

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№5.2017



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003



Продолжается подписка на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2017 год



Периодичность – 10 выпусков в год

КАК ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ*

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:

Подписной индекс: **82614** на полугодие,

20102 на год.

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

ООО «Агентство «Урал-Пресс»

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

ЗАО «ПРЕССИНФОРМ»

www.presskiosk.ru, тел. 8 (812) 335-97-48

Уважаемые читатели!

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

ВНИМАНИЕ!!!

Подписчики журнала «Менеджер здравоохранения»

получают доступ к уникальному сервису.

Наши эксперты бесплатно ответят на все

поступающие в редакцию журнала вопросы.

Вопросы принимаются по факсу (495) 618-07-92

и электронной почте idmz@mednet.ru

**Уважаемые подписчики!*

*С 2017 г. прекращается подписка на журналы «Менеджер здравоохранения»
и «Врач и информационные технологии» через редакцию.*

*Для подписки на эти журналы просим обращаться в агентство «Роспечать»
или альтернативные агентства.*



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

№ 5
2017

В номере:

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

**Новый инструмент контроля в сфере здравоохранения:
контроль без взаимодействия с юридическими лицами
и индивидуальными предпринимателями**

Д.В. Пивень, И.С. Кицул, И.В. Иванов

6-11

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Анализ материнских смертей в Российской Федерации за 2016 год

И.С. Цыбульская, Э.Р. Низамова

12-24

**Вопросы интеграции систем внутреннего контроля качества
и безопасности медицинской деятельности
и менеджмента качества медицинской организации**

В.Н. Викторов

25-32

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕНЕДЖМЕНТ

**Эффективность использования оборудования лучевой диагностики
в субъектах Российской Федерации**

П.В. Шелехов

33-41

**Предупреждение патологических реакций на материал перчаток
как фактор обеспечения безопасности медицинского персонала.
Экономические аспекты выбора**

О.И. Волкова

42-47

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 июня 2017 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

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Изучение нагрузки и затрат рабочего времени врачей общей практики в организациях здравоохранения в Казахстане

*А. Мергентай, И.М. Сон, Д.Б. Кулов,
Г.С. Бекембаева, В.В. Койков,
Б.К. Омаркулов, Г.А. Мусина*

48-54

МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

Место клинической медицины в дисциплинарной структуре российской науки

В.И. Стародубов, Н.Г. Куракова

55-63

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

Система адресного информационного сопровождения онкологических больных в системе ОМС

*А.А. Старченко, Н.И. Гришина,
Н.Л. Аксенова*

64-69

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ

Возможные варианты соучастия граждан в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи с использованием ресурсов, не предусмотренных программой госгарантий

Ф.Н. Кадыров

70-76

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

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

77-80

Monthly scientific journal



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

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

№ 5
2017

Contents:

FOCUS OF PROBLEM

A new control tool in healthcare: a control without interacting with legal entities and individual entrepreneurs

D.V. Piven, I.S. Kitsul, I.V. Ivanov

6-11

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

Analysis of maternal deaths in the Russian Federation in 2016

I.S. Tsybul'skaya, E.R. Nizamova

12-24

The integration of the systems of internal control of the quality and safety of medical activity and quality management of medical organizations

V.N. Viktorov

25-32

TECHNOLOGY MANAGEMENT

The efficiency of using the hardware diagnostic radiology in subjects of the Russian Federation

P.V. Shelekhov

33-41

Tactical solutions for latex allergic reactions prevention. The cost-benefit aspects of choosing synthetic gloves

O.I. Volkova

42-47

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

FOREIGN EXPERIENCE

**Study of workload and working time costs of general practitioners
in healthcare organizations in Kazakhstan**

*A. Mergentay, I.M. Son, D.B. Kulov, G.S. Bekembaeva,
V.V. Koikov, B.K. Omarkulov, G.A. Musina*

48-54

MEDICAL SCIENCE

The place of clinical medicine in the disciplinary structure of Russian science

V.I. Starodubov, N.G. Kurakova

55-63

SPECIAL OPINION

**System of the address information support of the cancer patients
in the compulsory health insurance system**

A.A. Starchenko, N.I. Grishina, N.L. Aksenova

64-69

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

**Possible options of citizens' participation in the financial provision
of rendering medical assistance using resources not provided by
the program of state guarantees**

F.N. Kadyrov

70-76

QUESTIONS AND ANSWERS

Questions answered by PhD of Economic F.N. Kadyrov

77-80



Д. В. Пивень,

д.м.н., профессор, эксперт по вопросам нормативно-правового регулирования деятельности здравоохранения, г. Санкт-Петербург, Россия, piven_dv@mail.ru

И. С. Кицул,

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования – филиала ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Иркутск, Россия, zdravirk@mail.ru

И. В. Иванов,

к.м.н., Генеральный директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Центр мониторинга и клиничко-экономической экспертизы» Росздравнадзора, г. Москва, Россия, expert@cmkee.ru

НОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ КОНТРОЛЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: КОНТРОЛЬ БЕЗ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ЮРИДИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ И ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЯМИ

УДК 614.2

Пивень Д. В., Кицул И. С., Иванов И. В. *Новый инструмент контроля в сфере здравоохранения: контроль без взаимодействия с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями* (г. Санкт-Петербург, г. Иркутск, г. Москва, Россия)

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы, связанные с появлением нового инструмента контроля в сфере здравоохранения, а именно организации и проведения мероприятий по контролю без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями. Авторы отмечают, что законодательство Российской Федерации содержит значительный объём требований к медицинским организациям в части размещения и предоставления информации. В свою очередь соблюдение данных требований теперь будет проверяться надзорными органами путём проведения мероприятий по контролю без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями. Всё это повышает ответственность медицинских организаций и ставит перед ними новые задачи при проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Ключевые слова: контроль без взаимодействия с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, требования, качество и безопасность медицинской деятельности, медицинская организация, предостережение.

Как известно, Распоряжением Правительства Российской Федерации от 1 апреля 2016 г. № 559-р был утверждён План мероприятий («дорожная карта») по совершенствованию контрольно-надзорной деятельности в Российской Федерации на 2016–2017 гг. (далее – Дорожная карта). Очевидно, что разработка и реализация указанных мероприятий имеет прямое отношение не только к органам, осуществляющим контроль и надзор в сфере здравоохранения, но и непосредственно к медицинским

© Д. В. Пивень, И. С. Кицул, И. В. Иванов, 2017 г.



организациям. Это прямо следует из целей, указанных в Дорожной карте, к которым, в том числе отнесены следующие:

- повышение уровня защищенности охраняемых законом ценностей в сферах производства или оказания услуг за счет обеспечения соблюдения обязательных требований;
- снижение при осуществлении государственного контроля (надзора) административных и финансовых издержек граждан и организаций, осуществляющих предпринимательскую и иные виды деятельности, в том числе путем исключения существующих и предотвращения установления новых избыточных контрольно-надзорных функций, избыточных и устаревших обязательных требований, а также обеспечения соответствия обязательных требований достижениям науки, техники и уровню развития экономики.

Необходимо подчеркнуть, что помимо указанных целей в Дорожной карте поставлена задача и по внедрению новых инструментов, применяемых контрольно-надзорными органами. Именно в связи с решением этой задачи Федеральным законом от 3 июля 2016 г. № 277-ФЗ были внесены весьма значимые для медицинских организаций дополнения в Федеральный закон от 26.12.2008 г. № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля». Так, в данном законе появилась статья 8.3 «Организация и проведение мероприятий по контролю без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями». В соответствии с этой статьей, к мероприятиям по контролю, при проведении которых не требуется взаимодействие органа государственного контроля (надзора) с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, в том числе относятся:

- наблюдение за соблюдением обязательных требований при размещении информации в сети Интернет и средствах массовой информации;

- наблюдение за соблюдением обязательных требований посредством анализа информации о деятельности либо действиях юридического лица и индивидуального предпринимателя, обязанность по представлению которой возложена на такие лица в соответствии с федеральным законом.

Следует отметить, что установленных законодательством обязательных требований к информации, которую обязана размещать, представлять медицинская организация, сегодня более чем достаточно. В наших публикациях мы неоднократно касались данных вопросов в контексте самых разных аспектов обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности (1–13). В этой связи напомним основные документы, содержащие требования, о которых идёт речь в указанных выше дополнениях в Федеральный закон «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля».

Статья 79 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Основы) указывает, что «медицинская организация обязана:

3) информировать граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

6) предоставлять пациентам достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях;

7) информировать граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети Интернет, об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках медицинских организаций, об уровне их образования и об их квалификации, а также





предоставлять иную определяемую уполномоченным федеральным органом исполнительной власти необходимую для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями информацию».

В соответствии с представленным выше пунктом 7 части 1 статьи 79 Основ, Минздравом РФ издан приказ от 30 декабря 2014 г. № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требованиях к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети Интернет. Данным приказом установлены:

- информация, предоставляемая медицинскими организациями, необходимая для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями;
- требования к содержанию и форме информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

Кроме того, весьма значительный объем информации, которую обязана представлять медицинская организация, определен Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. № 1006. Также требования к размещаемой медицинскими организациями информации содержат: Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»; приказ МЗ РФ от

28 ноября 2014 г. № 787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями»; приказ МЗ РФ от 14 мая 2015 г. № 240 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями».

Таким образом, можно заключить, что обозначенные в указанных выше нормативно-правовых актах требования к информации, которую обязана предоставить медицинская организация, являются весьма значительными как по объёму, так и по структуре. То есть работа по соблюдению данных требований, безусловно, является для медицинских организаций не только весьма сложной, кропотливой, но и с введением новых механизмов контроля, осуществляемого без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями, становится и гораздо более ответственной. Очевидно, что теперь медицинские организации должны достаточно хорошо ориентироваться и в самой процедуре контроля, осуществляемого без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями. В этой связи необходимо обратить внимание на следующее.

Первое. Необходимо отметить, что в соответствии со ст. 8.3 Федерального закона от 26.12.2008 г. № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» мероприятия по контролю без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями проводятся уполномоченными должностными лицами органа государственного контроля (надзора) в пределах своей компетенции на основании заданий на проведение таких мероприятий, утверждаемых руководителем или заместителем руководителя органа государственного контроля (надзора). Порядок оформления и содержание указанных выше заданий, а также порядок оформления должностными лицами



органа государственного контроля (надзора) результатов мероприятия по контролю без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями, в том числе результатов плановых (рейдовых) осмотров, обследований, исследований, измерений, наблюдений, устанавливаются федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющими нормативно-правовое регулирование в соответствующих сферах государственного контроля (надзора).

Второе. Следует обратить внимание и на меры, которые в соответствии с законом могут принимать органы государственного контроля (надзора) по результатам проведения мероприятий по контролю без взаимодействия с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями. Данные меры заключаются в следующем. В случае выявления, при проведении мероприятий по контролю, нарушений обязательных требований должностные лица органа государственного контроля (надзора) принимают в пределах своей компетенции меры по пресечению таких нарушений, а также направляют в письменной форме руководителю или заместителю руководителя органа государственного контроля (надзора) мотивированное представление с информацией о выявленных нарушениях для принятия при необходимости решения о назначении внеплановой проверки юридического лица, индивидуального предпринимателя по основаниям, указанным в пункте 2 части 2 статьи 10 Федерального закона «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», в том числе при причинении вреда или при возникновении угрозы причинения вреда жизни и здоровью граждан. При отсутствии подтвержденных данных о том, что нарушение обязательных требований причинило вред или создало угрозу причинения вреда жизни и здоровью граждан орган государственного

контроля (надзора) может направить юридическому лицу, индивидуальному предпринимателю *Предостережение о недопустимости нарушения обязательных требований*.

Третье. В настоящее время определён механизм составления и направления Предостережения о недопустимости нарушения обязательных требований. Данный механизм представлен в Правилах составления и направления предостережения о недопустимости нарушения обязательных требований, подачи юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем возражений на такое предостережение и их рассмотрения, уведомления об исполнении такого предостережения, утверждённых Постановлением Правительства РФ от 10 февраля 2017 г. № 166.

В указанных Правилах отмечено, что предостережение, в том числе содержит следующую информацию:

- указание на обязательные требования, нормативные правовые акты, включая их структурные единицы, предусматривающие указанные требования;
- информацию о том, какие действия (бездействие) юридического лица, индивидуального предпринимателя приводят или могут привести к нарушению обязательных требований;
- предложение юридическому лицу, индивидуальному предпринимателю принять меры по обеспечению соблюдения обязательных требований;
- предложение юридическому лицу, индивидуальному предпринимателю направить уведомление об исполнении предостережения в орган государственного контроля (надзора);
- срок (не менее 60 дней со дня направления Предостережения) для направления юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем уведомления об исполнении предостережения.

Важно отметить, что Предостережение о недопустимости нарушения обязательных требований не может содержать требования о предоставлении юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем сведений





и документов. Более того, по результатам рассмотрения Предостережения юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем могут быть поданы в орган государственного контроля (надзора), направивший предостережение, возражения с обоснованием позиции в отношении указанных в предостережении действий (бездействия) юридического лица, индивидуального предпринимателя, которые приводят или могут привести к нарушению обязательных требований. При этом орган государственного контроля (надзора) рассматривает возражения, по итогам рассмотрения направляет юридическому лицу, индивидуальному предпринимателю в течение 20 рабочих дней со дня получения возражений ответ. Результаты рассмотрения возражений используются органом государственного контроля (надзора) для целей организации и проведения мероприятий по профилактике нарушения обязательных требований, совершенствования применения риск-ориентированного подхода при организации государственного контроля (надзора) и иных целей, не связанных с ограничением прав и свобод юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

При отсутствии возражений юридическое лицо, индивидуальный предприниматель в указанный в Предостережении о недопустимости нарушения обязательных требований срок направляет в орган государственного контроля (надзора) уведомление об исполнении Предостережения. В уведомлении об

исполнении Предостережения указываются сведения о принятых по результатам рассмотрения Предостережения мерах по обеспечению соблюдения обязательных требований.

Таким образом, в связи с появлением в сфере здравоохранения нового инструмента контроля, а именно контроля без взаимодействия с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями можно сделать следующие выводы.

1. Проведение надзорными органами мероприятий по контролю без взаимодействия с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями усиливает ответственность медицинских организаций за соблюдение обязательных требований при размещении информации в сети Интернет и за соблюдение обязательных требований к предоставлению информации об осуществляемой деятельности.

2. Целесообразно, чтобы в каждой медицинской организации соблюдение обязательных требований при размещении информации в сети Интернет и соблюдение обязательных требований к предоставлению информации об осуществляемой деятельности:

- стало одним из важных направлений внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности с назначением ответственного за эту работу лица и определением соответствующего регламента;

- постоянно находилось в поле зрения врачебной комиссии и периодически являлось предметом её тщательного рассмотрения.

Литература



1. *Кицул И.С., Пивень Д.В.* О контроле качества и безопасности медицинской деятельности в современных условиях// Заместитель главного врача. – 2013. – № 2. – С. 48–52.
2. *Кицул И.С., Пивень Д.В.* Структура и содержание положения о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности// Заместитель главного врача. – 2013. – № 12. – С. 50–56.



3. Кицул И.С., Пивень Д.В. Информирование пациентов о своих правах и обязанностях в медицинской организации // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 11. – С. 73–75.
4. Кицул И.С., Пивень Д.В. Работа врачебной комиссии и контроль качества и безопасности медицинской деятельности // Здравоохранение. – 2015. – № 7. – С. 74–79.
5. Пивень Д.В., Кицул И.С. О формировании новой системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности в здравоохранении Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 2. – С. 16–26.
6. Пивень Д.В., Кицул И.С. Обеспечение прав пациента и необходимость разработки в медицинской организации соответствующих внутренних регламентирующих документов // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 4. – С. 6–12.
7. Пивень Д.В., Кицул И.С. О проблеме реализации права пациента на выбор врача и о путях ее решения в медицинской организации // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 7. – С. 15–20.
8. Пивень Д.В., Кицул И.С. О праве пациента на проведение консультаций врачами-специалистами по его требованию или по требованию его законных представителей // Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 10. – С. 12–17.
9. Пивень Д.В., Кицул И.С. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности: монография. – М.: Издательский дом «Менеджер здравоохранения», 2014. – 172 с.
10. Пивень Д.В., Кицул И.С. Содержание внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации: каким оно должно быть и что этому мешает // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 11. – С. 6–10.
11. Пивень Д.В., Кицул И.С. О формировании нового содержания работы руководителя медицинской организации по обеспечению и контролю качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 10. – С. 18–25.
12. Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Нормативно-правовое регулирование внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. – № 5. – 2016. – С. 38–46.
13. Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Новые задачи и направления работы врачебной комиссии в системе обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. – № 2. – 2017. – С. 6–13.

UDC 614.2

Piven D. V., Kitsul I. S., Ivanov I. V. A new control tool in healthcare: a control without interacting with legal entities and individual entrepreneurs (Saint-Petersburg, Irkutsk, Moscow, Russia)

Abstract. The article deal with the emergence of a new monitoring tool in the health sector – organization and conduct of control measures without the cooperation of legal entities and individual entrepreneurs. The authors note that the legislation of the Russian Federation contains a significant amount of the requirements for medical organizations to embed and provide information. Thus compliance with these requirements will be validated by the Supervisory authorities by carrying out control activities without interaction with legal entities, individual entrepreneurs. All this increases the responsibility of medical organizations and confronts them with new challenges when conducting internal monitoring the quality and safety of medical activity.

Keywords: control without interaction with legal entities and individual entrepreneurs, requirements, quality and safety of medical activity, medical organization, caution.



И. С. Цыбульская,

д.м.н., проф., главный научный сотрудник ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России,
г. Москва, Россия, mch@mednet.ru

Э. Р. Низамова,

научный сотрудник, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия,
elvirarust@gmail.com

АНАЛИЗ МАТЕРИНСКИХ СМЕРТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2016 ГОД

УДК 614

Цыбульская И. С., Низамова Э. Р. Анализ материнских смертей в Российской Федерации за 2016 год (ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия)

Аннотация. В статье представлен разбор сведений субъектов Российской Федерации о 183 случаях материнской смерти в 2016 г. Выявлено снижение прямых и относительный рост косвенных акушерских причин. На фоне общего снижения прямых причин увеличиваются послеродовые кровотечения, септические и ятрогенные осложнения. Среди косвенных в наибольшей степени растут болезни органов кровообращения. Установлена максимальная роль в гибели женщин УФО асоциальной среды; в гибели женщин ЦФО – очагов хронических инфекций и ятрогении; женщин ПФО – фетоплацентарных нарушений. Предлагается усовершенствованная унифицированная схема сбора сведений о материнских смертях для реализации возможности установления конкретных причин и разработки действенных мер их коррекции и профилактики.

Ключевые слова: прямые и косвенные материнские смерти, эклампсия, акушерская эмболия, дородовые и послеродовые кровотечения, септические и ятрогенные осложнения, замершая беременность, фетоплацентарная недостаточность, унифицированная схема сбора сведений о материнских смертях.

ВВЕДЕНИЕ

Материнская смертность является одним из наиболее важных демографических показателей, характеризующих состояние общества – соматического, репродуктивного и психологического здоровья населения, формирующегося в результате комплексных социально-экономических, политических и экологических воздействий [1, 2, 3].

При этом гибель женщины в процессе реализации ею своей репродуктивной функции напрямую зависит от системы оказания ей своевременной и квалифицированной медицинской помощи [4, 5].

Этот показатель во всем мире, в каждой стране должен находиться под пристальным вниманием как медицинских, так и административных органов и оцениваться с позиций причинности и предотвратимости из года в год [6, 7].

Для этого чрезвычайно важно иметь в стране оптимальную систему сбора и оценки материнских смертей с позиций социального риска и качества оказываемой женщине медицинской помощи [8].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В этой статье мы ставим своей **целью** проанализировать ситуацию в РФ и ее регионах с гибелью женщин в период беременности,

© И. С. Цыбульская, Э. Р. Низамова, 2017 г.



родов и послеродового периода в динамике 2014–2016 гг., оценить действующую систему сбора соответствующих данных и усовершенствовать опросную карту для получения более полных и достоверных сведений о причинах смерти и возможности разработки действенных мер коррекции и профилактики смертельных исходов беременности и родов.

Работа по намеченной цели проводилась в течение трех лет (2014–2016 гг.). В 2014 г. подача сведений территориями осуществлялась относительно произвольно, а в 2015 и 2016 гг. во все субъекты Федерации перед сбором годовых отчетов были разосланы формализованные «опросники», содержащие сведения, необходимые для анализа каждого случая материнской смерти.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Собранные материалы в 2014–2015–2016 гг. содержали данные о 224, 190 и 183-х женских смертях. В основном женщины погибали от прямых акушерских причин – акушерской эмболии, тяжелых преэклампсий и эклампсий, массивных кровотечений, септических и ятрогенных осложнений (таблица 1).

Сравнение показателей прямых акушерских причин материнской смерти по родовспоможению и неонатологии за последние три года приема отчетов по территориям Российской Федерации выявило снижение общего числа гибели женщин, в частности при заболевании тяжелыми преэклампсиями и эклампсиями, при акушерских эмболиях, разрывах матки и маточных труб, дородовых кровотечениях. В то же время возросли послеродовые кровотечения, септические и ятрогенные осложнения.

Что касается косвенных причин материнской смертности, то с годами на фоне снижения общего числа материнской смертности их доля за счет роста экстрагенитальной патологии возрастает (таблица 2).

В 2016 г. частота прямых акушерских причин оказалась наибольшей в ПФО, УФО и ДВФО (таблица 3).

Сведения о частоте и характере косвенных причин смертельных исходов беременности и родов женщин в 2016 г. по ФО представлены в таблице 4.

Общее число косвенных причин гибели женщин составляет 75 из 183 – 41,0%. Максимально часто среди умерших женщин регистрируется тромбоз эмболия легочной артерии

Таблица 1

Сопоставление прямых акушерских причин материнских смертей в РФ в 2014, 2015 и 2016 гг.

Всего	2014 г.		2015 г.		2016 г.		Соотношение 2016/2014 г.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Общее число умерших женщин	224	100	190	100	183	100	<	
Сумарное число прямых причин	142	63,4	113	59,5	108	59,0	<	
Тяжелые преэклампсии и эклампсии	31	13,8	24	12,6	15	8,2	<	
Акушерские эмболии О88.1	40	17,9	20	10,5	18	9,8	<	
Дородовые кровотечения	24	10,7	17(28)	9,0	12(18)	6,6	<	
Послеродовые кровотечения	5	2,23	7(9)	3,7	20(27)	10,9	>	+40,4%
Разрыв матки	7	13,3	6	3,2	5	2,7	<	
Разрыв маточной трубы	3	1,34	6	3,2	4	2,2	<	
Септические осложнения родов, беременности, аборт	13	5,8	13(40)	6,8	25(43)	13,7	>	+24,6%
Ятрогенные осложнения	10	4,5	10(21)	5,3	11(17)	6,0	>	+33,3%





Таблица 2

Сопоставление ряда косвенных акушерских причин материнских смертей в РФ в 2014, 2015 и 2016 гг.

Всего	2014 г.		2015 г.		2016 г.		Соотношение 2016/2014 гг.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Общее число умерших женщин	224	100	190	100	183	100		
Сумарное число косвенных причин	51	22,8	82	43,2	75	41,0	>	+79,8
Тромбоэмболия легочной артерии	16	7,1	16	8,4	18	9,8	>	+38,0
Болезни органов дыхания О99.4	10	4,5	9	4,7	11	6,0	>	+33,3%
Болезни органов кровообращения О99.5	9	4,0	18	9,5	17	9,3	>	+132,5
Новообразования	4	1,8	7	3,7	3(5)	2,7	>	+50,0

Таблица 3

Прямые акушерские причины материнских смертей в 2016 г. по федеральным округам

Всего	ЦФО	СЗФО	ЮФО	СКФО	ПФО	УФО	СФО	ДВФО
Тяжелые преэклампсии и эклампсии	7(12)	3(4)	0(1)	1(4)	2(4)	1(3)	1(4)	
Акушерские эмболии	6	2	3	1	3	1	1	1
Дородовые кровотечения	2(2)		2(4)	-	3(4)	1(1)	3(4)	1(3)
Послеродовые кровотечения	1(3)	1(2)	1(1)	4(5)	5(6)	1(1)	4(6)	3(3)
Разрыв матки	1				2	1	1	
Разрыв маточной трубы	2	1				1		
Септические осложнения родов, беременности, аборт	7(16)	4	2(7)	2	2(3)	2	5(9)	0
Ятрогенные осложнения	5(7)	-	-	1	3	2(3)	(3)	-
ВСЕГО	32-54,3% (41)	11-52,4% (13)	8-50,0% (16)	9-50,0% (13)	20-69,0% (25)	10-62,5% (13)	15-50,0% (28)	5-71,4% (7)

*здесь и далее: *перед скобками* – патология, признанная основной причиной смерти женщины; *в скобках* – общее число данной патологии, зафиксированной на данной территории.

** – процент умерших по указанной причине от общего числа умерших женщин.

(у 18 женщин – 9,8% от общего числа умерших) и осложняющие течение беременности и родов заболевания органов кровообращения (у 17 погибших, что составляет 9,3%).

Беременность, закончившаяся смертью, у большинства женщин (80,9%) была повторной, также как в 78,0% повторными были

роды. Среди умерших преобладали женщины 30–39 лет (108 из 183, что составляет 59,0%).

Наибольшее число погибших молодых женщин зафиксировано на территории СКФО, а пожилых – в СФО и ДВФО (таблица 5).

Сопоставление соотношения городских и сельских жительниц среди умерших



Таблица 4

Косвенные причины материнских смертей по ФО (состояния, осложняющие течение беременности и родов) в РФ в 2016 г.

	Всего	ЦФО	СЗФО	ЮФО	СКФО	ПФО	УФО	СФО	ДВФО
<i>Всего</i>	<i>183</i>	<i>46</i>	<i>21</i>	<i>16</i>	<i>18</i>	<i>29</i>	<i>16</i>	<i>30</i>	<i>7</i>
Тромбоэмболия легочной артерии О88.2	18	4	3		4	4	1	2	
Остр. жировой гепатоз беременных О26.6	7(11) 3,8%	1(2)	1(2)	1		1(2)	1(2)	2	
Инфекционные болезни матери О98	10(25) 5,5%	4(6)	2(6)	1(3)	1	(2)	1(3)	1(3)	(1)
Болезни системы кровообращения О99.4	17- 9,3%	4	5	1	1	2	2	2	
Болезни органов дыхания О99.5	11(14) 6,0%	2	1(4)	2	1	1		3	1
Болезни органов пищеварения О99.6	4-2,2%	2		1		1			
Болезни крови О99.1	1-0,55%		1						
Муковисцидоз	1-0,55%							1	
Новообразования*	4(5) 2,2%			1		2	1	1	
Аутоиммунные заболевания**	2 (12) 1,1%	(2)	(3)	(2)	(1)	1	1(2)	(4)	
ВСЕГО	75- 41,0% (108)	14- 30,4% (22)	12- 57,1% (24)	7- 43,8% (11)	8- 44,4% (8)	11- 37,9% (15)	6- 37,5% (11)	12- 40,0% (18)	1- 14,3% (2)

* – Выявленные новообразования у умерших матерей, осложнявшие течение беременности и родов: рак головки поджелудочной железы с метастазами; хорионэпителиома матки, папиллярный рак щитовидной железы, пинеоцитомы (опухоль эпифиза); феохромоцитомы анапластическая.

** – аутоиммунный гепатит (фульминантное течение), антфосфолипидный синдром (катастрофическая форма); аутоиммунный тиреоидит (2), аутоиммунный гепатит, гломерулонефрит, рассеянный склероз, системная красная волчанка (2), болезнь Крона, псориаз.

