воздухе; оборудование помещений для обогрева и приема пищи; обеспечение сертифицированной спецодеждой и обувью.

- ООО «Газпром трансгаз Самара» – разработана программа мероприятий по обеспечению контроля и снижения уровней шума на действующих объектах.

- АО «Новокуйбышевский НПЗ» (Самарская область) – применение и совершенствование средств индивидуальной защиты органов дыхания, слуха, зрения, кожи, модернизация технологических процессов,



направленная на снижения воздействия вредных факторов на организм; распространение агитационного материала, направленного на профилактику конкретных профессиональных заболеваний, включающего листовки, лифлеты и трансляция материала на электронно-информационном буклете.

- ПАО «КАМАЗ» (Р. Татарстан) – ежегодно разрабатывается график «Поэтапного вывода из вредных и тяжелых условий труда и перетрудоустройства работников, выработавших общий трудовой стаж и стаж работы, дающий право на льготное пенсионное обеспечение.

- ООО «ГалоПолимер» (Кировская область) – на здравпункте ежегодно проводится вакцинация (и ревакцинация) персонала, входящего в группу риска против клещевого энцефалита; 2 раза в год (в осенне-весенний период) всем работникам предлагается лечение кислородно-белковым коктейлем (продолжительность каждого курса – 1 месяц, отпуск коктейлей производится на здравпункте предприятия); организуются встречи работников и беседы по радио о профилактике заболеваний, связанных со спецификой деятельности предприятия.

- АО «УМЗ» (Ульяновская область) – на период проведения оценки условий труда на всех структурных подразделениях создаются комиссии с участием представителей профсоюзной организации, контролирующей разработку и выполнение мероприятий по улучшению условий труда.

Обсуждение

Особенность современной российской политики в сфере здорового образа жизни состоит в ее направленности преимущественно на население, тем самым недооценивается потенциал работодателей в формировании образа жизни работников [3, 5]. В то время как руководители крупных предприятий обладают финансовыми ресурсами для организации эффективных программ оздоровления, малые предприятия очень часто такой

возможности лишены. Программы укрепления здоровья на крупных предприятиях чаще всего охватывают несколько факторов риска и включают множество мероприятий, тогда как проекты небольших компаний в основном являются более узкими (например, мероприятия программы могут быть ограничены только диспансеризацией или проведением Дня здоровья).

Важным моментом в укреплении здоровья как работающих, так и населения в целом, является реализация Программы по развитию здравоохранения в регионе, утвержденной губернатором, в структуре которой существует подпрограмма по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, содержащая разделы по снижению основных факторов риска. Необходимо тесное взаимодействие профилактических структур региона и предприятий.

Следует отметить, что большинство работодателей и профсоюзных деятелей не имеют достаточных знаний и информации о принципах и подходах к реализации программ укрепления здоровья лиц, работающих на предприятиях. В связи с этим необходима организация школ общественного здоровья для руководителей. Методическое сопровождение обучения в этом случае может быть возложено на региональный центр медицинской профилактики.

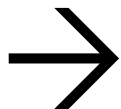
Выводы

1. Необходима разработка эффективной политики, способствующей мотивации населения к ЗОЖ, и создание благоприятной окружающей среды на предприятии и на территории его расположения.

2. Необходимо повысить эффективность профилактических мер по укреплению и сохранению здоровья работающих возможно через управление и контроль, осуществляемый профсоюзной организацией и медицинской службой предприятия.

3. В целях сохранения и укрепления здоровья населения необходимо развивать





сотрудничество со всеми секторами гражданского общества, уделяя при этом особое внимание семье, детям и подросткам.

4. Для мотивации работающих к здоровому образу жизни необходимо создание на производствах информационно-пропагандистской и образовательной системы, направленной на укрепление и сохранение здоровья.

5. В целях повышения знаний работодателей и работников профсоюзных организаций

в области современных профилактических технологий необходимо обеспечить сотрудничество с региональным центром медицинской профилактики.

Благодарности

Авторы статьи выражают свою благодарность губернаторам регионов, руководителям управлений здравоохранения и администрации предприятий и учреждений, способствующих выполнению данной работы.



Литература

1. ВОЗ/ВЭФ. Профилактика неинфекционных болезней на рабочих местах с помощью рациона питания и физической активности: Доклад ВОЗ/Всемирного экономического форума о совместном мероприятии, 2008.
2. Засимова Л.С., Хоркина Н.А., Калинин А.М. Роль государства в развитии программ укрепления здоровья на рабочем месте // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2014. – № 4. – С. 69–94.
3. Колосницына М., Ленеvский К. Политика здоровья на российских предприятиях: опыт эмпирического анализа // Мотивация и оплата труда. – 2012. – № 4. – С. 282–291.
4. Письмо Министерства труда и социальной защиты РФ от 11.08.2016 г. № 15–2/10/В-5638 О направлении программы «Основы медицинских знаний, которыми должны владеть работодатели для стимулирования и мотивации работников к сохранению и укреплению здоровья и ведению здорового образа жизни» // <http://www.garant.ru>.
5. Хоркина Н. Политика российских предприятий по формированию здорового образа жизни // Мотивация и оплата труда. – 2013. – № 4. – С. 258–269.

UDC 614.2

Starodubov V.I., Soboleva N.P., Savchenko E.D. *On strengthening and preservation of health of employees at enterprises* (Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health, Moscow, Russian Federation)

Abstract. The issues of strengthening and maintaining the health of persons working at the enterprises of the Volga Federal district are Considered. The role of employers and trade Union organizations in this direction is studied.

Keywords: employers, trade Union organizations, prevention at the enterprises, strengthening and preservation of health of workers.



А.Ш. Сененко,

заведующая отделением научных основ организации первичной медико-социальной помощи ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва, Россия

А.В. Короткова,

к.м.н., заместитель директора по международным вопросам ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва, Россия, korotkova_anna@mednet.ru

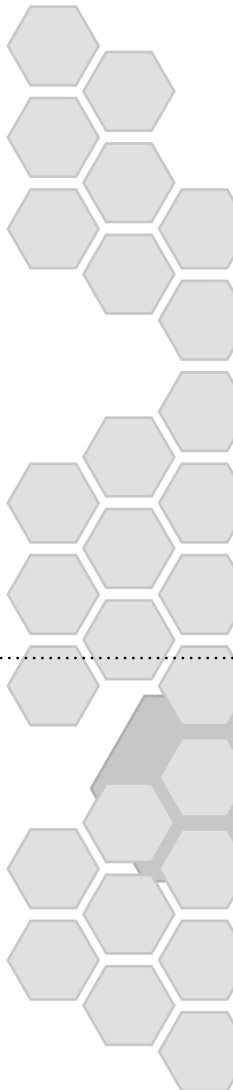
Р.В. Воробьев,

врач-психиатр, ООО «Биофарм» Центр психотерапии профессора Малыгина, Москва, Россия, ruslanvrb2012@gmail.com

Д.И. Ниценко,

м.н.с. отделения научных основ организации первичной медико-социальной помощи ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва, Россия, nitsenko@mednet.ru

РАЗРАБОТКА ИНСТРУМЕНТА КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ПАЦИЕНТОВ В ВОЗРАСТЕ 60 ЛЕТ И СТАРШЕ И ИХ ПОТРЕБНОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ПОМОЩИ



УДК 614.2

Сененко А.Ш.¹, Короткова А.В.¹, Воробьев Р.В.², Ниценко Д.И.¹ Разработка инструмента комплексной оценки состояния здоровья и социального благополучия пациентов в возрасте 60 лет и старше и их потребности в различных видах помощи (¹Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ, г. Москва; ²Центр психотерапии профессора Малыгина, г. Москва)

Аннотация. В рамках настоящего исследования разработан и апробирован инструмент комплексной оценки состояния пациентов в возрасте 60 лет и старше, позволяющий объективизировать потребности пациентов в медицинской и социальной помощи с учётом их индивидуальных особенностей. Предложенный методический инструмент ориентирован в первую очередь на использование в первичном звене здравоохранения, позволяет сформировать как программу работы с каждым пациентом в возрасте 60 лет и старше, так и план мероприятий по оказанию помощи прикрепленному населению данной возрастной категории на уровне участка или конкретной медицинской организации, а также оценивать результативность оказанной помощи.

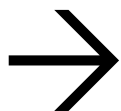
Ключевые слова: *медико-социальная помощь, пожилой пациент, гериатрия, лица пожилого и старческого возраста, пациенты в возрасте 60 лет и старше, первичная медико-санитарная помощь, комплексная оценка состояния здоровья, комплексная гериатрическая оценка, пациентоориентированность.*

Согласно среднему варианту прогноза ООН, количество людей в возрасте 60 лет и старше, проживающих во всём мире, к 2050 году преумножится вдвое и возрастет до 2,1 миллиарда

человек – около 22% предполагаемой общей численности населения мира [1]. Эта демографическая тенденция должна отразиться прежде всего на отраслях здравоохранения, социального обеспечения и экономике



© А.Ш. Сененко, А.В. Короткова, Р.В. Воробьев, Д.И. Ниценко, 2018 г.



в целом. Уже сегодня возрастает потребность не только в медицинской, но и в других видах помощи. Ожидается, что число пожилых людей, не способных более ухаживать за собой, увеличится к 2050 году в 4 раза по отношению к 2015 году [2]. С возрастом не только возрастает потребность в посторонней помощи. Нередко утрачивается способность к независимой жизни из-за преобладания физических ограничений, психологических расстройств, когнитивных нарушений и других проблем. Тогда становится необходима организация длительного общего, специального или частичного ухода на дому, в домах престарелых, в стационарах и иных учреждениях. В связи с этим важным является разработка инструмента оценки потребности лиц старших возрастных групп в различных видах помощи для планирования мер по их удовлетворению.

Целью настоящего исследования явилась разработка инструмента комплексной оценки состояния здоровья и социального благополучия пациентов в возрасте 60 лет и старше и их потребности в различных видах помощи.

Методы исследования:

Анализ нормативных документов Российской Федерации по оказанию помощи пациентам пожилого и старческого возраста (далее по тексту – ПСВ), данных российских и зарубежных литературных источников об использовании опросников при оценке состояния пациентов ПСВ. Анализ данных, полученных при заполнении разработанных в рамках настоящего исследования 150 карт комплексной оценки состояния здоровья и социального благополучия пациентов и их потребности в помощи. Обработка результатов анкетирования проводилась по методом статистической проверки t -критерия Стьюдента.

Результаты исследования и обсуждение

Анализ нормативных документов Российской Федерации, посвященных организации помощи населению ПСВ, показывает,

что работа по совершенствованию помощи гражданам старших возрастных групп активно развивается не только в части совершенствования оказания медицинской помощи и социальной защиты, но и в целях сохранения их активной социальной жизни. Распоряжением Правительства РФ от 5 февраля 2016 г. № 164-р «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» в качестве одной из ключевых задач определено «создание общества для всех возрастов, включая формирование условий для использования знаний, опыта, потенциала граждан старшего поколения, проявление заботы о таких гражданах и оказание им необходимой помощи» [3]. Указом Президента РФ от 08.08.2016 № 398 «Об утверждении приоритетных направлений деятельности в сфере оказания общественно полезных услуг» в числе утвержденных приоритетных направлений указана «деятельность по оказанию социально-трудовых услуг, направленных на оказание помощи в трудоустройстве и в решении иных проблем, связанных с трудовой адаптацией, содействие трудоустройству и трудовой адаптации инвалидов, граждан пожилого возраста; деятельность по оказанию социальной помощи инвалидам, гражданам пожилого возраста; деятельность по оказанию услуг в сфере дополнительного образования... гражданам пожилого возраста и инвалидов» [4].

В Государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения» в качестве одного из проектов включена организация современной модели долговременной медицинской помощи гражданам ПСВ на принципах междисциплинарного взаимодействия («Территория заботы»), цель которого – повышение доступности медицинской помощи по профилю «гериятрия» путем создания в 2018 году в 7 субъектах Российской Федерации и дальнейшего тиражирования в 85 субъектах Российской Федерации современной модели долговременной медицинской помощи гражданам ПСВ на принципах

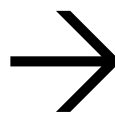


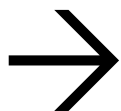
междисциплинарного взаимодействия, обеспечивающей повышение удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» до 60 процентов к 2023 году (2018–2023 годы) [5].

Ещё в 1999 году приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.07.1999 г. № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации» была поставлена задача создания гериатрической службы как целостной системы оказания медицинской помощи пожилым. Основные направления включали развитие сети гериатрических центров, больниц, госпиталей для ветеранов войн, создание отделений медико-социальной помощи пожилым в амбулаторно-поликлинических учреждениях для проведения больным старших возрастных групп и инвалидам лечебно-реабилитационных мероприятий, в том числе на дому подготовку врачебных и средних медицинских кадров для этих учреждений. Данным приказом в номенклатуру врачебных специальностей включена специальность «гериатрия» и утверждено положение о враче-гериатре [6]. Однако в этом приказе практически не была отражена деятельность врачебного и среднего медицинского персонала на уровне первичной медико-санитарной помощи. Действующий в настоящее время приказ Минздрава России от 29.01.2016 г. № 38н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» [7] определяет порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» в виде первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, и паллиативной медицинской помощи пациентам с наличием синдрома старческой астении. Федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

выпущены и утверждены в 2016 году главным гериатром Минздрава России О.Н. Ткачевой методические рекомендации по ведению пациентов со старческой астенией для врачей первичного звена здравоохранения [8]. В основу положено определение «хрупкости» пациентов и их дифференциация в соответствии со скрининговой шкалой «Возраст не помеха» на три большие группы: 1) «хрупкие» пациенты; 2) «прехрупкие» пациенты; 3) «крепкие» пациенты. Группа «хрупкие» пациенты проходит комплексную гериатрическую оценку (КГО), которая включает оценку медицинских, функциональных, психологических и социальных проблем. Результатом является разработка комплекса мер, направленных на долгосрочную поддержку человека ПСВ, создание координированного плана лечения и длительного наблюдения. «Прехрупкие» пациенты ограничиваются консультацией врача-гериатра и в дальнейшем, как и «крепкие» пациенты, наблюдаются врачом-терапевтом участковым. Таким образом, большая часть лиц ПСВ продолжает наблюдаться у участкового терапевта наравне с более молодыми пациентами, когда практически нет возможности учесть индивидуальные потребности людей ПСВ.

При этом сегодня становится очевидным, что задача совершенствования помощи гражданам ПСВ не может быть решена только силами медицинских работников. Необходимо участие и активное взаимодействие с социальными службами, с психологами, юристами, специалистами других областей знаний, участвующих в создании комфортной среды для лиц ПСВ. Кроме того необходим сотрудник, координирующий работу всей команды. Задачу координации всей помощи таким пациентам, по нашему мнению, должны решать медицинские работники, так как именно состояние здоровья человека ПСВ в первую очередь определяет как его потребности, так и его функциональные возможности. Принципиальным условием является то, что предлагаемая модель строится в системе первичной





медико-санитарной помощи в рамках деятельности участкового звена: врача-терапевта участкового либо врача общей практики и работающего с ними среднего медицинского персонала. В зависимости от функциональных возможностей конкретного пациента: способности к передвижению, самообслуживанию, наличия семьи, перечня имеющихся заболеваний и других – объем требующейся ему помощи будет различным. Поэтому каждый пациент ПСВ заведомо требует индивидуальной работы с ним. В свою очередь, это требует оценки индивидуальных особенностей состояния здоровья и социального благополучия каждого пациента и его потребности в различных видах помощи.

В рамках настоящего исследования на основе анализа российских и зарубежных литературных данных была сформирована карта оценки состояния здоровья и социального благополучия пациентов в возрасте 60 лет и старше и их потребности в различных видах помощи. Карта включает паспортную часть, оценку социально-бытовых условий, оценку

состояния пациента врачом, лист контроля приёма лекарственных препаратов и 10 анкет, отражающих различные аспекты состояния здоровья и социальных условий конкретного пациента, его функциональных возможностей, потребности во внешней помощи (таблица 1). Каждая из 10 анкет ориентирована на сбор сведений по конкретной проблеме.

В данном варианте карты преимущественно использованы переведенные нами на русский язык готовые шкалы, индексы и опросники, прошедшие международную валидацию. В ходе анкетирования часть из них потребовала адаптации к российским условиям, в связи с чем была проведена их коррекция. Ниже приведено описание каждой из анкет.

«А1.Выявление признаков депрессии». В основу анкеты была взята гериатрическая шкала депрессии доктора Д. Йесаваджа [9]. В зарубежной литературе используется название «GDS-30» или «Geriatric Depression Scale». Анкета состояла из 30 вопросов для самооценки пациентами пожилого и старческого возраста своего психоэмоционального

Таблица 1

Структура карты оценки состояния здоровья и социального благополучия пациентов в возрасте 60 лет и старше и их потребности в различных видах помощи

№ п/п	Блок анкет	Название анкеты	Число вопросов	Максимальное число баллов
1.	А	А1. Выявление признаков депрессии	30	30
2.		А2. Выявление признаков деменции	11	30
3.	С	С1.1. Функциональные способности – выполнение задач повседневной жизни (элементарная повседневная активность)	6	12
4.		С1.2. Функциональные способности – выполнение задач повседневной жизни (инструментальная повседневная активность)	10	20
5.		С2. Оценка физического состояния	20	40
6.		С3. Оценка нутритивного статуса	10	10
7.		С4.1. Проверка зрения	5	8
8.		С4.2. Проверка слуха	10	20
9.		С5.1. Оценка координации и риска падений – баланс	9	18
10.		С5.2. Оценка координации и риска падений – походка	8	13
		Итого	119	201



состояния. Вопросы оценивались в 1 балл при положительном ответе и 0 – при отрицательном.

«А2. Выявление признаков деменции». Источником послужила краткая шкала оценки психического статуса доктора М. Фольштейна и его соавторов. В зарубежной литературе именуется как «Mini-Mental State Examination – MMSE» [10]. Состоит из 11 вопросов. Анкета оценивала вероятность нарушения когнитивных функций путем выполнения простых заданий: вычитание, запоминание, повторение. Вопросы оценивались от 0 до 5 баллов в зависимости от полноты выполнения задания пациентом.

«С1.1. Функциональные способности – выполнение задач повседневной жизни (элементарная повседневная активность)». Под элементарной повседневной активностью подразумевается выполнение таких простых ежедневных задач, как мытье тела, одевание, перемещение по комнате, питание, посещение туалета, контроль мочеиспускания и дефекации. Для оценки использовался адаптированный нами к российским условиям индекс независимости в повседневной активности доктора С. Каца «Katz Index of Independence in Activities of Daily Living» [11]. Анкета состояла из 6 вопросов, отражающих способность пациента к самообслуживанию вне зависимости от посторонней помощи или технических средств помощи. Вопросы оценивались по схеме: 0 баллов – полная зависимость от внешней помощи, невозможность выполнения функций самостоятельно, 1 балл – выполнение функций при частичной внешней помощи, 2 балла – полная независимость от внешней помощи, выполнение оцениваемой функции самостоятельно.

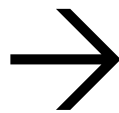
«С1.2. Функциональные способности – выполнение задач повседневной жизни (инструментальная повседневная активность)». Под инструментальной повседневной активностью подразумевается возможность человека выполнять действия, необходимые в обычной жизни и требующие использование определенных приборов или устройств. Например, уборка,

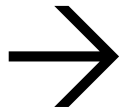
приготовление еды, покупка продуктов, использование денег, совершение звонков и другие. Для оценки использовалась адаптированная нами к российским условиям шкала инструментальной активности в повседневной жизни, разработанная доктором М. Лайтоном «Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale» [12]. Анкета состояла из 10 вопросов, отражающих способность пациента к функционированию вне зависимости от посторонней помощи или технических средств помощи. Вопросы оценивались по схеме: 0 баллов – полная зависимость от внешней помощи, невозможность выполнения функций самостоятельно, 1 балл – выполнение функций при частичной внешней помощи, 2 балла – полная независимость от внешней помощи, выполнение оцениваемой функции самостоятельно.

«С2. Оценка физического состояния». При физикальном исследовании оценивались функциональные возможности всех систем организма по шкале от 0 до 3 баллов: 0 баллов – полная утрата функций системы организма, 1 балл – частичная утрата функций системы организма, 2 балла – функции системы организма сохранены.

«С3. Оценка нутритивного статуса». Проводилась с помощью чек-листа нутритивного здоровья «Nutritional Health Check-list» [13]. Чек-лист разработан инициативной группой по скринингу питания, состоящей из американских диетологов и семейных врачей. Анкета состояла из 10 вопросов о пищевых привычках и рационе питания. Вопросы оценивались в 1 балл при положительном ответе и 0 – при отрицательном.

«С4.1. Проверка зрения», «С4.2. Проверка слуха». Анкеты содержали результаты оценки остроты зрения, определяемой с помощью таблицы Головина – Сивцева, и остроты слуха, определяемой с помощью шепотной речи. Кроме того, в ходе исследования пациенту задавался ряд вопросов, оценивающий потребность в технических средствах (очки, трость, слуховой аппарат и др.) и удовлетворенность помощью, оказанной





техническими средствами. Часть вопросов была взята и адаптирована нами для российских условий из скрининговой версии шкалы оценки нарушения слуха у пожилых доктора И. Вентри и доктора Б. Вайнштейн «Screening Version of the Hearing Handicap Inventory for the Elderly» [14]. «С4.1. Проверка зрения» состоит из 5 вопросов, «С4.2. Проверка слуха» состоит из 10 вопросов. Вопросы оценивались в 1 балл при положительном ответе и 0 – при отрицательном.