Таблица 5

Возрастной состав женщин, умерших в 2016 г., по федеральным округам России

	Всего	ЦФО	СЗФО	ЮФО	СКФО	ПФО	УФО	СФО	ДВФО
<i>Всего</i>	<i>183</i>	<i>46</i>	<i>21</i>	<i>16</i>	<i>18</i>	<i>29</i>	<i>16</i>	<i>30</i>	<i>7</i>
До 20 л.	7-3,8%	0	0	0	3- 6,7%	1-3,4%	1-6,3%	2-6,7%	0
20-29 л.	55-30,1%	13-28,3%	9-42,9%	6-37,5%	8-44,4%	9-31,0%	4-25,0%	3-10%	3-42,9%
30-39 л.	108- 59,0%	29- 63,0%	11- 52,4%	10- 69,4%	6- 33,3%	18- 62,1%	9- 56,3%	22- 73,3%	3- 42,9%
40 л. и более	13-7,1%	4-8,7%	1-4,8%	0	1-5,6%	1-3,4%	2-12,5%	3-10%	1- 14,3%

(65,6% – 34,4%) и проживающих в целом по РФ (74,2% – 25,8%) свидетельствует о **большей подверженности смертельным исходам беременных, рожениц и родильниц, проживающих в сельской местности.**

В наибольшей степени это относится к жительницам СКФО и ДВФО (таблица 6).

Из 183 умерших **34 (18,6%) женщин** относились к асоциальному слою общества. В разных сочетаниях они страдали:





12 – ВИЧ-инфекцией; 20 – вирусным гепатитом В и С; 15 – алкоголизмом; 13 – наркоманией; 4 – туберкулезом и 5 в анамнезе перенесли сифилис. Наиболее часто асоциальное поведение наблюдалось среди женщин, проживающих в СЗ ФО (до 38,1% умерших на этой территории) и УФО (31,3%). Чаще имело место сочетание ВИЧ-инфицирования, полинаркомании, алкоголизма, вирусного гепатита В и С (таблица 7).

Наряду с ВИЧ, вирусным гепатитом, туберкулезом у умерших женщин регистрировался целый набор сомато-гинекологических заболеваний (таблица 8).

Наличие множественных очагов хронических инфекций способствовало развитию различных проявлений инфекционных осложнений во время выкидышей, медицинских абортов, течения беременности, родов и послеродового периода, как-то: пневмонии,

Таблица 6

Характеристика умерших женщин по месту жительства

	Всего	ЦФО	СЗФО	ЮФО	СКФО	ПФО	УФО	СФО	ДФФО
Всего	183	46	21	16	18	29	16	30	7
Жительницы городов	120-65,6%	31-69,4%	15-71,4%	10-62,5%	10-55,6%	18-62,1%	12-75,0%	20-66,7%	4-57,1%
Жительницы сел	63-34,4%	15-32,6%	6-28,6%	6-37,5%	8-44,4%	11-37,9%	4-25,0%	10-33,3%	3-42,9%

Таблица 7

Асоциальные проявления у умерших женщин

	Всего	ЦФО	СЗФО	ЮФО	СКФО	ПФО	УФО	СФО	ДФФО
Число умерших	183	46	21	16	18	29	16	30	7
ВСЕГО асоциал., в том числе:	34-18,6%	9-19,6%	8-38,1%	3-18,8%	0	4-13,8%	5-31,3%	4-13,3%	2-28,6%
Алкоголизация	3	1	1				1		
Алкоголизация и наркомания	2	2							
Наркомания, ВИЧ	3	2	1						
ВИЧ, вир. гепатит, алкоголизм, нарком.	8	2	3	1		1	1		
ВИЧ, туберкулез	1							1	
Вирусный гепатит	8	1	1	1		2	1	1	1
Туберкулез	1						1		
Вирусный гепатит и туберкулез	1		1						
Сифилис (анамнез)	2		1			1			
Туберкулез, алкоголизм, никотин. интоксикация	1								1
Вир. гепатит и сифилис (анамнез)	3			1				2	
Семья алкоголиков, курящих	1						1		



Таблица 8

Соматическая и гинекологическая патология, зарегистрированная в анамнезе умерших женщин

	Всего	ЦФО	СЗФО	ЮФО	СКФО	ПФО	УФО	СФО	ДВФО
Всего умерших	183	46	21	16	13	29	16	30	7
Хр. очаги соматической инфекции	51	22	6	3	3	11	1	4	1
Хр. очаги инфекции половых органов	21	2	2	3	1	3	3	6	1
Сочетание соматичес. и гинекол. хр. инфекций	17	5	2	2		2	1	5	
Сумма хронических инфекционных очагов*	89-48,6%	29- 69,6%	10-52,4%	8-50,0%	4-50,0%	16-69,0%	5-62,5%	15-50,0%	2-71,4%
в т.ч. хр. пиелонефрит	26	7	2	2	3	6		7	
Дисфункция яичников, вторичное бесплодие	11	2	3	1		1	2	2	
Анемия	26	6		5	6	4	1	2	2
Ожирение	16	3		2		5	3	2	1
Гипертоническая бол.	15	4	3			2	2	4	
Пороки сердца, ХСН	8				3		1	3	1
Сахарный диабет	8	1		1		1	3	1	1
Атеросклероз	7	2				1	2	2	

* – % хронических очагов инфекций в общем числе умерших женщин – всего и по федеральным округам.

эндометрита, воспаления культи влагалища, операционной раны, тромбофлебита, септицемии, ТЭЛА.

Наиболее часто инфекционные осложнения по типу «сепсис, септицемия» проявлялись в Южном ФО, а очаговые гнойно-инфекционные осложнения – в Сибирском ФО (табл. 9).

В тех случаях, когда проводился бактериологический анализ крови, ликвора, легких,

мочеполовых органов, мозговой ткани умерших женщин, в качестве возбудителей инфекции были выявлены: Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus, представители грамотрицательных факультативно-анаэробных условно-патогенных бактерий (Klebsiella pneumoniae) и типичные возбудители нозокомиальных инфекций – такие как Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa, а также Entorococcus,

Таблица 9

Инфекционная патология зарегистрированная у умерших женщин

	Всего	ЦФО	СЗФО	ЮФО	СКФО	ПФО	УФО	СФО	ДВФО
Всего женщин	183	46	21	16	13	29	16	30	7
ВСЕГО инфекционной патологии в том числе:	84-45,9 %	24-52,2%	11-52,4%	10-62,5%	4-30,8%	8-27,6%	8-50,0%	16-53,3%	3-42,9%
Сепсис, септицемия	43-23,5%	16-34,8%	4-19,1%	7-43,8%	2-15,4%	3-10,4%	2-12,5%	9-30,0%	0
Очаговые гнойно-инфекционные осложнения	41-22,4%	8-17,4%	7-33,3%	3-18,8%	2-15,4%	5-17,2%	6-37,5%	7- 43,8%	3-42,9%





Proteus mirabilis; грибковая (*Candida glabrata*) и вирусная (Human herpes virus, Epstein-Bar virus) флора. В 6 случаях у женщин был диагностирован грипп А (H1N1) swine.

Приведенные данные свидетельствуют о низких компенсаторно-защитных возможностях умерших женщин.

Одним из проявлений неблагополучия в организме является относительно высокая частота наблюдаемой в анамнезе и на протяжении текущей беременности так называемой «замершей» беременности при сроках гестации 5–9 и 15–19 недель. Согласно современным представлениям, одной из причин гибели продукта зачатия и прерывания беременности в указанные сроки является нарушение первой и второй волн цитотрофобластической инвазии – нарушение гестационной перестройки сосудистой системы матки и плацтации. При этом патологоанатомы так описывают плацентарные нарушения: «первичное поражение плаценты с нарушением созревания ворсчатого дерева и развитием маточно-плацентарной формы плацентарной недостаточности» (Тульская область); «неполная гестационная перестройка миометриальных сегментов маточно-плацентарных артерий» (Удмуртия, Челябинская область, Забайкальский край); «неполная гестационная перестройка сосудов матки, незрелая плацента с геморрагическими и ишемическими инфарктами и дистрофическими

изменениями» (республика Бурятия). В 6 территориях зафиксирована тяжелая хроническая фетоплацентарная недостаточность с гибелью плода и самопроизвольным прерыванием беременности. Максимально часто подобная патология наблюдалась в Приволжском, Южном и Центральном ФО (таблица 10).

По имеющимся данным, не наблюдались по поводу своей беременности в медицинской организации почти четверть умерших женщин – 24,6% (максимально часто – в ЦФО) и стали на учет в поздние сроки беременности – еще 4,4%. Аборты, самопроизвольные выкидыши и разрывы труб зарегистрированы у 29 чел. (15,8%). Рожали в «некомфортных условиях» 63 женщины (34,4%), из них: на дому – 11 матерей и в медицинских стационарах 1 уровня (ЦРБ и РБ) – 52, чаще всего в ЮФО и СКФО (в связи с нарастающей тяжестью состояния 17 женщин были переведены в процессе оказания медицинской помощи в стационары более высокого уровня) (таблица 11).

Самостоятельно рожали 38 женщин (20,8%); путем кесарева сечения – 95, что составляет 51,9% (чаще – в ПФО, ЮФО и ДВФО). По показаниям у 48 женщин была произведена экстирпация матки (максимально часто в ПФО, СФО и ДВФО). Умерли беременными 11 матерей (5 из них в УФО и СФО); смерть произошла на дому в 10 случаях (5,5%) – также в основном в УФО.

Таблица 10

Фетоплацентарная патология, зарегистрированная у умерших женщин

	Всего	ЦФО	СЗФО	ЮФО	СКФО	ПФО	УФО	СФО	ДВФО
Всего женщин	183	46	21	16	18	29	16	30	7
ВСЕГО фетоплацентарных нарушений, в том числе:	24-13,1%	7-15,2%		3-18,8%	1-5,6%	7-24,1%	1-6,3%	5-16,7%	
Замершая предшествующая беременность	3			2		1			
Замершая настоящая беременность	15-8,2%	5			1	3	1	5	
Хроническая ФП недостаточность	6	2		1		3			



Таблица 11

Основные сведения о медицинской помощи умершим женщинам

	Всего	ЦФО	СЗФО	ЮФО	СКФО	ПФО	УФО	СФО	ДВФО
Всего женщин	183	46	21	16	18	29	16	30	7
Не наблюдались в медицинских организациях	45-24,6%	16- 34,8%	6-28,6%	1-6,3%	6- 33,3%	4-13,8%	3-18,8%	7-23,3%	2-28,6%
Встали на учет в поздние сроки беременности	8-4,4%					4- 13,8%		4-13,3%	
Роды и аборты ВСЕГО, в том числе:	172	46	19	15	17	27	14	27	7
в МО 1 уровня*	52-30,2%	12-26,1%	7-36,8%	7- 46,7%	8- 47,1%	5-18,5%	3-21,4%	8-29,6%	2-28,6%
в МО 2 уровня*	83-48,3%	22-47,8%	12- 63,2%	5-33,3%	4-23,5%	16-59,3%	8-57,1%	13-43,3%	3-42,9%
в МО 3 уровня*	26-15,1%	7-15,2%	0	2-13,3%	5- 27,8%	6		5-18,5%	1-14,3%
Роды на дому*	11-6,4%	5		1			3	1	1
По тяжести состояния переведены: из 1 во 2 уров.	5		3				1	1	
из 2 в 3 уров.	6		1		1	3	1		
из 1 в 3 уров.	6			1	3			2	
Кесарево сечение	95-51,9%	22-47,8%	9-42,9%	10- 62,5%	10-55,6%	20- 69,0%	6-37,5%	13-43,3%	5-71,4%
Экстирпация матки		5-10,9%	5-23,8%	2-12,5%	3-16,7%	15- 51,7%	2-12,5%	13- 43,3%	3- 42,95
Умерли беременными**	11-6,0%		2-9,5%	1-6,3%	1-5,6%	2-6,9%	2- 12,5%	3- 10,0%	
Смерть матери на дому**	10-5,5%	4-8,7%				2-6,9%	3- 18,8%	1-3,3%	

* – Проценты от общего числа родов и преждевременного прерывания беременности.

** – Процент от общего числа умерших матерей.

Ятрогенные нарушения в представленных сведениях о 183 материнских смертях указаны в 17 случаях. Непосредственной причиной смерти ятрогенные нарушения можно считать в 11 случаях (таблица 12).

Как следует из приведенных данных, чаще в качестве причины смерти встречается **анафилактический шок**, который возник на введение различных препаратов: в Воронежской области – антибиотика **цефтриаксона** – с потерей сознания, геморрагическим отеком легких и гортани, субарахноидальными кровоизлияниями; в Марий-Эл – в результате парацервикальной анестезии **лидокаином** при аборте (с развитием отека легких и мозга,

острой эмфиземой легких, левосторонним гидротораксом и жидкой кровью); в Удмуртской республике – на введение препаратов **маркоина** и **цефтриаксона** во время кесарева сечения (в виде бронхоспазма с десквамацией бронхиального эпителия в легких и фибриноидного набухания сосудов микроциркуляторного русла), а также в виде анафилактического синдрома (бронхоспазма альвеол, отека легких и мозга) при родовозбуждении **окситоцином**.

Травматический тотальный двухсторонний пневмоторакс возник в Москве в результате двух неудачных попыток трахеостомии, осложнившихся эмфиземой средостения





Таблица 12

Ятрогенные осложнения в структуре материнской смертности в 2016 г.

	Всего	ЦФО	СЗФО	ЮФО	СКФО	ПФО	УФО	СФО	ДВФО
Всего женщин	183	46	21	16	18	29	16	30	7
Всего ятрогенных осложнений	17- 9,3%	7-1 5,2%			1- 5,6%	3- 10,3%	3- 18,8%	3- 10,0%	
Непосредственная ятрогенная причина смерти женщин – 11 случаев (6,0%)									
Анафилактический шок	4	1				3			
Неудачные попытки трахеостоми- и-тотальный пневмоторакс	2	1			1				
Ранение подключичной вены с развитием пневмо- и гемато- роксаторакса	2	2							
Осложнение реанимации с разрывом капсулы печени и внут/брюш. кровотечением	1	1							
Чрезмерное кровотечение при введении мифепристона без учета рубцовых изменений матки после 2-х кесар. сечений	1						1		
Аспирационный синдром	1						1		
Сопутствующая ятрогенная причина смерти женщин – 6 случаев (3,3%)									
Переломы тела грудины и ребер	1	1							
Пристеночный тромб верхней полной вены при пункции и ка- тетеризации подключичной вены справа	1						1		
Эзофагит при назогастраль- ном зонде и цистит при катете- ризации мочевого пузыря	1							1	
Инфицирование раны тела матки после кесарева сечения	1	1							
Ранение мочевого пузыря	2							2	

и подкожно-жировой клетчатки верхней части туловища, шеи, лица, баротравмой обеих легких с развитием коллапса, а также в Дагестане – в виде ятрогенного тотального напряженного травматического пневмоторакса.

При попытках пункции правой яремной вены также в Москве в одном случае произошло сквозное ранение стенок правой подключичной артерии и купола плевры с развитием пневмоторакса, гематомы мягких тканей лица, шеи, грудной клетки и переднего средостеня, тяжелой анемии, а в другом – также правостороннего пневмоторакса и кардиомиопатии.

При проведении реанимационных мероприятий возникли закрытый перелом грудины с ранением капсулы печени по передней ее поверхности и внутрибрюшинное кровотечение. Переломы тела грудины, II–IV ребер справа и IV–V ребер слева случились при проведении реанимационных мероприятий при развитии реанимационных мероприятий при развитии кардиомиопатии в процессе кесарева сечения по поводу клинически узкого таза.

В ряде случаев катастрофическое развитие событий с гибелью женщин происходит в результате недооценки анамнестических данных, в частности, предшествующих кесаревых сечений с наличием истинного приращения



Таблица 13

Сведения о предотвратимости материнских смертей

	Всего	ЦФО	СЗФО	ЮФО	СКФО	ПФО	УФО	СФО	ДВФО
Всего женщин	183	46	21	16	18	29	16	30	7
Смерть: - предотвратимая	15- 8,2%	6- 12,5%	2- 9,5%	1- 6,3%	0	0	1- 6,3%	4- 13,3%	1- 14,3%
- условно предотвратимая	72- 39,3%	18- 39,1%	7- 33,3%	6- 37,5%	10- 55,6%	12- 41,4%	4- 25,0%	12- 40,0%	3- 42,9%
- непредотвратимая	96 52,5%	22- 47,8%	12- 57,1%	9- 56,3%	8- 44,4%	17- 58,6%	11- 68,8%	14- 46,7%	3- 42,9%

плаценты. Так, в Тюменской области после двух кесаревых сечений в анамнезе и отказа женщины от 3-ей аналогичной операции при преждевременном излитии околоплодных вод в 19–20 недель беременности был применен для индукции родов препарат мифепристон, повышающий сократительную способность миометрия. В связи с истинным приращением плаценты после предшествующих кесаревых сечений в ответ на введение мифепристона возникло чрезмерное кровотечение с развитием геморрагического шока IV степени со смертельным исходом.

В Ямало-Ненецком АО при множественной патологии женщины непосредственной причиной смерти стал аспирационный синдром с развитием аспирационного пневмонита.

В целом квалификация причин материнской смерти была определена медицинским сообществом территорий как предотвратимая в 15 случаях (8,2%), условно предотвратимая в 72 случаях (39,3%) и как непредотвратимая – в большинстве (в 96 случаях – 52,5%) (таблица 13) – (данные нуждаются в серьезной проверке).

Среди потомства: у 20 женщин беременность прервалась в ранние сроки беременности; 10 женщин погибло беременными; 70 детей родились доношенными и 83 – недоношенными. Более трети детей (58 из 153 родившихся живыми – 36,7%) погибли антенатально.

ОБСУЖДЕНИЕ

На основании полученных данных, на протяжении последних трех лет четко снижается как

общее число умерших женщин, так и перечень прямых причин, обусловивших их гибель. Однако их число остается высоким, и неизменно растет частота косвенных причин смерти, обусловленных, в первую очередь, экстрагенитальной патологией, что совпадает с аналогичным выводом И.И. Баранова и З.З. Токовой [9].

Среди *контингентов умерших все больше вырисовывается когорта* немолодых женщин (30–49 лет), более трети которых (34,4%) проживает в сельской местности и почти 1/5 часть имеет комплексные проявления социального неблагополучия (ВИЧ-инфицирование, вирусный гепатит, наркотизацию, алкоголизацию, туберкулез, сифилис в анамнезе, что соответствует публикациям И.И. Баранова и З.З. Токовой [10]), а также анемию, ожирение и множественные очаги хронической инфекции.

У значимой части женщин выявляются признаки деградации организма в виде атеросклероза, дисфункции яичников и вторичного бесплодия – со смертельным исходом при попытках деторождения [11].

С годами *нарастает фетоплацентарная патология*, что проявляется не только хронической фетоплацентарной недостаточностью на фоне продолжающейся беременности, но и замершей беременностью – следствием глубокого нарушения гестационной перестройки сосудистой системы матки и плацентации с гибелью продукта зачатия и самопроизвольным прерыванием беременности [12,13,14].

Следует отметить также *увеличивающуюся с годами генерализацию инфицирования*





и все большее участие в этом возбудителей нозокомиальных инфекций, грибковой и вирусной флоры [15,16].

Официально признанные септические осложнения аборт, беременности и родов зарегистрированы в 2016 г. в 43 случаях (из них в качестве прямых акушерских причин материнской смерти – 25), однако очаговые гнойно-инфекционные осложнения отмечены в разделе патологоанатомического диагноза еще у 41 женщины. Таким образом, процесс инфицирования умерших женщин в 2016 г. достиг 45,9% (84 из 183), тогда как в 2014 г. аналогичный контингент составил 78 из 224 (34,8%), а в 2015 г. – 82 женщины из 190 (43,2%).

Особую тревогу вызывает **наличие и от-носительный рост ятрогенных осложнений** – как в отношении не вполне умелой катетеризации сосудов и трахеостомии, небережного оказания реанимационной помощи, так и недостаточного сбора анамнеза в отношении возможного наличия аллергии и выборочного применения лекарственных препаратов [17,18], а также предшествующих кесаревых сечений с дислокацией и плотным приращением плаценты – при наличии возможностей оценки состояния рубца на матке, приращения плаценты и предотвращения родового массивного кровотечения [19,20].

Приведенные данные в очередной раз свидетельствуют о необходимости более полной постановки на диспансерный учет беременных женщин, осуществления полноценного медико-социального патронажа семьи и женщин, особенно находящихся в трудной жизненной ситуации, усиления профилактической и корректирующей работы по оздоровлению будущих матерей, борьбе с инфекциями и повышению квалификации медицинского персонала.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современных непростых социально-экономических условиях [21] забота о количестве и качестве будущего поколения должна реально стать задачей государственной

важности, находить поддержку у действующей администрации региона [22].

Контроль материнской смертности предоставляет возможность сконцентрировать внимание на «болевых точках» и наиболее эффективно построить реабилитирующие, коррегирующие и профилактические мероприятия по улучшению здоровья матерей и сохранению потомства [23,24,25,26]. Немаловажную роль в этом играет система предоставления данных о материнской смертности.

Трехлетний опыт сбора и анализа данных по материнской смертности показал, что предложенный и апробированный список положений, характеризующих каждую материнскую смерть, нуждается в ряде уточнений.

Полный набор положений и актуализированных дополнений (выделены курсором), необходимых для полноценного анализа причин и определения предотвратимости материнской смертности по территориям РФ, разработанный на основе анализа причин и предотвратимости материнских смертей в Российской Федерации, может быть представлен в следующем виде:

1. Возраст женщины.
2. Место жительства (регион, *город* или *село*).
3. Место наблюдения за беременной (медицинская организация, уровень).
4. Срок постановки на учет в женской консультации (*срок гестации*).
5. Дата поступления в стационар.
6. Дата и место родов (*для медицинской организации указать уровень и является ли она учреждением родовспоможения*).
7. Срок беременности на момент родов.
8. Беременность и роды по счету.
9. *Наличие в анамнезе кесаревых сечений, замерших беременностей, фето-плацентарных нарушений, самопроизвольных выкидышей.*
10. Экстрагенитальная патология.
11. Гинекологическая заболеваемость.
12. *Осложнения беременности.*
13. Метод родоразрешения.



14. Осложнения родов.
15. Оперативные вмешательства (вид, дата, осложнения).
16. Заключительный клинический диагноз (основной, осложнения, сопутствующий), код по МКБ-Х.
17. Дата и место смерти (для медицинской организации указать уровень и является ли учреждением родовспоможения; срок беременности на момент смерти или срок послеродового периода).
18. Патологоанатомический диагноз (основной, фоновое заболевание, осложнения), код по МКБ Х.
- 19. Причины смерти – формулировка и код по МКБ.**
20. Наличие ятрогенных осложнений.

21. Прямая акушерская причина смерти (1) или косвенная акушерская причина (2).
22. Предотвратимость смерти:
 - 1 – предотвратима;
 - 2 – условно предотвратима;
 - 3 – непредвратима.
23. Сведения о ребенке (родился живой/ мертвый, масса тела, длина тела; оценка по шкале Апгар; погиб ante-, интранатально, на какой день жизни).

Для достижения желаемого результата необходимо строго придерживаться предлагаемого списка, соблюдая тем идентичность представляемых данных различными территориями, а также обеспечивая их полноту и достоверность.



Литература

1. Юсупова А.Н., Суханова Л.П., Глушенкова В.А. Клинико-статистический анализ современных тенденций материнской смертности в России. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2009; 4: 14–19.
2. Шувалова М.П., Фролова О.Г., Ратушняк С.С., Рябинкина И.Н. Взаимосвязь показателей материнской и перинатальной смертности в субъектах Российской Федерации. *Акушерство и гинекология*. 2012; 8/2: 70–74.
3. Фролова О.Г., Шувалова М.П. Гусева Е.В., Рябинкина И.Н. Материнская смертность на современном этапе развития здравоохранения. *Акушерство гинекология*. 2016; 12: 121–124.
4. Логотова Л.С., Ан А.В. Современные подходы к оказанию акушерской помощи с целью снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2012; т. 12; 6: 4–6.
5. Бушмелева, Н.Н. Дефекты оказания медицинской помощи в случаях материнской смерти на уровне региона [Электронный ресурс] *Социальные аспекты здоровья населения*. 2014; 3(37). – Режим доступа: <http://vestiik.mednet.ru/content/View/565/30/1ang.ru/>.
6. Старченко А.А. Материнская и неонатальная смертность: квинтэссенция в проблеме дефектов оказания медицинской помощи в Российской Федерации. *Менеджер здравоохранения*. 2013; 1:64–67.
7. Рыжова Н.К. Медико-социальные проблемы материнской смертности в популяции мегаполиса и инновационные организационные технологии, направленные на снижение материнских потерь (на примере г. Нижнего Новгорода). 2014; канд. дисс.: 226 с.
8. Филиппов О.С., Гусева Е.В. Оценка эффективности организационной модели акушерской помощи в Российской Федерации. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2010. Т. 4; 2:16–20.
9. Баранов И.И., Токова З.З. Непрямые причины материнской смертности. *Акушерство и гинекология*. 2012; 4/2: 92–96.
10. Баранов И.И., Токова З.З. Материнские потери среди ВИЧ-инфицированных женщин в Российской Федерации. *Акушерство и гинекология*. 2012; 2: 62–66.
11. Баранов И.И., Токова З.З. Структура материнской смертности в России у женщин с бесплодием в анамнезе. *Акушерство и гинекология*. 2013; 1: 85–88.





12. Милованов А. П., Кириченко А. К. Цитотрофобластическая инвазия – ключевой механизм развития нормальной и осложненной беременности. Красноярск. 2009.

13. Лукьянова Е. В., Михайлова О. И., Тютюнник В. Л. Состояние фетоплацентарного комплекса при различных вариантах нарушений формирования ворсинчатого дерева. Акушерство и гинекология. 2011; 1: 27–31.

14. Волкова Е. В., Копылова Ю. В. Роль сосудистых факторов роста в патогенезе плацентарной недостаточности. Акушерство, гинекология и репродукция. 2013; 7: 2: 29–33.

15. Тетелютина Ф. К., Пименова Л. И., Ризванова Э. Р., Бушмелева Н. Н. [и др.]. Клиническая характеристика послеродовых септических заболеваний. Материалы V Регионального научного форума «Мать и дитя». Геленджик, 2011: 136–137.

16. Заболотских И. Б., Пенжоян Г. А., Мусаева Т. С., Гончаренко С. И. Анализ факторов риска летального исхода у беременных и родильниц при тяжелом течении гриппа H1N1. Анестезиология и реаниматология. 2010; 6: 30–32.

17. Токова З. З., Суханова Л. П. Ятрогенные причины материнской смертности. Российский медицинский журнал. 2008; 4: 3–5.

18. Кукарская И. И. Ошибки акушерско-гинекологической помощи у женщин, умерших во время беременности, родов и послеродовом периоде. Акушерство и гинекология. 2011; 5: 222–226.

19. Болотова О. В. Современные возможности оценки состояния рубца на матке после кесарева сечения. Акушерство и гинекология. 2009; 5: 7–10.

20. Савельева Г. М., Курцер М. А., Бреслав И. Ю., Панина О. Б., Андреев А. И., Барыкина О. П., Латышкевич О. А. Вростание подлежащей плаценты (placenta acceta) у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения. Акушерство и гинекология. 2015; 11: 41–45.

21. Шкарин В. В., Величковский Б. Т., Позднякова М. А. Социальный стресс и медико-демографический кризис в России. Н. Новгород: Изд. НГМА. 2006; 159 с.

22. Абдрахманов Р. М., Халилов Б. В. Репродуктивное здоровье – одна из важнейших проблем современной медицины. Ремедиум Приволжье. 2013; 4: 50.

23. Протопопова Н. В. Роль перинатального центра в снижении материнской и перинатальной смертности в Иркутской области. Акушерство и гинекология. 2009; 4: 47–50.

24. Филиппов О. С., Гусева Е. В. Модернизация анестезиолого-реанимационной помощи в акушерстве как фактор снижения материнской смертности. Акушерство и гинекология. 2009; 5: 52.