«С5.1. Оценка координации и риска падений – баланс», «С5.2. Оценка координации и риска падений – походка». В основе анкет лежит шкала оценки равновесия и походки доктора М. Тинетти «The Tinetti Balance and Gait Evaluation» [15], модифицированная нами и приведенная к единой системе балльной оценки. Выполнение таких задач, как вставание со стула, попытки подняться, разворот на 360 градусов и ряд других задач, входящих в состав анкет позволяли оценить риск падений у пациента. Анкета С5.1 включает в себя 9 вопросов, анкета С5.2 – 8 вопросов. Вопросы оценивались от 0 до 2 баллов в зависимости от полноты выполнения задания пациентом.

Таким образом, предполагаемая карта фактически должна стать инструментом оценки текущего состояния пациента в возрасте 60 лет и старше, и как результат – инструментом формирования задач для мультидисциплинарной команды специалистов, оказывающих ему помощь. С другой стороны, такой инструмент позволит проводить и организационные мероприятия на участке: оценить состояние их здоровья, стратифицировать пациентов по видам помощи, в которых они нуждаются, формировать суждение о необходимых объемах различных видов помощи и, соответственно, формировать на основе этих знаний состав мультидисциплинарных бригад, планировать и организовывать деятельность не только участкового врача и среднего медицинского персонала, но и всех участников, оказывающих помощь данной группе пациентов.

И, конечно, оценивать эффективность проводимых мероприятий.

Данное пилотное исследование проведено на базе государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калининградской области «Зеленоградская центральная районная больница». В исследование случайным образом вошли пациенты из числа прикрепленного населения в возрасте 60 лет и старше и самостоятельно явившиеся в медицинскую организацию. С целью отработки содержания карты во 2 полугодии 2016 года было проведено пробное заполнение 10 карт, на основании чего в исходную карту был внесён ряд изменений. В 1 полугодии 2017 года было заполнено и проанализировано 150 карт пациентов пилотных участков. 75 из которых – жители города, 75 – жители сельской местности. Время заполнения карты составило в среднем 1 час.

В рамках настоящего исследования персональные данные пациентов оставались известны только участковым врачам (участковым терапевтам, врачам общей практики) пилотных участков, а в ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России передаются только необходимые для анализа закодированные данные. Следует отметить, что Калининградская область практически не обеспечена гериатрами, что, в свою очередь, при оказании помощи лицам пожилого и старческого возраста вынуждает ориентироваться исключительно на первичную медико-социальную помощь.

Ниже приведены результаты обработки данных, полученных при заполнении 150 карт. При обработке результатов использована возрастная классификация ВОЗ, принятая на Международном семинаре по проблемам геронтологии (Киев, 1963) [16]: пожилой возраст – 60–74 года, старческий возраст – 75–89 лет, долгожители – 90 лет и старше.

В *таблице 2* приведены распределения суммарного количества баллов в зависимости от возраста и пола пациентов. Как видно из представленных данных, большинство



Таблица 2

Характеристика анализируемой группы пациентов

Возраст	Количество пациентов			Средний балл группы
	всего	мужчины	женщины	
Пожилый	122 (81%)*	42 (28%)*	80 (53%)*	182,41±6,02 (91%)**
Старческий	27 (18%)*	10 (7%)*	17 (11%)*	153,77±17,71 (76%)**
Долгожители	1 (0,7%)*	-	1 (0,7%)*	131 (65%)**
Всего	150 (100%)*	52 (35%)*	98 (65%)*	176,92±6,86 (88%)**

Таблица 3

Число баллов, дифференцированное по видам помощи

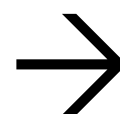
	Максимально возможный балл	Пожилый возраст (122 человека)	Старческий возраст (27 человек)
Вопросы медицинского характера	114	104,99±3,91*	90,37±10,07*
Вопросы социального характера	80	70,95±2,75*	59,59±9,54*
Смешанные вопросы	7	5,25±0,38*	3,81±0,90*

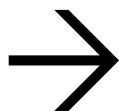
* -p < 0,001

Таблица 4

Число баллов, дифференцированное по разделам карты

Название анкеты	Максим. кол-во баллов	Среднее значение по группам		
		Пожилый возраст (122 чел.)	Старческий возраст (27 чел.)	Долгожители (1 чел.)
A1. Выявление признаков депрессии	30	24,61±1,99	17,07±6,78	17
A2. Выявление признаков деменции	30	28,52±1,02	24,59±3,89	19
C1.1. Функциональные способности – выполнение задач повседневной жизни (элементарная повседневная активность)	12	11,84±0,31	11,12±1,34	11
C1.2. Функциональные способности – выполнение задач повседневной жизни (инструментальная повседневная активность)	20	17,52±1,01	14,42±3,93	3
C2. Оценка физического состояния	40	36,45±1,45	32,51±3,72	30
C3. Оценка нутритивного статуса	10	8,72±0,46	7,66±1,20	7
C4.1. Проверка зрения	8	5,73±0,33	5,11±1,22	5
C4.2. Проверка слуха	20	19,62±0,45	17±3,28	19
C5.1. Оценка координации и риска падений – баланс	18	17,07±0,88	13,7±2,95	10
C5.2. Оценка координации и риска падений – походка	13	12,33±0,75	10,59±2,42	10
Итого 132 вопроса	201	182,41±6,02	153,77±17,71	131





пациентов, вошедших в исследование, были женского пола и относились к возрастной категории «пожилой возраст». В связи с тем, что из числа долгожителей в данную группу вошел только 1 человек, в разделе «Результаты исследования и обсуждение» его данные приведены только для сравнения и в статистической обработке первичного материала не участвовали.

Так как на данном этапе пациенты включались в исследование случайным образом из числа тех, кто самостоятельно явился в медицинскую организацию, то есть в основном достаточно сохранные, средний балл пациентов оказался достаточно высок. Так, в группе пациентов пожилого возраста он составил 91% от максимально возможного числа баллов. Достоверных различий в среднем числе баллов между мужчинами и женщинами в целом по группе выявлено не было: средний балл в целом у обследованных женщин составил $177,35 \pm 7,94$, у мужчин – $176,12 \pm 13,35$ ($p > 0,2$).

Однако при этом достоверные различия выявлены между показателями пациентов пожилого и старческого возраста в разрезе

возрастных групп и видов помощи: медицинской, социальной (таблица 3).

Балльная оценка по разделам карты, относящимся к различным характеристикам пациента, представлена в таблице 4.

Результаты были проанализированы и в разрезе медицинских, социальных вопросов и вопросов, которые относятся одновременно к двум этим видам помощи. В таблицах 5–8 приняты следующие условные обозначения: p_1 – показатель достоверности различий между пациентами – неинвалидами и инвалидами одной возрастной группы, p_2 – показатель достоверности различий между пациентами-неинвалидами двух возрастных групп (пожилого и старческого возраста) и пациентами-инвалидами этих же возрастных групп. Сравнение с группой долгожителей не проводилось, т.к. она представлена одним пациентом.

Как видно из таблицы 5, имеются ожидаемо достоверные различия в показателях пациентов пожилого возраста, характеризующих потребность в медицинской помощи, между группой инвалидов и неинвалидов. При этом даже при небольшой выборке

Таблица 5

Число баллов, относящихся к медицинским вопросам

Возраст	Наличие инвалидности	Количество исследуемых	Медицинские вопросы (средний балл)	p_1 не инв./инв.	p_2 по возрасту
Пожилой возраст	неинвалиды	106	$107,22 \pm 2,58$	$< 0,001$ ($t=6,827$)	$< 0,001$ ($t=7,136$) $> 0,2$ ($t=0,710$)
	инвалиды	16	$90,18 \pm 20,71$		
Старческий возраст	неинвалиды	18	$93 \pm 12,62$	$0,2-0,1$ ($t=1,558$)	-
	инвалиды	9	$85,11 \pm 18,09$		

Таблица 6

Число баллов, относящихся к социальным вопросам

Возраст	Наличие инвалидности	Количество исследуемых	Социальные вопросы (средний балл)	p_1 не инв./инв.	p_2 по возрасту
Пожилой возраст	неинвалиды	106	$72,21 \pm 2,22$	$< 0,001$ ($t=5,153$)	$< 0,001$ ($t=5,482$) $0,1-0,05$ ($t=1,747$)
	инвалиды	16	$62,56 \pm 13,38$		
Старческий возраст	неинвалиды	18	$62,38 \pm 12,16$	$0,1-0,05$ ($t=1,772$)	-
	инвалиды	9	$54 \pm 15,54$		



выявлены достоверные различия в потребности в медицинской помощи между пациентами-неинвалидами пожилого и старческого возраста. Достоверности различий между таковыми показателями у пациентов-инвалидов не выявлено.

В части вопросов, характеризующих потребности в социальной помощи, также получены достоверные различия между пациентами пожилого и старческого возраста. В отношении пациентов-инвалидов различия не являются достоверными, однако можно судить о тенденции к различиям, что требует дополнительного числа наблюдений (таблица 6).

В отношении вопросов, относящихся к обоим видам помощи, достоверность различий получена только между подгруппами пациентов-неинвалидов пожилого и старческого возраста (таблица 7).

Общее количество баллов имеет достоверные различия в подгруппах пациентов пожилого возраста с инвалидностью и без, а также в подгруппах пациентов-неинвалидов пожилого и старческого возраста (таблица 8).

Таким образом, проведенное исследование показало возможности разработанной

в рамках данного исследования карты в части оценки как индивидуального состояния здоровья и социального благополучия пациентов в различных видах помощи, так и возможность анализа данных для планирования работы с пациентами ПСВ на участке.

Заключение

К настоящему времени проведен контент-анализ российского и зарубежного опыта по организации медицинской и медико-социальной помощи пациентам в возрасте 60 лет и старше. Эффективная помощь таким пациентам требует комплексного подхода с организацией мультидисциплинарных бригад с включением в них специалистов как в области здравоохранения, так и в сфере социальной защиты, психологической и юридической поддержки и т.д. Очевидно, что ключевым фактором, определяющим потребности и объемы необходимой помощи, будет являться оценка состояния здоровья и социального благополучия пациентов данной возрастной категории.

Разработанная и апробированная в рамках настоящего исследования карта фактически представляет собой инструмент

Таблица 7

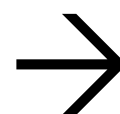
Число баллов, относящихся к смешанным вопросам

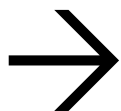
Возраст	Наличие инвалидности	Кол-во исследуемых	Смешанные вопросы (средний балл)	p_1 не инв./инв.	p_2 по возрасту
Пожилой возраст	не инвалиды	106	5,33±0,40	0,02–0,05 (t=2,294)	< 0,001 (t=5,410)
	инвалиды	16	4,68±1,08		0,02–0,05 (t=2,096)
Старческий возраст	не инвалиды	18	3,88±1,07	> 0,2 (t=0,468)	-
	инвалиды	9	3,66±2,17		

Таблица 8

Общее число баллов в группах разного возраста и в зависимости от трудоспособности

Возраст	Наличие инвалидности	Количество исследуемых	Общий балл	p_1 не инв./инв.	p_2 по возрасту
Пожилой возраст	не инвалиды	106	186,04±3,77	< 0,001 (t=7,373)	< 0,001 (t=8,112)
	инвалиды	16	158,37±31,87		0,2–0,1 (t=1,488)
Старческий возраст	не инвалиды	18	159,27±24,43	0,1–0,05 (t=1,892)	-
	инвалиды	9	142,77±18,36		





комплексной оценки состояния пациентов в возрасте 60 лет и старше, позволяющий объективизировать потребности пациентов в медико-социальной помощи с учётом их индивидуальных особенностей. Тем самым создаются условия для формирования пациентоориентированных подходов организации медицинской и социальной помощи. Разработанный методический инструмент ориентирован в первую очередь на использование в первичном звене здравоохранения и позволяет не только сформировать программу работы с каждым пациентом старше 60 лет, но и планировать мероприятия и оценивать объёмы помощи прикрепленному населению ПСВ на уровне каждого участка или конкретной медицинской организации.

Выводы

1. Современные подходы к организации помощи лицам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации основываются на комплексном подходе и направлены на удовлетворение потребности в различных видах помощи в целях минимизации их

зависимости от внешней помощи, повышение качества жизни и поддержание социальной активности.

2. Общим подходом для оценки потребности лиц пожилого и старческого возраста в различных видах помощи, как в России, так и за рубежом, является применение опросников.

3. Опросники для оценки состояния здоровья и благополучия пациентов и их потребности в различных видах помощи должны учитывать особенности уклада жизни и культуры того региона (территории, страны), в которой планируется проводить опрос, т.е. стандартизированные анкеты требуют адаптации к реальным условиям их применения.

4. Разработанная карта оценки состояния и потребности пациентов пожилого и старческого возраста позволяет дифференцировать пациентов по уровням зависимости и потребности в различных видах помощи и может стать основой инструмента, применяемого в условиях первичной медико-санитарной помощи, по оценке состояния и потребности пациентов и планирования работы с ними.



Литература

1. Мировые демографические перспективы: пересмотренное издание 2017 года, ООН [Интернет]. URL: https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf. (Дата обращения: 07.02.2018).
2. Всемирный доклад о старении и здоровье ВОЗ. 2015. [Интернет]. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1. (Дата обращения: 15.01.2018).
3. Распоряжение Правительства РФ от 5 февраля 2016 г. № 164 – р «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года.» [Интернет]. URL: <http://static.government.ru/media/files/7PvwllE5X5KwzFPuYtNAZf3aBz61bY5i.pdf>. (Дата обращения: 28.11.2017).
4. Указ Президента РФ от 08.08.2016 № 398 (ред. от 01.07.2017) «Об утверждении приоритетных направлений деятельности в сфере оказания общественно полезных услуг». [Интернет]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_202901/942772dce30cfa36b671bcf19ca928e4d698a928/. (Дата обращения: 21.01.2018).
5. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». [Интернет]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_286834/. (Дата обращения: 22.01.2018).



6. Приказ Минздрава России № 297 от 28.07.99 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации». [Интернет]. URL: <http://www.mednet.ru/ru/pravovoj-navigator/organizaciya-medicinskoj-pomoschi/organizaciya-lecheniya-i-reabilitacii/prikaz-297-ot-28071999-g.html>. (Дата обращения: 23.01.2017).
7. Приказ Минздрава России от 29.01.2016 № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия». [Интернет] URL: https://static-1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/032/212/original/алгоритм_по_синдрому_старческой_астении.pdf?1471422279. (Дата обращения: 28.11.2017).
8. Методические рекомендации по ведению пациентов со старческой астенией. [Интернет]. URL: https://static-1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/032/212/original/алгоритм_по_синдрому_старческой_астении.pdf?1471422279 (Дата обращения: 17.01.2018).
9. *Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L. et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17:37–49.
10. *Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R.* “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research* 1975;12 (3): 189–198.
11. *Katz S., Downs T.D., Cash H.R., Grotz R.C.* Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970; 10(1): 23.
12. *Lawton M.P., Brody E.M.* Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9(3): 181.
13. Nutritional Health Checklist [Интернет]. URL: http://mfpweb.nursing.uic.edu/education/nutrition/nutritional_assessment.pdf. (Дата обращения: 18.03.2018).
14. *Ventry I.M., Weinstein B.E.* Identification of elderly people with hearing problems. *ASHA*. 1983;25(7):42.
15. *Tinetti M.E., J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 119–126.
16. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health protection of the elderly and the aged and the prevention of premature aging; report on a seminar convened by the World Health Organization, Kiev, 14–22. May 1963; 1–30.

UDC 614.2

Senenko A.Sh.¹, Korotkova A.V.¹, Vorobyev R.V.², Nitsenko D.I.¹ Development of an integrated assessment tool health and social well-being of patients aged 60 years and over and their needs for different types of care (1Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health, Moscow, Russian Federation; 2Center of Psychotherapy of Professor Malygin, Moscow, Russian Federation)

Abstract. A tool for the comprehensive assessment of the condition of patients 60 years of age and over which allows to objectify patients' demand for medical and social assistance, taking into account their individual characteristics has been developed and tested in the framework of this study. The suggested methodical tool is primarily focused on the use in the primary health care, makes it possible to form both a program of work with each patient at the age of 60 years and older, and an action plan to support the attached population of the given age category at the site or a specific medical organization level, and also assess the efficiency of the assistance provided.

Keywords: *medical and social assistance, elderly patient, geriatrics, persons of elderly and senile age, patients aged 60 years and older, primary health care, comprehensive assessment of the health status, comprehensive geriatric assessment, patient orientation.*



Е.Ю. Огнева,

к.м.н., заместитель директора ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия, ogneva@monikiweb.ru

А.Н. Гуров,

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья факультета усовершенствования врачей, Москва, Россия, angurov1@mail.ru

И.В. Давронов,

главный врач Талдомской Центральной районной больницы, г. Талдом, Московская область, Россия, igorbukhara@yandex.ru

ФОРМИРОВАНИЕ НОВОГО МЕНЕДЖМЕНТА В РАБОТЕ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ПРОБЛЕМ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И НЕЗАВИСИМОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

УДК 614.2, ББК 51.14

Огнева Е.Ю., Гуров А.Н., Давронов И.В. *Формирование нового менеджмента в работе детской поликлиники на основе анализа проблем здоровья детей и независимой оценки качества оказания услуг (ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия; Талдомская Центральная районная больница, г. Талдом, Московская область, Россия)*

Аннотация. В интересах формирования нового менеджмента в работе детской поликлиники на основе анализа проблем здоровья детей и независимой оценки качества оказания первичной медико-санитарной помощи, особое внимание уделяется стандарту оснащения и работы детских поликлиник. В качестве результата формирования нового менеджмента в работе детских поликлиник оцениваются показатели: увеличение времени работы врача непосредственно с пациентами; сокращение времени оформления записи на прием к врачу; сокращение очередей, времени ожидания родителей с детьми приема врача у кабинета; комфортная и доступная среда для родителей и детей в поликлинике; сокращение сроков прохождения детьми диспансеризации.

Ключевые слова: *новый менеджмент, работа детской поликлиники, болезни детского населения, удовлетворенность населения работой первичной медико-санитарной помощью для детей.*

Высокая медико-социальная значимость здоровья детского населения, заболеваемости, госпитализации, летальности и смертности в детском возрасте является весьма актуальной проблемой во всем мире, Российской Федерации и, соответственно, в Московской области. Упомянутые показатели и целый ряд других, характеризующих работу здравоохранения и системы оказания медицинской помощи детям, включены как основные для оценки эффективности деятельности глав муниципальных образований (городских округов), субъектов РФ, а также всех медицинских организаций (МедО). Необходимость снижения младенческой смертности до 7,0 на 1000 родившихся живыми зафиксировано в Указе Президента РФ от 7 мая 2012 года № 598, как один из важнейших критериев, характеризующий работу социальной сферы [1].

© Е.Ю. Огнева, А.Н. Гуров, И.В. Давронов, 2018 г.



Факторы, влияющие на неудовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи детям: длительное ожидание в регистратуре; сложно дозвониться в поликлинику; сложно записаться на прием; отсутствие доступного для понимания расписания работы врачей; отсутствие доступной навигации в поликлинике; длительное ожидание в очереди у кабинетов (на прием к врачу, в процедурный кабинет); пересечение потоков здоровых (за справками) и больных детей; отсутствие комфортных зон ожидания; изредка, грубость медицинского персонала.

Сущность нового менеджмента в работе детской поликлиники заключается в обеспечении развития амбулаторно-поликлинических (АП) медицинских организаций (МедО), оказывающих первичную медико-санитарную помощь в быстроменяющихся условиях внешней среды, для решения трех важнейших задач: в каком положении детская поликлиника находится в настоящее время; в каком положении поликлиника должна находиться; каким способом достигнуть необходимый стандарт организации работы детских поликлиник [2].

Основной целью проекта «Новый менеджмент в работе поликлиники», является:

- перераспределение нагрузки между врачами и средним медицинским персоналом;
- оптимизация внутренней логистики поликлиник, разделение потоков пациентов;
- переход на электронный документооборот, сокращение бумажной документации;
- открытая регистратура и новый облик поликлиники.

С целью оценки эффективности нового менеджмента в работе детских поликлиник был создан программный комплекс (ПК), который дает возможность обобщать и оценивать эффективность реализации нового менеджмента в работе поликлиники, на основе мониторинга:

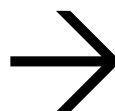
- уровня удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи врачами поликлиники по показателям, характеризующим общие критерии оценки качества оказания услуг в поликлинике медицинскими

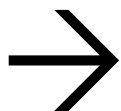
организациями, приказ Минздрава России от 28.11.2014 г. № 787 н.;

- количества муниципальных образований, участвующих в экспериментальной части проекта, ед.;
- количества медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, участвующих в экспериментальной части проекта, ед.;
- количества посещений на 1 застрахованного в год, в том числе с профилактической целью;
- доли медицинских организаций, внедривших на основе электронного расписания автоматизированную систему мониторинга сроков ожидания оказания медицинской помощи врачом, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, %;
- организации работ по тиражированию проекта на поликлиники, пока не работающие в эксперименте по внедрению нового менеджмента;
- внедрения новых технологий образования («Фабрики процессов оказания ПМСП»);
- популяризации проекта «Новый менеджмент в работе поликлиники» в средствах массовой информации.

Материалы и методы. Проведен расчет показателей на основе данных ежегодных отчетных статистических форм № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» и № 14 «Сведения о деятельности стационара» и данные Росстата по Московской области. Рассчитаны и проанализированы показатели общей заболеваемости (по обращаемости) детей (0–14 лет) и подростков (15–17 лет) Московской области, а также частоты госпитализации и уровня больничной летальности детского населения (0–17 лет включительно).

Для оценки меняющихся результатов работы поликлиники в ходе внедрения нового менеджмента использовались показатели независимой оценки качества оказания





услуг, определённые приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.05.2015 г. № 240 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями» [3].