25. Башмакова Н. В., Ковалев В. В., Татарева С. В., Зильбер Н. А., Каюмова А. В., Давыденко Н. Б., Вартапетова Н. В. Профилактика материнской смертности: мониторинг при беременности и в родах. Акушерство и гинекология. 2011. 2: 86–92.

26. Материнская смертность. Информационный бюллетень № 348; Ноябрь 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/ru/>.

UDC 614

Tsybul'skaya I. S., Nizamova E. R. Analysis of maternal deaths in the Russian Federation in 2016 (Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. The article presents analysis of information of constituent entities of the Russian Federation on 183 cases of maternal death in 2016 Identified a reduction in the direct and relative increase in indirect obstetric causes. On the background of a General decline direct causes increase of postpartum hemorrhage, septic and iatrogenic complications. Among the indirect to the greatest extent growing diseases of the circulatory system. The maximum role in the death women UFO antisocial environment; the deaths of women CFD foci of chronic infection and iatrogenic; women PFO fetoplacental violations. Offers advanced unified scheme of collecting information on maternal deaths for the realization of the possibility of introducing specific reasons and to develop effective measures for their correction and prevention.

Keywords: direct and indirect maternal death, eclampsia, obstetric embolism, antepartum and postpartum hemorrhage, septic and iatrogenic complications, and non-developing pregnancy, fetoplacental insufficiency, unified scheme of collecting information on maternal deaths.



В. Н. Викторов,

к.м.н., главный врач АУ «Городская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии,
г. Чебоксары, Viktorov.gspcheb@yandex.ru

ВОПРОСЫ ИНТЕГРАЦИИ СИСТЕМ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

УДК 614.2

Викторов В. Н. Вопросы интеграции систем внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и менеджмента качества медицинской организации (АУ «Городская стоматологическая поликлиника» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, г. Чебоксары, Россия)

Аннотация. На примере приведения системы менеджмента качества крупного стоматологического объединения в соответствие национальному стандарту Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 9001–2015 «Системы менеджмента качества. Требования» показана возможность и целесообразность интегрирования системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в конкретные внутренние стандарты и документы СМК медицинской организации. Интеграция двух систем позволит избежать дублирования функций, процедур контроля и его документального оформления, обеспечит более детальную проработку процедур внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности за счет привязки их к рабочим процессам медицинской организации.

Ключевые слова: система менеджмента качества, внутренний контроль, качество и безопасность медицинской деятельности, интеграция.

Введение

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Постановлением Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности», в медицинских организациях страны должны функционировать системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности [1]. Структура, функционал и нормативное содержание данной системы активно обсуждаются в последние годы в медицинском сообществе [2–5].

С другой стороны, эффективным и получившим мировое признание средством достижения высокого качества медицинских услуг является внедрение в медицинских организациях систем менеджмента качества (СМК), соответствующих международным стандартам ISO серии 9000 [6–8].

На предприятиях и в учреждениях Чувашской Республики, в том числе в медицинских организациях, процесс внедрения СМК и их

© В. Н. Викторов, 2017 г.



сертификация на соответствие стандартам ISO осуществляется в рамках Подпрограммы «Качество» Государственной программы Чувашской Республики «Экономическое развитие и инновационная экономика на 2012–2020 гг.» [9]. В настоящее время сертифицированные СМК внедрены и функционируют в восьми государственных медицинских учреждениях Чувашии, в том числе с 2010 года – в АУ «Городская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии.

Цели, задачи, механизмы СМК медицинской организации во многом перекликаются с целями, задачами и механизмами их реализации в системе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а в некоторых своих разделах СМК дублирует функции системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

С целью исключения вопросов дублирования, оптимизации управления и повышения эффективности функционирования, на наш взгляд, в медицинских организациях с действующими системами менеджмента качества целесообразно интегрировать систему внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствующие разделы СМК. Особенно актуальным это становится после принятия в 2015 г. национального стандарта Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 9001–2015 «Системы менеджмента качества. Требования» [10]. В связи с необходимостью приведения документации сертифицированных СМК в соответствие новым положениям и требованиям ГОСТ Р ИСО 9001–2015 в срок до 2018 г., возможность интеграции, а также в ее рамках дальнейшее совершенствование и развитие систем с учетом предложений и рекомендаций [2–5], становится вполне возможным и целесообразным.

Цель данной работы – показать для медицинских организаций, имеющих сертифицированные СМК (в соответствии с ГОСТ Р ИСО 9001–2011) или собирающихся внедрить у себя СМК (по новому стандарту ГОСТ Р

ИСО 9001–2015), возможность и целесообразность интеграции системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в конкретные внутренние стандарты и документы СМК, соответствующие новому федеральному стандарту, а также удовлетворяющие предложениям и рекомендациям [2–5].

Материалы и методы

Анализ документации СМК, ежегодной отчетности руководства по качеству и статистических данных по качеству крупного стоматологического объединения.

Результаты и обсуждение

Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 9001–2015 «Системы менеджмента качества. Требования» определяет общие параметры, принципы построения и функционирования СМК любой организации. Естественно, что СМК каждой конкретной организации, в том числе медицинской, имеют свои отличия в плане организации и сопровождения рабочих процессов, обеспечения их необходимыми ресурсами, организации контроля, механизмов совершенствования и развития.

Новая версия стандарта декларирует применение трёх «концепций» [11], на основе которых должна строиться система менеджмента качества.

Первая «концепция» – это концепция процессного подхода. В соответствии с этой концепцией, вся деятельность организации рассматривается как набор процессов. В отличие от функционального подхода, управление процессами позволяет концентрироваться не на работе каждого из подразделений, а на результатах работы организации в целом. Процессный подход меняет понятие структуры организации. Основным элементом становится процесс. В соответствии с одним из принципов процессного подхода, организация состоит не из подразделений, а из процессов.



Вторая «концепция» – это концепция применения цикла PDCA (Планируй – Делай – Проверь – Действуй). Эта концепция заложена в структуру требований стандарта. Для построения системы качества необходимо спланировать выполнение требований, применить их в работе, получить обратную связь (получить данные контроля, мониторинга и измерений) и внести необходимые коррективы в реализацию требований.

«Концепция» риск-ориентированного мышления в явном виде декларируется только в новой версии стандарта (ИСО 9001:2015). Система качества создаётся и работает для того, чтобы предотвратить или снизить вероятность возникновения проблем (рисков) в деятельности организации. Риск-ориентированное мышление позволяет организации определять факторы, которые

могут привести к отклонению от запланированных результатов процессов и системы менеджмента качества организации, а также использовать предупреждающие средства управления для минимизации негативных последствий и максимального использования возникающих возможностей.

СМК строится на основе следующих принципов:

- ориентация на потребителя;
- лидерство;
- взаимодействие людей;
- процессный подход;
- улучшение;
- принятие решений, основанных на свидетельствах;
- менеджмент взаимоотношений.

Вышеперечисленные концепции и принципы в завуалированном виде представлены

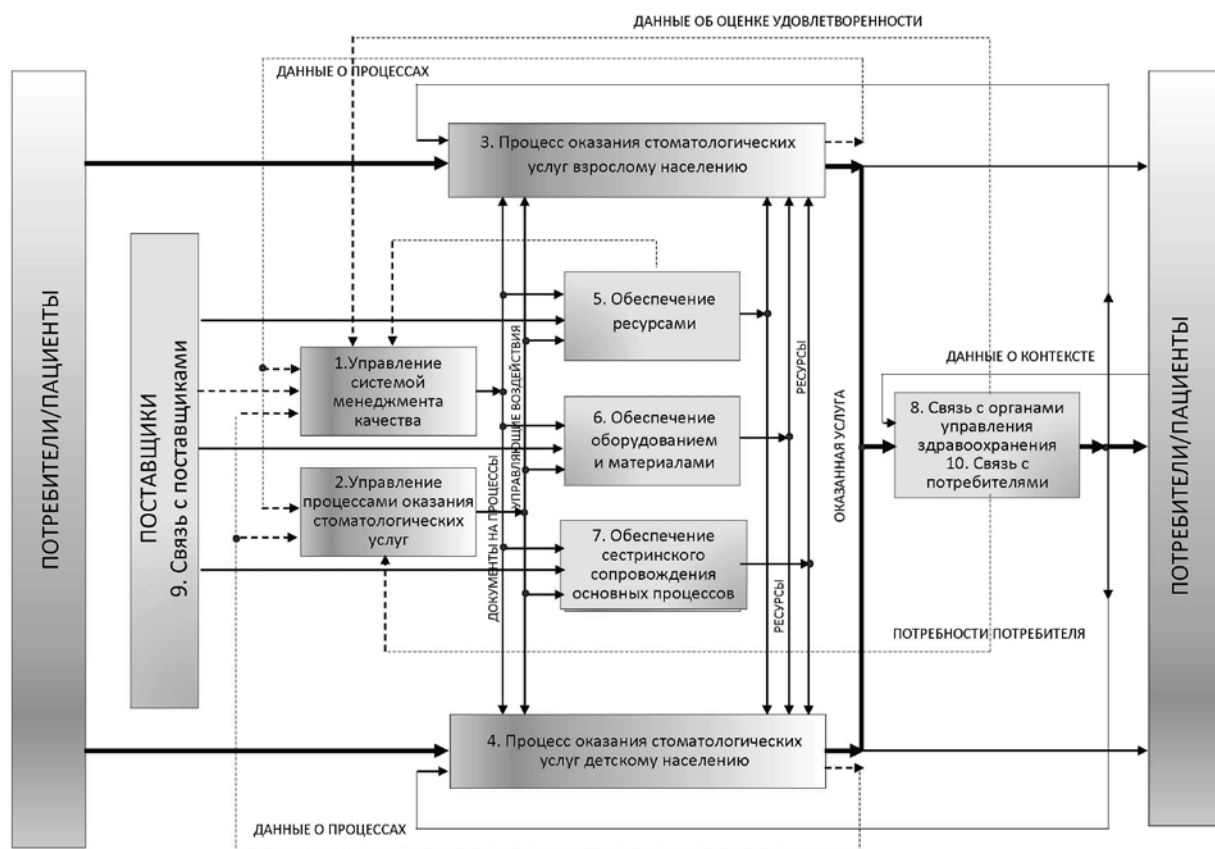


Рис. 1. Модель системы менеджмента качества объединения





и в рекомендациях по организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности [1–5].

Раздельное существование и функционирование двух систем по крайней мере нерационально по причине возможного дублирования действий и их документального оформления по взаимосвязанным направлениям.

Рассмотрим ключевые моменты организации СМК в соответствии с ИСО 9001:2015 и возможность интегрирования в нее системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности на примере крупного стоматологического объединения, включающего десять филиалов-поликлиник, АУ «Городская стоматологическая поликлиника» Минздрава Чувашии (далее – объединение).

Модель системы менеджмента качества объединения представлена на *рис. 1*.

В модели деятельность объединения представлена в виде законченных процессов, имеющих входы (обозначены входящими стрелками) и выходы (обозначены выходящими стрелками), руководителя процесса. Модель включает внутренние и внешние процессы. Внутренние процессы состоят из основных и вспомогательных процессов. Сложные процессы разбиты на рабочие подпроцессы. Пунктирными линиями обозначены обратные связи процессов.

Перечень процессов СМК объединения представлен в *таблице 1*.

В соответствии с Положением о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности,

Таблица 1

Перечень процессов СМК объединения

№	Наименование процесса	Владелец процесса
ВНУТРЕННИЕ ПРОЦЕССЫ		
Основные процессы		
1. Управление системой менеджмента качества		
1	- РП.01 – «Управление системой менеджмента качества»;	Главный врач
2. Управление процессами оказания стоматологических услуг		
2	- РП.02 – «Управление процессом оказания стоматологических услуг»;	Заместитель главного врача по медицинской части – в части РП.03. Заместитель главного врача по детской стоматологии – в части РП.04
	- РП.02.01 – «Управление статистическими данными процесса оказания стоматологических услуг»;	Заведующий организационно-методическим отделом
	- РП.02.02 – «Управление клинико-экспертной работой»;	Заместитель главного врача по клинико-экспертной работе
	- РП.02.03 – «Юридическое сопровождение процесса оказания стоматологических услуг»;	Юрисконсульт
3. Процесс оказания стоматологических услуг взрослому населению		
3	- РП.03 – «Оказание стоматологических услуг взрослому населению»;	Ответственные за работу поликлиник
	- РП.03.01 – «Оказание терапевтических услуг в рамках ОМС»;	Заведующие отделениями терапевтической стоматологии
	- РП.03.02 – «Оказание хозрасчетных терапевтических услуг»;	Заведующие отделениями хозрасчетной терапевтической стоматологии
	- РП.03.03 – «Оказание ортопедических услуг»;	Заведующие отделениями ортопедической стоматологии
	- РП.03.04 – «Оказание ортодонтических услуг»;	Заведующие отделениями ортодонтической стоматологии
	- РП.03.05 – «Оказание услуг неотложной стоматологической помощи»;	Заведующий отделением неотложной стоматологической помощи



	- РП.03.06 – «Оказание услуг имплантологии»;	Руководитель центра имплантологии
	- РП.03.07 – «Оказание диагностических услуг»;	Заместитель главного врача по медицинской части
4. Процесс оказания стоматологических услуг детскому населению		
4	- РП.04 – «Оказание стоматологических услуг детскому населению»;	Ответственные за работу поликлиник
	- РП.04.01 – «Оказание терапевтических услуг детскому населению»;	Заведующие детскими лечебно-профилактическими отделениями
	- РП.04.02 – «Оказание ортодонтических услуг детскому населению»;	Заведующие отделениями ортодонтической стоматологии
	- РП.04.03 – «Профилактическая работа с детским населением»;	Заведующие детскими лечебно-профилактическими отделениями
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ		
5. Обеспечение ресурсами		
5	- РП-вс.05 – «Обеспечение ресурсами»;	Главный врач
	- РП-вс.05.01 – «Кадровые ресурсы и управление персоналом»;	Начальник отдела кадров
	- РП-вс.05.02 – «Финансовая деятельность»;	Главный бухгалтер
	- РП-вс.05.03 – «Деятельность по информатизации Учреждения»;	Начальник отдела информатизации и телекоммуникаций
	- РП-вс.05.04 – «Обеспечение функционирования инфраструктуры»;	Заместитель главного врача по хозяйственным вопросам
	- РП-вс.05.05 – «Охрана труда на рабочих местах»;	Специалист по охране труда
6. Обеспечение оборудованием и материалами		
6	- РП-вс.06 – «Обеспечение оборудованием и материалами»;	Заместитель главного врача по медицинскому обеспечению
	- РП-вс.06.01 – «Обеспечение оборудованием, стоматологическими материалами и медикаментами»;	Ответственные за работу филиалов
	- РП-вс.06.02 – «Обеспечение строительными и вспомогательными материалами»;	Начальник отдела снабжения
7. Обеспечение сестринского сопровождения основных процессов		
7	РП-вс.07 – «Обеспечение сестринского сопровождения основных процессов»;	Главная медицинская сестра
	РП-вс.07.01 – «Обеспечение процесса стерилизации инструментов»;	Главная медицинская сестра
	РП-вс.07.02 – «Обеспечение санитарно-эпидемиологического режима»;	Главная медицинская сестра
ВНЕШНИЕ ПРОЦЕССЫ		
8. Связь с органами управления здравоохранения		
8	- РП-вн.08 – «Организационно-методическое обеспечение Учреждения»;	Заведующий организационно-методическим отделом
9. Связь с поставщиками		
9	- РП-вн.09 – «Связь с поставщиками»;	Заместитель главного врача по медицинскому обеспечению
10. Связь с потребителями		
10	- РП-вн.10 – «Связь с потребителями»;	Заместители главного врача
	- РП-вн.10.01 – «Маркетинговые исследования»;	Начальник отдела маркетинга и инноваций
	- РП-вн.10.02 – «Поддержание связи с потребителями»;	Заведующий организационно-методическим отделом
	- РП-вн.10.03 – «Оказание справочно-консультативной услуги».	Ответственные за работу филиалов





Интеграция процедур внутреннего контроля качества медицинской деятельности в процессы СМК

№ п/п	Документы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности	Карты и алгоритмы процессов СМК
1.	Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья населения	РП.02 – «Управление процессом оказания стоматологических услуг»; РП.03 – «Оказание стоматологических услуг взрослому населению»; РП.04 – «Оказание стоматологических услуг детскому населению»; РП-вн.10.02 – «Поддержание связи с потребителями»;
2.	Соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи	РП.02 – «Управление процессом оказания стоматологических услуг»; РП.03 – «Оказание стоматологических услуг взрослому населению»; РП.04 – «Оказание стоматологических услуг детскому населению»;
3.	Соблюдение порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований	РП.02 – «Управление процессом оказания стоматологических услуг»;
4.	Соблюдение медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций ограничений, применяемых к указанным лицам при осуществлении профессиональной деятельности	РП.02 – «Управление процессом оказания стоматологических услуг»;
5.	Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности	РП.02.02 – «Управление клинико-экспертной работой».

утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 1152 и рекомендациями [2,3], в медицинской организации должны быть пакеты документов, перечень которых в условном разделении по качеству и безопасности представлен в левой колонке таблиц 2,3. В правой колонке таблиц показаны процессы СМК, в карты и алгоритмы которых могут быть включены процедуры, регламентированные соответствующими документами внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности организации.

Карта процесса включает: наименование процесса; владельца процесса; цель; критерии измерения (показатели результативности); нормативные документы, требованиям которых отвечает данный процесс; входы процесса; выходы процесса; ресурсы. В алгоритме

процесса определена процедура осуществления процесса.

При данном подходе, на наш взгляд, будут более четко и более конкретно прописаны механизмы реализации внутреннего контроля в подразделениях – участниках процессов, а также его исполнение и контроль на более высоких уровнях, определенных в регламентах.

Принимая во внимание определение безопасности медицинской деятельности [3] и ее компоненты [2], а также ориентацию стандарта ИСО 9001:2015 на новую «концепцию» риск-ориентированного мышления, направленного на выявление и нейтрализацию рисков, в том числе и в здравоохранении [12,13], вопросы интегрирования системы безопасности медицинской деятельности в СМК медицинской организации становятся весьма актуальными.



Таблица 3

Интеграция процедур внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности в процессы СМК

№ п/п	Документы по внутреннему контролю безопасности медицинской деятельности	Карты и алгоритмы процессов СМК
1.	Обеспечение безопасности медицинских вмешательств и медицинских услуг	РП.02 – «Управление процессом оказания стоматологических услуг»; РП.03 – «Оказание стоматологических услуг взрослому населению»; РП.04 – «Оказание стоматологических услуг детскому населению»;
2.	Обеспечение безопасного обращения медицинских изделий	РП-вс.06 – «Обеспечение оборудованием и материалами»; РП-вс.07.01 – «Обеспечение процесса стерилизации инструментов»;
3.	Обеспечение безопасного обращения лекарственных средств	РП-вс.06.01 – «Обеспечение оборудованием, стоматологическими материалами и медикаментами»;
4.	Обеспечение инфекционной безопасности в медицинской организации	РП-вс.07.02 – «Обеспечение санитарно-эпидемиологического режима»;
5.	Обеспечение безопасного обращения медицинских отходов	РП-вс.07 – «Обеспечение сестринского сопровождения основных процессов»;
6.	Обеспечение надлежащего уровня подготовки и квалификации медицинских кадров	РП-вс.05.01 – «Кадровые ресурсы и управление персоналом»;
7.	Обеспечение безопасности при обработке персональных данных и работе с конфиденциальной информацией	РП-вс.05.03 – «Деятельность по информатизации Учреждения»;
8.	Обеспечение безопасных условий труда	РП-вс.05.05 – «Охрана труда на рабочих местах».

Пакеты документов, непосредственно относящихся к системе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности организации, логично включить в один из внутренних стандартов СМК организации, например стандарт «Внутренние аудиты».

Выводы

1. Для медицинских организаций, имеющих сертифицированные СМК (в соответствии с ГОСТ Р ISO 9001–2011) или собирающихся внедрить у себя СМК (по новому стандарту ГОСТ Р ИСО 9001–2015), возможно

и целесообразно интегрировать систему внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в конкретные внутренние стандарты и документы СМК, соответствующие новому федеральному стандарту.

2. Интеграция двух систем позволит избежать дублирования функций, процедур контроля и его документального оформления, обеспечит более детальную проработку процедур внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности за счет привязки их к рабочим процессам медицинской организации.



Литература

1. Приказ Минздравсоцразвития Чувашии от 14 октября 2013 г. № 1770 «Об организации и проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в учреждениях здравоохранения Чувашской Республики» [Интернет]. [http://gov.cap.ru/SiteMap.aspx? gov_id=11&id=1648217](http://gov.cap.ru/SiteMap.aspx?gov_id=11&id=1648217) / (Дата обращения 13.11.2016).





2. Пивень Д.В., Кицул И.С. О формировании новой системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности в здравоохранении Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. – № 2. – 2013. – С. 16–26.
3. Пивень Д.В., Кицул И.С. Качество медицинской помощи или качество и безопасность медицинской деятельности: что же сегодня все-таки контролируется в медицинских организациях? // Менеджер здравоохранения. – № 5. – 2014. – С. 6–12.
4. Пивень Д.В., Кицул И.С. Содержание внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации: каким оно должно быть и что этому мешает // Менеджер здравоохранения. – № 11. – 2014. – С. 6–10.
5. Пивень Д.В., Кицул И.С. О формировании нового содержания работы руководителя медицинской организации по обеспечению и контролю качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. – № 10. – 2015. – С. 18–25.
6. Эмануэль А.В. Внедрение международных стандартов системы ISO в России – проблемы и перспективы // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – № 3. – 2008. – С. 55–58.
7. Сон И.М. Управление качеством диспансеризации взрослого населения в амбулаторно-поликлиническом объединении на основе процессного подхода / И.М. Сон, А.А. Тяжелников, А.Ш. Сененко, А.В. Юмуян, Н.В. Волкова // Менеджер здравоохранения. – № 8. – 2015. – С. 18–29.
8. Мухтасарова Т.Р. Внедрение системы менеджмента качества в амбулаторно-поликлиническом объединении (пилотный проект в условиях новой организационной формы) / Т.Р. Мухтасарова, А.В. Погодин, А.А. Тяжелников, Л.Л. Колосов // Вестник Росздравнадзора. – № 4. – 2013. – С. 43–46.
9. Подпрограмма «Качество» государственной программы Чувашской Республики «Экономическое развитие и инновационная экономика на 2012–2020 гг.», введена Постановлением Кабинета Министров ЧР от 13.02.2014 г. [Интернет]. http://gov.cap.ru/SiteMap.aspx?gov_id=15&id=13505 / (Дата обращения 15.11.2016 г.).
10. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 9001–2015 «Системы менеджмента качества. Требования» – М.: Стандартинформ, 2015. – 24 с.
11. Стандарты ИСО серии 9000 [Интернет]. <http://www.kpms.ru/standart.htm> / (Дата обращения 15.11.2016 г.).
12. Кучеренко В.З. Организационно-управленческие проблемы рисков в здравоохранении и безопасности медицинской практики / В.З. Кучеренко, Н.В. Эккерт // Вестник Российской академии медицинских наук. – № 3. – 2012. – С. 18–20.
13. Кицул И.С. Идентификация профессиональных рисков в стоматологии / И.С. Кицул, А.А. Макаревич, В.Г. Диханова, Д.С. Арутюнов, Д.О. Санодзе // Сибирский медицинский журнал. – № 1. – 2009. – С. 64–65.

UDC 614.2

Viktorov V.N. *The integration of the systems of internal control of the quality and safety of medical activity and quality management of medical organizations* (AU «City dental clinic» Ministry of health of the Chuvash Republic, Cheboksary, Russia)

Abstract. For example, regarding the system of quality management large dental enterprises in conformity to national standard of Russian Federation GOST R ISO 9001–2015 «quality management System. Requirements» shown the possibility and feasibility of the integration of the system of internal control of the quality and safety of medical activities in specific internal standards and the documents of QMS of the medical organization. The integration of the two systems will allow to avoid the duplication of monitoring procedures and its documenting, will provide a more detailed study of the internal control procedures of the quality and safety of medical activities by binding them to the production processes in medical organizations.

Keywords: quality management system, internal control, quality and safety of medical activities, integration.



П. В. Шелехов,

аспирант ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия, г. Москва, Россия, pvshelckhov@mail.ru

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОБОРУДОВАНИЯ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УДК 614.2

Шелехов П. В. Эффективность использования оборудования лучевой диагностики в субъектах Российской Федерации (ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия)

Аннотация. В статье проводится анализ данных государственного статистического наблюдения за период с 2011 по 2015 гг. Анализу подвергнуты показатели численности аппаратов лучевой диагностики, а именно рентгенографические аппараты, компьютерные томографы и магнитно-резонансные томографы, количество проведенных на них исследований и численность врачей-рентгенологов, работающих на данном оборудовании. Определена нагрузка на каждый аппарат в различных регионах. Определены наиболее эффективные регионы по использованию парка оборудования лучевой диагностики и их загруженности. Результаты исследования подтверждают гипотезу о том, что эффективность работы службы лучевой диагностики не зависит от количества оснащенности оборудованием регионов аппаратами лучевой диагностики. Данное исследование позволило выделить регионы с максимальной и минимальной эффективностью деятельности службы лучевой диагностики.

Ключевые слова: лучевая диагностика, рентгенология, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, эффективность.

Для современного здравоохранения характерно бурное развитие диагностических методов и методик (магнитно-резонансная томография, спиральная компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография, многосрезовая спиральная компьютерная томография и др.), появление дополнительных возможностей классической диагностики, иных подходов к использованию диагностической техники (Л. Д. Линденбратен с соавт., 2001, Терновой С. К., 2012). Однако рентгенографический метод и сегодня остается наиболее востребованным исследованием в связи с его доступностью, наибольшей пропускной способностью и значительно меньшей стоимостью данного исследования (Солодкий В. А., Котляров П. М., Нуднов Н. В., 2014).

В последние годы лучевая диагностика стала занимать важное место в выявлении социально-значимых заболеваний (Тюрин И. Е., 2016). С внедрением новых технологий медицина перешла на новый этап развития, что помогло сократить частоту распространения многих заболеваний. (Каприн А. Д., Рожкова Н. И., Микушин С. Ю., 2015).

При этом сохраняет свою актуальность задача повышения эффективности работы диагностической службы, доступности данного метода, достижения высокого качества проводимых исследований, а также оптимизация финансовых затрат с достижением максимальной производительности данной службы. (Кузин В. Ф., 2000;

© П. В. Шелехов, 2017 г.



Комышева О.Л. с соавт., 2016; Трофимова Т. Н., Карлова Н.А., Бойцова М.Г., 2016).

В настоящее время, по мнению главного внештатного специалиста по лучевой диагностике Минздрава России Тюрина И.Е. (2016), парк оборудования лучевой диагностики достигает внушительных масштабов. Так, в 2015 году в Российской Федерации по данным официальной статистической отчетности (форма № 30 «Сведения о медицинской организации» приказ Росстата от 04.09.2015 г. № 412) этот парк составлял 39,2 тыс. рентгеновских аппаратов, компьютерных томографов – 1839 единиц и магнитно-резонансных томографов – 680 единиц.

При этом имеет место разобщенность специалистов различных диагностических служб, нескоординированность их действий и обусловленное этими факторами нерациональное, экономически необоснованное использование дорогостоящей аппаратуры, что приводит к удлинению сроков обследования пациентов, удорожанию исследований и диагностическим ошибкам (Громов А.И. с соавт., 2016). Для устранения этих негативных явлений необходимо добиться концентрации технического и интеллектуального потенциала в единую службу лучевой диагностики, включающую в себя традиционные рентгенологические методы, рентгеновскую компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, ультразвуковые исследования, тепловидение, радиоизотопные методы исследования, а также рентгенэндоскопию и рентгенхирургию, то есть создание в крупных диагностических и клинических центрах отделений лучевой диагностики и интраскопии. (Рожкова Н.И., 2014, Коков Л.С. с соавт., 2015).

Цель настоящей работы – определить регионы с низкой эффективностью использования оборудования лучевой диагностики и выполненных на них исследований, в том числе рентгенографических, компьютерно-томографических и магнитно-резонансных.

Материалы и методы

Для сравнения характеристик динамики показателей обеспеченности оборудованием лучевой диагностики с 2011 по 2015 гг. в Российской Федерации в региональном разрезе использовались данные государственного статистического наблюдения форм № 30 «Сведения о медицинской организации», представленные ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России. С использованием данных БД «АСИР» (автоматизированная система информирования руководителя) (Стародубов В.И. с соавт., 2016), поддерживаемой в ЦНИИОИЗ Минздрава России, получены относительные показатели, рассчитанные на среднегодовую численность каждого субъекта Российской Федерации по годам наблюдения.

Для сравнения использовались показатели европейской базы данных кадровых и технических ресурсов здравоохранения HlthRes-DB, актуальные на июль 2016 г. и доступные по ссылке: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-database-on-human-and-technical-resources-for-health-hlthres-db>.

Результаты

В 2015 г. в Российской Федерации в системе Минздрава России насчитывалось 39,2 тыс. рентгеновских аппаратов, что на 1,4% больше, чем в 2014 г.; 1839 компьютерных томографов (рост на 4,8%); 680 магнитно-резонансных томографов (рост на 6,4%); 490 ангиографов (рост на 7,5%) (рис. 1).

Обеспеченность населения в расчете на 1 млн. человек рентгенологическими аппаратами составляет 226 (без дентальных) и 267,8 (с дентальными); компьютерными томографами (КТ) – 12,6; магнитно-резонансными томографами – 4,6 и ангиографами – 3,3 (таблица 1).

По данным Европейского регионального бюро ВОЗ обеспеченность КТ в странах Европейского региона в 2014–2015 гг. составляла 17 на 1 млн. населения, в том числе в Дании – 37,7, Латвии – 36,1, Исландии – 39,3,

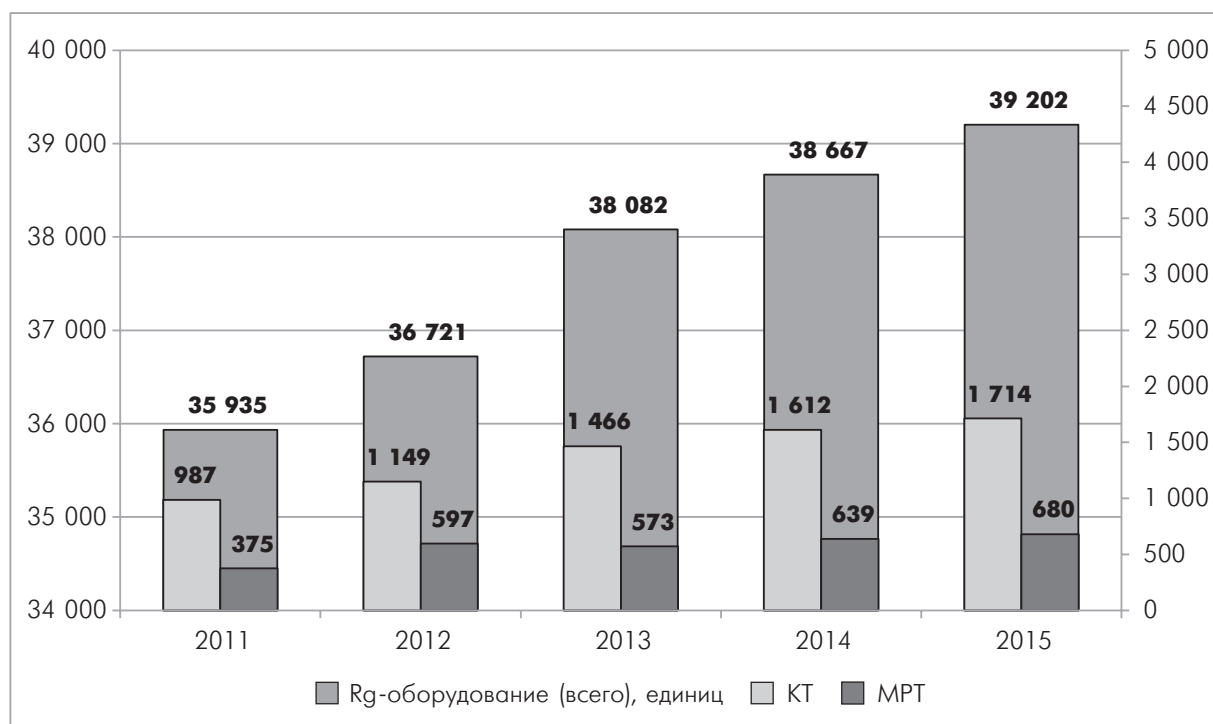


Рис. 1. Динамика количества аппаратов по лучевой диагностике, 2011–2015 гг.

Германии – 35,3, Финляндии – 21,3, Кипре – 32,8, Болгарии – 34,2, Австрии – 29,4. МРТ соответственно в странах Европейского региона 11,2 на 1 млн. населения, в том числе в Монако – 79,7, Исландии – 21,2, Германии – 30,5, Финляндии – 25,8.

По количеству исследований на один рентгеновский аппарат в Российской Федерации приходится 2549 исследований в год, без учета дентальных аппаратов. На аппарат КТ в год приходится 4203 исследования, на один МРТ аппарат – 3375 исследования.

Таблица 1

Количество аппаратов в федеральных округах Российской Федерации за 2013–2015 гг. (на 1 млн. населения)

Федеральные округа	Рентгенографические аппараты			МР-томографы			Компьютерные томографы		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Российская Федерация	265,7	269,1	267,8	4,0	4,4	4,6	10,2	11,2	12,6
Центральный	271,8	273,2	270,1	6,0	6,9	7,2	10,8	12,5	13,8
Северо-Западный	290,2	287,3	290,7	5,4	5,7	6,6	11,7	12,4	14,9
Южный	214,2	217,9	217,6	2,7	2,5	2,7	9,6	9,8	11,1
Северо-Кавказский	214,2	217,9	192,8	2,2	2,0	2,6	5,7	5,5	8,3
Приволжский	263,7	263,9	265,4	2,8	3,1	3	9,7	10,7	11,5
Уральский	283,3	284,6	283,2	4,2	4,3	5,4	10,4	11,4	12,4
Сибирский	271,7	273,2	276,2	2,4	3,4	3	9,3	10,3	12,1
Дальневосточный	358,0	356,9	360,8	2,7	2,9	3,1	14,9	15,1	17,7





Число врачей-рентгенологов в 2015 г. составило 16282 физических лиц. В результате в среднем на каждого врача приходится по 2 единице оборудования, 5378 описаний различных исследований в год или от 21 до 22 исследований в день (с учетом рабочих дней в 2015 г.).

В 2015 г. на действующие рентгеновские аппараты (без учета дентальных аппаратов) приходилось почти 93% от всех аппаратов, на которых было проведено 78,2 млн. исследований.

При этом следует отметить, что, несмотря на рост в Российской Федерации рентгенологического оборудования за период 2011–2015 гг. на 9,1%, число исследований проводимых на этих аппаратах сократилось на 12,6 млн. исследований или на 14%. В определенной мере это связано с внедрением новых более современных и информативных методов исследования, таких как магниторезонансная и компьютерная томография.

Отмечена высокая вариабельность (11-кратные различия) между субъектами Российской Федерации обеспеченностью рентгенологическими аппаратами. К наиболее обеспеченным регионам относятся субъекты Дальневосточного федерального округа (Чукотский автономный округ – 1172 на 1 млн.

населения, Магаданская область – 727, Камчатский край – 486, Республика Алтай (410) (таблица 2).

Минимальная обеспеченность населения оборудованием лучевой диагностики отмечается в большинстве регионов Северо-Кавказского федерального округа (Республика Ингушетия – 105 на 1 млн. жителей, Чеченская Республика – 146, Ставропольский край – 169, Кабардино-Балкарская Республика – 172, Республика Дагестан – 174, а также Тюменская область – 103, Краснодарский край – 166, Республика Татарстан – 172 (таблица 2).

Однако только обеспеченность оборудованием не позволяет определить доступность данного вида исследования. Другим показателем является результативность использования оборудования, его загруженность.

В 2015 г. на одном рентгеновском аппарате проведено в среднем 2550 исследований (кроме дентальных).

Из числа перечисленных регионов с минимальной обеспеченностью рентгеновскими аппаратами стоит выделить Республику Татарстан (2887), Краснодарский край (3579), Республику Ингушетию (3545), Кабардино-Балкарскую Республику (3545), в которых оборудование работает с максимальной нагрузкой.

Таблица 2

Регионы с максимальной и минимальной обеспеченностью рентгеновскими аппаратами на 1 млн. населения, 2015 г. (без дентальных аппаратов)

Субъект Российской Федерации	Max значения	Субъект Российской Федерации	Min значения
Чукотский автономный округ	1172	Чукотский автономный округ	1172
Магаданская область	727	Ростовская область	177
Камчатский край	486	Республика Дагестан	174
Ненецкий автономный округ	436	Кабардино-Балкарская Республика	172
Республика Алтай	410	Республика Татарстан	172
Сахалинская область	404	Ставропольский край	169
Республика Саха (Якутия)	370	Краснодарский край	166
Амурская область	348	Чеченская Республика	146
Еврейская автономная область	341	Республика Ингушетия	105
Орловская область	334	Тюменская область	103



Низкая загруженность аппаратов при достаточно высокой обеспеченности ими наблюдается в регионах с низкой транспортной доступностью и климато-географическими особенностями – это Чукотский автономный округ (646), Камчатский край (1225), Ненецкий автономный округ (1202), Магаданская область (1048) (таблица 3). В ряде этих субъектов Российской Федерации зарегистрирована высокая обеспеченность врачами-рентгенологами. В целом по Российской Федерации на 10 тыс. населения в 2015 г. приходилось

1,11 врачей-рентгенологов (15 889 и 16 282 врачей в 2014 и 2015 г. соответственно), тогда как в Чукотском автономном округе – 2,18 на 10 тыс. населения, Магаданской области – 1,82, Камчатском крае – 1,26, Республике Калмыкия – 1,35, Ненецком автономном округе – 1,38, Орловской области – 1,28. Высокая обеспеченность врачами-рентгенологами при низкой их загруженности ставит под сомнение качество их работы.

С 2011 по 2015 гг. в 1,7 раза увеличилось число аппаратов КТ, с 987 до 1714 единиц.

Таблица 3

Регионы с максимальным и минимальным числом исследований на одном рентгеновском аппарате, 2015 г. (без дентальных исследований)

Субъект Российской Федерации	Max значения	Субъект Российской Федерации	Min значения
Саратовская область	5089	Тульская область	1689
Республика Ингушетия	4337	Орловская область	1673
Краснодарский край	3579	Республика Дагестан	1574
Кабардино-Балкарская Республика	3545	Республика Алтай	1541
Кемеровская область	3263	Смоленская область	1511
Воронежская область	3241	Республика Калмыкия	1403
Хабаровский край	2916	Камчатский край	1225
Приморский край	2900	Ненецкий автономный округ	1202
Республика Татарстан	2887	Магаданская область	1047
Иркутская область	2860	Чукотский автономный округ	646

Таблица 4

Регионы с максимальным и минимальным количеством КТ на 1 млн. населения, 2015 г.

Субъект Российской Федерации	Max значения	Субъект Российской Федерации	Min значения
Магаданская область	27,2	Республика Татарстан	8,3
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	24,1	Красноярский край	8,0
Ненецкий автономный округ	22,9	Ивановская область	7,7
Сахалинская область	22,5	Республика Марий Эл	7,3
Карачаево-Черкесская Республика	21,3	Республика Северная Осетия-Алания	7,1
г. Москва	21,0	Московская область	6,9
Чукотский автономный округ	19,9	Республика Дагестан	6,7
Республика Саха (Якутия)	19,8	Республика Ингушетия	6,4
Амурская область	19,8	Кабардино-Балкарская Республика	5,8
Республика Карелия	19,0	Тюменская область	4,7





При этом на одном аппарате проводилось 3645 исследований, а в 2015 г. на 15,3% больше (4203 исследования, тогда как на действующих аппаратах 3918 исследований в год).

Наиболее обеспеченными КТ аппаратами являются Магаданская область (27,2 на 1 млн. населения) Ханты-Мансийский автономный округ-Югра (24,1), Ненецкий автономный округ (22,9), Сахалинская область (22,5) и ряд других регионов (таблица 4). Наименее обеспеченным данными аппаратами является население Тюменской области (4,7), Кабардино-Балкарская Республика (5,8), Республика Ингушетия (6,4), Республика Дагестан (6,7), Московская область (6,9) и другие регионы (таблица 4).

По кратности исследований на одном КТ аппарате регионы различаются в 9,7 раза, что свидетельствует об эффективности их использования. Максимальная загруженность отмечается в Тюменской области (7587), Воронежской области (7570), Краснодарском крае (7241) и прочих регионах (таблица 5). Минимальная загруженность оборудования наблюдается в Карачаево-Черкесской Республике (785), Республике Алтай (1287), Республике Северная Осетия – Алания (1417) и других регионах (таблица 5).

Наиболее эффективными в использовании КТ оборудования являются Тюменская

область и республика Татарстан, где при низкой обеспеченности выполняется максимальное число исследований; неэффективный регион – Карачаево-Черкесская Республика, при высокой обеспеченности – низкая загруженность оборудования.

Одним из современных и высокотехнологичных методов лучевой диагностики является метод магнитно-резонансной томографии, без которого в настоящее время невозможно диагностика и лечение сложных патологий человека.

С 2011 г. по 2015 г. число МРТ аппаратов увеличилось в 1,8 раз, а число исследований – в 1,7 раз. В то же время число исследований на одном аппарате в 2011 г. составляло 3,4, а в 2015 г. – 3,2 исследования, что указывает на снижение эффективности использования данного оборудования.

В Ненецком автономном округе, Республике Хакасия, Еврейской автономной области и Чукотском автономном округе отсутствуют установки МРТ.

Наибольшая обеспеченность МРТ аппаратами зарегистрирована в Псковской области (15,4 на 1 млн. населения), городах Москве (14,8) и Санкт-Петербурге (10,2), Ханты-Мансийском (8,6) и Ямало-Ненецком автономных округах (7,4), Ярославской (7,1), Калужской

Таблица 5

Регионы с максимальным и минимальным числом исследований на одном компьютерном томографе, 2015 г.

Субъект Российской Федерации	Max значения	Субъект Российской Федерации	Min значения
Тюменская область	7587	Курская область	2160
Воронежская область	7570	Кабардино-Балкарская Республика	2116
Краснодарский край	7241	Оренбургская область	2061
Республика Татарстан	6853	Костромская область	1991
Ульяновская область	6321	Забайкальский край	1774
Томская область	6207	Республика Дагестан	1720
Республика Коми	5645	Камчатский край	1674
Республика Башкортостан	5421	Республика Северная Осетия – Алания	1417
Удмуртская Республика	5226	Республика Алтай	1287
город Санкт-Петербург	5037	Карачаево-Черкесская Республика	785



(6,9), Магаданской (6,8), Брянской (6,5) и Челябинской (6,0) областях (таблица 6).

В тоже время из ряда перечисленных регионов, таких как Магаданская область, все аппараты МРТ являются недействующими, в Псковской области таких аппаратов половина, в Ямало-Ненецком автономном округе – 25%, в Ханты-Мансийском автономном округе – 14%, в Челябинской области – 9%, в городе Москве – 5%, в городе Санкт-Петербурге – 3%. В целом по Российской Федерации в 2015 г. насчитывалось около

6% недействующих МРТ аппаратов, что составляло 40 штук.

В среднем по Российской Федерации на один МРТ аппарат приходится 3177 исследований в год или 8,7 исследований в день.

Наиболее эффективно оборудование работает в Новосибирской области, в которой отмечена низкая обеспеченность аппаратами, но интенсивное их использование: 7599 исследований на 1 аппарате. Неэффективно используется оборудование в Челябинской области (1964 исследования на 1 аппарат),

Таблица 6

Регионы с максимальным и минимальным количеством МРТ на 1 млн. населения, 2015 год

Субъект Российской Федерации	Max значения	Субъект Российской Федерации	Min значения
Псковская область	15,4	Астраханская область	2,0
город Москва	14,8	Ивановская область	1,9
город Санкт-Петербург	10,2	Новосибирская область	1,8
Ханты-Мансийский автономный округ	8,6	Республика Карелия	1,6
Ямало-Ненецкий автономный округ	7,4	Костромская область	1,5
Ярославская область	7,1	Владимирская область	1,4
Калужская область	6,9	Белгородская область	1,3
Магаданская область	6,8	Амурская область	1,2
Брянская область	6,5	Волгоградская область	1,2
Челябинская область	6,0	Кабардино-Балкарская Республика	1,2

Таблица 7

Регионы с максимальным и минимальным числом исследований на одном МРТ аппарате, 2015 год

Субъект Российской Федерации	Max значения	Субъект Российской Федерации	Min значения
Новосибирская область	7599	Пензенская область	2081
Удмуртская Республика	7434	Магаданская область	2065
Пермский край	7334	Московская область	1991
Республика Бурятия	6687	Челябинская область	1964
Республика Коми	6475	Республика Северная Осетия – Алания	1702
Тюменская область	5830	Приморский край	1519
Забайкальский край	5819	Ямало-Ненецкий АО	1286
Республика Татарстан	5798	Орловская область	881
Республика Башкортостан	5765	Республика Мордовия	849
Свердловская область	5705	Псковская область	274





Магаданской области (2065), Ямало-Ненецком автономном округе (1286), Псковской области (274) при высокой оснащённости аппаратами (таблица 7).

Заключение

Анализ обеспеченности населения оборудованием лучевой диагностики и выполненных на них исследований позволил определить регионы с высокой эффективностью лучевой диагностики. К ним относятся следующие субъекты РФ: республика Удмуртия, республика Коми, Татарстан, Башкортостан, Тюменская область, Воронежская область, Краснодарский край и др.).

К регионам с низкой эффективностью лучевой диагностики результаты выполненного

анализа позволяют отнести Орловскую и Магаданскую области, Республику Дагестан, Алтай, Северную Осетию-Аланию и др.).

Это свидетельствует о необходимости проведения оптимизационных мероприятий в ряде субъектов Российской Федерации с целью повышения эффективности деятельности службы лучевой диагностики.

Рекомендуется в каждом субъекте Российской Федерации организовать службу лучевой диагностики с учетом региональных особенностей: климатогеографических, транспортной доступности, плотности расселения населения и прочих факторов, а также кадровых ресурсов.

Литература

1. 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.
2. Европейская база данных кадровых и технических ресурсов здравоохранения (HlthRes-DB) (июль 2016 г.): <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-database-on-human-and-technical-resources-for-health-hlthres-db>.
3. Каприн А.Д., Рожкова Н.И., Микушин С.Ю. Состояние парка рентгеновских и ультразвуковых аппаратов для исследования молочной железы в Российской Федерации за 2011–2012 гг. / Вестник рентгенологии и радиологии. – 2015. – № 5. – С. 49–52.
4. Коков Л.С., Кинле А.Ф., Сеницын В.Е и др. Возможности посмертной визуализации в судебно-медицинской экспертизе трупа: обзор и критический анализ литературы / Consilium Medicum. – 2015. – № 1. – С. 1–28.
5. Комышева О.Л., Магонов Е.П., Ястребова М.В. и др. Управление потоками пациентов. Работа с направлениями обязательного медицинского страхования. / Лучевая диагностика и терапия. – 2016. – № 2. – С. 116–121.
6. Приказ Минздрава РСФСР от 02.08.1991 г. № 132 «О совершенствовании службы лучевой диагностики».
7. Рожкова Н.И. Проблемы подготовки и управления кадровыми ресурсами в рентгеномаммологии / Вестник рентгенологии и радиологии. – 2014. № 3. – С. 52–56.
8. Сеницын В.Е., Комарова М.А., Мершина Е.А. Протокол рентгенологического описания: прошлое, настоящее, будущее / Вестник рентгенологии и радиологии. – 2014. – № 3. – С. 35–40.
9. Солодкий В.А., Котляров П.М., Нуднов Н.В. История развития лучевой диагностики в российском научном центре рентгенодиагностики: к 90-летию со дня основания / Вестник рентгенологии и радиологии. – 2014. – № 5. – С. 5–12.



10. Стародубов В.И., Поликарпов А.В., Голубев Н.А., Лисненко А.А. Модернизация автоматизированной системы информирования руководителя (АСИР)/ Врач и информационные технологии. – 2016. – № 1. – С. 35–43.

11. Терновой С.К. Основы лучевой диагностики и лучевой терапии: национальное руководство / С.К. Терновой, 2012. – 992 с.

12. Трофимова Т.Н., Карлова Н.А., Бойцова М.Г. Современные стандарты лучевой диагностики в системе обязательного медицинского страхования / Лучевая диагностика и терапия. – 2016. – № 1. – С. 103–105.

13. Тюрин И.Е. Рентгенодиагностика тяжелой пневмонии и гриппа / Лучевая диагностика и терапия. – 2016. – № 1. – С. 13–16.

14. Тюрин И.Е. Интервью главного специалиста Минздрава Российской Федерации по лучевой и инструментальной диагностике, заведующего кафедрой лучевой диагностики, лучевой терапии и медицинской физики Российской медицинской академии последипломного образования, профессора, д.м.н. Игоря Тюрина журналу *Healthy Nation / Healthy Nation*. – 2013. – № 3. – С. 20–22.

UDC 614.2

Shelekhov P. V. The efficiency of using the hardware diagnostic radiology in subjects of the Russian Federation (Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. The article analyzes the data of state statistical observation for the period from 2011 to 2015. The analysis of the indicators of the number of radiation diagnostic devices, namely, radiographic apparatus, computer tomography and magnetic resonance tomography, the number of studies carried out on them and the number of radiologists working on this equipment. The load on each device in different regions is determined. The most effective regions for the use of the fleet of radiation diagnostic equipment and their congestion have been determined. The results of the study confirm the hypothesis that the effectiveness of the operation of the radiation diagnostics service does not depend on the amount of equipping the equipment of the regions with radiation diagnostic devices. This study made it possible to identify regions with the maximum and minimum efficiency of the operation of the radiation diagnostics service.

Keywords: X-ray diagnostics, radiology, computed tomography, magnetic resonance tomography, efficiency.

Здравоохранение-2017



НОВЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВСТУПАЮТ В СИЛУ С 1 ИЮЛЯ

Минюст РФ зарегистрировал приказ Министерства здравоохранения от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Документ вступает в силу с 01.07.2017 г. Прежние критерии при этом утрачивают силу.



О.И. Волкова,

руководитель отдела аналитики и маркетинговых исследований ООО «Медком-МП», г. Москва, Россия, ovolkova@msk.medcom-mp.ru

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА МАТЕРИАЛ ПЕРЧАТОК КАК ФАКТОР ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫБОРА

УДК 614.2

Волкова О.И. «Предупреждение патологических реакций на материал перчаток как фактор обеспечения безопасности медицинского персонала. Экономические аспекты выбора» (ООО «Медком-МП», г. Москва, Россия)

Аннотация. Статистика распространенности у оперирующих медиков латексной аллергии поддерживается невниманием к верификации ее структуры, недостаточным участием эпидемиологов в устранении проблемы и нерациональным подходом к госпитальным закупкам перчаток. По сути – это проявления ненадлежащего контроля безопасности медицинского персонала и в целом безопасности медицинской деятельности. В статье показано, что точная оценка и структурирование потребностей медиков, элементарный клиничко-экономический анализ и знание конъюнктуры российского рынка перчаток позволяют найти оптимальное решение проблемы латексной аллергии для любой больницы, вне зависимости от уровня ее финансирования.

Ключевые слова: латексная аллергия, протеиновая аллергия, аллергический дерматит, простой контактный дерматит, синтетические хирургические перчатки, неопрен, безопасность медицинского персонала, безопасность медицинской деятельности, клиничко-экономический анализ, Медком-МП.

Задача ответственных за госпитальные закупки, в том числе за закупки хирургических перчаток, вне зависимости от того, кто наделен этими полномочиями в конкретной больнице – главная медсестра, зав. аптекой, отдел закупок, состоит в адекватном обеспечении реально существующих потребностей медиков. Их точную оценку следует считать ключевым элементом, который должен предварять планирование и собственно процесс закупок.

Между тем присутствующий в нормативной документации термин «обоснование закупок»¹ не описывает в полной мере процесса оценки и структурирования потребностей

с последующим отражением в запланированном для закупок объеме необходимых для их удовлетворения товаров. До настоящего времени разработка критериев оценки потребностей является прерогативой медицинских организаций (МО) или местных органов здравоохранения, если допустить, что в отношении перчаток или иных расходных материалов такие критерии вообще существуют.

Традиционная практика закупок хирургических перчаток обычно не предполагает сложных расчетов. Отправной точкой, как правило, становятся закупки прошлого года/квартала/месяца. Главная медсестра или зав. аптекой обобщают подписанные заведующими отделений заявки старших медсестер, после чего, в зависимости от имеющегося бюджета, они удовлетворяются/сокращаются/увеличиваются – в большинстве случаев совершенно произвольно.

¹ Постановление Правительства РФ от 5 июня 2015 г. № 555 «Об установлении порядка обоснования закупок товаров, работ и услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд и форм такого обоснования»

© О.И. Волкова, 2017 г.



Основная проблема подобного подхода состоит в том, что средства индивидуальной защиты выбираются не в соответствии с поставленной для каждого вида перчаток задачей, а с ориентиром на их наименьшую цену. Следствием столь формальной трактовки «обоснования» становятся, во-первых, закупка неадекватных объемов перчаток, во-вторых, неадекватная потребностям структура закупок.

По оценке компании Медком-МП², в 70,5% случаев хирургические перчатки закупаются с избытком, диапазон которого варьируется от 4 до 600% ($p < 0,005$). В основном, это объясняется выбором наиболее дешевых перчаток, низкое качество которых увеличивает их потребление до 3–4 пар на каждый случай применения. При этом остаются неудовлетворенными потребности медиков в двойных (–77,7%), специализированных (–70,2%) и синтетических (–51,6%) перчатках ($p < 0,005$). И то, и другое свидетельствует о нерациональном подходе к закупкам.

Помимо того, что каждая неудовлетворенная потребность может обернуться рядом проблем с клиническими, медико-санитарными и, в конечном итоге, экономическими последствиями, нельзя не отметить еще один важный аспект этой проблемы: пренебрежение обеспечением безопасности медицинских работников. Как следует из законодательно-нормативной документации³, обеспечение безопасности медицинской деятельности, т.е., по сути, недопущение всех видов рисков и связанного с ними возможного ущерба⁴, является важнейшей задачей руководства медицинских

организаций, внутреннего и ведомственного контроля.

Именно поэтому не будет преувеличением сказать, что предмет обсуждения настоящей статьи – игнорирование потребностей медиков с патологическими реакциями на латекс – следует трактовать как ненадлежащее обеспечение их безопасности.

Текущая мировая статистика распространенности латексной аллергии такова: 8–17% у медицинских работников при 1% в общей популяции [2]. Диапазон показателей, представленных отечественными исследователями, более широк: 5–45% [1]. Столь выраженный разброс данных отражает как недостаток научных исследований по проблеме, так и невнимание российского практического здравоохранения к потребностям медиков.

Отсутствие в больницах рутинного контроля за состоянием рук хирургов и операционных медсестер не позволяет решать практические и стратегические задачи. К первым следует отнести должную оценку потребностей медиков для планирования закупок не вызывающих патологических реакций перчаток, ко вторым – верификацию публикуемых данных о частоте и структуре проблем, связанных с латексными перчатками, для выработки необходимых действий по улучшению ситуации.

Клинический диагноз латексной (протеиновой) аллергии выставляется профилированными специалистами после изучения грамотно собранного аллергологического анамнеза, динамического физического осмотра, оценки характера реакций, выявления в сыворотке крови латекс-специфических антител, наличия положительных кожных тестов с латексным аллергеном и дифференциальной диагностики с другими заболеваниями со сходными клиническими симптомами.