Результаты и их обсуждение.

Численность детского население Московской области (МО) в 2017 г. составляла 1 321 598 чел. (17,1% от всего населения МО), а прикреплено к ГБУЗ МО – 1 451 940 детей и эти значения постоянно увеличиваются, т.к. темпы прироста числа рожденных детей из года в год в МО растут. В 2017 г. они составляли 5,5%, это значительно выше, чем в 2016 г. (3,1%) [4–6].

По показателю рождаемости Московская область занимает 1 место среди субъектов Центрального федерального округа (ЦФО) РФ, рис. 1. Коэффициент рождаемости в 2017 г. – 12,0 на 1000 населения, он незначительно снизился по сравнению с 2016 г. (13,2‰), но остается выше показателя по ЦФО (10,5‰) и РФ, который составляет – 11,6‰ [4–6].

Общая заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет в 2017 г. составляла – 2290,2

на 1000 детского населения, что на 10% выше, чем в 2016 г., однако показатель остается меньше, чем в среднем по РФ – 2332,9‰ и в ЦФО – 2333,5‰, таблица 1.

Среди подростков в 15–17 лет общая заболеваемость в 2017 г. незначительно увеличилась по сравнению с 2016 г. на 1,6% и составляла – 2104,7‰, что также остается меньше, чем в данной возрастной группе в среднем по РФ – 2267,8‰ и в ЦФО – 2188,5‰ в расчете на 1000 детского населения.

Увеличился в 2017 г. показатель общей заболеваемости детей в обеих возрастных группах по классу инфекционных и паразитарных болезней у детей 0–14 лет – на 10,8% и составил 74,6‰ (РФ – 86,8‰, ЦФО – 78,0‰), у детей 15–17 лет – на 12,6% и составил 37,8‰ (РФ – 46,1‰, ЦФО – 38,7‰). Также увеличение показателей общей заболеваемости наблюдалось в обеих возрастных группах у детей по классу новообразований, болезни уха и сосцевидного отростка, болезни органов пищеварения, болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни костно-мышечной системы, травмы и отравления. При этом эти показатели остаются меньше, чем в среднем по РФ и ЦФО.

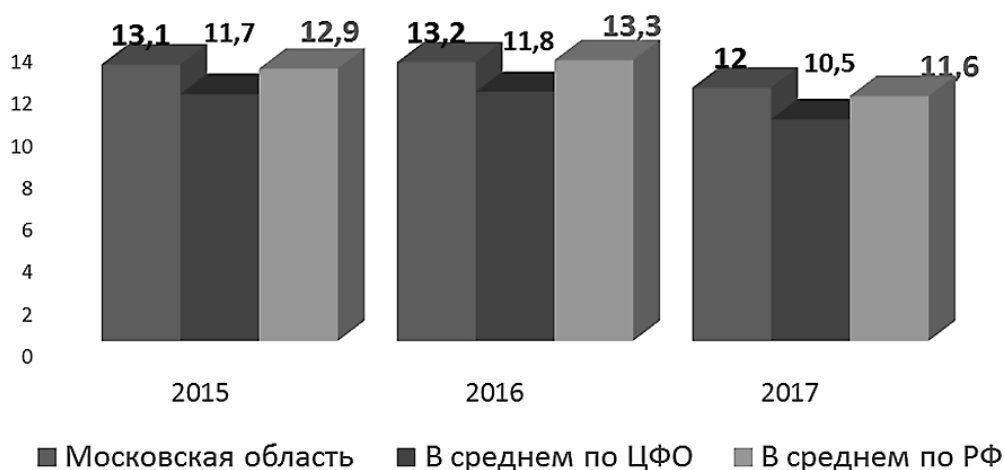


Рис. 1. Показатели рождаемости в Московской области в Центральном Федеральном Округе (ЦФО) и Российской Федерации (РФ) в 2015–2017 гг., в расчете на 1000 населения



Таблица 1

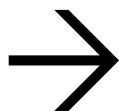
Динамика общей заболеваемости детского населения (0–14 лет и 15–17 лет включительно) в Московской области в 2017–2016 гг. (в расчете на 1000 детского населения – ‰)

Классы болезней МКБ-10	Дети 0–14 лет			Подростки 15–17 лет включительно		
	Общая заболеваемость, ‰		Прирост (убыль), %	Общая заболеваемость, ‰		Прирост (убыль) %
	2017	2016		2017	2016	
Всего заболеваний	2290,2	2082,7	110,0	2104,7	2071,3	101,6
Инфекционные болезни	74,6	67,3	110,8	37,8	33,5	112,6
Новообразования	8,5	7,8	108,5	9,9	9,0	110,1
Болезни крови и кроветворных органов	9,1	10,3	88,7	5,0	5,0	101,6
Болезни эндокринной системы	20,5	22,1	93,1	57,2	54,9	104,2
Психические расстройства	23,8	23,7	100,1	59,2	60,0	98,6
Болезни нервной системы	57,8	57,7	100,2	90,6	90,7	99,9
Болезни глаза и его придаточного аппарата	118,4	107,9	109,8	181,8	186,1	97,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	58,1	51,4	113,1	43,6	40,5	107,8
Болезни системы кровообращения	19,0	20,9	90,9	42,2	44,2	95,4
Болезни органов дыхания	1353,3	1210,3	111,8	803,0	816,3	98,4
Болезни органов пищеварения	168,0	134,9	124,6	191,2	173,3	110,3
Болезни кожи и подкожной клетчатки	104,5	99,9	104,6	118,5	110,3	107,4
Болезни костно-мышечной системы	69,2	59,8	115,8	153,2	119,6	128,1
Болезни мочеполовой системы	40,8	46,0	88,6	93,7	94,4	99,2
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	21,9	23,7	92,4	11,0	10,6	103,2
Врожденные аномалии	21,1	19,4	108,9	13,4	14,0	95,6
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	18,7	30,3	61,9	13,0	24,7	52,7
Травмы и отравления	96,7	89,4	108,1	182,5	188,9	96,6

Снижение в 2017 г. показателей общей заболеваемости детского населения отмечается по следующим классам в возрастной группе детей 0–14 лет: болезни крови и кроветворных органов – на 11,3% и составляло – 9,1‰; болезни эндокринной системы – на 6,9%; болезни системы кровообращения – на 9,1%; болезни мочеполовой системы – на 11,4%.

Особенно заметное снижение общей заболеваемости в обеих возрастных группах у детей по классу: «Симптомы, признаки и отклонения от нормы», выявленные при клинических и лабораторных исследованиях у детей, 0–14 лет – на 38,1%, у детей 15–17 лет – на 47,3%, что свидетельствует об эффективной диспансеризации детей в МО и отсутствии





неожиданностей в ходе лабораторных обследований.

В структуре общей заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет первые три ранговых места занимают болезни органов дыхания (57%), болезни органов пищеварения (7%) и болезни глаза и его придаточного аппарата (5%), *рис. 2*.

В структуре общей заболеваемости детей в возрасте 15–17 лет включительно первые три ранговых места занимают болезни органов дыхания (37%), болезни органов пищеварения (9%), травмы, отравления (8%)

и болезни глаза и его придаточного аппарата по (8%), *рис. 3*.

Уровень госпитализации детей от 0–17 лет включительно в 2017 г. составлял 140,2 на 1000 детского населения. Наиболее часто дети госпитализируются в стационар по причине болезней органов дыхания – 44,1‰; инфекционных и паразитарных болезней – 18,5‰; заболеваний органов пищеварения – 14,6‰; последствий отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде – 13,6‰; травм и отравлений – 12,2‰ и др. причин (*таблица 2*).

Таблица 2

Уровень госпитализации детей (0–17 лет включительно), на 1000 детского населения и больничной летальности (в % к числу выбывших пациентов из стационара) в МО в 2017 г.

Классы болезней МКБ-10 (ф.14)	Уровень госпитализации (на 1000 населения)	Больничная летальность (в % к числу выбывших)	
		всего умерло	из них дети до 1 года
Всего	140,2	0,1	0,13
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	18,5	0,07	0,04
Новообразования	1,7	0,32	0,10
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	0,7	0,33	0,40
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ,	1,3	0,25	0,13
из них: сахарный диабет	0,7	0,00	0,00
Психические расстройства и расстройства поведения	2,8	0,00	0,00
Болезни нервной системы	6,8	0,40	0,18
Болезни глаза и его придаточного аппарата	1,6	0,00	0,00
Болезни уха и сосцевидного отростка	2,1	0,00	0,00
Болезни системы кровообращения	1,0	0,87	0,40
Болезни органов дыхания	44,1	0,04	0,02
Болезни органов пищеварения	14,6	0,02	0,01
Болезни кожи и подкожной клетчатки	4,7	0,00	0,00
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2,3	0,04	0,00
Болезни мочеполовой системы	8,6	0,00	0,00
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	13,6	1,26	1,19
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	2,9	2,61	1,93
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	12,2	0,16	0,02



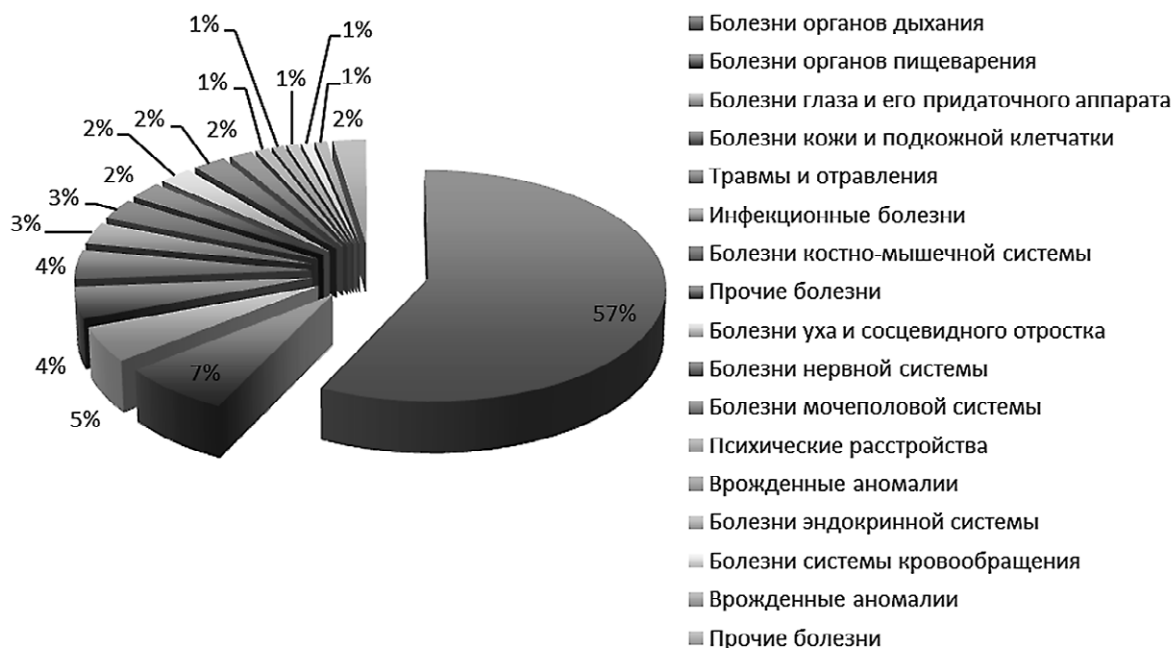


Рис. 2. Структура заболеваемости детей 0–14 лет в Московской области в 2017 г.

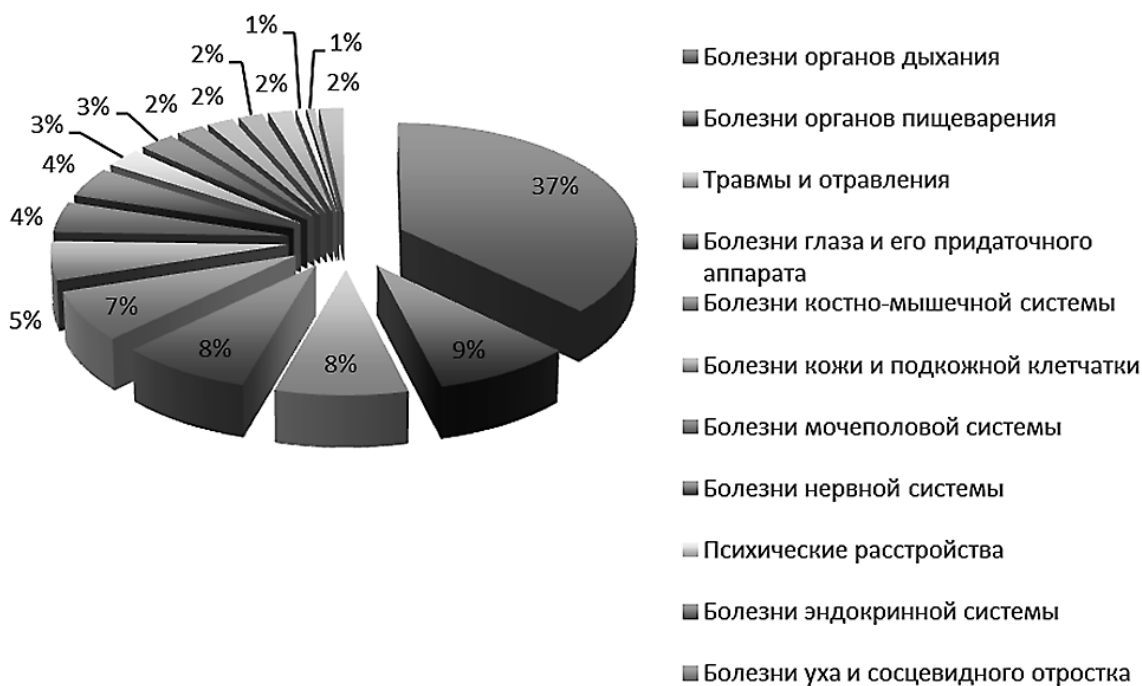
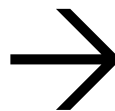
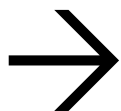


Рис. 3. Структура общей заболеваемости детей 15–17 лет в Московской области в 2017 г.





Летальность в стационаре в 2017 г. составляла 0,1%, а у детей до 1 года 0,13% к числу выбывших пациентов из стационара (выписано + умерло) и в основном связана с новообразованиями 0,32%, болезнями крови и кроветворных органов 0,33% (у детей до 1 года – 0,4%), врожденными аномалиями и пороками развития – 2,61% (у детей до 1 года – 1,93%), отдельными состояниями, возникающие в перинатальном периоде – 1,26% (у детей до 1 года – 1,19 в % к числу выбывших пациентов из стационара).

Несмотря на ухудшение состояния здоровья современных женщин и рост по этой причине заболеваемости новорожденных, в Московской области регистрируется снижение младенческой смертности, что достигается постоянным улучшением качества помощи женщинам и детям в родовспомогательных и детских учреждениях здравоохранения региона.

В 2017 г. показатель младенческой смертности детского населения снизился до 4,1 на 1000 родившихся живыми и остается ниже средних значений по РФ – 4,6‰ и ЦФО – 4,2 в расчете на 1000 родившихся живыми. По показателю младенческой смертности Московская область занимает 8 место среди субъектов РФ и 4 место в ЦФО, что соответствует лучшим мировым значениям.

Снижение младенческой смертности связано с постоянным улучшением качества помощи женщинам в период беременности и родов, новорожденным и детям первого года жизни. Основными мероприятиями, которые влияют на темпы снижения младенческой смертности, являются мероприятия по развитию в акушерских и педиатрических стационарах помощи детям в критическом состоянии, прежде всего недоношенным с низкой и экстремально низкой массой тела; своевременное выявление и профилактика рождения детей с инвалидизирующими и несовместимыми с жизнью пороками развития; улучшение качества профессиональной

подготовки медицинского персонала службы родовспоможения и детства.

Среди причин младенческой смертности первое место занимают отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (54,9%), второе место – врожденные пороки развития (26,2%), третье – болезни органов дыхания (6,8%).

Смертность детей от отдельных состояний, возникших в перинатальном периоде, в большем проценте случаев обусловлена патологическим течением беременности и патологическим течением родов.

При смертности детей по причине врожденных аномалий развития первые 3 места занимали аномалии развития сердца, органов пищеварения и нервной системы. В структуре причины смерти детей от заболеваний органов дыхания ведущее место занимает смертность от пневмонии.

Заметное снижение показателей младенческой смертности связано в основном с реализацией Программы развития здравоохранения Московской области до 2020 г., предусматривающей наряду с другими мерами строительство и открытие перинатальных центров в г/о Коломне, Наро-Фоминске, Щелково, родильных домов в г/о Железнодорожный, Ступино, Пушкино, Раменское, Сергиев-Посад, детских поликлиник (филиалов) в новых строящихся микрорайонах муниципальных образований МО м.р. Красногорска, Мытищи, Одинцово, г/о Балашиха, Подольска и Химки.

В анализ результатов независимой оценки качества оказания услуг включены 14550 анкеты, которые получены с интернет-сайтов 8 самостоятельных детских амбулаторно-поликлинических медицинских организаций (АП МедО) и 15 амбулаторно-поликлинических отделений медицинских организаций (АП отделений МедО) за 2017 г. с использованием имеющихся и созданных программных средств. ПК позволяет осуществлять механизм необходимой математической, алгоритмической и статистической обработки данных при обработке анкет.



Результаты изучения всех заполненных анкет на упомянутых интернет-сайтах позволили установить, что открытостью и доступностью информации о работе детских поликлиник на 70% удовлетворены пациенты в самостоятельных АП МедО и на 80% в АП отделениях МедО.

Комфортность условий предоставлений услуг и доступность их получения удовлетворяет пациентов на 77% в самостоятельных АП МедО и на 90% в АП отделениях МедО. Причина неудовлетворенности, как правило, отсутствие ремонта в помещениях, старая мебель и неудовлетворительное санитарно-гигиеническое состояние.

Время ожидания предоставления услуг удовлетворяет пациентов на 85% в самостоятельных АП МедО и на 90% в АП отделениях МедО.

Доброжелательность, вежливость, компетентность работников при оказании первичной медико-санитарной помощи удовлетворяет пациентов на 70% в самостоятельных АП МедО и на 85% в АП отделениях МедО.

Доля удовлетворенных качеством медицинских услуг пациентов при оказании первичной медико-санитарной помощи составляет 75% в самостоятельных АП МедО и 80% в АП отделениях МедО.

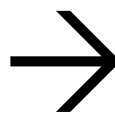
Результаты работы детских поликлиник по реализации нового менеджмента в работе оцениваются Министерством здравоохранения Московской области в ходе конкурса на лучшую детскую поликлинику. Лучшими детскими поликлиниками Московской области 2017 г. признаны: ГБУЗ МО «Зарайская центральная районная больница», детское поликлиническое отделение; ГАУЗ МО «Центральная городская больница им. М.В. Гольца» г. Фрязино, детская поликлиника; ГБУЗ МО Люберецкая районная больница № 2, детское поликлиническое отделение.

Заключение

Основными элементами нового менеджмента в работе поликлиники являются: организация работы регистратуры по стандартам – «открытая или бережливая регистратура»; обеспечение организации профилактических осмотров без смешивания потоков пациентов в АП МедО; совершенствование работы процедурного кабинета и работа врача в поликлинике; организация рабочего места врача поликлиники на основе 5С технологий, включающих: сортировку, соблюдение порядка, содержание в чистоте, стандартизацию, совершенствование или воспитание привычки точно выполнять установленные правила, процедуры и технологии оказания первичной медико-санитарной помощи.


В качестве результата формирования нового менеджмента в работе детских поликлиник с применением программного комплекса дополнительно оцениваются показатели: увеличение времени работы врача непосредственно с пациентами; сокращение времени оформления записи на прием к врачу; сокращение очередей, времени ожидания родителей с детьми приема врача у кабинета; комфортная и доступная среда для родителей и детей в поликлинике, сокращение сроков прохождения детьми диспансеризации.

Проводимая в здравоохранении Московской области работа по формированию нового менеджмента в работе поликлиники позволила обеспечить внедрение в большинстве детских поликлиник стандарта организации и работы, для этого использованы новые формы профессионального общения; распространены передовые формы и методы работы, заметно улучшился внешний облик поликлиник, повысилась удовлетворенность населения медицинскими услугами, уменьшается количество жалоб.





Литература

- 
1. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения // Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598. <http://www.garant.ru>.
 2. Губернаторская программа «Стандарт поликлиник на 2014–2020 гг.» // <http://mosreg.ru>.
 3. Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями // Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.05.2015 г. № 240. <http://www.garant.ru>.
 4. Основные показатели состояния здоровья населения Московской области в 2015–2017 гг. – М.: ГБУЗ МОНИКИ. 2017. Вып. 44, Т. 1. – М.: 131 с. Вып. 44, Т. 2. – М.: 121 с.
 5. Здравоохранение России. 2017 г. Стат. сборник / Росстат. – М., 2017. – 170 с.
 6. Урсова Н.И., Гуров А.Н. Анализ заболеваемости, госпитализации, летальности и смертности детского населения Московской области в 2014 г. и совершенствование системы оказания медицинской помощи детям // Альманах клинической медицины. М.: 2015. № 42. – С. 6–11.

UDC 614.2


Ogneva E.Yu., Gurov A.N., Davronov I.V. Formation of new management in the work of a children's outpatient hospital based on analysis of children's health problems and independent assessment of the quality of service (Vladimirskiy Moscow Regional Research and Clinical Institute, Faculty of Advancing in Medical Education, Public Health Department, State budgetary institution of health of Moscow region "Taldom Central regional hospital, Russia)

Abstract. In order to form new management in the work of the children's outpatient hospital by analyzing children's health problems and independent assessment of the quality of primary health care, special attention is paid to the standard of equipment and work of children's outpatient hospitals. As a result of the formation of new management in the work of children's outpatient hospitals, the following indicators are evaluated: increasing the time of the doctor's work directly with patients; reduction of time required to make an appointment with a doctor; reduction of queues and waiting time for parents with children to receive a consultation; comfortable and accessible environment for parents and children in the clinic, reducing the time for children to undergo medical examination.

Keywords: new management, work of a children's outpatient hospital, diseases of the children's population, population's satisfaction with primary health care for children.

Здравоохранение-2018

МИНЗДРАВ РАЗРАБАТЫВАЕТ ВЕРТИКАЛЬНУЮ МОДЕЛЬ УПРАВЛЕНИЯ СИСТЕМОЙ ОМС



Минздрав приступил к разработке законопроекта, который исключает передачу полномочий Российской Федерации в сфере ОМС органам государственной власти субъектов и одновременно устанавливает вертикаль управления системой ОМС с изменением организационно-правового статуса территориальных фондов – они становятся подведомственными организациями, создаваемыми Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в субъектах.

Как говорится в пояснительной записке, гражданско-правовые отношения в сфере ОМС между территориальными фондами, страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере ОМС, сохраняются и предусматривают реализацию сторонами обязанностей и прав в рамках договоров в сфере ОМС. Законопроект также устанавливает обязанность СМО осуществлять информирование застрахованных лиц через страховых представителей. Требования и порядок их деятельности будут определяться правилами ОМС, утверждаемыми Минздравом России. Согласно действующему законодательству, федеральный фонд создается Правительством РФ, а территориальные фонды – органами исполнительной власти субъектов. Средства ОМС находятся в государственной собственности РФ, но в регионах управляются территориальными фондами – учреждениями субъектов, что приводит к нарушениям, допускаемым регионами при формировании и реализации территориальных программ государственных гарантий. Планируется, что документ вступит в силу в июне 2019 года.

Источник: <https://medvestnik.ru>



О.Э. Карпов,

д.м.н., член-корреспондент РАН, профессор, генеральный директор ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

Д.Н. Никитенко,

первый заместитель генерального директора ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

С.А. Лящёв,

советник по развитию ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

ПРОЦЕССНЫЙ ПОДХОД В ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

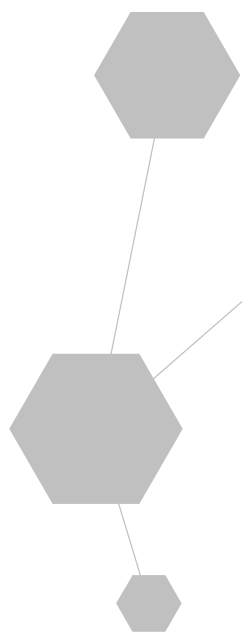


УДК 614.2

Карпов О.Э., Никитенко Д.Н., Лящёв С.А. *Процессный подход в организации лекарственного обеспечения (Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия)*

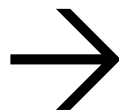
Аннотация. Цель данной статьи – определение и детализация основных принципов процессно-ориентированного подхода и регламентации деятельности медицинской организации, как наиболее эффективных управленческих механизмов, и применение процессного подхода в организации непрерывного целевого лекарственного обеспечения лечебно-диагностического процесса в федеральном многопрофильном учреждении на примере федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее Пироговский Центр).

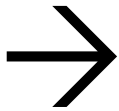
Ключевые слова: процессно-ориентированный подход, регламент, процесс, функция. Лекарственные средства. Лекарственное обеспечение. Учет и списание медикаментов.



Для успешного функционирования и поступательного развития медицинская организация должна определить и управлять множеством взаимосвязанных видов деятельности. Многие возникающие в организации проблемы может решить, но главное предупредить их возникновение, использование процессно-ориентированного подхода. Процессно-ориентированный подход (далее ПП), или просто процессный подход, на сегодняшний день считается одним из наиболее передовых методов управления. Он описывает управление деятельностью как систему взаимосвязанных процессов, которые регламентированы, постоянно контролируются и подвергаются корректировке при обнаружении ошибок исполнения или отклонений от целевых параметров, а также при обновлении технологии [5; 6].

Основная дефиниция, используемая в процессном подходе – это само понятие процесса. Существуют различные определения, но наиболее часто используемое содержится в стандарте ISO 9001. «Процесс – это совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности, которые преобразуют входы в выходы». Важной составляющей процесса, которая не отражена в этом определении,





является цикличность действий. Действия процесса должны быть не случайными, а повторяющимися. Другим распространенным определением, которое учитывает данный фактор, является следующее: «процесс – это набор взаимосвязанных, повторяемых действий (функций), которые преобразуют исходный материал, сырье или информацию в конечный продукт (товар, работу, услугу), в соответствии с установленными этим же процессом правилами» [5; 6; 11; 18].

Процессный подход – одна из концепций управления, которая окончательно сформировалась в 80-х годах прошлого века. Данный подход был разработан и применяется с целью создания прочных и эффективных горизонтальных связей в организациях. Горизонтальную структуризацию производственной деятельности в виде последовательности операций по выпуску продукта (товаров, работ, услуг), то есть как некоторого процесса, можно обнаружить еще у А. Смита (XVIII в.), основоположника науки менеджмента, который показал объективность выделения производственных операций в составе производственного процесса как определенной последовательности действий. Одно из первых упоминаний о ПП как отдельном управленческом инструменте относится к началу XX века, когда в одной из компаний, где сотрудники работали с документами, был проведен анализ эффективности работы. Владелец фирмы проанализировал, как часто сидящие в одном большом помещении сотрудники передают друг другу документы. На основании анализа он составил схему, которая отражала размещение сотрудников в помещении и возможные взаимодействия между ними. По результатам была проведена элементарная оптимизация: рабочие места наиболее часто взаимодействующих между собой сотрудников разместили рядом. В результате сократились временные затраты на передачу документов. Это стало одним из первых примеров проведения описания и оптимизации процессов в бизнесе [6; 12].

Принципиальным отличием ПП от других (функционального, к примеру) является его направленность на конечный результат (выход процесса) с оптимальным способом его достижения. Выделение одного из участков деятельности как отдельного объекта – процесса – дает возможность управлять этим объектом: планировать, регламентировать, оптимизировать, контролировать показатели результативности и эффективности процесса. Таким образом, управление процессами позволяет управлять деятельностью всей организации, как единой системой. Специфика управления каждой отдельной организацией заключается в том, как устроены и реализованы эти процессы в ее практической деятельности. Главное отличие от функционального подхода в том, что управление процессами позволяет сосредоточиться не на работе каждого из подразделений, а на результатах работы организации в целом. В соответствии с одним из принципов ПП организация образно состоит не из подразделений, а из процессов. Функциональное управление доминировало во многих организациях на протяжении всего прошлого века. Только в 1980-е годы компании стали переходить к процессному управлению, и переход этот был обусловлен изменениями, сформированными новой информационной эпохой [6; 8; 11; 12; 14].

Кратко рассмотрим основные элементы процесса. К процессным элементам относятся вход, выход и этапы (фазы) процесса и входящие в них функции, ресурсы, участники процесса, параметры процесса.

Под входом процесса понимается инициирующая ситуация/объект, запускающий процесс преобразования. Часто входы одного процесса являются выходами другого. Под выходом процесса понимается состояние объекта (результат, продукт) после исполнения всех этапов и функций процесса. По сути, выход – это продукт, информация или прочая материальная или нематериальная ценность, ради производства которой процесс и осуществляется. Этап – отдельная стадия или



фаза процесса. Этапы выполняются строго последовательно в рамках одного процесса. Каждый этап состоит из реализуемых участником функций. К участникам процесса относят потребителей, исполнителей, владельца процесса. Параметр – инструмент контроля исполнения процесса или его функций. В данном случае это показатель, позволяющий оценивать количество или качество производимого продукта или эффективность (качество, полноту и т.д.) исполнения функции. Формализованным носителем параметра является карточка параметра – шаблонизированный документ, в котором указываются контролируемая качественная/количественная характеристика результата выполняемой функции/продукта, методика ее измерения и иные необходимые для осуществления контроля разделы, на которых мы подробнее остановимся ниже [5, 6, 14, 15].

Изученными и подтвержденными многолетней практикой преимуществами данной концепции управления бесспорно являются:

- описанные и регламентированные процессы формализуют существующую модель управления организацией, устраняют дублирование функций работниками;
- в описании процесса содержится система показателей (параметров) для управления и контроля в реперных точках, что в целом положительно влияет на качество исполнения функций и дисциплину исполнителей;
- процессный подход является одним из элементов системы менеджмента качества;
- автоматизация процессного управления является обязательным условием эффективного функционирования всей системы;
- формируется полный перечень документации для управления;
- описание процесса и параметры представляют собой нормативную базу организации;
- описание процесса определяет основные повторяющиеся моменты деятельности, что исключает в дальнейшем их ежедневное разъяснение [5; 6; 14].

Процессный подход нашел широкое распространение и внедрение и в медицинских организациях различных типов [1; 16; 19; 20; 21].

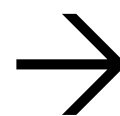
Лекарственное обеспечение медицинской организации как один из приоритетных процессов, влияющих на качество и безопасность медицинской деятельности, неоднократно описан с позиции процессного подхода, имеется немало реальных внедрений с глубокой научной и методической проработкой [10; 17]. Но все доступные в научной литературе примеры реализации процессного управления лекарственным оборотом сосредоточены на последовательности выполнения функций по снабжению. Вот так приблизительно выглядит типовое последовательное описание функций процесса лекарственного обеспечения лечебного учреждения:

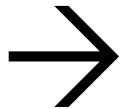
- составление и подача заявок клиническими отделениями;
- экспертиза заявок;
- формирование заказа в аптеке;
- проверка заявки в финансовом подразделении;
- проведение процедуры закупки;
- заключение контрактов на поставку лекарственных средств (далее ЛС);
- поставка ЛС в аптеку;
- хранение ЛС в аптеке;
- отпуск ЛС в отделения.

На первый взгляд, декомпозиция проведена правильно, установлена верная последовательность и набор функций. Вход процесса начинается с определения потребности на уровне клинических подразделений, выход обеспечивает медицинских работников необходимым ресурсом – лекарственными средствами.

Также хорошо обычно прорабатывается и описывается процесс оказания медицинской помощи. Укрупненно (по фазам) в учреждении стационарного типа его можно сформулировать следующим образом:

- госпитализация пациента;
- проведение диагностического поиска;
- постановка диагноза;





- проведение лечебных мероприятий, в том числе фармакотерапии;
- выписка пациента из стационара.

При этом процесс лекарственного обеспечения традиционно рассматривается как обеспечивающий по отношению к основному – лечебно-диагностическому.

Но большинство организаторов здравоохранения на уровне медицинских организаций не принимают во внимание или умышленно игнорируют наличие производственного конфликта интересов основных исполнителей указанных процессов. Сотрудники финансово-экономического блока и бухгалтерии обеспечивают эффективную экономику предприятия путем рациональной минимизации затрат, налаживания правильного управленческого и бухгалтерского учета с позиции отслеживания движения лекарств как материального ресурса, обладающего соответствующими признаками и характеристиками товара, а также контроль наличия финансового обеспечения из соответствующего источника доходов. Сотрудники аптеки обеспечивают оптимизацию складских запасов как на уровне аптеки, так и в медицинских подразделениях, рациональную логистику хранения и перемещения лекарственных препаратов, недопущение затоваривания склада и тем более нарушения сроков применения лекарственных препаратов.

Клиницисты, в первую очередь, исходят из того, что врач, руководствуясь интересами пациента и конкретной клинической ситуацией, должен назначать (и, соответственно, иметь к ним доступ) такие ЛС и в такой форме выпуска, которые принесут максимальный эффект. С этой позиции лекарств должно быть в стационаре много, а лучше с большим запасом, и в полном ассортименте.

Чтобы сохранить приоритет интересов пациента и возможностей медицинского работника, но при этом соблюсти принципы экономической целесообразности, важно найти, правильно выделить и описать те функции лечебно-диагностического процесса, которые

необходимо встроить в процесс лекарственного обеспечения. Такой подход можно образно сравнить с применяемым в генной инженерии процессом встраивания выделенного фрагмента ДНК в состав векторной молекулы для получения рекомбинантной цепочки ДНК.

К таким элементам процесса оказания медицинской помощи относятся функция планирования объемов оказания медицинской помощи, функция назначения врачом лекарственного средства пациенту (как часть общих назначений в рамках плана лечения) и функция выполнения врачебного назначения.

Функция планирования объемов оказания медицинской помощи имеет большое значение для планирования объемов расхода лекарственных средств. Механизмы конвертации объемных медицинских показателей в количество потребляемых лекарств могут быть различными и напрямую зависят от степени автоматизированности учета в медицинской организации. К сожалению, самым распространенным подходом является использование данных по потреблению медикаментов за предыдущий период. В теории такой подход может применяться при стабильности состава и количества пролеченных пациентов и структуры назначаемой им фармакотерапии, но далеко не каждая медицинская организация может похвастаться таким положением вещей. Оптимальным является метод применения медицинских стандартов, имеющих в своем составе данные об усреднённых нормах назначения тех или иных ЛС, в сочетании с ABC, XYZ и VEN анализом [7].

Функция назначения ЛС пациенту в соответствии с его медицинскими показаниями по сути является драйвером для движения всей цепочки функций процесса лекарственного обеспечения. И крайне важно, чтобы действия врачей при реализации лечебно-диагностического процесса находились в одной системе координат с подразделениями, обеспечивающими ресурсами этот процесс.

Функция выполнения врачебных назначений, осуществляемая в основном средним



медицинским персоналом, должна автоматически сопровождаться процессом списания лекарственных препаратов (далее ЛП), имеющих критические для правильного учета характеристики (МНН, номер партии, срок годности, стоимость и пр.). Процедура списания подтверждает реальный факт расхода ЛП в соответствующих единицах списания, принятых в организации, и формирует новую текущую потребность по установленным алгоритмам ее расчета. Распространенный подход к списанию (по бухгалтерскому и особенно управленческому учету) в момент выдачи препарата в медицинское подразделение заведомо приводит все лекарственное обеспечение в неуправляемое состояние. Поэтому так важно встроить данную функцию в единую цепочку действий по организации лекарственного обеспечения.

С целью проведения декомпозиции процесса лекарственного обеспечения в Пироговском Центре были определены выполняемые производственные функции, установлена последовательность и взаимодействие их между собой, а также со смежными процессами, определены критерии оценки эффективности выполнения данных функций, необходимые трудовые, материальные и информационные ресурсы, принципы и порядок контроля исполнения функций.

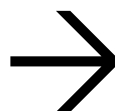
На первом этапе проведения декомпозиции проведено изучение и анализ текущей деятельности, положений о подразделениях и должностные инструкции сотрудников следующих структурных подразделений Пироговского Центра:

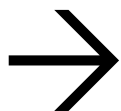
- госпитальной аптеки;
- службы клинических фармакологов;
- отдела обеспечения лекарственными средствами;
- планово-экономического отдела;
- бухгалтерии.

Выборочно проведен анализ положений о подразделениях и должностные инструкции сотрудников клинических и диагностических отделений.

В соответствии с проведенным исследованием выделены следующие задачи и функции линейных подразделений, обеспечивающие непрерывный лекарственный оборот в учреждении:

- планирование закупок ЛС;
- перевод годовой заявки из МНН в торговые названия и упаковки;
- анализ действующих контрактов по наличию препаратов и сроков действия контрактов;
- составление технических заданий для аукционов;
- определение кодов ОКПД2;
- подготовка описания объекта закупки;
- обоснование начальной максимальной цены контракта;
- анализ необходимости закупки ЛП по разовым договорам;
- контроль согласования, подтверждения и утверждения пунктов в плане-графике размещения заказов;
- составление спецификации для закупочных процедур, с разбивкой по годам (на 3 года) и получателям (стационар или КДЦ);
- проведение процедуры определения поставщика;
- контроль сроков проведения закупочных процедур;
- заключение контракта (договора) на поставку ЛС;
- ведение, учет и хранение хозяйственных договоров на поставку ЛП;
- направление заявок поставщикам на пополнение складского запаса ЛС, контроль исполнения;
- приемка ЛП на склад аптеки, проведение внутренней экспертизы на соответствие поставляемого товара условиям контракта;
- проверка сопроводительной документации на правильность заполнения: номера договора, реквизитов, количеств и цен по контракту;
- подготовка пакета документов по каждой поставке для передачи в бухгалтерию на оплату;





- организация учета и хранения на складе аптеки, ведение документооборота;
 - экстемпоральное производство;
 - списание (утилизация);
 - отпуск ЛП в подразделения;
 - фармацевтический контроль;
 - контроль движения медикаментов по источникам финансирования;
 - контроль состояния остатков ЛП в аптеке, проведение инвентаризации материальных запасов, контроль неснижаемого запаса в аптеке;
 - контроль сроков годности ЛП;
 - контроль соблюдения условий хранения ЛП;
 - внедрение в клиническую практику новых современных ЛС;
 - ведение справочных медико-фармацевтических данных, статистической информации;
 - ведение справочника лекарственных препаратов;
 - формирование ежеквартальных, полугодовых, годовых актов сверок для бухгалтерии (рассылка по поставщикам и возврат подписанных в бухгалтерию);
 - закрытие и расторжение контрактов/договоров;
 - взаимодействие с поставщиками по исправлению документов, если были допущены ошибки;
 - проведение закупок ЛП по решению врачебной комиссии;
 - формирование требований для пополнения склада отделения;
 - учет и списание медикаментов в отделении;
 - учет препаратов по источникам финансирования;
 - формирование экстренных заявок на закупку ЛС;
 - анализ движения медикаментов в разрезе фармацевтических групп, МНН, торговых наименований, стран-производителей, поставщиков, серий препаратов и т.д.;
 - анализ движения медикаментов в разрезе источников финансирования;
 - анализ объемов потребления медикаментов подразделениями;
 - анализ регулярности потребления медикаментов;
 - анализ рациональности фармакотерапии;
 - учет и анализ нежелательных лекарственных реакций, осложнений и побочных эффектов, связанных с фармакотерапией;
 - разработка стандартов медицинской помощи в части лекарственной терапии;
 - разработка норматива потребления ЛП в клинических и диагностических подразделениях;
 - разработка норматива ЛП для аптеки;
 - проведение клинико-экономического анализа потребления ЛС;
 - учет бюджетных и прочих обязательств;
 - разработка приказов, распоряжений и прочих административно-распорядительных документов по организации лекарственного обеспечения;
 - оформление бухгалтерских операций и организация документооборота по участкам учета и списания, приемки, оприходования, хранения ЛП;
 - проведение финансовых расчетов с поставщиками;
 - ведение внутренней отчетности;
 - формирование отчетов для сторонних контролирующих организаций, включая систему мониторинга ЖНВЛС Росздравнадзора.
- Принципиально отсутствуют ограничения на количество функций, регламентируемых в рамках одного процесса, но если исходить из понимания необходимости этим процессом эффективно управлять, то количество описываемых функций и их атрибутов должно быть необходимым и достаточным, чтобы и исполнители могли свободно ориентироваться в определенных им задачах и выделенных ресурсах, и владелец процесса мог регулярно и продуктивно контролировать его исполнение.
- В Пироговском Центре процесс обеспечения лекарственными средствами в настоящее время сформулирован в виде следующего набора фаз и функций:

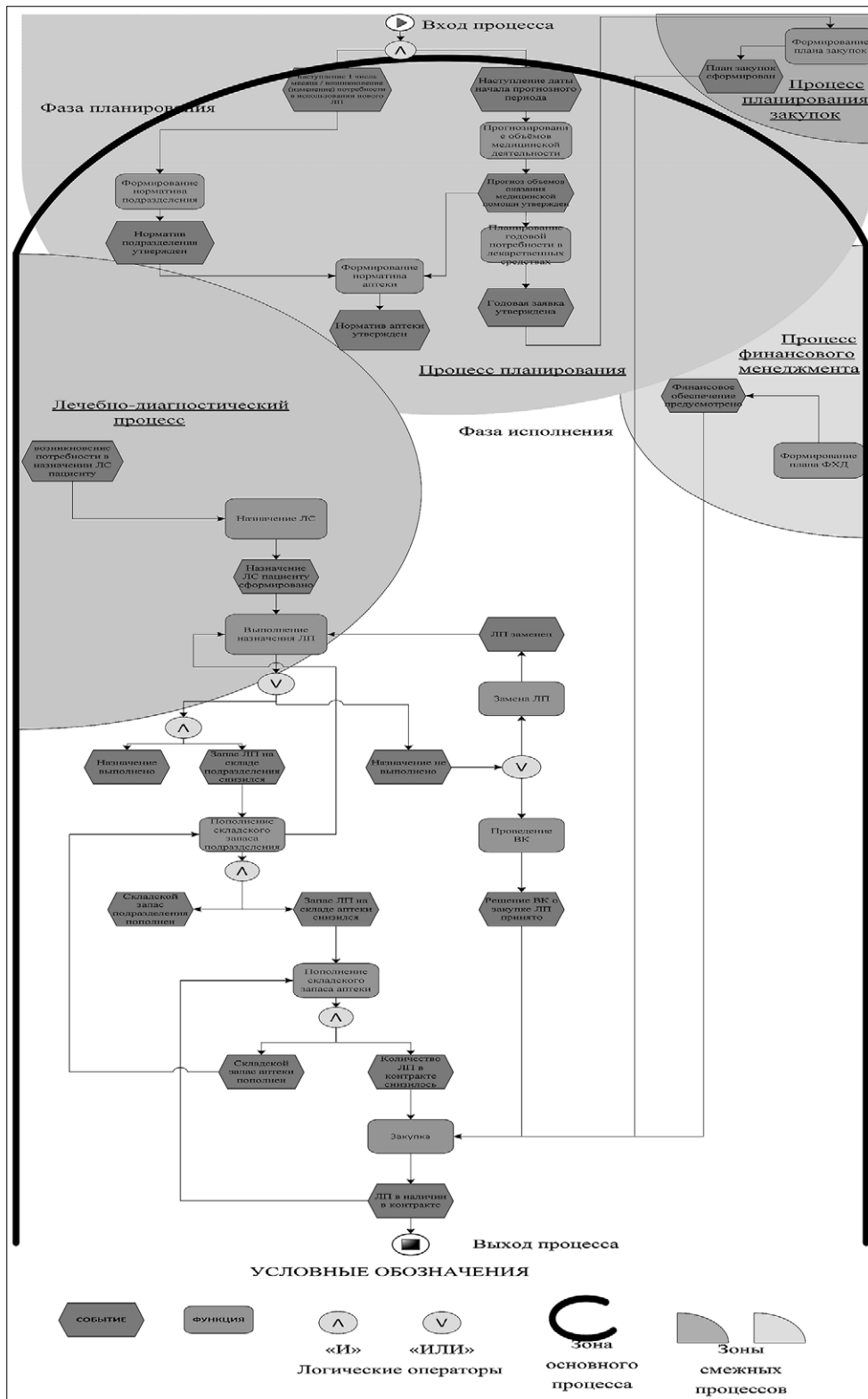
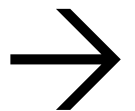


Рис. 1. EPC-диаграмма процесса лекарственного обеспечения





Фаза планирования
 Функция 1. Прогнозирование объёмов медицинской деятельности.
 Функция 2. Планирование годовой потребности в ЛС.
 Функция 3. Формирование норматива подразделения.
 Функция 4. Формирование норматива аптеки.
 Фаза исполнения
 Функция 5. Назначение ЛП.
 Функция 6. Выполнение назначения ЛП.
 Функция 7. Пополнение складского запаса подразделения.
 Функция 8. Пополнение складского запаса аптеки.
 Функция 9. Закупка ЛП.
 Функция 10. Закупка ЛП по решению врачебной комиссии.