Казалось бы, медики с кожными реакциями на латексные перчатки должны хорошо представлять, что является источником их проблемы, и знать свой диагноз. На деле все обстоит далеко не так. Из вовлеченных в проблему 534 хирургов и 452 операционных медсестер

² По данным 234 МО, 34 регионов, 2016 г.

³ Ст. 90 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ; постановление Правительства РФ от 12.11.2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»; Приказ МЗ РФ от 21.12.2012 г. № 1340н «Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

⁴ Российская энциклопедия по охране труда: В 3-х т. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Изд-во НЦ ЭНАС, 2007. <http://slovari.yandex.ru/>.





Таблица 1

Возможные кожные реакции при использовании латексных перчаток

Тип реакции	Основные симптомы	Сроки проявления и локализация реакции
Протеиновая аллергия (тип I) – реакция немедленного типа на протеины натурального латекса	– зудящие высыпания от нескольких мм до нескольких см, возвышающиеся над поверхностью кожи, с четкими границами – гиперемия, отек кожи в месте контакта	Симптомы могут развиваться после контакта с аллергеном в течение нескольких секунд или часов. Локализация: суставы пальцев, большие пальцы и запястья
Аллергический контактный дерматит (тип IV) – реакция замедленного типа на химические добавки, используемые при производстве перчаток	– сухость кожи – зуд – гиперемия	Сроки появления симптомов могут варьироваться от 48–96 часов после контакта с аллергеном. Локализация: тыльная сторона кисти, в ряде случаев – иные участки рук
Простой контактный (неаллергический) дерматит (ПКД) – реакция на абразивные свойства пудры перчаток	– сухость, гиперемия и шелушение кожи – трещины – иногда мокнущие эрозии	Симптомы могут проявиться в течение первого контакта или после определенного периода времени при постоянных контактах с раздражителем. Площадь поражения обычно соответствует площади контакта

из 234 МО только 15,3% и 8,9% соответственно смогли точно сформулировать свой клинический диагноз. По первоначальному утверждению остальных, все они имели аллергию на латекс, и лишь после дополнительного изучения симптомов и проявлений разных видов кожных реакций (таблица 1) смогли скорректировать свои предположения.

В реальности кожные проявления аллергических реакций I типа встречаются у медиков почти в 4 раза реже, чем реакции IV типа и простого контактного дерматита (рис. 1). Данный факт имеет большое значение для управления распространенностью кожных

реакций посредством рациональных, т.е. наиболее полно удовлетворяющих реально обоснованные потребности закупок перчаток.

Как оказалось, не только сами медики не могут должным образом оценить свои проблемы, но и управленцы в системе профилактики ИСМП – госпитальные эпидемиологи. Более чем в 2/3 случаев они недооценивают распространенность патологических реакций на латексные перчатки (рис. 2). Это тревожный факт, поскольку индивидуальные перспективы медиков в процессе постоянной сенсibilизации должным образом не изучаются, а недооцененные проявления дерматитов снижают

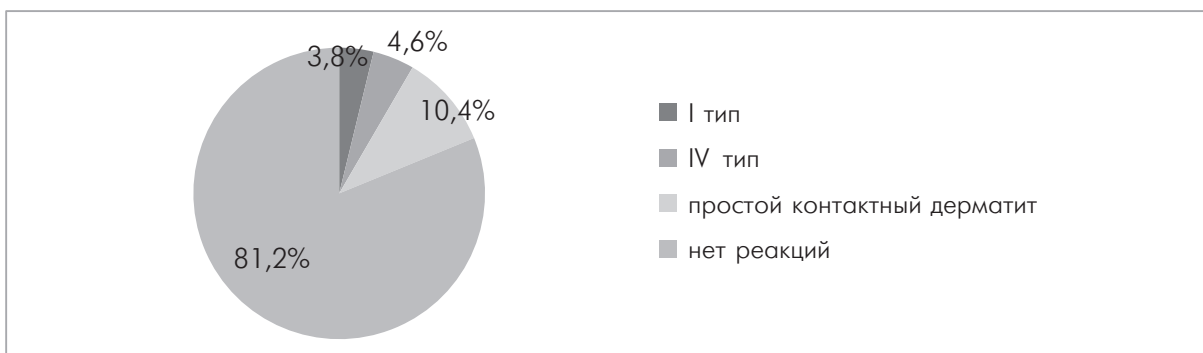


Рис. 1. Структура патологических кожных реакций у хирургов и операционных сестер при использовании латексных перчаток, человек, % (234 МО, 34 региона РФ, 2016)

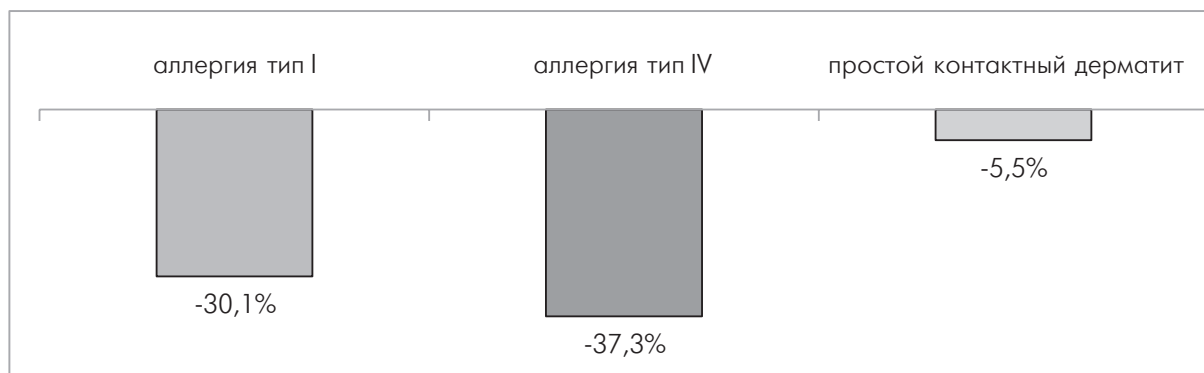


Рис. 2. Расхождения между реальными данными и оценкой эпидемиологами частоты патологической реакции на латексные перчатки у хирургов и операционных м/с (47 МО, 24 региона РФ, 2016)

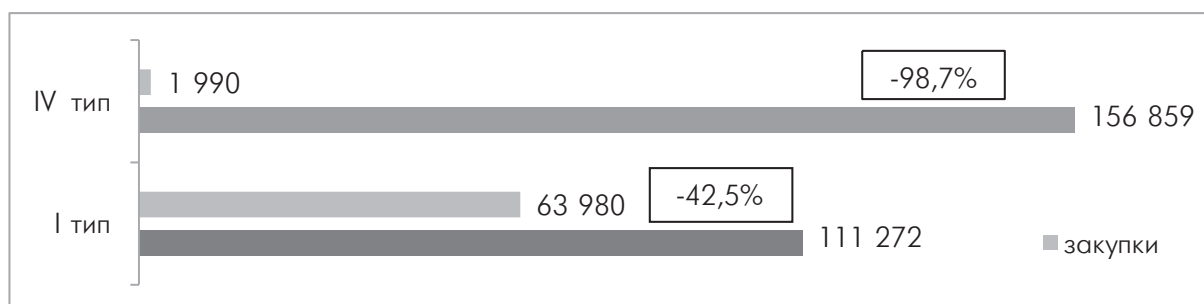


Рис. 3. Неудовлетворенная потребность в синтетических хирургических перчатках, $p \leq 0,005$ (234 МО, 34 региона РФ, 2016)

качество предоперационной обработки рук, что повышает риск ИСМП.

Разумеется, непосредственно ресурсное обеспечение профилактических и противоэпидемических мероприятий не является функцией госпитальных эпидемиологов. Но их прямая обязанность в контексте обеспечения и контроля безопасности медицинской деятельности – формулировать требования к закупаемым средствам индивидуальной защиты медиков с учетом индивидуальных потребностей, а также оценки текущих и перспективных рисков.

Общепризнанным решением проблемы латекса считается его замена синтетическими материалами (в хирургии – перчатками из неопрена⁵). Однако неверифицированные

⁵ Неопрен – общее название полимеров хлоропрена, сетчатая пленка на нефтяной основе. Весьма крепкая, его эластичность близка к эластичности латекса,

потребности не позволяют участникам процесса внятно обозначать требования к структуре закупок, что затрудняет расчет нужных объемов синтетики. В результате проблемы большинства медиков с аллергическими реакциями I и IV типов остаются нерешенными, о чем свидетельствуют данные клинко-экономического анализа (рис. 3).

Основным препятствием для закупок синтетических перчаток в госпитальном сегменте традиционно считается их большая по сравнению с латексными перчатками цена. Однако, по нашему мнению, ведущим фактором

а «память» (возвращение к исходной форме) очень высокая. Предел растяжения – около 750%. Обладает высокой стойкостью ко многим химическим растворителям и обеспечивает защиту от кислот, спиртов, щелочей и кетонов. Обладая таким же коэффициентом давления на кожу, как натуральный латекс, удобен для ношения в течение длительного времени





поддержания стабильного уровня распространности патологических реакций на латексные перчатки следует считать неготовность ответственных за госпитальные закупки оценивать масштаб и структуру проблемы, невладение методиками клинико-экономического анализа, нежелание подбирать варианты тактических решений и незнание конъюнктуры современного рынка перчаток.

Выбор и закупки хирургических перчаток должны осуществляться в соответствии со структурой выявленных проблем:

- для медиков с подтвержденной протеиновой аллергией требуются неопреновые перчатки;

- для страдающих аллергическим дерматитом – неопреновые или высококачественные латексные перчатки, в которых химические добавки (источник аллергии IV типа) сведены к минимуму или удалены полностью, благодаря интенсивному промыванию и выщелачиванию;

- для медиков с простым контактным дерматитом – неопреновые или неопудренные латексные перчатки.

Относительно последней группы реакций следует заметить, что, несмотря на постоянное снижение потребления в российских больницах опудренных хирургических перчаток, их доля (22,6%)⁶ все же очень высока для того, чтобы в контексте обсуждения латексной аллергии не напомнить о необходимости их скорейшей замены неопудренными перчатками.

Многочисленными исследованиями доказано, что пудра (модифицированный кукурузный крахмал), которая используется для предотвращения слипания поверхностей перчаток и не является собственно аллергеном, стимулирует развитие аллергических заболеваний. Воздействуя на кожу как абразив, пудра снижает ее барьерные свойства и облегчает проникновение аллергенов: при здоровой коже рук заболеваемость аллергическим дерматитом составляет 1%, при контактом дерматите – 23% [3]. Кроме того, адсорбируя на

себя микрочастицы латекса, пудра разносит их по воздуху операционных залов, повышая концентрацию латексных протеинов до 13–208 нг/мм³ (при использовании неопудренных перчаток она составляет 0,3–1,8 нг/мм³) [4] и оказывая раздражающее действие на слизистую глаз и верхних дыхательных путей.

С учетом многообразия современного рынка медицинских перчаток, при адекватной оценке и элементарных расчетах, тот или иной вариант решения задачи по минимизации частоты реакций на латексные перчатки может быть найден в любой медицинской организации.

В исследуемой нами выборке из 234 МО собственно протеиновой аллергией страдали 199 хирургов и операционных медсестер (102 и 97 соответственно), т.е. в среднем 0,85 человек в каждой больнице⁷. Аналогичные показатели по аллергическому контактному дерматиту – 242 (142 и 100) и 1,03, по простому контактному дерматиту – 545 (290 и 255) и 2,3. В зависимости от бюджетных возможностей больниц, их расходы на защиту оперирующих медиков от развития патологических реакций могут варьироваться в рамках нескольких альтернатив (таблица 2).

Так, наиболее целесообразно всех оперирующих медиков с теми или иными реакциями на латексные перчатки обеспечивать годовым объемом неопреновых перчаток (I вариант). При недостатке средств на закупку неопре-на можно ограничить потребностями медиков с аллергией I типа, а всех остальных обеспечить качественными неопудренными латексными перчатками с минимальным содержанием химических добавок (II вариант). Третий, еще более бюджетный вариант, предполагает закупку необходимых объемов неопреновых и высококачественных латексных перчаток соответственно для медиков с аллергией I и IV типов, а для предупреждения развития наиболее часто встречающегося простого контактного

⁶ Данные аналитической компании RNC Pharma, 2016

⁷ Для упрощения демонстрации расчетов допущено, что все 234 больницы идентичны по числу операций, хирургов и операционных медсестер



Таблица 2

Принцип выбора и расчетные варианты закупок хирургических перчаток для предупреждения развития патологических реакций

Тип реакции	Ср. число медиков с пат. реакциями в 1 МО	Расчетные виды и годовые объемы перчаток, пар					
		I вариант		II вариант		III вариант	
		перчатки	объем	перчатки	объем	перчатки	объем
I	0,85	неопрен	2336,6	неопрен	475,2	неопрен	475,2
IV	1,03			латекс высокого качества	2157,8	латекс высокого качества	667,4
ПКД	2,3					латекс неопудренные	1570,9

дерматита – исключительно неопудренных перчаток из любой приемлемой для конкретной больницы ценовой группы.

Приведенные расчеты демонстрируют необходимость рационального подхода к решению проблемы госпитальной латексной аллергии. В процессе подготовки и проведения закупок не должна теряться их главная цель: обеспечение безопасности медицинского персонала как неотъемлемого компонента обеспечения безопасности медицинской деятельности.

Соответственно, в каждой медицинской организации принятию управленческих решений по закупке перчаток должны предшествовать точная оценка дифференцированных потребностей, изучение возможных вариантов их удовлетворения, выявление ограничений, сравнение альтернатив, выбор и, разумеется, обратная связь. Текущий мониторинг и финальная оценка позволят сделать вывод об уровне решения «проблемы латекса» и эффективности осуществленного выбора перчаток.



Литература

1. Захаров С. Ю. Распространенность и клинические проявления аллергии к латексу среди медицинских работников. Автореферат диссертации на соискание ученой степени к.м.н., Москва, 2002.
2. American latex allergy association (ALAA), <http://latexallergyresources.org/statistics>.
3. Edelstam G., Arvanis L., Karlsson G.: Glove powder in the hospital environment – consequences for healthcare workers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2002, 75: 267–271.
4. Hunt Thomas K., Slavin John P., Goodson William H.: Starch Powder Contamination of Surgical Wounds. *Arch.Surg*. 1994; 129 (8): 825–827.

UDC 614.2

Volkova O.I. *Prevention of pathological reactions to the material of gloves as a factor of medical personnel safety. Economic aspects of choice* (ООО «Medcom-МР», Moscow, Russia)

Annotation. Occurrence of the adverse reactions to latex gloves among operating doctors is caused by the statistically unverified structure, underestimation on the issue by epidemiologists and not rational approach to hospital purchases. The article shows that the accurate assessment and structuring of the medical professionals' needs, simple clinical-economic analysis and knowledge of the Russian market of gloves allows to find the best solution of the allergy to latex issue for every hospital despite its level of financing.

Keywords: allergy to latex, allergy to protein, allergic dermatitis, allergodermia, simple contact dermatitis, simple dermatitis contact, synthetic surgical gloves, neoprene, medical personnel safety, safety of medical activities, clinical-economic analysis, Medcom-МР.



А. Мергентай,

докторант по специальности общественное здравоохранение, РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет» г. Караганда, Казахстан, merei_merei@mail.ru

И. М. Сон,

д.м.н, профессор, заместитель директора по науке, ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, son@mednet.ru

Д. Б. Кулов,

д.м.н, профессор, РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет» зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, г. Караганда, Казахстан, kulov-dusentay@mail.ru

Г. С. Бекембаева,

д.м.н, РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, ведущий эксперт отдела развития медицинской науки, экспертизы и этики, г. Астана, Казахстан, gbekem@mail.ru

В. В. Койков,

д.м.н, РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, руководитель центра развития человеческих ресурсов и науки, г. Астана, Казахстан, koykov@inbox.ru

Б. К. Омаркулов,

к.м.н, РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет» доцент кафедры общей врачебной практики № 3, сестринского дела с курсом нейрохирургии, г. Караганда, Казахстан, bau-omarkulov@yandex.ru

Г. А. Мусина,

магистр экономических наук, РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, начальник отдела Обсерваторий кадровых ресурсов здравоохранения, г. Астана, Казахстан, g.mussina_68@mail.ru

ИЗУЧЕНИЕ НАГРУЗКИ И ЗАТРАТ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

УДК 614.2 (574)

Мергентай А.¹, Сон И.М.², Кулов Д.Б.¹, Бекембаева Г.С.³, Койков В.В.³, Омаркулов Б.К.¹, Мусина Г.А.³ *Изучение нагрузки и затрат рабочего времени врачей общей практики в организациях здравоохранения в Казахстане* (РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет» г. Караганда, Казахстан, ²ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, ³РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК, г. Астана, Казахстан)

Аннотация. В статье приведены результаты хронометражных исследований пациентов поликлиники г. Караганды, при этом анализировались и изучались затраты рабочего времени врача на выполнение различных трудовых операций. Кроме этого были определены основные факторы, влияющие на длительность приема врачей общей практики организаций ПМСП, а также нами был составлен прогноз длительности приема врачей ВОП в зависимости от учета некоторых переменных.

Статистический анализ определил основные факторы, влияющие на длительность приема пациентов врачами ВОП. К ним относятся Коммуникативный фактор или компонента 1, Операционные процедуры или компонента 2, и Работа с документацией или компонента 3.

Ключевые слова: пациент, заболевание, диспансерное наблюдение, время приема, население.

© А. Мергентай, И.М. Сон, Д.Б. Кулов, Г.С. Бекембаева, В.В. Койков, Б.К. Омаркулов, Г.А. Мусина, 2017 г.



Введение

В настоящее время система здравоохранения Республики Казахстан (РК) сталкивается с проблемой дисбаланса кадровых ресурсов, усиливающейся под воздействием демографических, политических, социально-экономических, технологических, эпидемиологических изменений (ВОЗ, 2006) [1]. В связи с этим планирование кадровой потребности и оценка кадровой обеспеченности [2, 3], основанные на нормах нагрузки специалистов здравоохранения являются важными элементами управления персоналом и должны проводиться на основе единых методологических подходов [4, 5, 6].

Основными задачами при нормировании труда в здравоохранении является определение затрат труда, нагрузки и численности персонала, нахождение оптимальных пропорций по различным его группам при выполнении работы [7, 8, 9, 10, 11], а также при планировании определенных направлений развития здравоохранения. В норматив нагрузки на специалиста здравоохранения закладывается оптимальная норма, полученная по результатам изучения затрат рабочего времени, с учетом текущей и перспективной потребности населения в специализированных видах медицинской помощи. Естественно, что эта потребность не везде может быть удовлетворительной, а в некоторых случаях она может быть ниже оптимальной как в настоящее время, так и в ближайшей перспективе [12, 13, 14].

Штатные нормативы необходимы для расчета максимального количества должностей, полагающихся учреждению для выполнения возложенных на него функций. И полное их использование возможно лишь при создании условий, которые были приняты при централизованном нормировании. Поэтому применять штатные нормативы следует с определенной коррекцией [8, 15, 16], в ряде случаев с ограничениями, с учетом местных возможностей и условий деятельности. При этом штатные нормативы амбулаторно-поликлинических организаций, диспансеров

должны обеспечить потребность населения в определенных видах медицинской помощи [17, 18].

Помимо прочего, эффективность деятельности организации здравоохранения, в том числе организаций ПМСП, зависит от правильной организации работы всех ее подразделений и медперсонала [19, 20, 21]. В этой связи одним из ключевых направлений государственной программы развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016–2019 гг. определено «Повышение эффективности управления человеческими ресурсами в отрасли здравоохранения». В рамках данного направления запланированы мероприятия по «смещению акцентов от необходимости применения устаревших штатных нормативов и стандартов к возможности гибкого планирования человеческих ресурсов и трудозатрат в соответствии с применяемыми технологиями, стандартизованными операционными процедурами и потребностями пациентов» [22].

В связи с этим, целью нашего исследования стала разработка научно-обоснованных подходов к совершенствованию нагрузки врачей общей практики (далее – ВОП) с учетом стратегических инициатив Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016–2019 гг.

Для достижения цели поставлены следующие задачи:

1. Изучить нагрузку и затраты рабочего времени врачей общей практики.
2. Определить основные факторы, влияющие на длительность приема врачей общей практики организаций ПМСП в РК.
3. Составить прогноз длительности приема врачей ВОП в зависимости от учета некоторых переменных.

Материалы и методы исследования

Для изучения нагрузки и затрат рабочего времени врачей общей практики в организациях ПМСП нами было проведено хронометражное исследование рабочего времени





врачей общей практики поликлиники г. Караганды [8]. Оно заключалось в составлении перечня трудовых операций, сгруппированных по видам деятельности, и проводилось в форме изучения деятельности медицинского работника в течение трех недель. В рамках исследования определялась продолжительность элементов трудовой операции. Продолжительность находили методом вычитания из времени начала каждого последующего элемента – время начала предыдущего. Продолжительность первого элемента получали путем вычитания из времени его окончания – время начала наблюдения [23]. Результаты расчетов переносили в графу продолжительности операции. Затем группировали одноименные элементы рабочего процесса. В этих целях рядом с названием операции ставили условный знак или шифр, показывающий к какой категории относится данная операция. Шифры обозначены в словаре деятельности работников. После этого продолжительность одинаковых операций суммировалась. По результатам всех собранных данных составлялась сводная таблица, куда вносились результаты исследования по затратам рабочего времени. В конце таблицы выводили средние показатели по каждому виду деятельности, которые и являлись результатами исследования.

Для обработки и анализа результатов исследования нами был использован метод сплошного аналитического исследования. Применялся статистический анализ с помощью программы SPSS16. При анализе были использованы дескриптивный (описательная статистика), факторный и корреляционный и многомерный дисперсионный анализ.

Результаты и обсуждение

Методом дескриптивного анализа нами был проведен анализ хронометража рабочего времени ВОП в поликлинике г. Караганды в течение трех недель врачами ВОП.

Хронометражным исследованием были охвачены 4 специалиста ВОП; в наблюдаемый период в поликлинике специалисты ВОП

осуществляли прием пациентов в течение 45 часов 19 минут (согласно хронометрическим картам). Методом сплошного исследования нами было проанализировано время, затраченное врачами ВОП ПМСП на 256 человек, из них 155 человек взрослого населения и 101 пациент детского возраста.

Как показал анализ, пациенты в половине случаев (50%) обращались по поводу заболеваний, в 20% случаев пациенты диспансерного контингента обращались в поликлинику по поводу обострения процесса или для наблюдения за ним, и в 30% случаев пациенты обращались по поводу выдачи различных справок, рецептов и пр. (социально-медицинские мероприятия).

При учете временного интервала, затраченного на регистрацию прикрепленного населения и введения этих данных в автоматизированную информационную систему, было выяснено, что для 46% врачей ВОП требуется от 0,5 до 2 мин., у 14% врачей это заняло от 3,5 до 5 мин., и лишь у одного врача это заняло до 12,5 мин. То есть оптимальное время на выполнение данного действия для почти половины врачей составило 2 мин. Однако 39% специалистов во время приема не вводили этих данных, что было отмечено при ранжировании, а оставляли данную процедуру на вне рабочее время.

На сбор анамнеза у 36% врачей уходило от 2–7 мин., а на выяснение жалоб пациентов от 2 до 6 мин., соответственно. Более четверти специалистов (27%) потратили на выяснение жалоб пациентов 0,5 до 1 мин. времени, а на сбор анамнеза одна треть врачей тратила от 1–2 мин. То есть в основном врачами на сбор жалоб затрачивалось до 6 мин. за прием, а на сбор анамнеза у 33% врачей уходило от 3–7 мин.

К 37% врачей больные приходили за различными справками или оформлением документов, и поэтому на выяснение жалоб и на сбор анамнеза времени не было затрачено.

Осмотр, измерение артериального давления, температуры тела, подсчет пульса



занимали у 28% врачей ВОП от 0,5 до 1 мин., у 36% от 2–3-мин., 37% докторов не измеряли этих показателей, так как этим занимались медицинские сестры.

Аускультацию 59% докторов проводили в течение от 0,5 до 1 мин., лишь у 4% эта процедура заняла от 2–3 мин. Пальпация 94% врачами не проводилась вообще, а 6% ее проводили в течение 0,5–1 мин.

Дополнительные мероприятия при проведении приема, в виде осмотра зева пациента, выдачи лекарственных препаратов, консультации по приему препаратов и т.д., проводились только 6% врачей, из которых 4% затрачивали на это от 0,5–2 мин., а 2% врачей от 3 до 5 мин.

На заполнение документации пациентов 62,5% врачей тратили 0,5–3 мин., 22,5% – 4–10 мин., а оставшиеся 24% врачей ВОП затрачивали от 11 до 27 мин. То есть более половины врачей на заполнение документации во время приема пациентов тратили от 0,5 до 3 мин., в тоже время почти четверть врачей тратило время приема пациента на заполнение документации – до 27 мин.

Работа с документами подразделялась на два вида, внутреннюю и внешнюю переписку. На внутреннюю переписку 58,7% врачей ВОП ежедневно затрачивали от 0,5 до 2 мин., от 3 до 7 мин. – 37%, и от 11 до 15 мин. – 4,3% врачей. Таким образом, у большинства врачей, занятие внутренней перепиской занимало от 0,5 до 2 мин. рабочего времени.

Внешняя переписка занимала меньше времени, чем внутренняя; так, у 57,2% врачей это занимало от 0,5 до 1 мин., а у 42,8% – от 2 до 3 мин.

На технические работы было потрачено время лишь у 13% врачей, из которых у 6 (46,1%) было затрачено от 0,5 до 3 мин., а у остальных (53,8%) врачей от 4 до 6 мин. То есть большинство врачей (87%) не использовало рабочее время в течение приема на переодевание халата, подготовку рабочего места, мытье рук или на технический перерыв для санитарной обработки помещения

(инфекционные пациенты – корь, краснуха, туберкулез, педикулез и т. д.), а также переходы (в другой кабинет) и т. д. Все эти мероприятия врачами проводились во вне рабочее время.

Был проведен факторный анализ для определения влияния некоторых переменных на длительность времени, затраченного ВОП на прием пациента, который состоял из таких составляющих, как время, затраченное на выяснение жалоб и анамнеза, дополнительные мероприятия в виде осмотра зева пациента, выдачи лекарственных препаратов, консультации по приему препаратов и т.д., а также технические процедуры и внешняя переписка.

С помощью Факторного анализа мы смогли определить факторы, объединяющие переменные, сильно коррелирующие между собой. Для анализа нами было отобрано только три фактора. Первый фактор объяснял 19,386% суммарной дисперсии, второй фактор – 17,308%, третий фактор – 10,223% суммарной дисперсии. В первый фактор, названный нами Коммуникативной компонентой, вошли такие переменные как сбор анамнеза ($r = 0,805$), выяснение жалоб больного ($r = 0,553$), измерение температуры, артериального давления, пульса ($r = 0,648$), выписывание направлений на дополнительные анализы, обследования ($r = -0,565$), а также введение персональных данных в информационную базу поликлиники ($r = 0,535$). Отрицательное значение показателя работы с внутренней документацией в виде выписывания врачом рецептов, справок, направлений указывает на то, что существует обратно пропорциональная связь, то есть, чем меньше будет времени затрачено врачом на данную работу, тем больше возможностей будет у врача для непосредственного общения с пациентом.

Второй фактор, обозначенный нами как Проведение операционных процедур, включал такие переменные, как проведение аускультации ($r = 0,736$), дополнительных мероприятий в виде осмотра зева, кожных покровов, назначения и выдачи лекарственных препаратов и т.д. ($r = -0,638$). Также





немаловажное значение имела причина посещения пациентом врача ($r = -0,527$) и непосредственно время приема пациента ($r = 0,514$). Причем отрицательное значение переменной – повод, говорит о том, что если причиной посещения врача пациентом являлось заболевание, то время приема увеличивается в связи с проведением врачом дополнительных мероприятий. Обратно пропорциональная связь указывала на то, что время приема пациента будет увеличиваться, если поводом для посещения врача пациентом будет заболевание, что потребует дополнительных назначений для постановки диагноза и адекватного лечения пациента.

Третий фактор назван нами как Работа с документацией. Здесь коррелировали лишь две переменные: работа с внутренней документацией ($r = 0,528$) и проведение пальпации и перкуссии ($r = 0,503$), причем обе переменные были с положительным знаком, то есть чем тщательнее проводилось обследование пациента, тем чаще он направлялся врачом на дополнительные анализы или процедуры, выписывались дополнительные лекарственные средства. Однако следует отметить, что корреляция в этом случае имела умеренную связь. Работа с документацией была связана с такой переменной как технические работы в виде переодевания халата, подготовку рабочего места, мытье рук или технический перерыв на санитарную обработку помещения (инфекционные пациенты – корь, краснуха, туберкулез, педикулез и т.д.), а также переход в другой кабинет по мере надобности и т.д.

Если расчёт факторного анализа характеризует силу связи между двумя переменными, то регрессионный анализ служит для определения вида этой связи и дает возможность для прогнозирования значения одной (зависимой) переменной, отталкиваясь от значения другой (независимой) переменной.

Нами были проанализированы переменные, оказывающие влияние на длительность врачебного приема пациента по поводу

заболевания, диспансерного наблюдения за течением сопутствующего хронического заболевания или постановкой вакцинации, а также в связи с различными социально-медицинскими мероприятиями. Согласно полученным вычислениям при помощи метода множественной логистической регрессии, нами были проанализированы прогнозные показатели времени, затраченного на прием пациентов (взрослые, дети, беременные женщины).

Прогнозируемые значения для социально-медицинских мероприятий для взрослых увеличатся с 62,5% до 67,9% и на 2% у беременных женщин соответственно, а для детей снизятся с 37,5% до 30,1%.

Если же врачом ВОП на заполнение внутренней документации будет потрачено от 0,5 до 2 мин., то время приема взрослого пациента будет сокращаться с 50% до 28,8%. А если же, например, от 3 до 7 мин., то время приема будет увеличено с 50% до 66,6%. То есть заполнение внутренней документации на приеме у взрослых пациентов с симптомами заболевания необходимо перераспределить на медицинских сестер.

В случае с беременными женщинами значения будут увеличены при наличии переменной – заполнение внутренней документации. В случае приема этих пациентов в связи с диспансерным наблюдением и заполнением внутренней документации, время приема врачом ВОП будет увеличиваться с 16,7% до 32,5%, а при проведении социально-медицинских мероприятий на 8,5%.

Выводы

1. Проведенный статистический анализ позволил определить основные факторы, влияющие на длительность приема пациентов врачами ВОП. К ним относятся коммуникативный фактор, операционные процедуры и работа с документацией. При этом основное время на приеме у врача ВОП составляет коммуникативная часть – общение с пациентом, консультации, беседа с ним. Вторым по продолжительности во времени,



затрачиваемым врачом на прием пациента, является часть, связанная с выполнением диагностических действий – осмотр, пальпация, аускультация и другие дополнительные процедуры для уточнения диагноза пациента. И третьим, немаловажным фактором, влияющим на длительность приема, оказалось выполнение медицинской документации.

2. Составление прогностических данных времени приема врачами ВОП в зависимости от наличия технических работ, работы с документацией показали нам, что в основном

три фактора (технические работы, внутренняя документация и дополнительные процедуры) оказывают очень значимое влияние на зависимую переменную (прием пациента). Оказалось, что время, затраченное на дополнительный осмотр пациентов, способствует более быстрому и верному получению результатов осмотра и сокращению времени приема пациента, напротив, наличие технических работ и работа с документацией будут способствовать увеличению времени приема врача ВОП.



Литература

1. Методы планирования, прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения: Метод. рек. / Сост.: Т.Б. Турумбетова, Г.А. Мусина, М.М. Кабдуллина и др. – Астана: Республиканский центр развития здравоохранения, 2015. – С. 6
2. Попович В.К., Шикина И.Б., Турчиев А.Г., Бакланова Т.Н. Роль медицинских кадров при реализации политики в области качества медицинской помощи. Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный научный журнал] 2011; (17) URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/270/30/lang,ru/> (Дата обращения 17 июля 2016).
3. Койков В.В. Современные подходы к решению проблем кадровой обеспеченности в области здравоохранения. Площадка обсуждения G-Global. 11.09.2013 г.
4. Глухова Е.А., Потемкин Е.Л. Аналитическая система комплексной оценки кадрового потенциала научной медицинской организации / Электрон. научный журн. «Социальные аспекты здоровья населения». – 2012. – № 4 (26).
5. Лукичёва Л.И. Управление персоналом: учебное пособие. 6-е изд. М.: Омега-Л, 2011. 264 с.
6. Маслов Е.В. Управление персоналом предприятия: учебное пособие. М. – Новосибирск: ИНФРА-М, 2000.
7. Шипова В.М. Нормирование труда среднего и младшего медицинского персонала // Главная медицинская сестра, 2008. № 8. С. 37–59.
8. Методика разработки норм времени и нагрузки медицинского персонала: метод. указания. М.: ЦНИИОИЗ МЗ РФ. 2013. 28 с.
9. Шипова В.М. Нормирование труда в здравоохранении. Лекции. – М.: Типография РИО ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2013. – 88 с.
10. Шипова В.М., Елдашева С.А., Абаев З.М., Логина Н.Ю. Методические рекомендации по организации нормирования труда в здравоохранении. РАМН. ГУЦНИИОЗ. Москва. 2004.
11. Сон И.М., Шипова В.М., Иванова М.А., Армашевская О.В., Бантьева М.Н., Соколовская Т.А., Гажева А.В., Леонов С.А. Нормирование труда врачей амбулаторного приема при оказании первичной медицинской помощи. Здравоохранение. 2014; (7): 76–85.
12. Попович В.К., Шикина И.Б., Турчиев А.Г., Бакланова Т.Н. Роль медицинских кадров при реализации политики в области качества медицинской помощи. Социальные аспек-





ты здоровья населения. [Электронный научный журнал] 2011;(17) URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/270/30/lang, ru/> (Дата обращения 17 июля 2016).

13. *Grol R., Mokkink H., Smits A., et al.* Workload and job satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Fam Pract.* 1985; 2: 128–35. [PubMed].

14. *David C. Dugdale*, доктор медицинских наук, Рональд Эпштейн, доктор медицинских наук, и Стивен Z Pantilat, MD / Время и пациент-врач отношений. *J Gen Intern Med.* 1999 Jan; 14 (Suppl 1): S34-S40. DOI: 10,1046 / j.1525–1497.1999.00263.x.

15. Department of Health. The new NHS: modern, dependable. London, 1998.

16. *Сон И.М., Шипова В.М., Иванова М.А., Армашевская О.В., Соколовская Т.А.* Расчет рабочего времени врачей кардиологов, эндокринологов и стоматологов-терапевтов. *Здравоохранение.* 2016; (3): 76–79.

17. *Иванова М.А.* Нормирование труда – один из путей оптимизации качества медицинской помощи больным / Электрон. научный журн. «Социальные аспекты здоровья населения». – 2007. – № 4 (4). <http://vestnik.mednet.ru/content/view/42/30/lang, ru/>.

18. Приказ МЗ РК от 07.04.2010 г. № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения».

19. World Health Organization: The World Health Report 2008 – Primary Health Care (Now More Than Ever), 2008.

20. The World Health Report, 2002, WHO, Geneva.

21. *Чуднов В.П.* «Организация первичной медико-санитарной помощи на муниципальном уровне в современных условиях», дисерт. М., 2005.

22. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016–2019 гг.: утв. указом Президента РК от 15 января 2016 года, № 176.

23. *Judith Rosta, Olaf Gjerlshw Aasland* (Se alle biografier) Doctors' working hours and time spent on patient care in the period 1994–2014 / Publisert: 16. september 2016 *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136:1355–9 DOI: 10.4045/tidsskr.16.0011.

UDC 614.2 (574)

Mergentay A., Son I.M., Kulov D.B., Bekembaeva G.S., Koikov V.V., Omarkulov B.K., Musina G.A. Study of workload and working time costs of general practitioners in healthcare organizations in Kazakhstan (1RSE on PVC «Karaganda State Medical University» Karaganda, Kazakhstan, 2FSBI « Central scientific research institute of the organization and public healthcare information» Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia; 3RSE on PVC «Republican center for health development» of MOH of the RK, Astana, Kazakhstan)

Abstract. The article presents the results of a chronometric analysis of patients from the Karaganda polyclinic, while analyzing and studying the costs of the doctor's working hours for performing various labor operations. In addition, the main factors influencing the duration of admission of general practitioners of primary care organizations were identified, and we also compiled a forecast of the duration of GPs' admission, depending on the treatment of some variables. Statistical analysis determined the main factors affecting the duration of admission of patients by GPs. These include the Communicative Factor or Component 1, Operating Procedures or Component 2, and Working with Documentation or Component 3.

Keywords: patient, disease, dispensary observation, time of admission, population.



В. И. Стародубов,

д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, starodubov@mednet.ru

Н. Г. Куракова,

д.б.н., зав.отделением научно-технологического прогнозирования в области биомедицины ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, idmz@mednet.ru

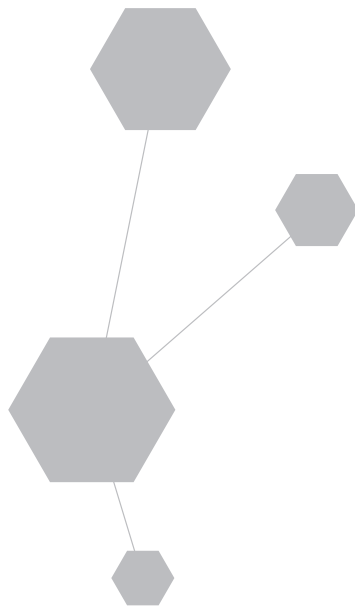
МЕСТО КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В ДИСЦИПЛИНАРНОЙ СТРУКТУРЕ РОССИЙСКОЙ НАУКИ

УДК 614.001.18

Стародубов В. И., Куракова Н. Г. Место клинической медицины в дисциплинарной структуре российской науки (ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия)

Аннотация. Рассмотрена дисциплинарная структура науки мира и РФ. Показано, что на долю публикаций по клинической медицине пришлось 26% от общего числа публикаций, проиндексированных в 2015 г. в БД Web of Science, и 35,3% публикаций, проиндексированных в БД Scopus за 2011–2015 гг. Сделан вывод о нарастающей медицинизации мировой науки. Отмечается, что в РФ в силу сложившейся в прошлом веке и не меняющейся системе квотирования средств государственной поддержки сектора гражданской науки на исследования медицинской тематики выделяется не более 3,2% внутренних затрат на исследования и разработки по социально-экономическим целям. Прогнозируется, что недофинансирование медицинской науки в РФ не позволит добиться существенного роста наукометрических показателей, отражающих результативность и продуктивность российской науки в целом.

Ключевые слова: клиническая медицина, дисциплинарная структура, мировая наука, наука России, наукометрические показатели, медицинские исследования, финансирование.



Ключевым фактором эффективного развития государств в условиях общемировой интернационализации хозяйственной деятельности становится усиление международной специализации в области исследований и разработок, а также лидерство в отдельных научно-технологических областях.

Относительная специализация стран в научных дисциплинах имеет значительные различия. Например, Россия традиционно демонстрирует сильную специализацию в физике, астрономии, науках о земле, математике и химии. Однако нарастающая глобализация науки имеет в качестве интегрального результата определенную унификацию дисциплинарной структуры национальных наук. Так, во всех индустриально развитых странах самой значимой по темпам развития, объемам публикационного потока, скорости цитирования областью национальных наук стала клиническая медицина. Поэтому неудивительно, что в структуре науки мира в 2013–2015 гг. на клиническую медицину приходилось уже более четверти от общего числа научных публикаций.

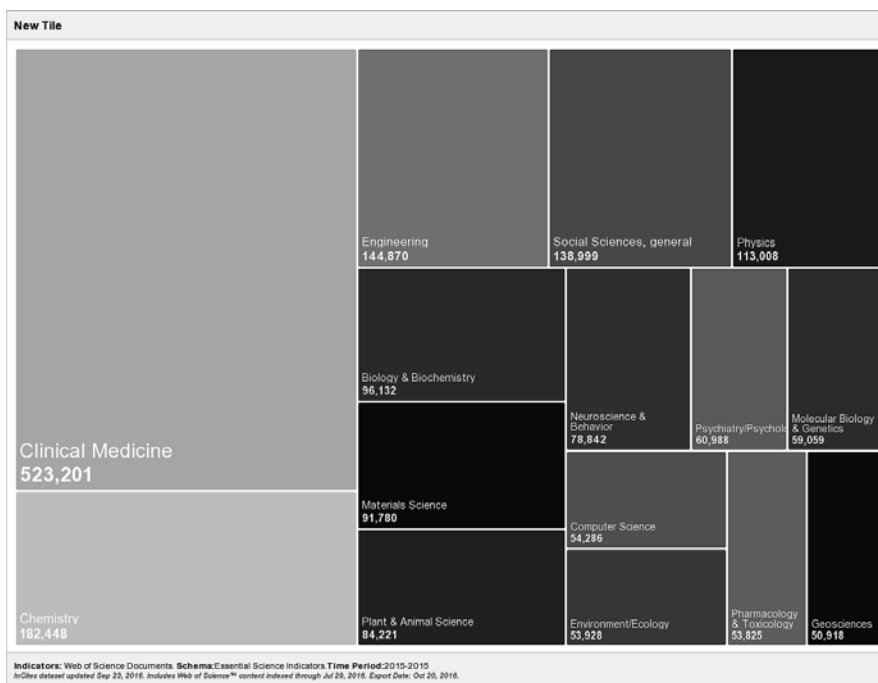
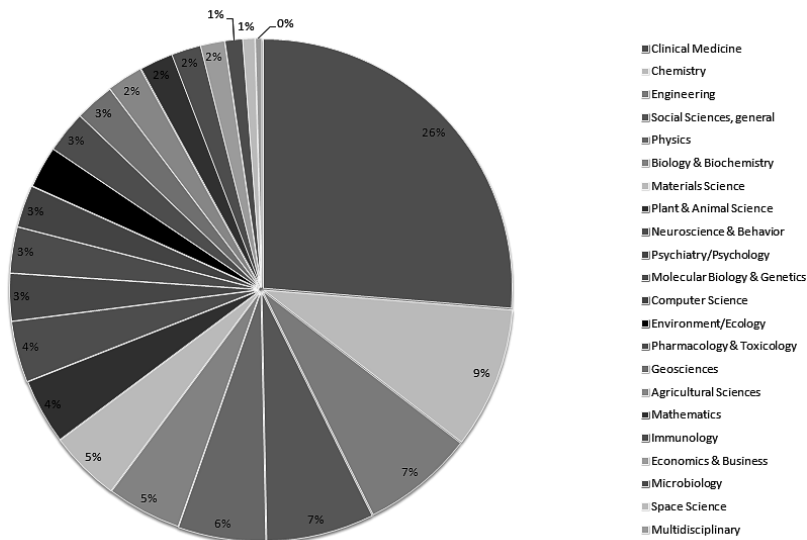


© В. И. Стародубов, Н. Г. Куракова, 2017 г.

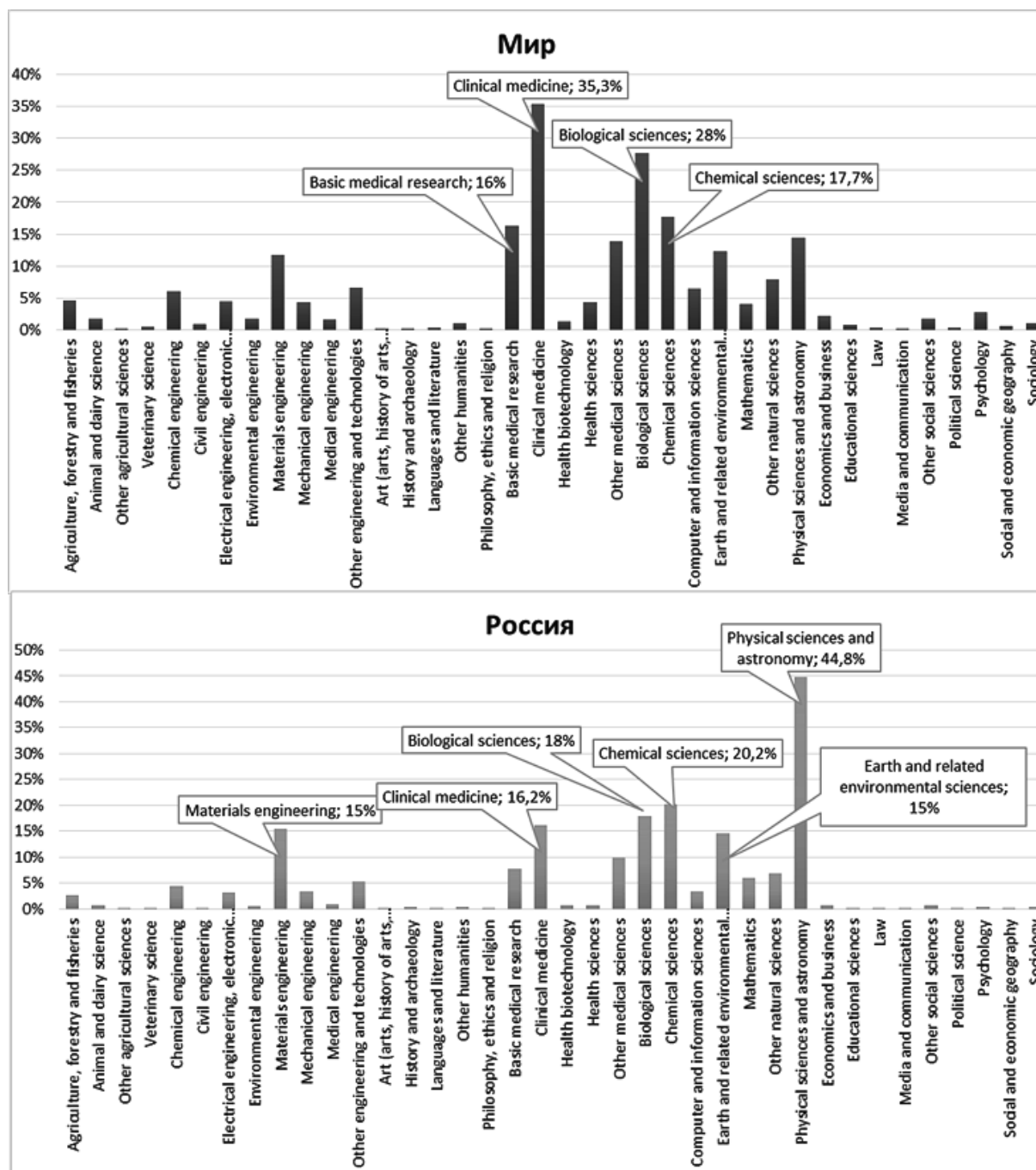


Например, по состоянию на октябрь 2016 г. 26% от общего числа проиндексированных в 2015 г. в БД Web of Science публикаций, согласно рубрикации Essential Science Indicators, отнесены к клинической медицине. Второй по активности исследовательской деятельности областью глобальной наук по версии Web of Science является химия (10%), третье место делят социальные науки и инжиниринг. Физические науки в этом рейтинге

стабильно занимают лишь 5-е место с 6% публикаций по данной предметной области за год, что составляет меньше четверти от количества публикаций по лидирующей клинической медицине. Науки о земле представлены в еще меньших пропорциях и занимают всего лишь 14–15 место в рейтинге объемов мировых публикационных потоков с 2–3% публикаций по данной предметной области (рис. 1).



Источник: InCites, данные актуальны на 20.10.2016 г.
Рис. 1. Распределение количества документов из БД Web of Science по тематическим областям (рубрикатор Essential Science Indicators) в 2015 г.



Источник: БД Scopus, данные актуальны на 12.01.2017 г.

Рис. 2. Распределение количества документов из БД Scopus по тематическим областям рубрикатора Field of Science and Technology в 2015 г.





Доля же глобального публикационно-го потока по физике и наукам о земле на фоне медицинских наук выглядит более, чем в три раза скромной: 15 и 13% соответственно.

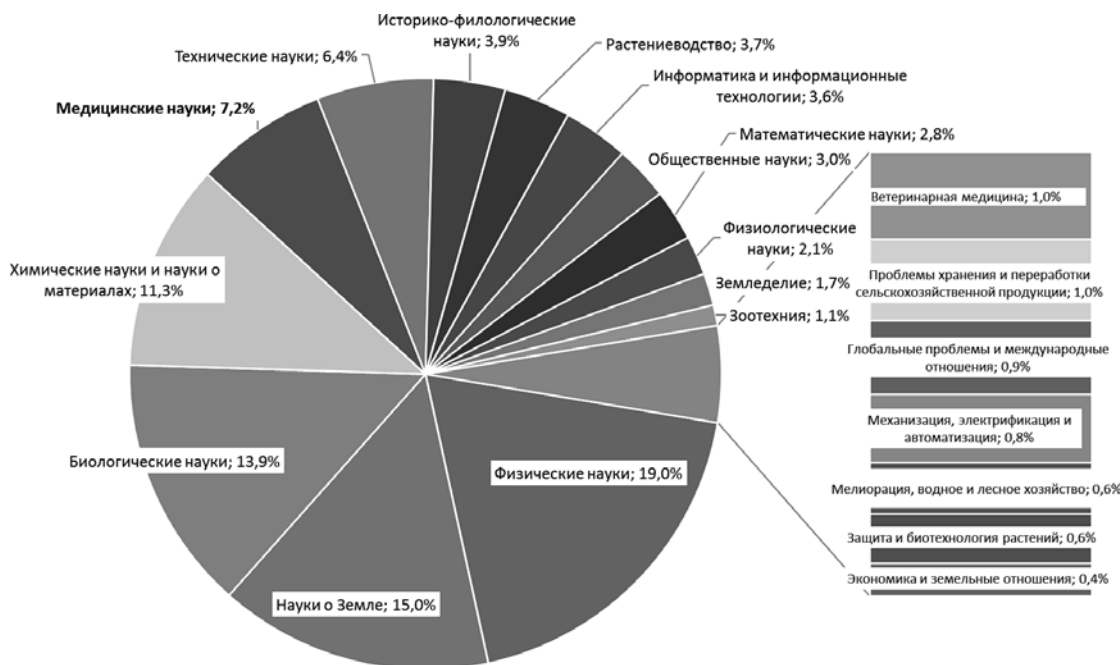
В БД Scopus в 2011–2015 гг. на долю клинической медицины приходится 35,3% проиндексированных публикаций. Если к ним добавить 16% корпуса фундаментальных медицинских наук, то более половины публикаций, охваченных этой международной библиометрической базой данных, относятся к медицинским наукам (рис. 2).

На фоне отмеченной «медицинизации» мировой науки дисциплинарная структура российской науки является нетипичной, что из года в год поддерживается сложившейся в первой половине прошлого века системой квотирования финансирования государственного сектора науки, в первую очередь, фундаментальных исследований.

В качестве примера можно рассмотреть распределение средств федерального бюджета на реализацию научных исследований в рамках Программы фундаментальных научных исследований государственных академий наук на 2013–2020 гг. (далее – ПФНИ ГАН) [1]. Структура расходов федерального бюджета, запланированного на реализацию в 2016 г. фундаментальных и поисковых научных исследований по научным направлениям в соответствии с ПФНИ ГАН, представлена на рис. 3.

Максимальные объемы финансирования выделяются на фундаментальные и поисковые научные исследования в области физических наук (19%) и наук о земле (15%), что в сумме составляет более трети бюджета, в то время как на медицинские науки выделяется чуть более 7% [2].

Между тем «медицинизация» мировой науки обусловлена глобальными процессами.



Источник: [2]

Рис. 3. Структура расходов федерального бюджета на реализацию в 2016 г. фундаментальных и поисковых научных исследований по научным направлениям в соответствии с Программой фундаментальных научных исследований государственных академий наук на 2013–2020 гг.



Первая попытка найти ведущие переменные этих процессов была предпринята Джейм Форрестером, назвавшим свой подход *системной динамикой* (позже его стали называть мировой динамикой). Он полагал, что ведущими переменными являются число людей на планете, имеющиеся ресурсы, основные фонды, доля фондов в сельском хозяйстве, качество жизни [3]. В настоящее время этот подход наиболее точно и последовательно воплощен в модели, основанной на технологическом императиве [4].

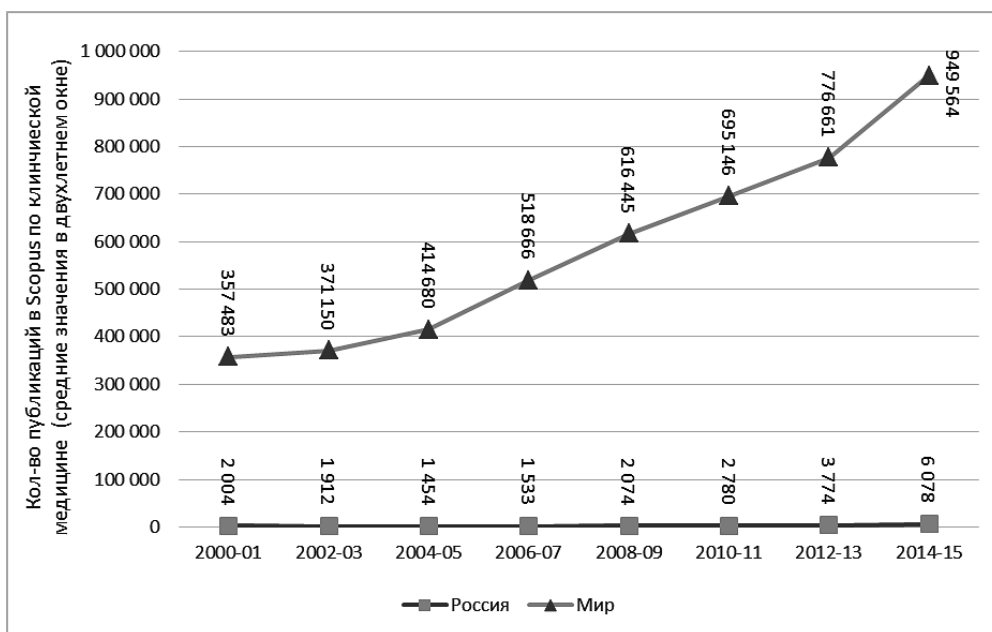
Эта модель описывает глобальный демографический переход – быстрое (на время жизни одного поколения) уменьшение скорости роста числа людей на планете. Этот переход связан со сменой репродуктивной стратегии от императива «высокая смертность – высокая рождаемость» к императиву «низкая смертность – низкая рождаемость» в рамках всей планеты. Из этой модели следует, что состояние и перспективы мира России и других цивилизаций определяются, прежде всего, числом, средней ожидаемой продолжительностью жизни и уровнем технологий,

а также непосредственно связанной с ним инновационной сферой.

Вероятно, именно поэтому бюджеты на медицинские исследования растут во всех странах, что отражается в практически линейном росте числа публикаций по медицине в мире за 2000–2015 гг., на фоне которого доля России в мировом пространстве научных исследований по медицине в течение последних 15 лет сохраняется на очень низком уровне (около 0,6%) (рис. 4).

При этом, согласно данным статистического сборника «Индикаторы науки: 2016», доля внутренних затрат на исследования и разработки на цель «здоровье нации» оценивается всего лишь в 3,2%, тогда как, например, на «прочие экономические цели» – 5,2% (рис. 5) [5].