Фаза контроля
 Функция 11. Формирование отчетности
 Безусловно, такой процесс, как обеспечение ресурсами непрерывного производства, к которому относится и оказание медицинской помощи в многопрофильном учреждении, является циклическим. Поэтому для удобства изложения он был «разорван» в месте, которое было бы пусковым для отладки такого процесса в случае внедрения «с нуля», и изложен в виде линейной последовательности (рис. 1). Для графического отражения процессной схемы применяется один из самых распространенных инструментов моделирования – диаграмма ЕРС (Event Process Chain).
 Нужно отметить, что представленная диаграмма приведена в упрощенном виде с целью комфортного восприятия. Полная же декомпозиция процесса со всеми необходимыми

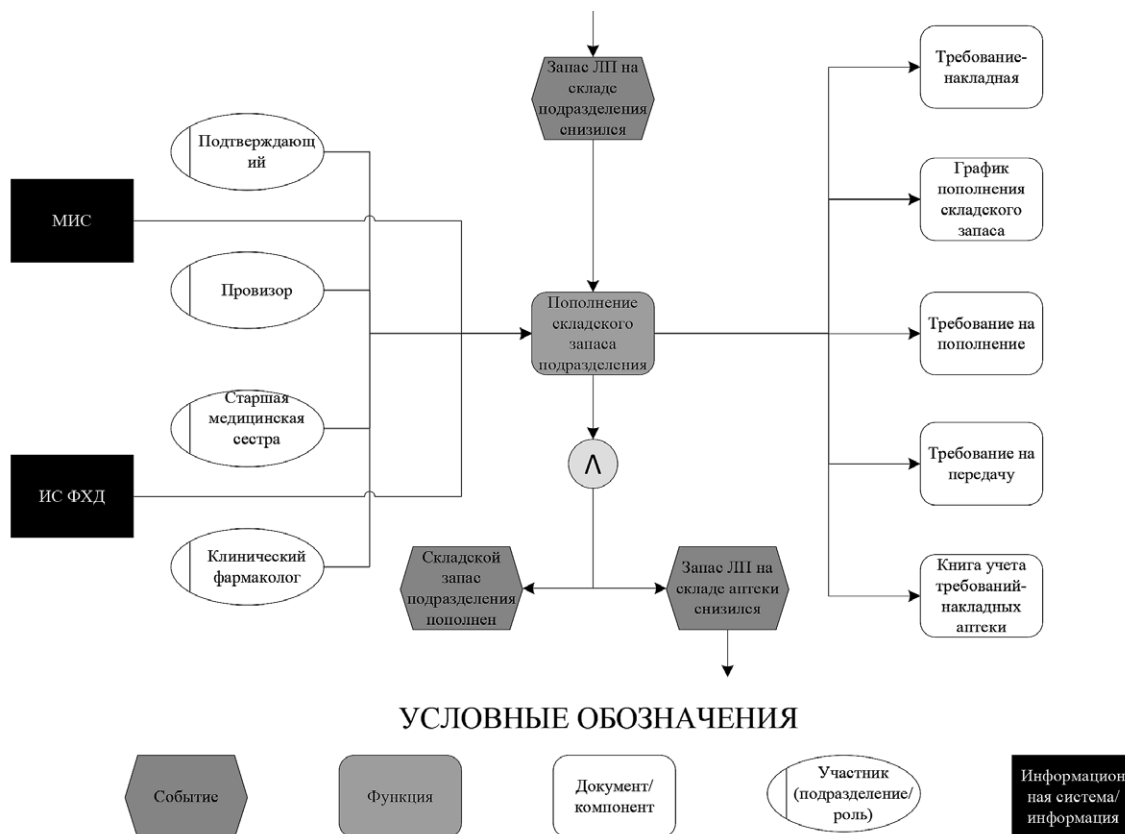


Рис. 2. ЕРС-диаграмма функции «Пополнение складского запаса подразделения»



атрибутами приведена ниже на примере функции «Пополнение складского запаса подразделения» (рис. 2).

Кроме того, следует остановиться на ряде обязательных правил построения элементов процесса, заложенных в диаграмму:

- за каждой функцией закреплен участник;
- каждая функция начинается и заканчивается событием;
- события и функции связаны между собой логическими операторами;
- для исполнения функции могут требоваться входящие ресурсы и документы, а также они могут продуцироваться в ходе выполнения функции.

Описываемый в статье процесс не является изолированным. Некоторые функции, входящие в него, являются функциями и фазами других процессов, которые взаимно интегрируются, либо выполняются линейно и последовательно и, тем самым, создают общее дерево процессов организации. К примеру, функции «прогнозирование объемов медицинской деятельности», «формирование норматива подразделения», «формирование норматива аптеки» являются как составными частями процесса лекарственного обеспечения, так и общего процесса планирования, включающего в себя подпроцесс формирования плана закупок, а одним из входов процесса лекарственного обеспечения является этап лечебно-диагностического процесса. Таким образом, фаза или функция одного процесса встраивается в другой процесс и становится его неотъемлемой частью (рис. 4). Возвращаясь к примеру с встраиванием выделенного фрагмента ДНК – картина очень похожа (рис. 3).

Одним их основных элементов любой системы управления, в том числе и процессной, является контроль. Контроль, как функция управления, заключается в своевременном обнаружении возникающих в ходе производственно-хозяйственной деятельности объектов

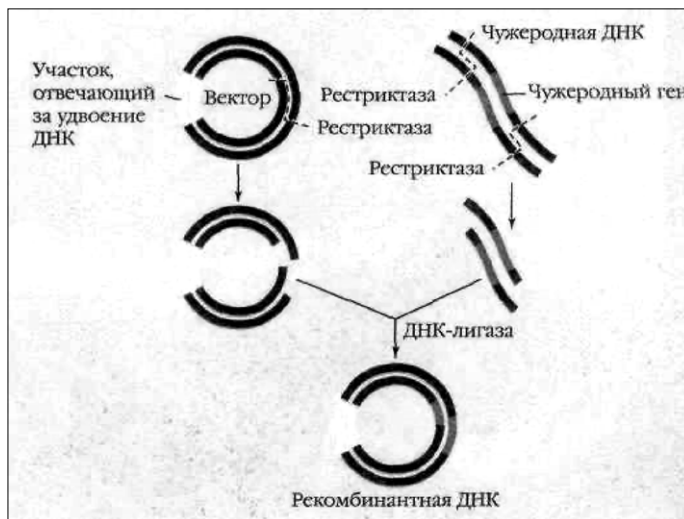


Рис. 3. Процесс создания рекомбинантной ДНК

управления отклонений от плановых заданий, стандартов и нормативов, а также изменений внешней среды. Как было отмечено выше, с целью осуществления контроля выполнения процессов предлагается использовать параметры. Параметры могут классифицироваться по различным характеристикам: количественные и качественные, эффективности и отказоустойчивости, нормируемые и ненормируемые.

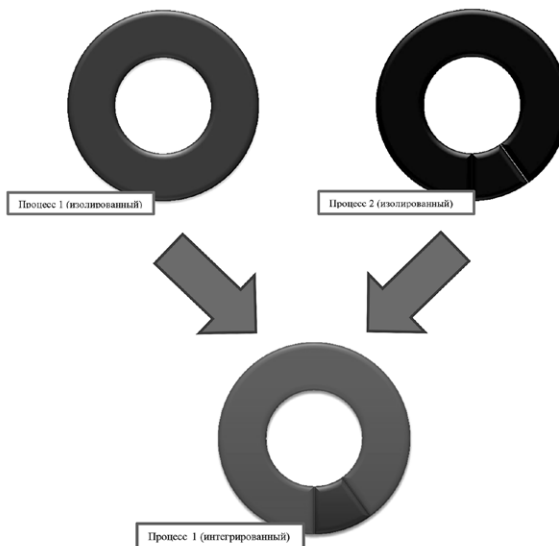


Рис. 4. «Встраивание» функции в смежный процесс

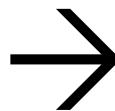
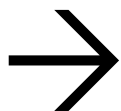




Таблица 1

Нормируемый параметр «Отсутствие лечебных ошибок (дефектов)»

Характеристика параметра	Поле для заполнения	Примечание (комментарии к оформлению – в шаблон не входит)
Наименование	Нормируемый параметр качества «Отсутствие лечебных ошибок (дефектов)»	Характеристика в позитивном значении <учитываемый показатель>.
КРІ	Да	Признак должен быть установлен тогда, когда параметр является ключевым параметром эффективности деятельности Центра.
Номер	174/17–9.4.	Нумерация устанавливается в соответствии с оглавлением – номер регламента/год/порядковый номер.
Описание	Лечебные (реабилитационные) мероприятия назначены обоснованно (в том числе отсутствуют нерациональные комбинации и дозировки лекарственных средств, отсутствует необоснованное или несогласованное назначение 5 и более лекарственных препаратов).	В свободной форме по сути контролируемого параметра.
Значимость	<значимость>, %	Долевая зависимость оценки деятельности (выполнения должностных функций деятельности). Указывается значимость в зависимости от условий, при которых происходит несоответствие по параметру. Возможно указание ряда условий с их описанием (базовый / расчетный).
Текстовое описание методики расчета параметра	<p>1. Контролер – врач-клинический фармаколог</p> <p>2. Способ контроля – выборочный.</p> <p>3. Определение выборки – 3% от количества выписавших из стационара за контролируемый месяц. Выборка случайна. Не менее 50% от выборки – составляют длительно лежащие пациенты (более 14 дней), при отсутствии указанного количества таких долевое соотношение изменяется в сторону случайного выбора.</p> <p>4. Методика контроля. Врач-методист составляет выборку на основании отчета выписавших из стационара за контролируемый период. Передает выборку Контролеру. Контролёр в соответствии с представленной выборкой открывает листы назначений в медицинских картах стационарного больного МИС. Осуществляет их проверку по критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> • отсутствуют нерациональные комбинации и дозировки лекарственных средств; • отсутствует необоснованное или несогласованное назначение 5 и более лекарственных препаратов. <p>При выявлении отклонений от нормы сохраняет электронную копию листа назначений для последующего представления ее на ВК.</p>	Приводится полный и исчерпывающий алгоритм действий при расчете КПЭ.
Доказательная база	Электронная копия листа назначений	В данном поле обязательно указываются требования к документальному подтверждению несоответствия, которые прикладываются к результатам проверки (в виде ссылки или файла при фиксации нарушений в информационной системе, либо копия документа).
Единица измерения	Электронная копия листа назначений	В данном поле устанавливается необходимая единица измерения (рубли, документ, посещение, услуга и др.).





Продолжение таблицы 1

Норма	Лечебные дефекты (ошибки) отсутствуют	Нормативное значение параметра, отклонение от которого является нарушением. При отсутствии нормы устанавливается прочерк.
Способ ввода данных по параметру	Полуавтоматически	<p>Определяет способ регистрации (занесения) первичных данных по контролируемой характеристике в первичную информационную систему: в поле «производится определение необходимого значения в соответствии со следующими правилами:</p> <p>«Автоматически» – если регистрация (занесение) первичных данных по контролируемой характеристике осуществляется автоматически, посредством информационной системы;</p> <p>«Полуавтоматически» – если регистрация (занесение) первичных данных по контролируемой характеристике осуществляется вручную в информационную систему;</p> <p>«Вручную» – если регистрация (занесение) данных: - производится вручную в документе, оформленном на бумажном носителе.</p>
Уровень автоматизации	Автоматизированный (АРМ Врача, АРМ Эксперта)	Автоматизированный – автоматический или ручной ввод в ИС, наличие выгрузки значения по параметру из ИС; ручной – без использования ИС (журналы и пр.)

В Пироговском Центре активно внедряются параметры, которые, как инструмент контроля, обеспечивают надлежащее качество исполнения процессов и являются критериями «эффективного трудового контракта» [13].

В табл. 1 мы приводим карточку нормируемого параметра «Отсутствие лечебных ошибок (дефектов)» к функции «Назначение ЛП».

Заключение

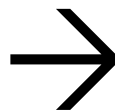
Таким образом, изложенный подход к обеспечению и обороту ЛС, показывает как эффективно распределить ресурсы, выстроить

четкую систему управления с пошаговым алгоритмом действий всех участников. Разработанная и внедренная концепция процессного подхода в организации непрерывного целевого лекарственного обеспечения лечебно-диагностического процесса в федеральном многопрофильном учреждении с использованием автоматизированных средств прогнозирования и управления, на наш взгляд, является «золотым стандартом», который помогает усовершенствовать все этапы и учитывает все аспекты, от планирования и учета до экономической эффективности и безопасности пациентов.



Литература

1. Бедорева И.Ю., Садовая Т.Н., Стрыгин А.В., Стрыгина Т.А. Применение процессного подхода в системе управления качеством медицинской помощи. // Хирургия позвоночника. – 2007. – № 4. – С. 62–72.
2. Гальчина О.Н. Учетно-аналитическое обеспечение управления бизнес-процессами / О.Н. Гальчина, В.Г. Широбоков, Д.В. Павлов // Актуальные проблемы учета, экономического анализа и финансово-хозяйственного контроля деятельности организаций: материалы IV-й Международной научно-практической конференции в 2 ч.; Воронеж, 2011. – Ч. 2. – 370 с. – С. 40–42.
3. Ермолова С.Э. Управление бизнес-процессом в медицинской организации.// Экономика и управление. – 2010 – № 2 – С. 142–144.





4. Иванов А.И., Сударев И.В., Никифоров С.А., Гандель В.Г. Процессный подход при оказании медицинской помощи // Ремедиум. – 2010. – № 10. – С. 51–54.
5. Ильин В.П. Моделирование бизнес-процессов. Практическое использование ARIS./ Ильин В.П. – М.: «Вильямс», 2006. – 176 с. – С. 42–48, 61–62, 73, 77.
6. Карпов О.Э., Никитенко Д.Н., Лящев С.А. Новые управленческие технологии. Система стандартов управления. Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2013. – Т. 8. – № 2.
7. Карпов О.Э., Никитенко Д.Н., Фатеев С.А., Петрова Н.В., Некрасова Е.С. Проектирование автоматизированной системы формирования неснижаемого аптечного запаса на примере многопрофильного стационара. «Менеджер здравоохранения». – 2018. – № 3.
8. Касьянов С., Горелышева М. Информационное обеспечение процессов – путь к эффективному функционированию СМК // Стандарты и качество. – 2011. – № 2. – С. 80–82.
9. Лихартович Е.Е. Процессный подход в управлении качеством медицинской помощи. // Экономика и управление. – 2011. – № 4 – С. 54–57.
10. Лудупова Е.Ю. Внедрение стратегии лекарственного обеспечения в многопрофильной больнице // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – № 3. – С. 170–175.
11. Люлякина Д.Н. Оптимизация системы менеджмента предприятия: процессный подход // Экономика и менеджмент инновационных технологий. – 2017. – № 10. [Электронный ресурс]. URL: <http://ekonomika.snauka.ru/2017/10/15322>. (Дата обращения: 21.05.2018).
12. Ляндау Ю.В. История развития процессного подхода к управлению. Статистика и Экономика. – 2013 (6) – С. 65–68.
13. Приказ ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России № 174 от 19.09.2017 «Об утверждении перечня показателей и критериев оценки эффективности деятельности».
14. Репин В.В., Елиферов В.Г. Процессный подход к управлению: Моделирование бизнес-процессов. – М.: РИА «Стандарты и качество», 2004.
15. Робсон М. Реинжиниринг бизнес-процессов: практическое руководство./ Робсон М–\$5.: Юнити, 2003. – С. 2–3, 45–53, 90–92.
16. Рыбальченко И.Е., Югай М.Т., Кадыров Ф.Н. Использование процессного подхода при проведении профосмотров в амбулаторно-поликлиническом учреждении // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 6. – С. 6–13.
17. Рыжова О.А. Бизнес-процесс «Лекарственное обеспечение учреждений здравоохранения» // Acta Biomedica Scientifica. – 2008. – № 2. – С. 112–113.
18. Системы менеджмента качества. Требования. ISO 9001:2008. Quality management systems requirement (IDT). ГОСТ Р ИСО 9001:2008./ Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии// Издание официальное. – С. 6–9, 22, 42–43.
19. Стрельников А.В., Соляник А.И., Карташов Е.М. Процессный подход к организации урологической помощи в многопрофильном стационаре // Компетентность. – 2012. – № 1. – С. 44–52.
20. Bertolini M., Beviacqua M., Ciarpica F.E., Giacchetta G. Business process reengineering in healthcare management: a case study // Business Process Management Journal. – 2011. – Vol. 17. – Iss: 1. – P. 42–66.
21. Heifert M. Challenges of business processes management in healthcare: Experience in the Irish healthcare sector // Business Process Management Journal. – 2009. – Vol. 15. – Iss: 6. – P. 937–952.

UDC 614.2

Karpov O.E., Nikitenko D.N., Lyashchev S.A. Process approach in the organization of medicinal support (National Pirogov Medical Surgical Center) of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow)

Abstract. The purpose of this article is to define and detail the basic principles of the process-oriented approach and the regulation of the organization's activities – as the most effective management mechanisms, and the application of the process approach in the organization of continuous targeted drug provision of the treatment and diagnostic process in a federal multidisciplinary institution on the example of the "National Pirogov Medical Surgical Center" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (hereinafter Pirogov Center).

Keywords: process-oriented approach, regulations, process, function. Medicinal products. Drug provision. Accounting and write-off of medicines.



П.В. Шелехов,

аспирант ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения
Минздрава России, г. Москва, Россия

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В Г. МОСКВЕ

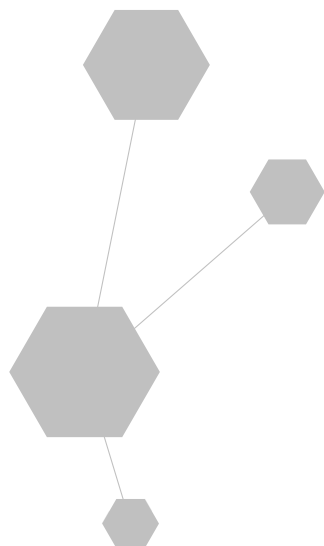
УДК 614.2.

Шелехов П.В. Организация службы лучевой диагностики в г. Москве (ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия)

Аннотация. Выполнен анализ равномерности распределения оборудования лучевой диагностики в медицинских организациях г. Москвы.

Предложено для достижения высокой производительности и оптимизации финансовых затрат создать прозрачную и контролируруемую систему, позволяющую агрегировать весь объём данных о проведенных исследованиях. Перераспределение нагрузок в медицинских организациях путем оптимизации отделений, пересмотр нормативной базы позволит использовать дополнительные инструменты при формировании рентгенологических заключений. Постоянный контроль и мониторинг работы оборудования лучевой диагностики позволит значительно сократить расходы в системе здравоохранения и перейти на более высокий и качественный уровень развития службы лучевой диагностики в городе Москве.

Ключевые слова: оборудование, лучевая диагностика, равномерность распределения, Москва, контроль, мониторинг.



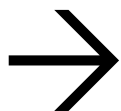
Лучевая диагностика занимает важнейшую роль в оказании медицинской помощи населению, особенно в диагностике заболеваний. Это одно из стремительно развивающихся направлений современной медицины.

Грамотная логистика, доступность, качество проводимых исследований – основные аспекты по совершенствованию службы лучевой диагностики. При совершенствовании службы лучевой диагностики не стоит забывать о таком важном показателе как эффективность работы соответствующей аппаратуры, что включает в себя высокую производительность при минимальных финансовых затратах. При современной системе добиться эффективного распределения нагрузки в медицинских организациях достаточно сложно в результате дефицита высококвалифицированных кадров и хаотичного распределения дорогостоящего оборудования.