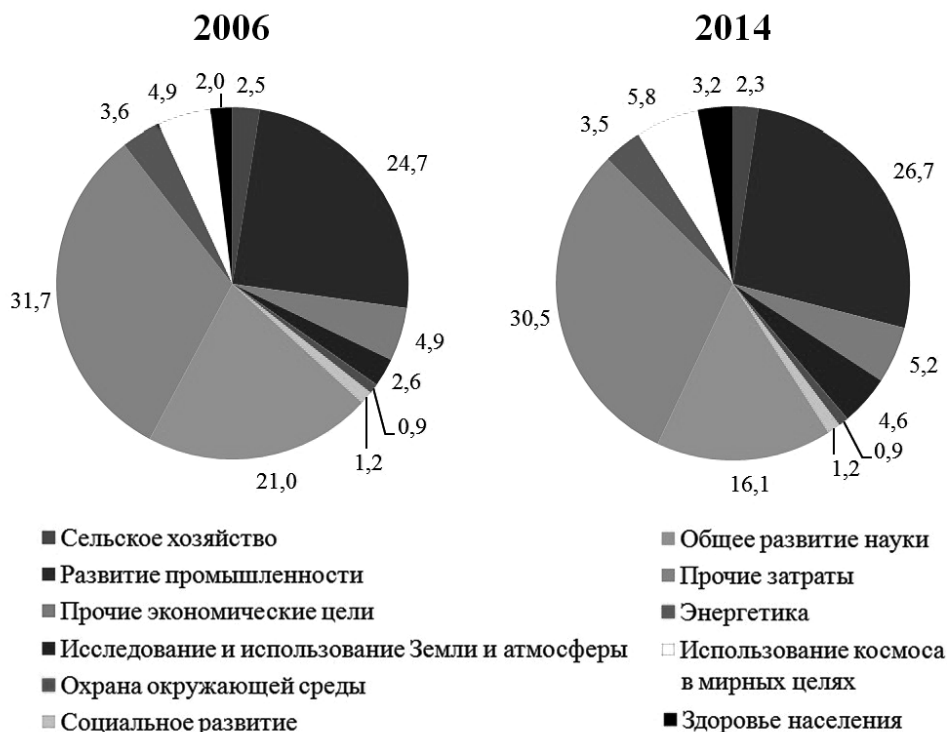
Для сравнения в США более половины средств, выделяемых на гражданскую науку, направляется на исследования и разработки в интересах здравоохранения и социальных служб [6]. Такая структура затрат на гражданские исследования в США является убедительной манифестацией приоритета разработки передовых медицинских технологий.



Источник: Scopus, данные актуальный на 11.01.2017

Рис. 4. Публикационная активность мира и РФ по клинической медицине





Источник: Индикаторы науки: 2016: статистический сборник [5]

Рис. 5. Структура внутренних затрат на исследования и разработки по социально-экономическим целям

В РФ приоритетность развития передовых медицинских технологий и технологий активного долголетия при доле внутренних затрат в 3,2% выглядит не более, чем декларацией.

Недофинансирование медицинской науки в РФ, как нам представляется, не позволит добиться и существенного роста наукометрических показателей, отражающих результативность и продуктивность российской науки в целом. В таблице 1 приведены данные о долях цитат, получаемых в разных областях знания публикациями с участием авторов различных стран. Более 40% цитат публикаций американских исследователей приходится на клиническую медицину. Еще 5% добавляют цитаты публикаций в области организации здравоохранения. Таким образом, почти половина всех цитат, приписываемых авторам публикаций из США, генерируется корпусом ученых, выполняющих исследования в области медицины

и организации здравоохранения. Для сравнения, аналогичные показатели для РФ составляют 16,2% для клинической медицины и 0,8% для дисциплины «организация здравоохранения».

В таблице 2 приведены данные, отражающие долю цитат (%), полученных публикациями стран, от общего числа цитат, полученных по специальностям. В таком исследовательском срезе последствия слабой представленности российских публикаций по медицинским наукам выглядят еще более очевидными. Именно в таких областях науки, как «фундаментальные медицинские исследования», «клиническая медицина», «биотехнология здравоохранения», «организация здравоохранения» российские публикации не получают большей части потенциально возможных цитат.

Даже с поправкой на то обстоятельство, что международные библиометрические базы данных «видят» лишь интернационализиро-



Таблица 1

Доля цитат, получаемых в разных областях знания, от общего числа цитат, получаемых публикациями с участием авторов страны (%): 2011–2015 гг.

Область науки по специальностям	США	Китай	Великобритания	Германия	Япония	Индия	Франция	Республика Корея	Бразилия	Российская Федерация
Сельское хозяйство, лесное хозяйство и рыболовство	4,1%	4,6%	4,4%	4,3%	3,7%	4,6%	4,8%	2,5%	8,5%	2,6%
Животноводство и молочное дело	1,1%	1,3%	1,1%	1,1%	1,0%	1,9%	1,4%	1,8%	5,3%	0,8%
Другие сельскохозяйственные науки	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%
Ветеринарные науки	0,4%	0,2%	0,6%	0,4%	0,3%	0,5%	0,4%	0,3%	1,9%	0,1%
Химическая технология	3,6%	11,5%	3,2%	4,9%	6,9%	10,6%	4,3%	8,4%	4,4%	4,4%
Гражданское строительство	0,5%	1,3%	0,7%	0,4%	0,5%	0,8%	0,6%	1,1%	0,5%	0,3%
Электроника, телекоммуникации, информационные технологии	3,0%	8,0%	2,3%	2,7%	4,2%	5,2%	3,3%	7,7%	2,4%	3,1%
Технология окружающей среды	1,1%	3,3%	1,0%	1,2%	1,6%	2,4%	1,0%	3,0%	1,1%	0,6%
Технология материалов	7,7%	23,0%	6,1%	9,9%	13,6%	18,4%	9,6%	22,1%	6,3%	15,5%
Машиностроение	2,8%	8,4%	2,5%	2,8%	3,7%	6,4%	3,2%	7,0%	2,8%	3,4%
Медицинская технология	1,7%	1,9%	1,3%	1,5%	1,4%	1,7%	1,2%	2,8%	1,1%	0,8%
Другие технологии	4,7%	11,1%	4,0%	4,4%	5,6%	8,5%	4,7%	10,6%	4,5%	5,3%
Искусство (изобразительное искусство, история искусства, исполнительное искусство, музыка)	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
История и археология	0,2%	0,1%	0,6%	0,2%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,1%	0,3%
Языки и литература	0,4%	0,1%	0,5%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%
Другие гуманитарные науки	1,4%	0,2%	1,8%	0,8%	0,3%	0,2%	0,7%	0,3%	0,4%	0,4%
Философия, этика и религия	0,2%	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
Фундаментальные медицинские исследования	18,7%	11,8%	16,7%	17,3%	17,8%	15,9%	16,2%	14,3%	17,3%	7,8%
Клиническая медицина	41,0%	20,3%	42,0%	36,3%	35,1%	24,6%	37,1%	29,4%	41,2%	16,2%
Биотехнология здравоохранения	1,4%	1,7%	1,0%	1,1%	1,1%	1,5%	0,9%	2,5%	0,8%	0,7%
Организация здравоохранения	5,0%	1,3%	5,2%	2,4%	2,0%	2,2%	2,7%	2,7%	6,0%	0,8%
Другие медицинские науки	15,8%	10,9%	17,5%	14,3%	13,0%	11,6%	15,1%	11,1%	17,0%	9,8%
Биологические науки	30,8%	24,3%	27,9%	29,5%	32,0%	23,3%	28,8%	24,9%	29,8%	18,0%
Химические науки	11,2%	33,2%	9,7%	15,7%	20,6%	29,5%	14,4%	25,8%	12,0%	20,2%
Вычислительная техника и информатика	5,3%	8,5%	4,8%	5,1%	3,9%	6,9%	5,7%	6,4%	4,3%	3,4%
Науки о земле и окружающей среде	11,5%	15,0%	13,8%	13,8%	11,2%	12,7%	15,1%	9,7%	13,5%	14,6%
Математика	3,0%	5,2%	3,3%	3,6%	2,4%	4,4%	4,6%	3,3%	3,3%	6,0%
Другие естественные науки	5,6%	15,5%	4,1%	5,7%	7,5%	11,3%	5,4%	14,5%	4,7%	6,8%
Физические науки и астрономия	12,2%	21,4%	12,7%	19,7%	21,5%	21,5%	19,5%	22,9%	13,9%	44,8%
Экономика и бизнес	2,3%	0,9%	2,9%	1,6%	0,5%	1,3%	1,4%	1,2%	1,0%	0,7%
Педагогика	1,0%	0,1%	0,9%	0,4%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%
Право	0,4%	0,1%	0,4%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
Средства массовой коммуникации	0,2%	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
Другие общественные науки	1,9%	0,7%	2,2%	1,0%	0,5%	1,0%	1,1%	0,7%	1,1%	0,8%
Политические науки	0,3%	0,0%	0,5%	0,1%	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Психология	3,8%	0,4%	3,8%	2,3%	0,6%	0,5%	1,2%	0,8%	1,2%	0,4%
Социальная и экономическая география	0,5%	0,3%	1,2%	0,4%	0,2%	0,3%	0,3%	0,2%	0,4%	0,2%
Социология	1,3%	0,1%	1,7%	0,6%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%

Источник: Scopus, данные актуальны на 11 января 2017 г.



Таблица 2

Доля цитат (%), полученных публикациями стран, от общего числа цитат, полученных по специальностям: 2011–2015 гг.

Область науки по специальностям	США	Китай	Великобритания	Германия	Япония	Индия	Франция	Республика Корея	Бразилия	Российская Федерация
Сельское хозяйство, лесное хозяйство и рыболовство	33,1	14,2	10,5	8,8	4,3	3,2	6,6	1,8	3,7	0,7
Животноводство и молочное дело	22,7	10,0	6,8	5,9	3,0	3,4	4,9	3,3	5,8	0,5
Другие сельскохозяйственные науки	35,3	7,9	13,7	9,9	2,3	1,9	6,8	0,6	4,1	0,7
Ветеринарные науки	29,9	6,2	11,5	6,2	3,3	2,9	4,8	1,9	7,1	0,1
Химическая технология	21,6	26,5	5,7	7,5	5,9	5,5	4,5	4,5	1,4	0,9
Гражданское строительство	20,3	19,8	8,0	3,8	2,8	2,8	4,1	3,9	1,1	0,4
Электроника, телекоммуникации, информационные технологии	25,5	25,5	5,8	5,7	5,0	3,7	4,7	5,6	1,1	0,8
Технология окружающей среды	23,3	26,3	5,8	6,2	4,6	4,3	3,4	5,4	1,2	0,4
Технология материалов	24,5	27,8	5,6	7,9	6,1	5,0	5,1	6,1	1,1	1,6
Машиностроение	23,7	27,5	6,3	6,1	4,6	4,8	4,7	5,2	1,3	0,9
Медицинская технология	38,1	16,0	8,6	8,5	4,3	3,3	4,7	5,4	1,3	0,6
Другие технологии	26,7	23,9	6,7	6,3	4,5	4,1	4,5	5,2	1,4	1,0
Искусство (изобразительное искусство, история искусства, исполнительное искусство, музыка)	38,2	2,4	15,2	5,4	1,7	0,5	4,1	1,0	0,8	0,1
История и археология	31,0	3,8	25,9	8,5	0,8	0,4	7,5	0,3	0,7	1,7
Языки и литература	43,8	2,9	15,2	6,9	1,8	0,5	3,4	0,8	0,3	0,3
Другие гуманитарные науки	49,1	2,4	17,7	6,7	1,4	0,5	4,0	0,9	0,8	0,4
Философия, этика и религия	41,0	1,0	16,2	5,1	0,7	0,4	2,8	0,3	0,8	0,2
Фундаментальные медицинские исследования	42,3	10,1	11,1	9,9	5,7	3,1	6,2	2,8	2,1	0,6
Клиническая медицина	42,8	8,1	12,9	9,6	5,2	2,2	6,6	2,7	2,3	0,5
Биотехнология здравоохранения	38,1	17,9	7,8	7,6	4,4	3,5	4,0	5,8	1,2	0,6
Организация здравоохранения	42,4	4,3	13,1	5,1	2,4	1,6	3,9	2,0	2,7	0,2
Другие медицинские науки	42,2	11,1	13,7	9,6	4,9	2,7	6,9	2,6	2,4	0,8
Биологические науки	41,1	12,4	10,9	9,9	6,1	2,7	6,5	2,9	2,1	0,8
Химические науки	23,4	26,5	5,9	8,3	6,1	5,3	5,1	4,7	1,3	1,4
Вычислительная техника и информатика	30,2	18,5	8,1	7,4	3,1	3,4	5,5	3,2	1,3	0,6
Науки о земле и окружающей среде	34,5	17,1	12,1	10,4	4,8	3,3	7,7	2,5	2,1	1,4
Математика	27,4	18,4	8,9	8,4	3,1	3,5	7,2	2,7	1,6	1,8
Другие естественные науки	26,4	28,0	5,7	6,8	5,0	4,6	4,3	6,0	1,2	1,0
Физические науки и астрономия	31,1	20,8	9,5	12,7	7,8	4,7	8,5	5,1	1,9	3,7
Экономика и бизнес	39,7	6,1	14,4	7,0	1,3	2,0	4,1	1,8	0,9	0,4
Педагогика	46,0	2,5	12,5	4,0	0,7	0,5	1,2	1,0	0,7	0,2
Право	43,1	2,8	15,1	3,7	0,4	1,0	2,3	1,3	0,5	0,2
Средства массовой коммуникации	45,9	3,7	10,2	4,9	1,5	1,2	1,9	2,5	0,9	0,2
Другие общественные науки	42,0	6,1	14,0	5,7	1,5	1,8	4,0	1,3	1,3	0,6
Политические науки	34,4	1,7	20,5	5,1	0,8	2,0	1,7	1,2	0,7	0,4
Психология	50,6	2,3	14,7	7,7	1,1	0,5	2,8	0,9	0,9	0,2
Социальная и экономическая география	27,8	6,8	21,2	6,6	1,4	1,6	3,1	1,0	1,3	0,4
Социология	44,9	1,7	17,2	4,9	0,8	0,9	2,0	0,8	0,8	0,5

Источник: Scopus, данные актуальны на 11 января 2017 г.



ванный сегмент российской науки, вся совокупность науметрических показателей говорит о слабой конкурентоспособности отечественной клинической медицины. Индексы специализации России в области фундаментальных медицинских исследований по состоянию на начало 2017 г. составляли для клинической медицины – 0,29, организации здравоохранения – 0,25.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные в настоящем исследовании данные дают основание утверждать,

что самой критически значимой для восстановления былого могущества отечественной науки областью является медицинская наука. Стагнация этого элемента национальной науки может иметь серьезные последствия и для социально-экономического развития страны в целом. Согласно расчетам экспертов, в России неуклонно снижается численность трудоспособного населения, к 2030 г. население в возрасте 20–39 лет сократится на 10 млн. человек [7], а по индексу продолжительности жизни РФ занимает 116-ое место в рейтинге 190 стран мира [8].



Литература

1. Программа фундаментальных научных исследований государственных академий наук на 2013–2020 гг. [Электронный ресурс]: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 3 декабря 2012 г. № 2237-р // Российская газета. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2012/12/14/issledovaniya-site-dok.html>.
2. Стародубов В. И., Перхов В. И., Нефедова Е. В. (2016) Анатомия новой программы фундаментальных научных исследований / Экономика науки. Т. 2. № 1. С. 14–22.
3. Мировая динамика: Пер. с англ. / Д. Форрестер. – М.: ООО «Издательство АСТ; СПб.: Terra Fantastica, 2003. – 379 с.
4. Подлазов А. В. Технологический императив как основа теории глобального демографического процесса // Препринты ИПМ им. М. В. Келдыша. 2015. № 92. 32 с. URL: <http://library.keldysh.ru/preprint.asp?id=2015-92>.
5. Городникова Н. В., Гохберг Л. М., Дитковский К. А. и др.; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М.: НИУ ВШЭ, 2016. – 304 с.
6. National Institutes of Health [Электронный ресурс] / Официальный сайт NIH. – Режим доступа: <http://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/budget>.
7. Кудрин А. Л. Устойчивый экономический рост: модель для России- Доклад на Гайдаровском форуме: 2017– Режим доступа: <http://csr.ru/wp-content/uploads/2017/01/GF4.pdf>.
8. Электронный ресурс – Режим доступа: <http://gtmarket.ru/ratings/life-expectancy-index/life-expectancy-index-info>.

UDC 614.001.18

Starodubov V. I., Kurakova N. G. *Place of clinical medicine in the disciplinary structure of Russian science (Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia)*

Abstract. The article considers the disciplinary structure of science in the world and Russia. It is shown that the share of publications on clinical medicine accounted for 26% of the total number of publications indexed in 2015 in the Web of Science database, and 35.3% of publications indexed in Scopus for 2011–2015, the conclusion about the growing importance of clinical medicine in global science. It is noted that the RF power developed in the last century, and not changing the quota system of public sector support for civil science, for research of medical subjects, is no more than 3.2% of domestic expenditure on research and development by socio-economic objectives. It is projected that the underfunding of medical science in Russia will not allow to achieve a substantial increase in scientometric indicators reflecting the efficiency and productivity of Russian science in General.

Keywords: clinical medicine, disciplinary structure, world science, science, scientometric indicators, medical research funding.



→ От редакции:

Официальные данные Росстата за 2015 г. показывают, что смертность от злокачественных новообразований в России находится на втором месте (205 на 100 тыс. населения) после смертности от болезней системы кровообращения (635 на 100 тыс. населения), что диктует необходимость неотложной разработки ряда медико-экономических мер на базе сложившихся реально пополняемых информационно-экспертных баз данных системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

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

- осуществление межведомственного взаимодействия в сфере ОМС с целью повышения качества медицинской помощи и снижения смертности населения от управляемых причин;
- ежегодный анализ и оперативное внесение изменений в перечень нозологических форм, являющихся основными причинами смертности в Российской Федерации, по которым в 100 процентах случаев проводится целевая экспертиза качества медицинской помощи по летальным исходам, в т.ч. разрешить субъектам Российской Федерации расширять данный перечень с учетом имеющихся задач и территориальных особенностей;
- регулярный анализ финансовых санкций по результатам контрольных мероприятий в разрезе медицинских организаций для выработки рекомендаций по устранению и дальнейшему недопущению их повторений;
- органам государственной власти субъектов Российской Федерации: обеспечить необходимое содействие и контроль за реализацией полномочий страховых медицинских организаций в системе ОМС, в том числе по созданию института страховых представителей; проводить анализ и оценку деятельности страховых медицинских организаций, с целью выработки предложений, направленных на повышение эффективности их работы.

А. А. Старченко,

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

Н. И. Гришина,

генеральный директор СМО «РОСГОССТРАХ–Медицина»

Н. Л. Аксенова,

вице-президент Национальной Медицинской Палаты, председатель Общественного совета при Минздраве России

СИСТЕМА АДРЕСНОГО ИНФОРМАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В СИСТЕМЕ ОМС



С целью дальнейшего совершенствования института страховых представителей 2–3 уровня в системе ОМС и повышения доступности онкологической помощи к реализации предлагаются принципы и система адресного информационного сопровождения

© А. А. Старченко, Н. И. Гришина, Н. Л. Аксенова, 2017 г.



онкологических больных с целью повышения доступности медицинской помощи и увеличения продолжительности жизни пациентов, включающие три группы мер:

1) собственно информационно-сопроводительные меры – создание информационной медицинской базы (регистра) онкологических больных, доступной для экспертов СМО и ТФОМС субъекта, онкологов медицинских организаций, органа управления здравоохранением субъекта РФ и общественного профессионального объединения медицинских работников субъекта РФ с целью контроля за своевременностью выявления новообразований на ранних клинических стадиях, маршрутизацией пациентов для получения максимально раннего радикального лечения и выявления осложнений и дефектов медпомощи, динамическим диспансерным ведением пациента;

2) медико-экспертная – действенный контроль за своевременным оказанием комплексной онкологической помощи с целью недопущения прогрессирования ранних клинических стадий новообразования в поздние стадии и за паллиативным лечением и ведением пациента с поздними клиническими стадиями. К медико-экспертным мероприятиям должно быть отнесено создание полноценной системы контроля он-лайн за своевременностью, объемом, доступностью онкологической медицинской помощи, что приведет к повышению служебной дисциплины в оказании медицинской помощи, исключит дефекты как связанные с невнимательностью к пациенту, так и с простым имеющегося медицинского оборудования в период финансового кризиса и концентрации материальных ресурсов для достижения приемлемого результата в оптимальные сроки;

3) организационно-финансовая – комплекс мер по оперативному управлению объемами онкологической помощи в различных медицинских организациях, в т.ч. экстерриториально, с целью своевременного оказания комплексной онкологической помощи и недопущения прогрессирования ранних клинических стадий новообразования в поздние.

Собственно информационно-сопроводительный ряд мер включает следующее:

1. Внесение по согласованию с ФФОМС в реестр пролеченных пациентов, представляемый медицинской организацией (МО) в СМО, дополнительных информационных полей, содержащих «реперные точки» доступности и качества онкологической помощи: в соответствии с приказами МЗ РФ об утверждении стандартов первичной медико-санитарной и специализированной помощи при злокачественных новообразованиях, а также разделом «Наблюдение» конкретных клинических онкологических протоколов:

- код нозологии, код специалиста, номер и дата диспансерного приема за период наблюдения 1, 2 и т.д.;

- код необходимых назначенных и выполненных клинических и параклинических мероприятий; медицинские показания для привлечения профильных специалистов (химиотерапевт, радиолог, онкоуролог, онкогинеколог, кардиолог, специалист по органам, в которых обнаружены метастазы и др.);

- даты проведения осмотров профильных специалистов и типовые рекомендации, как изменяющие диспансерный учет, так и изменяющие тактику ведения пациента;

- даты направления на последующий этап (хирургия, химиотерапия, лучевая терапия);

- даты реализации направления на последующем этапе лечения;

- гистологическая природа новообразования (код гистологии по классификации МКБ-О);

- серия и номер вводимого химиотерапевтического препарата, доза, кратность введения.

2. Интеграция с действующим Канцер-регистром (письмо МЗ и СР РФ от 17.08.2011 г. № 14-3/10/2-8051 «Об организационно-методической помощи и поддержке онкологической службы РФ»: «В условиях перехода медицинских учреждений России на регистрацию и наблюдение за больными





в системе Федерального ракового регистра врач-онколог ПОК на каждого больного заполняет «Регистрационную карту больного злокачественным новообразованием» (форма № 030–6/ГРР). «Регистрационная карта» является расширенным аналогом «Контрольной карты диспансерного наблюдения больного со злокачественным новообразованием» и соответствует программному продукту «Информационно-аналитическая система «Канцер-регистр» (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2008612165)».

3. Создание базы данных онкологических больных на сервере ТФОМС Калининградской области с доступом к нему он-лайн как экспертов СМО, так и врачей онкологов с возможностью формирования отчетных форм, предусмотренных Канцер-регистром.

4. Меры информационного сопровождения каждого онкологического больного страховым представителем 2–3 уровня.

4.1. Контроль своевременного получения пациентом направления на последующий этап лечения: напоминание лечащему врачу о необходимости выдачи направления.

4.2. Напоминание пациенту смс-рассылкой или иными мессенджерами о дате последующего диспансерного приема или консультации, операции, сеанса лучевой или химиотерапии.

4.3. Выяснение причин «неявления» пациента на необходимом для него этапе онкопомощи: отказ в выдаче направления и нарушение принципа преемственности; психологические трудности и проблемы самого пациента (страх предлагаемого лечения).

4.4. Меры психологической поддержки и помощь пациенту с онкологической патологией направлением памятки о стандарте обследования и лечения, о правах на обезболивание и паллиативную помощь, в т.ч. с помощью электронных мессенджеров и мобильных приложений к персональным телекоммуникационным системам.

5. Создание полноценной системы контроля он-лайн за своевременностью, объемом,

доступностью онкологической медицинской помощи, что приведет к повышению рабочей дисциплины при оказании медицинской помощи и исключит дефекты как связанные с невнимательностью к пациенту, так и с простым имеющегося медицинского оборудования в период финансового кризиса и концентрации материальных ресурсов для достижения приемлемого результата в оптимальные сроки.

Медико-экспертный комплекс реализуется следующими мерами:

1. Создание на сервере действующей системы маршрутизации ТФОМС информационного доступа (домен) контроля он-лайн за своевременностью, объемом, доступностью онкологической медицинской помощи в каждой медицинской организации, специалисты которой должны выявлять ранние стадии онкологических новообразований.

2. Информационный доступ экспертам ТФОМС, СМО, главным специалистам органа управления здравоохранением субъекта РФ к серверу ТФОМС с целью выполнения своевременного оперативного текущего внутри- и вневедомственного контроля качества и доступности онкологической помощи.

3. Интеграция ТФОМС, СМО и общественного объединения врачей субъекта РФ в рабочую группу по реализации Методических рекомендаций ФФОМС по порядку проведения экспертизы качества медицинской помощи (мультидисциплинарный подход) от 15.09.2016 г. № 8546/30–5/и в части поводов для проведения целевой мультидисциплинарной экспертизы (МДЭ) качества медицинской помощи случаев летального исхода от злокачественных новообразований молочной железы у женщин по следующим принципам:

3.1. При ТФОМС (координационный совет) создаются официальные экспертные методические группы (ЭМГ), например, онкологический по новообразованиям молочной железы и/или других локализаций, актуальных для конкретного субъекта РФ, для формирования единых



принципов тематических МЭЭ и ЭКМП. Начало работы по мере возникновения в ТФОМС необходимости организовать и провести такую тематическую МДЭ, например, летальные исходы при новообразованиях молочной железы, легких, желудка и др..

ТФОМС, исходя из данных статистики смертности по профилям, формирует первоочередность создания данных групп.

3.2. Руководитель экспертной методической группы. В качестве Руководителя экспертной группы могут привлекаться только эксперты качества медицинской помощи из территориального и/или единого реестра экспертов качества медицинской помощи, соответствующей клинической специальности – «онкология» с возможностью привлечения химиотерапевта, радиолога, онкогинеколога, онкоуролога, гематолога, клинического фармаколога, реаниматолога и др. сотрудников кафедр научных и образовательных учреждений, главные внештатные специалисты органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации при условии, что они являются экспертами качества медицинской помощи, включенными в территориальный или единый реестр экспертов качества медицинской помощи.

3.3. В состав ЭМГ включаются эксперты качества медицинской помощи (КМП), включенные в реестр экспертов, предлагаемые СМО по специальностям, упомянутым в Порядке оказания медпомощи по профилю ЭМГ, эксперты-организаторы от каждой СМО и ТФОМС.

Например, ЭМГ по онкологии: терапевт, химиотерапевт, радиолог, онкогинеколог, онкоуролог, гематолог, клинический фармаколог, анестезиолог-реаниматолог, нейрохирург и др.

3.4. На заседании экспертной группы ЭМГ решаются следующие вопросы:

1) объем тематической экспертизы с точки зрения репрезентативности выборки (перечень МО, количество экспертиз);

2) срок выполнения экспертиз (квартал, полугодие и т.д.);

3) отбираются критерии экспертизы, которые могут быть переданы на МЭЭ по типу «да-нет», т.е. однозначные и одномодальные критерии ненадлежащего КМП, связанные с летальным исходом;

4) специальности экспертов;

5) отбираются критерии передачи после этапа МЭЭ на этап ЭКМП;

6) отбираются многомодальные критерии КМП, которые будут изучаться экспертами на этапе МДЭ.

3.5. Принимается протокол экспертной группы с перечислением вышеуказанных критериев (например, управляемые критерии летальности), он утверждается ТФОМС или его координационным советом.

3.6. В течение утвержденного срока СМО проводят МЭЭ по утвержденным одномодальным критериям типа «да-нет».

3.7. Затем экспертам КМП по утвержденным профилям предлагается проведение ЭКМП по страховым случаям, переданным с этапа МЭЭ по утвержденным критериям.

3.8. Возможна организация МДЭ по типу «мозгового штурма»: по требованию ТФОМС все эксперты всех СМО собираются в один день (или определенные дни по мере поступления меддокументации) в одном месте (ТФОМС, ЛПУ) и проводят МДЭ КМП.