Москва – огромный стремительно развивающийся мегаполис, в котором в течение года только в государственные учреждения здравоохранения обращаются почти 9 млн. жителей, госпитализируются в стационары более 2,5 млн. пациентов.

В городе Москве сосредоточены медицинские центры, имеющие в своем составе новейшее и современнейшее оборудование, методики и технологии оказания медицинской помощи. Государственная система имеет в своем обеспечении огромный парк рентгенологического оборудования, аппаратов компьютерной





томографии и магнитно-резонансной томографии, и с каждым годом их численность увеличивается.

В г. Москве в 2016 году в государственных медицинских организациях насчитывалось 2672 (с учетом федеральных учреждений – 3354) рентгеновских (Rg) аппаратов, из них недействующих 329, или 12,3% от всех аппаратов. Парк рентгенологического оборудования с 2012 по 2016 годы вырос на 6,2%. На 1 млн. жителей г. Москвы приходится 202,8 Rg-аппарата (в 2012 году – 197,6), с учетом федеральных учреждений – 271 аппарат. В целом по Российской Федерации на 1 млн. жителей приходится 267 рентгеновских аппаратов (2016 год), в г. Санкт-Петербурге – 289.

В 2016 году на данном оборудовании было выполнено более 13,3 млн. рентгеновских исследований, при этом на один аппарат приходилось 5308 исследования в год, в то время как в 2012 году исследований было выполнено на 5,3% больше (14,0 млн.), соответственно, и загруженность аппаратов была тоже выше на 11,3%, на 1 аппарат в год приходилось – 5981 исследований. Такая тенденция связана с внедрением в клиническую практику более современных технологий, таких как компьютерная томография

и магнитно-резонансная томография, что в свою очередь повышает уровень диагностических исследований и в целом качество оказания медицинской помощи. Модернизация парка высокотехнологичного оборудования значительно удорожает его содержание и обслуживание, что приводит к необходимости пересмотра всей системы работы службы лучевой диагностики города.

Отмечается положительная тенденция к обновлению парка рентгенологического оборудования. Со сроком эксплуатации более 10 лет в государственных медицинских организациях в 2016 году насчитывалось 559 аппаратов, или 22,3%; в 2012 году таких аппаратов было 746 единиц, или 30% от всего оборудования.

В 25 (9,3% от всех организаций) государственных медицинских организациях города на 2016 год числятся 5 и более недействующих рентгенологических аппаратов.

В городских больницах максимальное число рентгенологических аппаратов варьируется от 38 до 65 аппаратов на одно структурное подразделение (ГКБ им. Боткина, НииСП им. Склифосовского, ГКБ им. Пирогова, ГКБ им. С.С. Юдина, ГКБ № 13, ГКБ № 68). В амбулаторно-поликлинических учреждениях максимальное число рентгенологических

Таблица 1

Медицинские организации г. Москвы с максимальным числом рентгеновских аппаратов, всего по государственным медицинским организациям, 2016 год

<i>Наименование медицинской организации</i>	<i>Рентгеновские аппараты, абс.</i>
МГ НПЦ туберкулезное объединение	76
ГКБ им. Боткина	65
НииСП им. Склифосовского	51
ГКБ № 1 им.Пирогова	48
ГКБ им. С.С. Юдина	42
ГКБ № 13	38
ГКБ № 68	38
Городская п-ка № 121	35
Городская п-ка № 45	34
Московский клинический НПЦ	34



аппаратов составляет 34–35 единиц (городские поликлиники № 121 и № 45).

Перечень учреждений с максимальным количеством рентгеновских аппаратов в государственных медицинских организациях представлен в *таблице 1*.

Для определения эффективности работы отделений лучевой диагностики государственных поликлинических организаций проведено ранжирование по таким показателям, как число действующих рентгеновских аппаратов, нагрузка на один аппарат, число проведенных исследований, распределение нагрузки относительно плотности населения районов (*таблица 2*).

Ранжирование округов (амбулаторно-поликлинических учреждений) было проведено отдельно по каждому из показателей.

Каждому показателю был присвоен балл от 9 до 1 (число округов), при этом наилучший уровень соответствовал баллу 9, наименьший – 1, затем эти баллы были просуммированы по каждому округу. Наибольшая сумма присвоена округу с наиболее эффективной работой отделений лучевой диагностики,

а наименьшая сумма – округу с неэффективной работой (*таблица 3*).

По результатам ранжирования определено, что наиболее высокая обеспеченность и эффективная работа отделений лучевой диагностики наблюдается в ЮАО и СВАО, но в то же время в них отмечается максимальное число недействующих рентгеновских аппаратов, а наименьшая – в ЦАО и СЗАО, учитывая нагрузку на один аппарат. ЗАО является наименее укомплектованным, с наибольшей нагрузкой на аппарат.

В государственных медицинских организациях г. Москвы насчитывается 171 аппарат компьютерной томографии (КТ) (с учетом федеральных учреждений – 259 аппаратов), из них 5,2% являются недействующими. На долю аппаратов со сроком службы более десяти лет приходится 5%, в 2012 году такие аппараты составляли 21% от всех аппаратов.

В 2016 году на данном оборудовании было выполнено более 1 млн. исследований, при этом на один аппарат (действующий) приходилось 4256 исследований в год, в 2012 году исследований было выполнено

Таблица 2

Основные показатели деятельности отделений лучевой диагностики государственных амбулаторно-поликлинических отделений (2016 г.) по административным округам г. Москвы

Округ	Количество рентгеновских аппаратов, всего	Доля недействующих аппаратов (%)	Всего исследований (диагностические, профилактические)	Число исследований на один аппарат, всего	Число исследований на один аппарат с учетом недействующих	Число исследований на одном аппарате в день (рабочий день)
ВАО	104	6	764 693	7353	7803	32
ЗАО	99	5	859 090	8678	9139	37
САО	107	19	745 140	6984	8565	35
СВАО	108	11	949 802	8794	9894	40
СЗАО	66	-	395 474	5992	5992	24
ЦАО	112	26	487 339	4351	5872	24
ЮАО	143	28	1 147 438	8024	11140	45
ЮВАО	104	2	606 078	5828	5942	24
ЮЗАО	142	24	1 087 067	7655	10065	41
Среднее значение	109	13	782 458	7073	8268	33

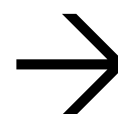




Таблица 3

Ранжирование административных округов г. Москвы по деятельности отделений лучевой диагностики государственных амбулаторно-поликлинических отделений (2016 г.)

Округ	Количество рентгеновских аппаратов, всего	Доля недействующих аппаратов (%)	Всего исследований (диагностические, профилактические)	Число исследований на один аппарат, всего	Число исследований на один аппарат с учетом недействующих	Ранг
ВАО	4	6	5	5	4	24
ЗАО	3	7	6	8	6	30
САО	5	4	4	4	5	22
СВАО	6	5	7	9	7	34
СЗАО	1	9	1	3	3	17
ЦАО	7	2	2	1	1	13
ЮАО	9	1	9	7	9	35
ЮВАО	4	8	3	2	2	19
ЮЗАО	8	3	8	6	8	33

почти в 2 раза меньше (551 тыс.), соответственно и загруженность аппаратов была на 12,8% меньше; на 1 аппарат в год приходилось 3774 исследования.

В целом по Российской Федерации на один действующий аппарат приходится 4723 КТ исследования, что на 20% выше, чем в г. Москве (в г. Санкт-Петербурге на 1

действующий аппарат приходится 4354 исследования).

Обеспеченность аппаратов КТ на 1 млн. населения в России составляет 12,6 единиц, в Москве – 21, что сопоставимо с некоторыми европейскими странами (рис. 1).

23 медицинских организации г. Москвы имеют в своем обеспечении 2 аппарата

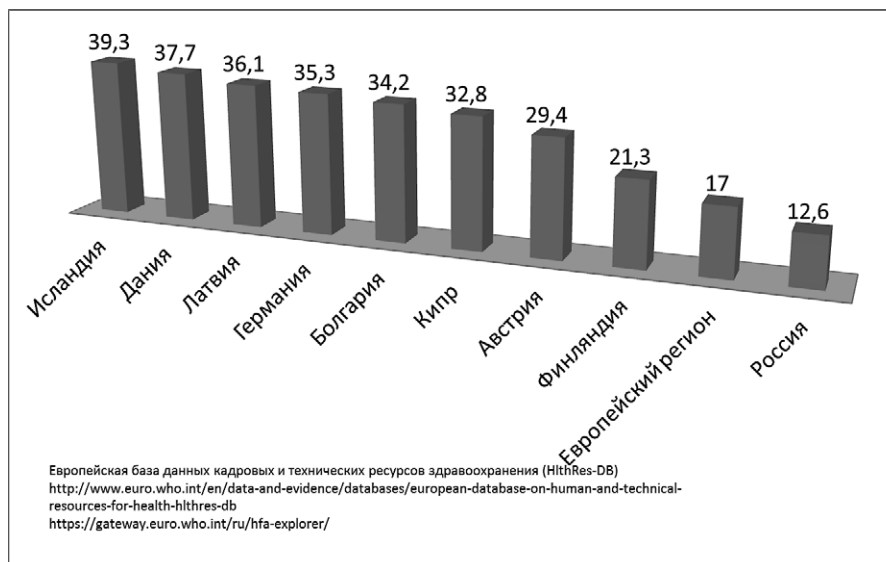


Рис. 1. Обеспеченность аппаратами компьютерной томографии на 1 млн. человек в ряде стран Европейского региона



КТ, 68 – один аппарат. Среди 48 амбулаторно-поликлинических организаций (городские поликлиники и диагностические центры) 6 медицинских организаций (или 12,5%) не укомплектованы аппаратами компьютерной томографии: ГБУЗ «ГП № 129 ДЗМ», ГБУЗ «ГП № 107 ДЗМ», ГБУЗ «ГП № 201 ДЗМ», ГБУЗ «ГП № 210 ДЗМ», ГБУЗ «ГП № 219 ДЗМ», ГБУЗ «ГП № 25 ДЗМ». Среди детских городских поликлиник только 3 из общего числа государственных медицинских организаций, оказывающих амбулаторную помощь, имеют в своем обеспечении аппараты компьютерной томографии. Среди государственных стоматологических поликлиник данными аппаратами обеспечены 6 медицинских организаций из 36.

В среднем на государственные городские больницы (ГКБ им. Боткина, ГКБ № 15 им. Филатова, ГКБ МГОБ № 62, Морозовская ДГКБ, ГКБ № 1 им. Пирогова, ГКБ им. С.С. Юдина) приходится по 4–5 аппаратов КТ.

Перечень медицинских организаций с максимальным количеством аппаратов компьютерной томографии в государственных

медицинских организациях представлен в *таблице 4*.

Численность магнитно-резонансных томографов (МРТ) в государственных медицинских организациях г. Москвы составляет 100 единиц (всего – 165 аппаратов МРТ, с учетом федеральных учреждений), из них недействующих 6 аппаратов, или 6% от всех аппаратов в государственных учреждениях; 3 аппарата со сроком службы более 10 лет. По сравнению с 2012 годом оснащенность аппаратами МРТ увеличилась на 41%. При этом на 70% увеличилось число исследований в 2016 году по сравнению с 2012 годом, оно составило 279,8 тыс. исследований.

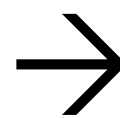
Загруженность аппаратов МРТ в г. Москве на 24% ниже, чем в целом по Российской Федерации, соответственно 2911 (без учета федеральных медицинских учреждений – 2797) и 3832 исследования на один аппарат (в г. Санкт-Петербурге – 3065). В 39 субъектах Российской Федерации нагрузка на аппарат составляет от 4 тыс. до 10 тыс. исследований.

Обеспеченность данными аппаратами на 1 млн. человек в целом по Российской

Таблица 4

Медицинские организации г. Москвы с максимальным числом компьютерных томографов, 2016 год

Наименование медицинской организации	Компьютерные томографы, абс.
МГ НПЦ тубер.объед. (АЦ)	8
ГКБ им. Боткина (АЦ)	5
ГКБ № 15 им. Филатова (АЦ)	5
ГКБ онколог. № 62 (АЦ)	5
Морозовская ДГКБ (АЦ)	5
ГКБ № 1 им.Пирогова (АЦ)	4
ГКБ им. С.С. Юдина (ГКБ № 79 (АЦ))	4
ГБ № 3	3
ГКБ им.Буянова (ГБ № 12)	3
ГКБ им. А.К. Ерамишанцева (ГКБ № 20 (АЦ))	3
ГКБ им.Ф.И. Иноземцева (ГКБ № 36)	3
ГКБ им. В.В. Вересаева (ГКБ № 81 (АЦ))	3
Онколог. диспансер (объед.) № 1	3
ДЦ № 1 (АЦ)	3



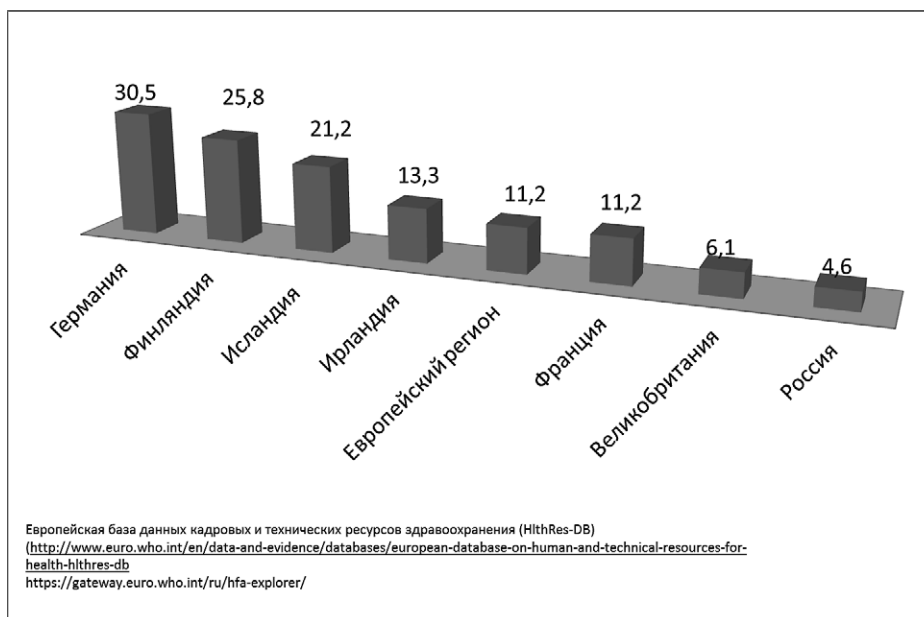
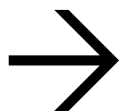


Рис. 2. Обеспеченность магнитно-резонансными томографами на 1 млн. человек в ряде стран Европейского региона

Таблица 5

Медицинские организации г. Москвы с максимальным числом МРТ аппаратов, всего по государственным медицинским организациям, 2016 год

Наименование медицинской организации	Аппараты МРТ, абс.
ГКБ № 1 им.Пирогова (АЦ)	3
ГКБ № 15 им. Филатова (АЦ)	3
Моск. НПЦ сп. мед. (объед.) № 1 (АЦ)	3
НииСП им. Склифосовского	3
ГКБ им. Боткина (АЦ)	2
ГБ № 3	2
ГКБ № 13 (АЦ)	2
ГКБ им. Д.Д.Плетнева (ГКБ № 57 (АЦ))	2
ГКБ онколог. № 62 (АЦ)	2
ГКБ им.Л.А.Ворохобова (ГКБ № 67 (АЦ))	2
ГКБ им. М.Е. Жадкевича (ГБ № 71 (АЦ))	2
ГКБ им. С.С. Юдина (ГКБ № 79 (АЦ))	2
ДГКБ им. Сперанского № 9 (АЦ)	2
ДЦ № 4 (АЦ)	2
НИИ неотложной хир. и травм.	2
НПЦ СМП детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого (АЦ)	2



Федерации составляет 4,6 единицы. В г. Москве обеспеченность аппаратами МРТ почти в 3 раза больше и составляет 13,4 единицы, что соответствует ряду стран Европейского региона (рис. 2), без учета федеральных медицинских – 8,1 аппарат МРТ. Это самый высокий показатель по сравнению с другими регионами (г. Санкт-Петербург – 10,2).

В среднем на государственные городские больницы приходится по 2–3 аппарата МРТ (ГКБ № 1 им. Пирогова, ГКБ № 15 им. Филатова, НииСП им. Склифосовского).

Перечень учреждений с максимальным количеством аппаратов МРТ в государственных медицинских организациях г. Москвы представлен в таблице 5.

Ряд медицинских организаций не имеет в своих подразделениях аппаратов МРТ, это: ГБ № 56, ГКБ № 59, ДГБ им. Зацепина № 19, ГКБ № 55, КДЦ № 2 (АЦ), ГКБ № 19, ГБ № 54, ГБ № 79, ГКБ № 63, ГКБ № 29 (аппарат не работает).

Наиболее эффективно работает аппаратура в многопрофильных государственных городских больницах им. О.Ф. Мухина и им. А.К. Ерамишанцева, им. В.В. Вересаева; среди амбулаторно-поликлинических учреждений: в городских поликлиниках № 6, № 62, № 12, № 3, диагностическом центре № 6.

Перечень государственных медицинских учреждений г. Москвы с максимальным и минимальным числом исследований на одном МРТ представлен в таблице 6.

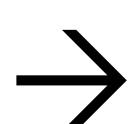
Согласно рекомендациям территориального органа Росздравнадзора по г. Москве и Московской области, оптимальное количество исследований, проводимых на одном аппарате за сутки, составляет: 23 исследования на аппарате КТ, 20 исследований на аппарате МРТ и 40 рентгенологических исследований в день.

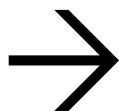
С учетом этих показателей нагрузка на один рентгеновский аппарат составляет 5308 исследований в год или 21,5 исследований

Таблица 6

Максимальное и минимальное число исследований на одном МРТ аппарате государственных медицинских организаций г. Москвы, 2016 год

Максимальное число исследований на 1 аппарате МРТ		Минимальное число исследований на одном 1 аппарате МРТ	
ГКБ им.О.Ф.Мухина	6103	Центр пат.речи и нейр. реаб.	1964
ГКБ им. А.К. Ерамишанцева	5844	Госпиталь ВОВ № 3	1912
НПЦ СМП детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого	5711	ГКБ им. С.С. Юдина	1831
ГКБ им. В.В. Вересаева	5613	Дет. гор. п-ка № 125	1811
Городская п-ка № 6	5422	Городская п-ка № 46	1774
Морозовская ДГКБ	5093	Городская п-ка № 9	1699
ДЦ № 6	5088	Городская п-ка № 69	1575
ГКБ № 52	4713	Моск. НПЦ сп. мед. (объед.) № 1	1535
Городская п-ка № 62	4682	Городская п-ка № 109	1289
Городская п-ка № 12	4610	Городская п-ка № 134	1223
ГКБ № 4	4602	ГКБ № 40	1006
ГКБ № 64	4508	Городская п-ка № 67	980
Городская п-ка № 3	4444	НПЦ интервен.кардиоангиологии	753
НИИ неотложной хир. и травм.	4415	ГКБ № 31	564
ДГКБ им. Башляевой	4189	Городская п-ка № 22	510





в день. В результате рентгеновское оборудование г. Москвы работает с меньшей эффективностью – практически в два раза меньше, но при достаточно высокой укомплектованности аппаратами. Средняя загруженность рентгеновских аппаратов в амбулаторном звене г. Москвы составляет 33 исследования в день, что также не достигает рекомендуемых показателей. Однако амбулаторные учреждения в таких округах, как СВАО, ЮАО и ЮЗАО, показывают эффективную работу рентгенологических аппаратов и соответствуют рекомендуемым значениям.

С учетом средних показателей в целом по г. Москве на один аппарат КТ приходится 4723 исследования, что в среднем составляет 19 исследований в день. Данные показатели также не достигают рекомендуемых значений, хотя имеются и медицинские организации, которые работают эффективно (таблица 7). Для достижения рекомендуемых минимальных показателей необходимо увеличить нагрузку аппаратов на 16,5%.

На один аппарат МРТ в среднем по г. Москве приходится 15,6 исследований на 1 рабочий день и 10,5 исследований на один календарный день, что свидетельствует о низкой эффективности их работы. Для достижения

рекомендуемых значений Росздравнадзора по г. Москве нагрузка на один аппарат должна составлять минимум 4940 исследований в год с учетом нагрузки на рабочие дни. Только ряд медицинских организаций показывает эффективную работу МРТ оборудования – это ГКБ им. О.Ф. Мухина, ГКБ им. А.К. Ерамишанцева, НПЦ СМП детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ГКБ им. В.В. Вересаева, Городская п-ка № 6, Морозовская ДГКБ, ДЦ № 6.

Таким образом, проведенный анализ позволил выявить неравномерное распределение оборудования лучевой диагностики в медицинских организациях г. Москвы и различную эффективность их работы.

Для достижения высокой производительности и оптимизации финансовых затрат требуется внедрение иных подходов к организации работы службы лучевой диагностики путем создания прозрачной и контролируемой системы, позволяющей агрегировать весь объем больших данных и осуществлять непрерывный контроль качества проведенных исследований. Переход от аналоговой системы к цифровой, перераспределение нагрузок в медицинских организациях путем оптимизации отделений, пересмотр нормативной базы позволит использовать дополнительные

Таблица 7

Медицинские организации с эффективной загрузкой на 1 КТ аппарат по г. Москве за 2016 год

Медицинская организация	На 1 рабочий день	1 один календарный день
ГКБ № 1 им. Пирогова	69	47
ГБ № 3	57	39
ГКБ им.Л.А.Ворохобова	54	37
ГКБ им. М.Е. Жадкевича	49	33
ГКБ № 64	44	30
ГКБ им. С.С. Юдина	44	30
ГКБ № 52	43	29
ГКБ № 4	40	27
НииСП им. Склифосовского	38	26
ГКБ № 13	37	25
ГКБ № 51	35	24
ГКБ № 68	34	23



инструменты при формировании рентгенологических заключений, а постоянный контроль и мониторинг работы оборудования лучевой диагностики позволит значительно сократить

расходы в системе здравоохранения и перейти на более высокий и качественный уровень развития службы лучевой диагностики в городе Москве.



Литература

1. Морозов С.П., Соколова М.В., Владимирский А.В., Юдакова С.И., Полищук Н.С., Ледихова Н.В. Оптимизация работы отделения рентгенологической диагностики городской поликлиники на основе системного внедрения телемедицины. Радиология – практика. – 2018. – № 1 (67). – С. 18–27.
2. Полищук Н.С., Ветшева Н.Н., Косарин С.П., Морозов С.П., Кузьмина Е.С. Единый радиологический информационный сервис как инструмент организационно-методической работы Научно-практического центра медицинской радиологии Департамента здравоохранения г. Москвы (аналитическая справка). Радиология – практика. – 2018. – № 1 (67). – С. 6–17.
3. Свещинский М.Л. Количественные характеристики использования рентгеновской компьютерной томографии в поликлинической практике в крупном городе. Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 2. – С. 29–36.
4. Европейский портал информации здравоохранения (январь 2018 год): <https://gateway.euro.who.int/ru/hfa-explorer/>
5. Приказ Минздрава РСФСР от 02.08.1991 № 132 «О совершенствовании службы лучевой диагностики».
6. Тюрин И.Е. Лучевая диагностика в Российской Федерации в 2016 г. Вестник рентгенологии и радиологии. – 2017. – № 98 (4). – С. 219–226.
7. Громов А.И., Кринина И.В., Масри А.Г. и др. Телерадиология в мегаполисе на примере города Москвы / Российский Электронный Журнал Лучевой Диагностики. – 2016. – № 2. – С. 215–216.
8. Костеников Н.А., Кузнецова Е.Е. Позитронно-эмиссионная томография – новые возможности в онкологии. //«Совр. возм. лучев. диагн. повр. и забол. у воен». ВМА. Тез. докл. научн. конф. – СПб. –1997. – С. 36–37.
9. Рожкова Н.И. Проблемы подготовки и управления кадровыми ресурсами в рентгеномаммологии / Вестник рентгенологии и радиологии. – 2014. – № 3. – С. 52–56.
10. Солодкий В.А., Котляров П.М., Нуднов Н.В. История развития лучевой диагностики в российском научном центре рентгенорадиологии: к 90-летию со дня основания / Вестник рентгенологии и радиологии. – 2014. – № 5. – С. 5–12.
11. Оптимизация деятельности службы лучевой диагностики и лучевой терапии. //Сб. «Радиология-2000». – М. – 2000. – С. У5–117.
12. Калышцкий С.А. Совершенствование региональной службы лучевой диагностики. // «Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в совр.условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения» НИИ Семашко, Тез. докл. VI научно-практ.конф. – М. – 2001. – С.18–19.

UDC 614.2

Shelekhov P.V. *Organization of the service of radiodiagnosis in Moscow (Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health, Moscow, Russian Federation, Moscow, Russia)*

Abstract. The analysis of uniformity of distribution of radiation diagnostics equipment in medical organizations of Moscow is Carried out. It is proposed to create a transparent and controlled system that allows to aggregate the entire volume of data on the conducted research to achieve high productivity and optimize financial costs. Redistribution of loads in medical organizations by optimizing departments, revision of the regulatory framework will allow to use additional tools in the formation of x-ray conclusions. Continuous monitoring and monitoring of the radiation diagnosis equipment will significantly reduce the costs in the health care system and move to a higher and higher level of development of the radiation diagnosis service in Moscow.

Keywords: equipment, radiology, distribution uniformity, Moscow, control, monitoring.



От редакции:

Во введении эффективного контракта, в установлении выплат стимулирующего характера и расчете их размера одну из ключевых ролей играет экономическая служба учреждений. Но и для самих работников экономической службы должны быть установлены выплаты стимулирующего характера. О том, как это грамотно сделать, говорится в предлагаемой статье нашей традиционной рубрики.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,

заместитель директора, Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, НИУ «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия

МАТЕРИАЛЬНОЕ СТИМУЛИРОВАНИЕ СОТРУДНИКОВ ЭКОНОМИЧЕСКИХ СЛУЖБ ГОСУДАРСТВЕННЫХ (МУНИЦИПАЛЬНЫХ) УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2.003

Кадыров Ф.Н. Материальное стимулирование сотрудников экономических служб государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения (Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, НИУ «Высшая школа экономики», г. Москва, Россия)

Аннотация. Приближаются сроки завершения введения эффективного контракта в государственных (муниципальных) учреждениях. В учреждениях здравоохранения эффективный контракт вводится не только для медицинских, но и для других работников, в частности, для экономистов. Для грамотного установления выплат стимулирующего характера сотрудникам экономической службы необходимо выделить ключевые функции, выполняемые ими. Этому в значительной степени способствовали бы профессиональные стандарты. Но, к сожалению, в отношении экономических должностей они пока еще не утверждены. С другой стороны, основные виды выполняемой экономистами работы в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения хорошо известны. С учетом накопленного опыта разработки показателей и критериев оценки деятельности по медицинским и другим должностям, это позволяет подобрать оптимальные варианты оценки деятельности и работников экономической службы.

Статья содержит анализ возможных подходов к методам материального стимулирования сотрудников экономической службы, к установлению выплат стимулирующего характера в рамках введения эффективного контракта.

Ключевые слова: эффективный контракт, стимулирование, заработная плата, выплаты стимулирующего характера, премирование, трудовой договор.

Введение

Переход государственных (муниципальных) учреждений (далее также – учреждения) на эффективный контракт предполагает не просто конкретизацию взаимоотношений работника с учреждением, но и привязку заработной платы к результатам труда. Это должно обеспечиваться, в первую очередь, через выплаты

© Ф.Н. Кадыров, 2018 г.



стимулирующего характера, которые должны устанавливаться за достижение определенных показателей и критериев эффективности деятельности работников. В их разработке активное участие принимают экономисты. Закономерен вопрос о том, какие выплаты, какие показатели и какие критерии могут быть установлены для самих экономистов?

Показатели и критерии оценки деятельности конкретных работников учреждений здравоохранения могут отличаться большим разнообразием с учетом особенностей конкретных учреждений, стоящих перед ними задач и т.д. Поэтому для сотрудников экономической службы они будут различаться не только в силу специфики этой службы, но и в силу различий в функциях, осуществляемых различными сотрудниками экономической службы, отвечающих за различные направления работы.

Рекомендованная Правительством форма эффективного контракта, приведенная в Распоряжении № 2190-р¹, предполагает две группы показателей:

- Показатели и критерии оценки эффективности деятельности работников.

- Показатели, являющиеся условием осуществления выплат стимулирующего характера.

От значений показателей первой группы зависит величина выплат стимулирующего характера.

От значений показателей второй группы зависит – будут ли вообще осуществлены выплаты стимулирующего характера, на которые работник имеет право в соответствии со значениями показателей первой группы. При невыполнении (недостижении) показателей второй группы (при наличии взысканий и т.д.) выплаты не осуществляются или производятся в меньшем объеме.

Следует отметить, что, хотя разработка показателей и критериев эффективности

¹ «Примерная форма трудового договора с работником государственного (муниципального) учреждения» – Приложение № 3 к Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, утвержденной Распоряжением № 2190-р

деятельности работников, предусмотренная Распоряжением Правительства № 2190-р, обязательна только для государственных (муниципальных) учреждений, указанные в данной статье подходы вполне могут быть использованы и в частных (коммерческих) медицинских организациях.

Виды выплат стимулирующего характера

В соответствии с п. 11 «Рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта», утвержденных приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26 апреля 2013 г. № 167н, в системах оплаты труда, трудовых договорах и дополнительных соглашениях к трудовым договорам с работниками учреждений рекомендуется использовать следующие выплаты стимулирующего характера:

а) выплаты за интенсивность и высокие результаты работы:

- надбавка за интенсивность труда;
- премия за высокие результаты работы;
- премия за выполнение особо важных и ответственных работ;

б) выплаты за качество выполняемых работ:

- надбавка за наличие квалификационной категории;
- премия за образцовое выполнение государственного (муниципального) задания;

в) выплаты за стаж непрерывной работы, выслугу лет:

- надбавка за выслугу лет;
- надбавка за стаж непрерывной работы;

г) премиальные выплаты по итогам работы:

- премия по итогам работы за месяц;
- премия по итогам работы за квартал;
- премия по итогам работы за год.

Обращаем внимание на то, что это рекомендованный перечень выплат стимулирующего характера. В системах оплаты труда, трудовых договорах и дополнительных соглашениях к трудовым договорам с экономистами





могут быть предусмотрены другие выплаты стимулирующего характера в соответствии с трудовым законодательством, иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, а также коллективными договорами и соглашениями.

Следует по возможности избегать выплат, не связанных с результатами труда. Недопустимо устанавливать выплаты экономистам за интенсивность и высокие результаты работы без указания того, какие конкретно показатели и критерии характеризуют «интенсивность труда», «высокие результаты работы» и т.д., в каких единицах они изменяются.

В Распоряжении № 2190-р по этому поводу четко говорится: «Изменение систем стимулирования будет включать упразднение постоянных выплат, формально классифицированных как стимулирующие, но реально не мотивирующих работников к качественному и эффективному выполнению трудовых обязанностей». Введение эффективного контракта предполагает «Более полный учет в системе оплаты труда сложности труда работников учреждений и исключение стимулирующих выплат, назначаемых без учета показателей качества и количества оказываемых государственных (муниципальных) услуг (выполнения работ)...».

Ключевые функции работников экономической службы

При разработке показателей и критериев оценки эффективности деятельности сотрудников экономической службы могут использоваться общие подходы к разработке показателей и критериев эффективности работников.

При этом нужно отталкиваться от ключевых функций конкретных сотрудников экономической службы исходя из:

- установленных должностных обязанностей: так, должностные обязанности экономиста по бухгалтерскому учету и анализу хозяйственной деятельности, предусмотренные квалификационным справочником должностей

руководителей, специалистов и других служащих, утвержденные постановлением Минтруда от 21.08.1998 № 37, серьезно отличаются от должностных обязанностей экономиста по договорной и претензионной работе. При утверждении профессиональных стандартов по экономическим должностям в основу должностных обязанностей лягут уже профессиональные стандарты;

- специфики работы в конкретном учреждении, на данном конкретном рабочем месте: содержание аналогичных функций может серьезно отличаться для экономиста, работающего в поликлинике или в стационаре: это касается, например, расчета плановых показателей (норм труда), цен, оплаты труда и т.д.;

- исходя из поставленных перед экономистами задач: начисление зарплаты (в части выплат стимулирующего характера), разработка показателей и критериев оценки деятельности работников учреждения; улучшение финансового положения учреждения и т.д.;

- особенностей данного конкретного «исторического» периода: так, задача улучшения финансового положения учреждения может предполагать разработку мероприятий как по повышению доходов (например, в период экономического подъема и роста спроса на платные медицинские услуги), так и по оптимизации расходов, экономии ресурсов (в период кризисов и т.д.).

Показатели и критерии оценки деятельности сотрудников экономической службы в рамках эффективного контракта

При всем разнообразии выполняемых экономистами функций основной их задачей является улучшение финансового положения учреждения. Поэтому основным показателем, характеризующим труд экономистов, может стать именно показатель, характеризующий улучшение финансового положения учреждения. При этом критериями оценки достижения этого показателя могут быть такие, как:



- увеличение доходов от оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования;
- увеличение прибыли при оказании платных медицинских услуг;
- повышение рентабельности при оказании платных медицинских услуг и т.д.

Однако доходы по ОМС обычно характеризуют только часть доходов учреждения (могут быть поступления из бюджета, от оказания платных медицинских услуг). В свою очередь, показатели прибыли и рентабельности характерны только для платных услуг. Поэтому для государственных (муниципальных) учреждений одним из наиболее подходящих критериев улучшения финансового положения учреждения может стать показатель: «повышение доходов учреждения за счет всех источников» за определенный период.

С учетом неравномерности поступления доходов по периодам года (снижение в летний период и т.д.) целесообразно расчет показателя устанавливать поквартально или в годовом исчислении. Тогда критерий может звучать так: «повышение доходов учреждения за счет всех источников за год по сравнению с предыдущим годом на ...%».

После подведения итогов за соответствующий прошедший год (если критерий будет выполнен) работникам экономической службы могут быть установлены ежемесячные выплаты, предусмотренные положением об оплате труда и трудовым договором.

Нормы труда как основа показателей и критериев оценки

Одним из самых рациональных вариантов является установление показателей и критериев оценки основе утвержденных в учреждении норм труда. Однако этот вариант не всегда подходит для экономической службы.

Работа экономистов характеризуется большим разнообразием. Аналогичные работы могут отличаться по трудоемкости. Поэтому в основу показателей и критериев

оценки деятельности экономистов сложно закладывать такие нормы труда, как норма нагрузки. Соответственно, и попытки установления объемных показателей для оценки труда экономистов, как правило, обречены на неудачу.

Но это не означает, что нормы труда вообще не могут служить основой показателей и критериев оценки деятельности. К таким исключениям может относиться установление в виде показателя, характеризующего труд экономиста по труду, нормы обслуживания – количества работников учреждения, расчет оплаты труда которых производит сотрудник.

Какие показатели и критерии деятельности не стоит устанавливать для экономистов

Нецелесообразно устанавливать в виде показателей и критериев характеристики полноты и своевременности выполнения работы и т.д. Работник должен выполнять работу в полном объеме и своевременно – за это он получает свой оклад.

Это же касается соблюдения требований, предусмотренных должностной инструкцией и другими документами: соблюдение требований трудового распорядка, регламента, правил и т.д.

Не стоит также устанавливать показатели и критерии, объективная оценка которых невозможна: «добросовестное отношение к труду», «вовлеченность в общие результаты», «трудовая активность» и т.д. – это обычно приводит к превалированию субъективности в оценке.

Следует иметь в виду, что такие, например, показатели, как «отсутствие нарушений трудовой дисциплины» и т.д. также не должны включаться в показатели оценки эффективности деятельности работников. Подобные показатели не должны служить основанием для осуществления выплат стимулирующего характера. Их логичнее отнести к условиям осуществления выплат стимулирующего характера.





Выплаты стимулирующего характера за счет платных услуг

Экономическая служба играет важную роль в организации оказания платных медицинских услуг. Экономисты обычно рассчитывают цены на платные услуги, распределяют доходы по подразделениям, рассчитывают заработную плату работников, оказывающих платные услуги и т.д. Поэтому одним из видов выплат стимулирующего характера могут быть выплаты за счет доходов от платных услуг. Именоваться подобные выплаты могут, например, так: «Выплаты стимулирующего характера за счет доходов от платных услуг», «Выплаты стимулирующего характера за содействие развитию платных медицинских услуг» и т.д.

Размер выплат может устанавливаться по-разному: в процентах к окладу, в виде премий и т.д.

Однако для стимулирования работы экономистов по развитию платных услуг целесообразно привязать размер этих выплат к сумме доходов от платных услуг, установив норматив (процент) ежемесячных отчислений на выплаты стимулирующего характера экономистам от стоимости оказанных платных услуг (от общего дохода; от доли, причитающейся по нормативу на оплату труда административно-управленческого персонала и т.д.).

Выплаты экономистам за выполнение работ по введению эффективного контракта

При введении эффективного контракта огромная нагрузка ложится на экономистов (наряду с медицинскими статистиками, кадровиками и бухгалтерами). Как можно их стимулировать за выполнение этой дополнительной работы?

Действительно, нагрузка на экономистов серьезно возрастает – их штатная численность обычно не учитывает необходимости

проведения такой масштабной работы, как перевод всех сотрудников учреждения на эффективный контракт, расчет размера выплат стимулирующего характера на основе многочисленных показателей и критериев оценки деятельности сотрудников (которые до эффективного контракта, как правило, отсутствовали).

На наш взгляд, самым простым решением является установление для указанных категорий работников (в рамках введения эффективного контракта в отношении самих этих работников) выплат стимулирующего характера «За проведение работы по введению эффективного контракта». Есть все основания установить такие выплаты как минимум до конца 2018 года – срока официального завершения программ («дорожных карт») по введению эффективного контракта.

Однако и после 2018 года расчет зарплаты останется достаточно трудоемким, и подобные выплаты в модифицированном виде могут остаться.

Премирование экономистов

Статья 191 Трудового кодекса устанавливает, что работодатель поощряет работников, добросовестно исполняющих трудовые обязанности (объявляет благодарность, выдает премию, награждает ценным подарком, почетной грамотой, представляет к званию лучшего по профессии).

Можно выделить следующие основные характерные признаки премии, отличающие ее от других видов выплат стимулирующего характера:

- необязательный характер (в отличие от оклада и «статусных» выплат стимулирующего характера: таких как выплаты за квалификационную категорию, за наличие ученого звания или степени, за стаж непрерывной работы и т.д.);

- тесная связь с общим финансовым положением учреждения (премирование, как правило, производится при наличии и в пределах той части фонда оплаты труда, которая



выделена на эти цели – экономия по фонду оплаты труда, сверхплановые доходы по ОМС, дополнительный доход от платных услуг и т.д.);

- возможное отсутствие прямой связи с результатами труда конкретного работника (премии по итогам определенного периода обычно начисляются не по итогам работы конкретного работника, а в рамках премирования всего подразделения или учреждения).

Тем не менее в тех случаях, когда это возможно, целесообразно устанавливать привязку премий к конкретным результатам труда экономистов с использованием показателей и критериев оценки деятельности, ведь премии относятся к выплатам стимулирующего характера.

Условия премирования могут быть прописаны в коллективном договоре, положении об оплате труда (положении о премировании), трудовом договоре.

Это могут быть квартальные премии или премии по итогам года; премии за успешное выполнение комплекса работ (например, за разработку программы по оптимизации деятельности учреждения; за экономическое обоснование деятельности филиала учреждения и т.д.) и т.п.

Условия осуществления выплат стимулирующего характера

Условия осуществления выплат стимулирующего характера определяют – будут ли стимулирующие выплаты, на которые рассчитывает работник в соответствии с достигнутыми показателями, вообще произведены. При невыполнении (недостижении) этих условий выплаты не осуществляются либо могут быть уменьшены.

Какие это могут быть условия?

Наиболее часто встречающимся условием является отсутствие взысканий за отчетный период. Это, например, предусмотрено Приказом Минздрава от 28.06.2013 № 421 «Об

утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» (далее – Приказ Минздрава № 421).

Учитывая, что возможность осуществления выплат стимулирующего характера определяется не только результатами труда конкретных работников, но и общим финансовым положением учреждения, условием осуществления определенных видов выплат стимулирующего характера может быть наличие средств на соответствующие цели.

Какие еще условия могут быть установлены?

Основанием для установления условий являются требования нормативных актов, положения должностных инструкций и других документов, предъявляющих определенные требования к работникам.

Так, должностной инструкцией может быть предусмотрена «Подготовка необходимой отчетности в установленные сроки». Это требование как раз и может быть использовано в качестве условия осуществления выплаты стимулирующего характера для экономиста. За несоблюдение сроков подготовки отчетов определенные выплаты стимулирующего характера могут не выплачиваться.

Учитывая объемный характер должностной инструкции, таких условий может быть достаточно большое количество. Фактически, любое требование должностной инструкции может выступать в качестве такого условия. Тем не менее не стоит устанавливать слишком большой перечень условий – целесообразно сконцентрироваться на наиболее важных и значимых требованиях.

Условия начисления выплат стимулирующего характера могут устанавливаться не только персонально для конкретного работника, но и для сотрудников подразделения





в целом. Например, условием выплат стимулирующего характера подразделению (планово-экономическому отделу или аналогичной экономической службе) может стать несоблюдение сроков сдачи отчетов, сроков расчета заработной платы и т.д.

Начислять или не начислять выплаты стимулирующего характера медицинскому персоналу подразделения, которое не выполнило установленные требования (условия осуществления выплат), определяется коллективным договором, положением об оплате труда и условиями трудовых договоров с работниками. Администрация имеет право не начислять выплаты только если это прямо предусмотрено указанными документами. В противном случае это будет нарушением трудового законодательства.

Заметим, что установление такого показателя, как «условие получения выплат», не является обязательным. То есть в ряде случаев таких показателей может и не быть (в этой графе будет прочерк). Например, это может касаться выплат за стаж непрерывной работы – их обычно не снимают за наличие взысканий и т.д.

Вместе с тем недопустимы расплывчатые формулировки типа: «Администрация учреждения вправе снижать размер или полностью лишать работника выплаты стимулирующего характера за упущения в работе или ухудшение показателей работы, в том числе по следующим основаниям: ...».

Дело в том, что, во-первых, условия осуществления выплат определяют именно возможность или невозможность получения предусмотренных в соответствии с достигнутыми показателями выплат стимулирующего характера, а не их размер. Во-вторых, в случае допустимости снижения размера выплат заранее должен быть определен механизм их снижения (отставание по срокам в соответствии с графиком работ и т.д.). Но это уже относится к показателям и критериям оценки выплат стимулирующего характера, а не к условиям выплат.

Выплаты компенсационного характера для работников экономической службы

Выплаты компенсационного характера с учетом условий труда могут устанавливаться экономистам по итогам специальной оценки условий труда, если будет установлен соответствующий класс (подкласс) вредности (начиная от подкласса 3.1 и выше). Например, это может быть ситуация, когда экономическая служба размещается в том же корпусе, в котором проходит лечение инфекционных больных (туберкулез и т.д.), и экономисты подвержены риску инфицирования.

В соответствии с Трудовым кодексом к компенсационным выплатам относятся и предусмотренные статьей 151 доплаты за совмещение профессий (должностей), расширение зон обслуживания, увеличение объема работы или исполнение обязанностей временно отсутствующего работника без освобождения от работы, определенной трудовым договором.

Совмещению профессий (должностей) посвящена статья 60.2. Трудового кодекса. Она устанавливает, что с письменного согласия работника ему может быть поручено выполнение в течение установленной продолжительности рабочего дня (смены) наряду с работой, определенной трудовым договором, дополнительной работы по другой или такой же профессии (должности) за дополнительную оплату. При этом отработка дополнительного времени, в отличие от совместительства, не требуется.

Поручаемая работнику дополнительная работа по другой профессии (должности) может осуществляться путем совмещения профессий (должностей). Поручаемая работнику дополнительная работа по такой же профессии (должности) может осуществляться путем расширения зон обслуживания, увеличения объема работ. Для исполнения обязанностей временно отсутствующего работника без освобождения от работы, определенной трудовым договором, работнику может быть



поручена дополнительная работа как по другой, так и по такой же профессии (должности).

Примером поручения работнику дополнительной работы по другой должности путем совмещения должностей может быть ситуация, когда, например, экономист по труду совмещает другую экономическую должность (экономиста по договорной и претензионной работе и т.д.).

Примером расширения зон обслуживания может быть выполнение экономистом аналогичной работы в отношении дополнительных подразделений (например, расчет выплата стимулирующего характера для подразделений, по которым расчет вел работник, ушедший в отпуск).

Примером увеличения объема работ может быть ситуация, когда работник выполняет дополнительно точно такую же работу, но в большем объеме (из-за увеличения номенклатуры оказываемых платных услуг, расчет цен которых он осуществляет и т.д.).

Исполнение обязанностей временно отсутствующего работника без освобождения от работы, определенной трудовым договором, предусматривает, что работник выполняет работу не по должности, являющейся вакантной, а занятой должности, когда занимающий эту должность работник временно отсутствует (из-за болезни, отпуска и т.д.).

Размер доплаты во всех подобных случаях устанавливается по соглашению сторон трудового договора с учетом содержания и (или) объема дополнительной работы (статья 151 Трудового кодекса). Обращаем внимание, что доплата в этом случае относится к выплатам не стимулирующего, а компенсационного характера.

При этом следует иметь в виду, что совмещение должностей предполагает наличие соответствующих вакантных должностей. Поэтому совмещение должностей невозможно без наличия вакантных должностей.

Расширение зон обслуживания не предполагает обязательного наличия вакантных должностей. Создание в учреждении новых

подразделений будет означать появление дополнительной работы для экономической службы по всем аспектам (зарплата, оценка эффективности деятельности подразделений и т.д.). При этом источником доплаты за расширение зон обслуживания в данном случае может быть не фонд оплаты труда вакантной должности, а дополнительный доход, полученный этим подразделением в рамках дополнительного объема государственного задания, ОМС, за счет платных услуг и т.д.).

В отношении же увеличения объема работ все проще – эта доплата никак не связана с наличием вакантных должностей. Увеличение мощностей существующих подразделений учреждения (количества коек, должностей и т.д.) может потребовать выполнения экономических расчетов (по начислению заработной платы и т.д.) для большего числа сотрудников. Поэтому при увеличении объемов работы вовсе не обязательно вводить дополнительные должности – можно ввести доплату за увеличение объемов работ.

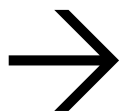
Доплата за исполнение обязанностей временно отсутствующего работника предполагает, что доплата осуществляется за выполнение работ по занятой должности (должность не является вакантной) за временно отсутствующего работника, занимающего эту должность. Поэтому в этом случае также не требуется наличия вакантной должности.

Необходимо учитывать и то, что финансовое обеспечение автономных и бюджетных учреждений в настоящее время не привязано к количеству ставок, а определяется объемами и/или стоимостью оказываемых услуг (выполняемых работ). Поэтому фонд оплаты труда больше не определяется напрямую числом штатных должностей.

Но главное – Трудовой кодекс или иные нормативные правовые акты не устанавливают требования привязки расширения зон обслуживания или увеличения объемов работы к вакантным должностям.

Трудовое законодательство не устанавливает также ограничений по количеству





должностей (профессий), в отношении которых осуществляется совмещение. В письме Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 марта 2012 г. № 22-2-897 «О порядке выполнения работы по совмещению» (далее – Письмо Минздравсоцразвития) говорится о допустимости поручения работнику дополнительной работы на условиях совмещения должностей по двум или нескольким профессиям, специальностям или должностям.

Поэтому не будет являться нарушением оформление конкретному экономисту совмещения по двум и более должностям. Однако должно быть обоснование, подтверждающее, что объем работы по дополнительным должностям, действительно, выполняется.

Отметим, что Трудовой кодекс не содержит требований об обязательном оформлении дополнительной работы путем заключения дополнительного соглашения к трудовому договору. В нем лишь указано, что данная работа (срок, содержание и объем) должны быть установлены с письменного согласия работника. В то же время, исходя из логики положений ст. 57 и 60.2 Трудового кодекса, с учетом того, что указание трудовой функции (содержания и объема работы) работника отнесено к обязательным условиям трудового договора, можно сделать вывод о том, что при поручении сотруднику дополнительной работы все же необходимо заключать дополнительное соглашение к трудовому договору. Судебная практика свидетельствует об этом же.

Коллективные системы оплаты труда

Необходимость оформления совмещения должностей и т.д. отсутствует при использовании коллективных систем оплаты труда.

Допустимость применения коллективных систем оплаты труда предусмотрена, в частности, Приказом Минздрава от 28.06.2013 № 421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами

государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников». В нем идет речь о распределении стимулирующих выплат между сотрудниками подразделения – это и есть коллективная система оплаты труда (в части выплат стимулирующего характера).

При использовании коллективных (бригадных) систем организации и оплаты труда выполнение дополнительной работы может сопровождаться начислением дополнительных КТУ или баллов (если используется балльная система оплаты труда).

В подобных случаях специального оформления выполнения дополнительных видов работ не требуется, но должен быть организован четкий учет этих работ в рамках коллектива и отражения этих работ в КТУ, баллах и т.д.

В рамках коллективных систем оплаты труда экономист может совмещать работу своих коллег. Порядок оплаты труда в этом случае оформляется в коллективных договорах, положениях об оплате труда, трудовых договорах с работниками. Кроме того, оформляется протокол органа, которому бригадой (отделением) делегировано право распределять КТУ, баллы и т.д. (совет бригады, комиссия или другой аналогичный орган).

Выполнение экономистами дополнительных функций без дополнительной оплаты

Нередко возникают ситуации, когда одни сотрудники периодически берут на себя функции других: например, экономист по труду берет на себя функции временно отсутствующего экономиста по договорной и претензионной работе и наоборот. Если это происходит в рамках взаимозаменяемости, то требования частичного выполнения трудовых



функций других экономистов в подобных ситуациях может найти отражение в трудовых договорах этих сотрудников. При этом дополнительная оплата никому не производится, поскольку суммарный объем работы по этим должностям не увеличивается.

Допустимость подобной ситуации отражена в Письме Минздрасоцразвития от 12 марта 2012 г. № 22-2-897 «О порядке выполнения работы по совмещению». В нем говорится: «В должностных инструкциях отдельных категорий работников могут предусматриваться случаи, когда в период отсутствия на рабочем месте другого работника со схожей трудовой функцией они исполняют обязанности отсутствующего работника.

Указанные положения должностных инструкций, являющихся неотъемлемой частью трудовых договоров, не предполагают осуществление доплат, поскольку в таком случае данная работа (исполнение обязанностей временно отсутствующего работника) выполняется в рамках заключенного трудового договора».

Заключение

Как видим, выплаты экономистам могут осуществляться по-разному. Для выбора оптимального набора выплат, показателей и критериев оценки деятельности необходимо учитывать особенности выполняемых трудовых функций, конкретных задач, стоящих в данный конкретный период и т.д.



Литература

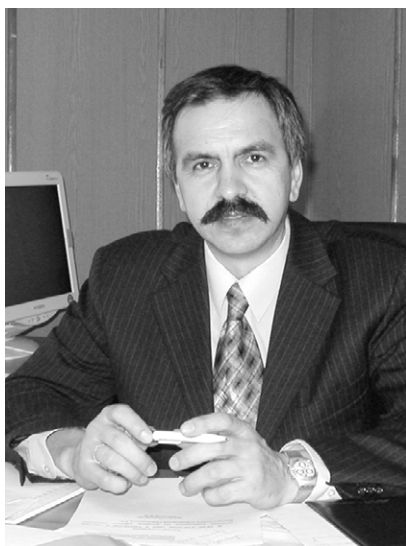
1. Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н. Эффективный контракт в здравоохранении: возможности и риски // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 3. – С. 6–15.
2. Филатов В.Н., Кадыров Ф.Н., Югай М.Т. Проблемы введения эффективного контракта в сфере здравоохранения: возможности и риски // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова». – Том 6. – № 1. – 2014. – С. 87–97.
3. Фраймович В.Б., Кадыров Ф.Н. Проблемы управления деятельностью бюджетных учреждений здравоохранения в регионах России в новых условиях. Вестник Инжекона, серия «Экономика», выпуск 1 (60), 2013, – с. 29–33.

UDC 614.2.003

Kadyrov F.N. Material stimulation of employees of the economic services of the state (municipal) establishments of public health (Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health, of the northwestern state medical University them. I. I. Mechnikov, national research UNIVERSITY "Higher school of Economics", Moscow, Russian Federation)

Abstract. The deadline for the introduction of an effective contract in state (municipal) institutions is approaching. In health care facilities, an effective contract is introduced not only for medical but also for other workers, in particular, for economists. In order to correctly establish incentive payments to economic service employees, it is necessary to identify the key functions performed by them. This would be greatly facilitated by professional standards. But, unfortunately, they have not yet been approved for economic positions. On the other hand, the main types of work carried out by economists in state (municipal) health care institutions are well known. Taking into account the experience gained in the development of indicators and criteria for assessing the performance of medical and other positions, this allows you to choose the best options for assessing the activities and employees of the economic service. The article contains an analysis of possible approaches to the methods of material incentives for employees of the economic service, to the establishment of incentive payments within the framework of the introduction of an effective contract.

Keyword: effective contract, incentives, wages, incentive payments, bonuses, employment contract.



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



Расчет платных медицинских услуг в учреждении производится согласно инструкции № 01-23/4-10 от 10.11.1999 г. «Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг (временная). В соответствии с пунктом инструкции 3.1.7 расчет расходов на оплату труда по медицинской услуге производится отдельно по каждой категории персонала на основании средней заработной платы сотрудников по подразделению в соответствии с тарификационными списками. Форма тарификационных списков соответствует приказу № 310 от 04.09.2008 г. «О тарификации работников ФМБА» и приказу № 749 от 11.11.2009 г., т.к. в тарификационных списках отражается заработная плата медицинского персонала без учета стимулирующих выплат, расходы на оплату труда и начисления на заработную плату в стоимости медицинской услуги не отражаются в полном объеме. Правомерно ли включать в расчет расходов на оплату труда заработную плату медицинского персонала с учетом стимулирующих выплат по всем источникам финансирования? Какими нормативными документами это обосновать?

«Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг (временная)» № 01-23/4-10 от 10.11.1999 г. не является обязательным для применения документом.

Приказ ФМБА от 13 мая 2013 г. № 122 «Об утверждении порядка определения платы для физических и юридических лиц за оказание услуг (выполнение работ), относящихся к основным видам деятельности федеральных бюджетных учреждений, находящихся в ведении ФМБА России, оказываемых ими сверх установленного государственного задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного задания» не содержит обязательных требований по порядку формирования цен, указывая лишь на то, что размер платы за платные услуги (работы) определяется на основании размера расчетных и расчетно-нормативных затрат на оказание учреждением платных услуг (работ) по основным видам деятель-



ности, а также размера расчетных и расчетно-нормативных затрат на содержание имущества учреждения с учетом анализа фактических затрат учреждения на оказание платных услуг (работ) по основным видам деятельности в предшествующие периоды.

Поэтому уровень заработной платы, закладываемой в цены на платные услуги, определяется самим учреждением.

Установление уровня оплаты с учетом стимулирующих выплат по всем источникам финансирования является оправданным, поскольку отражает средний сложившийся уровень оплаты труда работников.

В связи с этим целесообразно отразить это в методике ценообразования, утвержденной руководителем учреждения, и в коллективном договоре со ссылкой на необходимость реализации «майских» Указов Президента 2012 года в части уровня заработной платы и указанием на то, что уровень оплаты труда, закладываемый в цену, определяется по среднему сложившемуся уровню оплаты труда с учетом всех источников финансирования.



Вопрос: Можно ли выдавать результаты исследований по рукописной доверенности?

Ответ: Да, можно.

В соответствии с ч. 1 ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

Согласно ч. 3 указанного выше Федерального закона «С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях».

В законе речь идет о письменном согласии. Поэтому любая форма письменного согласия (а не только доверенность) со стороны пациента даёт основания получать информацию о пациенте, в том числе результаты исследований.

Однако для того, чтобы не возникли сомнения в достоверности подписи, лучше всего, если пациент напишет доверенность в присутствии представителя медицинской организации. Целесообразно также согласие закрепить еще и в медицинской документации (амбулаторной карте и т.д.).



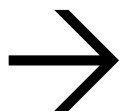
Обязательны ли требования профессиональных стандартов для медицинских организаций с частной формой собственности?

Профессиональные стандарты касаются любых организаций независимо от форм собственности. Другое дело, что постановлением Правительства Российской Федерации от 27 июня 2016 г. № 584 установлены особенности применения профессиональных стандартов государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения.





Профессиональные стандарты являются обязательными для применения медицинскими организациями любых форм собственности только в той части, в которой это установлено нормативными правовыми актами (например, требования к квалификации медицинских работников).



Что если должность придумана работодателем? Должность называется «Специалист по мед. оборудованию и информационным технологиям» с функциями инженера по мед. оборудованию и «айтишника». Имеем ли мы право сами создавать должность?

В соответствии с приказом Минтруда России от 12 апреля 2013 года № 147н «Об утверждении Макета профессионального стандарта» все без исключения профессиональные стандарты должны содержать «Возможные наименования должностей».

Как видим, сами профессиональные стандарты содержат лишь рекомендуемые наименования должностей. Обязательными они являются только в случаях, предусмотренных законами, другими нормативными-правовыми актами.

Так, определенные требования в отношении обязательности применения некоторых положений профстандартов содержатся в Трудовом кодексе. Например, статья 57 Трудового кодекса устанавливает: «Если в соответствии с настоящим Кодексом, иными федеральными законами с выполнением работ по определенным должностям, профессиям, специальностям связано предоставление компенсаций и льгот либо наличие ограничений, то наименование этих должностей, профессий или специальностей и квалификационные требования к ним должны соответствовать наименованиям и требованиям, указанным в квалификационных справочниках, утверждаемых в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, или соответствующим положениям профессиональных стандартов».

Медицинские работники имеют льготы (сокращенный рабочий день и т.д.) и ограничения (отсутствие судимости и т.д.). Поэтому при составлении штатного расписания, при заполнении трудовой книжки работника в части наименования должности медицинского работника следует руководствоваться либо действующим в настоящее время Приказом № 541н, либо (в случае применения в учреждении соответствующего профстандарта) – профессиональным стандартом.

В отношении наименования должностей могут существовать и другие обязательные требования. Так, статья 217 Трудового кодекса устанавливает: «В целях обеспечения соблюдения требований охраны труда, осуществления контроля за их выполнением у каждого работодателя, осуществляющего производственную деятельность, численность работников которого превышает 50 человек, создается служба охраны труда или вводится должность специалиста по охране труда, имеющего соответствующую подготовку или опыт работы в этой области». Поэтому именно так и должна называться должность. Она именно так и называется в соответствии с Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 4 августа 2014 г. № 524н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области охраны труда».

В случае, когда отсутствуют обязательные требования в отношении наименования должностей, работодатель вправе самостоятельно устанавливать наименования должностей.

Поэтому должность специалиста может называться «Специалист по медицинскому оборудованию и информационным технологиям».





Есть квалификационные характеристики по должностям медицинского персонала. Теперь появились профессиональные стандарты. Но имеются еще и квалификационные требования к должностям медицинских работников. Каким из этих документов руководствоваться? Или учреждение вправе самостоятельно это решать?

Как было указано в вышеприведенном письме Минтруда, учреждение самостоятельно это решает только в случаях отсутствия регулирования этих вопросов в нормативных правовых актах. По поводу квалификационных требований есть прямое указание статьи 195.3 Трудового кодекса. Она устанавливает: «Если настоящим Кодексом, другими федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации установлены требования к квалификации, необходимой работнику для выполнения определенной трудовой функции, профессиональные стандарты в части указанных требований обязательны для применения работодателями».

Хотя в настоящее время отсутствуют нормативные правовые акты, прямо обязывающие соблюдать требования к квалификации (в том числе к уровню образования), предусмотренные профессиональными стандартами, имеются, например, требования наличия медицинского образования для медицинских работников. Это установлено статьей 69 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации». Поэтому соблюдать данные требования все равно обязательно.

Что же касается других требований к квалификации работников, то с расхождением содержания квалификационных характеристик и профессиональных стандартов, а также приказов Минздрава России, действительно, уже приходится сталкиваться. Так, требования к образованию в профессиональном стандарте «Врач-патологоанатом» (Приказ Минтруда России от 14.03.2018 № 131н от 20.04.2018) существенно отличаются от соответствующих требований, предусмотренных квалификационными характеристиками по данной должности, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (далее – Приказ № 541н). При этом продолжает действовать приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (далее – приказ № 707н).

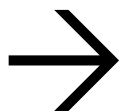
Сравнительная характеристика квалификационных требований, утвержденных различными приказами, приведена в таблице.

Таблица

Сравнительная характеристика квалификационных требований, утвержденных различными приказами

Приказы	Квалификационные требования
Приказ № 541н	Высшее профессиональное образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», послевузовское и (или) дополнительное профессиональное образование и сертификат специалиста по специальности «Патологическая анатомия».





Приказы	Квалификационные требования
Приказ № 131 (проф-стандарт)	Высшее образование – специалитет по одной из специальностей «Лечебное дело» или «Педиатрия» и подготовка в ординатуре и (или) в интернатуре по специальности «Патологическая анатомия». Профессиональная переподготовка по специальности «Патологическая анатомия» при наличии подготовки в интернатуре и (или) ординатуре по одной из специальностей «Анестезиология-реаниматология», «Гастроэнтерология», «Гематология», «Детская онкология», «Детская хирургия», «Кардиология», «Колопроктология», «Неврология», «Неонатология», «Нефрология», «Нейрохирургия», «Общая врачебная практика», «Онкология», «Педиатрия», «Пульмонология», «Ревматология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Скорая медицинская помощь», «Судебно-медицинская экспертиза», «Терапия», «Торакальная хирургия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Хирургия», «Челюстно-лицевая хирургия», «Эндоскопия»
Приказ № 707н	Высшее образование – специалитет по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия». Подготовка в интернатуре/ординатуре по специальности «Патологическая анатомия». Профессиональная переподготовка по специальности «Патологическая анатомия» при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей: «Детская онкология», «Детская урология-андрология», «Детская хирургия», «Колопроктология», «Нейрохирургия», «Онкология», «Пластическая хирургия», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Судебно-медицинская экспертиза», «Торакальная хирургия», «Травматология и ортопедия», «Урология», «Хирургия», «Челюстно-лицевая хирургия»

Как видим, в профессиональном стандарте перечень допустимых специальностей значительно расширен как по сравнению с Приказом № 541н, так и с Приказом № 707н. Добавлены, например, «Анестезиология-реаниматология», «Гастроэнтерология», «Гематология», «Кардиология», «Неврология», «Неонатология», «Нефрология», «Общая врачебная практика», «Педиатрия», «Пульмонология», «Ревматология», «Скорая медицинская помощь», «Терапия», «Эндоскопия».

Возникает закономерный вопрос – чем следует руководствоваться кадровой службе медицинской организации при предъявлении требований к образованию для соискателя на должность врача-патологоанатома: Приказом № 541н или профстандартом «Врач-патологоанатом»?

Ни тем, ни другим. В данном конкретном случае ни требования Приказа № 541н, ни требования профессионального стандарта не соответствуют положениям Приказа Минздрава № 707н.

Как уже отмечалось, требования к квалификации квалификационных характеристик и профессиональных стандартов применяются в части, не противоречащей нормативным актам, касающимся квалификации по соответствующим должностям. При предъявлении требований к квалификации следует руководствоваться нормативными актами, устанавливающими требования к квалификации. Это приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».





Началась подписка на журнал «Врач и информационные технологии» на 2019 год



Периодичность – 4 выпуска в год

КАК ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ*

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 2019 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 обо всех случаях задержки в получении журналов Издательского дома «Менеджер здравоохранения» при подписке через агентства альтернативной подписки по телефону (495) 618-07-92 (доб. 114), по электронной почте на адрес: idmz@mednet.ru или через форму обратной связи на сайте издательства <http://www.idmz.ru/kontakti>

***Уважаемые подписчики!**

С 2017 г. прекращена подписка на журналы «Менеджер здравоохранения» и «Врач и информационные технологии» через редакцию. Для подписки на эти журналы просим обращаться в агентства по подписке.

Менеджер здравоохранения