3.9. Результаты МЭЭ и ЭКМП всех СМО выносятся на заседание ЭМГ, где (например, по управляемым критериям летальности при конкретной нозологии) принимаются реально действующие управленческие предложения – организационные (маршрутизация), ресурсные, информационные, нравственные, образовательные и иные, в т.ч. направленные на застрахованных лиц и формирование у них приверженности к здоровому образу жизни.

4. Преимущества данной схемы – воплощение рекомендаций Круглого стола Комитета социальной политики Совета Федерации о повышении роли СМО в анализе смертности населения от 20.06.16 г.:

4.1. Экономия временных и кадровых ресурсов: научно обусловленное статистическое





число страховых случаев, по результатам МДЭ которых возможны статистически достоверные выводы.

4.2. Формирование единого экспертного поля по тематике с учетом мнения профильного медицинского сообщества (внештатные главные специалисты и опытные авторитетные врачи участвуют в формировании критериев КМП и выявлении дефектов, в т.ч. с точки зрения внутренней мультидисциплинарности самой клинической онкологии: онкогинекологии, онкоурологии, химиотерапии, радиологии и др.) – повышения степени доверия и уважения к врачу.

4.3. Сроки проведения МДЭ по летальным исходам не восстановят прав умершего застрахованного, поэтому срок выполнения МДЭ не должен быть функциональным препятствием для объективности выводов. ТФОМС, участвуя в этом проекте, смогут объективно и реально оценить все проблемы и трудности СМО при каких-либо ограничениях сроков проведения ЭКМП.

4.4. Единые критерии тематической МДЭ в форме, например, «мозгового штурма» позволят сократить множественность посещений МО разными экспертами (паралич работы МО 10 экспертами, на что обращает внимание Президент Национальной медицинской палаты Л.М. Рощаль).

4.5. Повышение роли ТФОМС в сфере здравоохранения субъекта РФ и уважения к нему среди профессионалов, т.к. утверждаемые ТФОМС предложения МДГ будут реальными проектами управленческих решений.

4.6. ТФОМС сможет представить координационному совету и правлению реальные управляемые критерии, по которым предлагаются управленческие решения.

4.7. Позволит избежать вала экспертиз, по которым невозможно сделать предложения по управленческим решениям.

4.8. Позволит решить проблему отсутствия в реестре необходимого числа экспертов, например, при МДЭ онкологической помощи. В настоящее время онкологи-эксперты

КМП, включенные в реестр, работающие вне областного онкологического диспансера, не заключают договоры на ЭКМП в онкодиспансере. Приведенный выше механизм создания профессиональными экспертами КМП (онкологами) под руководством главного внештатного специалиста-онколога или другого авторитетного специалиста единых критериев МЭЭ позволит часть экспертиз перевести в МЭЭ. Также приведенный выше механизм создания профессиональными экспертами КМП (онкологами) под руководством главного внештатного специалиста-онколога или другого авторитетного специалиста единых управляемых критериев онкологической летальности ЭКМП позволит экспертам онкологам, включенным в реестр, на основе этих критериев смело проводить ЭКМП в областных онкодиспансерах.

К организационно-финансовым мерам следует отнести следующие

1. Разработка и утверждение органом управления здравоохранения субъекта РФ, ТФОМС с совместным участием СМО и общественного объединения врачей субъекта РФ Положения о направлении жителей субъекта РФ для получения специализированной онкологической помощи, включая ВМП, в онкологические диспансеры и медицинские организации, оказывающие специализированную онкологическую помощь, других субъектов РФ, используя метод межтерриториальных расчетов между Территориальными фондами ОМС по предварительному соглашению между ними.

Ограничения данной меры: необходимость соглашения между ТФОМС, наличие посредников, отсутствие возможности гибкого регулирования тарифов и оплата по тарифам ТФОМС-посредника, ограничение коечного фонда потребностями собственного региона.

2. Разработка и утверждение органом управления здравоохранения субъекта РФ, ТФОМС с совместным участием СМО



и общественного объединения врачей субъекта РФ Порядка и критериев оперативного наделения ряда ведомственных медицинских организаций, например, РЖД или ФМБА, необходимыми для субъекта РФ объемами специализированной онкологической помощи, включая ВМП, по результатам (протоколу) заседания межведомственной областной комиссии по объемам в системе ОМС по согласованным тарифам.

Данное предложение имеет серьезные преимущества перед первой мерой: отсутствие посредника ТФОМС, возможность самостоятельного определения тарифной политики и гибкого регулирования тарифов, большая свобода коечного фонда.

3. Разработка и утверждение органом управления здравоохранения субъекта РФ, ТФОМС с участием общественного объединения врачей субъекта РФ мер материального адресного стимулирования медицинского работника, выявившего каждый случай онкологического заболевания на 1–2 клинической стадии, т.е. за усилия, способствующие достижению целевых показателей субъекта РФ по разделу «IX. Критерии доступности и качества медицинской помощи» Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи: «- доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных

случаев онкологических заболеваний в течение года».

Таким образом, предлагаемые принципы реализации системы адресного информационного сопровождения онкологических больных с целью повышения доступности медицинской помощи и увеличения продолжительности жизни пациентов представляют собой реальное воплощение принципа пациентоориентированности и направлены на достижение целевых показателей субъекта РФ по разделу «IX. Критерии доступности и качества медицинской помощи» Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:

«- смертность населения от злокачественных новообразований, в том числе городского и сельского населения (число умерших от злокачественных новообразований на 100 тыс. человек населения);

- доля пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете;

- доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года».





→ **От редакции:**

Безусловно, законодательство в сфере здравоохранения нуждается в совершенствовании. Безусловно, правовые недоработки создают серьезные проблемы. И мы об этом пишем регулярно. Но справедливости ради нужно отметить, что законодательство достаточно оперативно реагирует на изменение общественной жизни и становится все более рациональным. Но при этом порой даже имеющиеся возможности для решения проблем, стоящих перед государством, отдельными медицинскими организациями и т. д., предоставляемые действующим законодательством, не реализуются. В данной публикации речь идет о возможных формах допустимых законодательством соплатежей по тем видам ресурсов, которые не предоставляются в рамках программы госгарантий.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф. Н. Кадыров,

д.э.н., профессор, зам. директор ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, kadyrov@mednet.ru

ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ СОУЧАСТИЯ ГРАЖДАН В ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕСУРСОВ, НЕ ПРЕДУСМОТРЕННЫХ ПРОГРАММОЙ ГОСГАРАНТИЙ

УДК 76.75.75

Кадыров Ф. Н. Возможные варианты соучастия граждан в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи с использованием ресурсов, не предусмотренных программой госгарантий (Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия)

Аннотация. Активные поиски новых форм софинансирования оказания медицинской помощи – это ответ на финансовые сложности в сфере здравоохранения. Однако не менее важным является упорядочение тех форм взаимоотношений медицинских организаций и пациентов по поводу соплатежей при оказании медицинской помощи в рамках программы госгарантий, которые реально существуют. Анализ показывает, что легализация теневых платежей, грамотное оформление приобретения за счет средств и по желанию самих пациентов более качественных лекарственных препаратов, медицинских изделий, чем это предусматривает программа госгарантий и т.д., могут служить интересам как пациентов, так и общества в целом. В статье рассматриваются конкретные варианты оплаты за счет средств пациентов ресурсов, не обеспечиваемых в рамках программы госгарантий, допустимые в рамках действующего законодательства.

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

© Ф. Н. Кадыров, 2017 г.



Введение

В последнее время, особенно в связи со сложной экономической ситуацией, участились дискуссии по поводу возможных соплатежей населения за медицинскую помощь. О каком бы варианте речь ни шла, это требует серьезного изменения законодательства, преодоления неизбежного сопротивления и т.д. В предыдущем номере журнала мы писали о противоречиях законодательства в этой сфере и необходимости его совершенствования. [7]

Между тем возможности добровольного соучастия населения в финансировании (софинансировании) оказания медицинской помощи в рамках действующего законодательства используются в настоящее время далеко не в полной мере.

Можно выделить несколько возможных вариантов соучастия граждан в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи с использованием лекарственных препаратов, медицинских изделий и т.д., не предусмотренных программой госгарантий – не входящих в соответствующие перечни, не закупленные в рамках контрактов и т.д. (далее также – ресурсы, не обеспечиваемые программой госгарантий).

1. Оказание пациентам платных медицинских услуг с использованием ресурсов, не обеспечиваемых программой госгарантий

В данном случае пациенты *полностью оплачивают свое лечение*, а не только ресурсы, не обеспечиваемые программой госгарантий. Это наиболее затратный для пациента, но наиболее выгодный для медицинской организации вариант. Этот вариант объективно наиболее выгоден и для государства, а также для фондов обязательного медицинского страхования, для страховых медицинских организаций, застраховавших граждан по ОМС, в силу того, что бюджетные средства или средства ОМС в этом случае на пациентов не тратятся.

Помимо общих оснований для оказания медицинской помощи за плату по желанию пациента, а также отсутствия соответствующих ресурсов в перечнях, в стандартах медицинской помощи данная ситуация регулируется еще и положениями пункта 1 части 5 статьи 84 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ), которая определяет: «Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги: на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами».

Использование ресурсов, не предусмотренных программой госгарантий – это и есть «иные условия, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Обращаем внимание на то, что в соответствии с этим вариантом пациенты могут оплачивать как ресурсы, не вошедшие в программу госгарантий, так и вошедшие в программу госгарантий.

Это платные медицинские услуги (приносящая доход деятельность), поэтому бюджетные учреждения могут воспользоваться положениями статьи 15 Федерального закона от 18 июля 2011 г. № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» (далее – Федеральный закон № 223-ФЗ) и закупить необходимые





пациенту лекарственные препараты и т.д. по их торговым наименованиям.



2. Оплата пациентами не всей медицинской помощи, а лишь отдельных медицинских вмешательств, в процессе которых используются ресурсы, не обеспечиваемые программой госгарантий

В данном случае пациенты не полностью оплачивают свое лечение, а лишь те вмешательства, в процессе оказания которых используются не входящие в перечни ЖНВЛП и т.д. лекарственные препараты, импланты и т.д. Тем не менее пациентами возмещаются не только ресурсы, не обеспечиваемые программой госгарантий, но другие расходы, связанные с подобными медицинскими вмешательствами. Это менее затратный для пациента, но менее выгодный для медицинской организации вариант. Этот вариант также менее выгоден для государства, для фондов обязательного медицинского страхования, для страховых медицинских организаций, застраховавших граждан по ОМС в силу того, что бюджетные средства или средства ОМС в этом случае на пациентов все же тратятся, хоть и не в полном объеме стоимости медицинской помощи.

Помимо общих оснований для оказания медицинской помощи за плату по желанию пациента, а также отсутствия соответствующих ресурсов в перечнях, в стандартах медицинской помощи, данная ситуация регулируется еще и положениями части 4 статьи 84 Федерального закона № 323-ФЗ, которая устанавливает, что *«платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств...»*. Поэтому при желании пациента получить медицинскую помощь с использованием лекарственных препаратов, медицинских изделий и т.д., не вошедших

в соответствующие перечни, отсутствующих в учреждении по итогам госзакупок и т.д., возможно заключение договора на оказание за плату не всей медицинской помощи, а лишь отдельных медицинских вмешательств с использованием соответствующих лекарственных препаратов, медицинских изделий и т.д.

Как и в предыдущем случае, в соответствии с этим вариантом пациенты могут оплачивать как ресурсы, не вошедшие в программу госгарантий, так и вошедшие в программу госгарантий.

Это тоже платные медицинские услуги (приносящая доход деятельность), поэтому бюджетные учреждения могут воспользоваться положениями статьи 15 Федерального закона № 223-ФЗ и закупить необходимые пациенту лекарственные препараты и т.д. по их торговым наименованиям.

3. Пациент доплачивает разницу между стоимостью более дорогого и более качественного ресурса, не обеспечиваемого в рамках программы госгарантий (например, препарата, не входящего в перечень ЖНВЛП), и стоимостью соответствующего ресурса, входящего в соответствующие стандарты, перечни, приобретенного в рамках госзакупок

Это самый выгодный для пациента вариант. Но самый невыгодный для медицинских организаций – они несут определенные затраты по обеспечению дополнительных запросов пациентов (поиск, доставка, учет и т.д. соответствующих ресурсов), которые пациентом не возмещаются. К тому же существует риск того, что пациент потребует возврата доплаты и т.д. С финансовой точки зрения этот вариант ни государству, ни фондам ОМС никаких выгод не дает, но поскольку обеспечивает возможность получить медицинскую помощь более высокого качества, чем с помощью ресурсов, обеспечиваемых в рамках программы госгарантий, объективно должен



получать с их стороны поддержку (хотя на практике мы скорее сталкиваемся с обратной ситуацией). Для оплаты медицинской помощи в рамках ОМС эта система индифферентна, поскольку медицинская организация не получает «необоснованного дохода». Тем не менее, распространена практика применения страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами ОМС санкций к медицинским организациям в соответствии с пунктом 1.5 «Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (далее – Перечень) – Приложения 8 к «Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», утвержденного приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01 декабря 2010 г. № 230, который называется «Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц».

Пункт 1.5 Перечня звучит так: «Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и/или медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», согласованный и утвержденный в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи». Необоснованность подобных санкций очевидна – доплата осуществляется по желанию самого пациента; нарушений в доступности медицинской помощи нет.

Неоднозначны и вопросы бухгалтерского учета, когда соответствующие ресурсы приобретались одновременно за счет двух разных источников.

С учетом всего вышесказанного, неудивительно, что подобный вариант на практике используется крайне редко.

Отметим, что в соответствии с этим вариантом пациент может доплачивать и разницу между стоимостью более дорогого и более качественного *ресурса, обеспечиваемого в рамках программы госгарантий* (например, оригинального препарата), и стоимостью соответствующего более дешевого ресурса, входящего в соответствующие стандарты, перечни, приобретенного в рамках госзакупок (например, дженерика).

4. Закупка медицинскими организациями по желанию пациента лекарственных препаратов, имплантов и т.д., не предоставляемых бесплатно в рамках программы госгарантий для оказания медицинской помощи, финансируемой за счет бюджета или средств ОМС

Медицинские организации могут закупать соответствующие лекарственные препараты, медицинские изделия не только в рамках договоров на оказание платных услуг, но и других видов договоров, например, агентских договоров.

По агентскому договору одна сторона (агент) обязуется за вознаграждение совершать по поручению другой стороны (принципала) юридические и иные действия от своего имени, но за счет принципала либо от имени и за счет принципала. (часть 1 статьи 1005 Гражданского кодекса Российской Федерации).

Другими словами, по агентскому договору агент (в данном случае, медицинская организация) может взять на себя обязательства за вознаграждение совершать по поручению принципала (в данном случае – пациента) действия по приобретению от своего имени, но за счет пациента лекарственных препаратов, медицинских изделий и т.д., не закупавшихся в рамках программы госгарантий, и использовать их в процессе оказания медицинской помощи (например, в рамках ОМС).





Полученные от пациентов средства на покупку лекарственных препаратов и т.д. в рамках агентских договоров тоже будут являться доходами от приносящей доход деятельности и дают право бюджетным учреждениям воспользоваться статьей 15 Федерального закона № 223-ФЗ.

5. Использование в процессе оказания медицинской помощи за счет средств бюджета или ОМС ресурсов, не обеспечиваемых программой госгарантий, приобретенных самим пациентом

Самостоятельное приобретение расходных материалов пациентами и их использование в процессе оказания медицинской помощи допускается в соответствии с Законом Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей». Статья 35 данного закона посвящена выполнению работы из материала (с вещью) потребителя. Поэтому использование материалов пациента (потребителя) вполне допустимо с точки зрения действующего законодательства.

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

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

При этом сам рассматриваемый договор может называться примерно так: «Договор по поводу использования в процессе оказания медицинской помощи в рамках ОМС

лекарственных препаратов (имплантов и т.д.), приобретенных пациентом самостоятельно».

Безусловно, специфика здравоохранения накладывает свои отпечатки на реализацию требований Закона «О защите прав потребителей». Поэтому для юридически корректного оформления взаимоотношений с пациентами в подобных случаях целесообразно заключать с ними договоры, которые должны отразить следующие основные положения:

- основания для заключения договора (свобода заключения договора – Гражданский кодекс; положения статьи 35 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей» и т.д.);

- добровольный характер заключаемого договора и согласие пациента с его условиями;
- информирование пациента о возможности получения медицинской помощи бесплатно в рамках программы госгарантий с использованием других лекарственных препаратов, имплантов и т.д.;

- информирование пациента об отсутствии закупаемых пациентом лекарственных препаратов, имплантов и т.д. в соответствующих перечнях, стандартах и т.д. при бесплатном оказании медицинской помощи в рамках программы госгарантий;

- требования к хранению, транспортировке и т.д. соответствующих ресурсов;

- требования к пациенту о необходимости предоставить сертификаты соответствия, технический паспорт, регистрационное удостоверение и/или другие документы, подтверждающие качество приобретенных пациентом лекарственных препаратов, медицинских изделий и т.д.;

- указание на то, что пациент берет на себя риски возможного причинения вреда здоровью в случае сокрытия от медицинской организации фактов, которые могут вызвать этот ущерб (ненадлежащие условия хранения и т.д.);

- право медицинской организации на отказ от оказания медицинской помощи с использованием приобретенных пациентом



лекарственных препаратов, имплантов и т.д. при нарушенной упаковке, герметичности и других дефектах, создающих угрозу для здоровья при их использовании в процессе оказания медицинской помощи.

Обращаем внимание на то, что данный договор не относится к договору об оказании платных медицинских услуг, поэтому требования Постановления № 1006 по оформлению договоров на него напрямую не распространяются. Однако, учитывая, что эти требования обусловлены положениями Гражданского кодекса, Закона «О защите прав потребителей», Федерального закона № 323-ФЗ, целесообразно содержание рассматриваемого договора, касающегося информирования пациентов, формировать с учетом требований Постановления № 1006. По сути дела, в договоре должны быть прописаны стандартные требования по поводу информирования пациентов и т.д.

Подобный договор может быть использован как в случаях покупки пациентом лекарственных препаратов, имплантов и т.д., не входящих в программу госгарантий (в соответствующие перечни), так и входящих в программу госгарантий (в перечни) – просто в силу добровольности заключаемого договора. Другое дело, что претензии страховых медицинских организаций (как правило – необоснованные в силу добровольности договора) в подобных случаях могут серьезно отличаться.

6. Заключение между медицинской организацией и пациентом (или его представителем) договора на поиск, закупку, учет, хранение, списание и т. д. лекарственных препаратов, медицинских изделий, превосходящих по своим характеристикам те, что вошли в программу госгарантий (закуплены в рамках процедур, предусмотренных Федеральными законами № 44-ФЗ или 223-ФЗ и т.д.)

Это будет договор на оказание платных немедицинских услуг. При этом в стоимость услуги будут входить не только цена соответствующего приобретаемого ресурса (лекарственного препарата и т.д.), но и оплата труда клинического фармаколога, контрактной службы, работников аптеки (склада и т.д.), бухгалтеров, экономистов и т.д., то есть накладные расходы. Кроме того, может включаться также прибыль.

Это будет договор на оказание платных немедицинских услуг. Основанием для заключения подобного рода договоров является часть 1 статьи 84 Федерального закона № 323-ФЗ, которая устанавливает: «Граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и *иных услуг*), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи».

Обращаем внимание на то, что, исходя из данного положения закона вытекает, что платные немедицинские услуги – это любые услуги, не относящиеся к медицинским (а не только услуги повышенной комфортности, сервисности или транспортные услуги).

В соответствии с этим вариантом пациенты могут оплачивать как ресурсы, не вошедшие в программу госгарантий, так и вошедшие в программу госгарантий.

Заключение

Мы в данной публикации рассмотрели лишь один из аспектов проблемы финансирования медицинской помощи – возможные варианты соучастия граждан в финансовом обеспечении оказания медицинской помощи с использованием лекарственных препаратов, медицинских изделий и т.д., не предусмотренных программой госгарантий. Как видим, законодательство предоставляет такую возможность – нужно лишь грамотно ею воспользоваться и формировать соответствующую практику.





В конечном счете, корректные формы со-
платежей по желанию самих граждан – это
более цивилизованный путь, чем теневые

платежи или необоснованные ограничения.
Он обеспечивает соблюдение интересов как
граждан, так и государства.



Литература

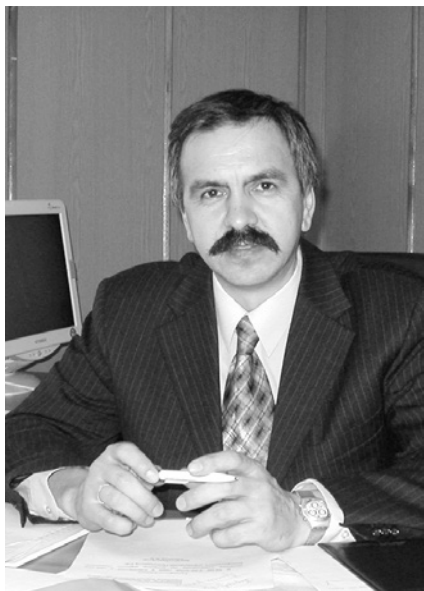
1. Кадыров Ф.Н. Платные услуги в здравоохранении. Том 2. Под редакцией академика РАН В.И. Стародубова – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2017. – 266 с.
2. Кадыров Ф.Н. Проблемы, связанные с оказанием платных медицинских услуг на анонимной основе // Менеджер здравоохранения. 2016. – № 2. – С. 66–76.
3. Кадыров Ф.Н. Договор об оказании платных медуслуг на анонимной основе. Формулировки, которые защитят медорганизацию // Здравоохранение, 2017. – № 4. – С. 50–53.
4. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 624 с.; 21 см. –500 экз. – ISBN978-5-7704-2678-4.
5. Пивень Д.В., Кицул И.С. О некоторых проблемах реализации Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Менеджер здравоохранения. – № 12. – 2013. – С. 6–13.
6. Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Обеспечение прав граждан при применении медицинских изделий // Менеджер здравоохранения. 2016. – № 8. – С. 6–12.
7. Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н. Парадоксы законодательства: гарантии бесплатности медицинской помощи нередко ограничивают права пациентов на улучшение ее качества // Менеджер здравоохранения. 2017. – № 4.

UDC 76.75.75

Kadyrov F.N. Possible options of citizens' participation in the financial provision of rendering medical assistance using resources not provided by the program of state guarantees (Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. Active search of new forms of co-financing of medical care is the answer to financial difficulties in the health sector. However, equally important is the streamlining of those forms of relations between medical organizations and patients about co-payments in the provision of medical care within program of state guarantees that exist. The analysis shows that the legalization of shadow payments, proper design of the acquisition at the expense of and at the request of the patient more quality of medicines, health care products, as expressly provided under the program of state guarantees, etc., can serve the interests of both patients and society as a whole. The article discusses specific payment options at the expense of patients, resources that are not provided under the program of state guarantees allowed under the current legislation.

Keywords: *guarantees in the health sector, free medical care, paid medical services, the legislation in the field of healthcare, quality of care, standards of care, medications, medical products, co-payments, contracts.*



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



Как устанавливать нормы труда для работников скорой помощи, приемного отделения, оперблока, других экстренных служб? Ведь объем их работы непредсказуем.

Конечно, идеальным вариантом для нормирования труда является ситуация, когда для работника характерна ритмичная работа, которую можно выразить в сопоставимых между собой единицах: посещениях, одноименных исследованиях, УЕТах и т.д. Однако это не означает, что нормирование невозможно для работников тех служб, объем деятельности которых непредсказуем и может колебаться в большом диапазоне – для работников скорой помощи, приёмного отделения, операционного блока и т.д. Во-первых, на всех на них распространяется такая форма нормирования, как установление норм численности. Действительно, каждая должность, введенная в штатное расписание, характеризует штатную численность – показатель нормы численности.

Во-вторых, могут устанавливаться нормы обслуживания: территория (численность населения), обслуживаемая скорой помощью, больницей (и, соответственно, приемным отделением, дежурным врачом) и т.д.



Нормы выработки и нормы нагрузки – это одно и то же или разные нормы?

Норма выработки – это количество *продукции*, произведенной в единицу рабочего времени при определенных организационно-технических условиях.

Нормы нагрузки – количество *оказанных услуг, выполненной работы* в единицу времени при определенных организационно-технических условиях.

Как видим, эти показатели близки по значению. Различия между ними заключаются в том, что норма выработки характеризует производство продукции в натуральной-вещественной форме (производство вещей), а норма нагрузки – производство





(оказание) услуг, выполнение работ, не приобретающих натурально-вещественную форму. Что как раз характерно для здравоохранения.

Показатели выработки в чистом виде в здравоохранении не имеют большого распространения (исключение – зубопротезирование).

Показателями нагрузки в здравоохранении являются такие показатели: число посещений в час, пролеченных больных в день, число исследований, процедур и т.д. в день, месяц, год (функция врачебной должности) и т.д.

Нормы нагрузки и нормы выработки в здравоохранении часто используются как синонимы (что в целом допустимо, если все же иметь представление об их различиях), либо нормы нагрузки рассматривают в качестве норм выработки применительно к здравоохранению (как сфере нематериального производства).

Нормы выработки и нормы нагрузки могут выражаться в трех основных формах:

1. В объемных натуральных показателях: изделиях («штуках»), услугах (посещениях, исследованиях и т.д.), работах.

2. В сопоставимых условных единицах (как правило, трудовых), которые используются в случаях, когда изделия, услуги, работы различаются между собой по трудоемкости и недопустимо их прямое суммирование (условное изделие, УЕТы, посещения, переведенные для сопоставимости в посещения в связи с заболеванием и т.д.). Таким образом, УЕТы – это показатели нагрузки (выработки), а не нормы времени, хотя и выражаются через единицы времени (как правило, 10 минут рабочего времени).

3. В стоимостных показателях. Деньги – универсальный переводной (измерительный) инструмент. Поэтому сопоставить произведенную продукцию, выполненную работу, оказанные услуги во многих случаях удобнее в денежном измерении. В качестве стоимостных показателей могут выступать такие показатели, как стоимость оказанных услуг, прибыль, условная прибыль и т.д.

Чем нормы обслуживания отличаются от норм нагрузки? Или это одно и то же?

Эти две нормы чаще всего путают друг с другом. Между тем, они имеют принципиальные различия.

Норма обслуживания – это, с точки зрения нормирования, количество так называемых производственных объектов, единиц (рабочих мест, оборудования, площадей и т.п.), которые работник или группа работников соответствующей квалификации обязаны обслужить (обеспечить их нормальное функционирование) в течение единицы рабочего времени.

В качестве производственных единиц, выступающих объектами обслуживания в здравоохранении, обычно являются койка или человек. Но могут быть и другие варианты.

Норма нагрузки – это количество выполненной работы (оказанных услуг) в единицу времени (число посещений или исследований в смену и т.д.).

Различия между нормами нагрузки и нормами обслуживания заключаются в том, что норма обслуживания – это количество производственных объектов, которые работник или группа работников соответствующей квалификации должны обслужить в течение единицы рабочего времени в определенных организационно-технических условиях. Проще говоря – количество объектов, нормальное





«функционирование» которых должен обеспечить работник или коллектив. То есть, например, врач-терапевт участковый должен обеспечить профилактику, лечение и т.д. тех из закрепленных жителей, которые в этом нуждаются. Но если благодаря хорошо поставленной профилактической работе количество заболевших стало меньше, реальный объем лечебной работы (посещений в связи с заболеваниями) уменьшится. И это не должно рассматриваться как негативный фактор при установлении нормы обслуживания, в отличие от того, как это было бы при установлении работнику нормы нагрузки.

При установлении работникам нормы обслуживания в виде количества закрепленных коек в стационаре врач или медсестра должны уделить столько времени по оказанию медицинской помощи пациентам, находящимся на различных койках, сколько необходимо. При этом для разных пациентов этот объем может быть различным, исходя из диагноза, из тяжести заболевания и т.д.

Таким образом, при установлении нормы обслуживания объем работы на каждый отдельный объект (пациента и т.д.) не регламентирован ни по времени, ни по установленным единицам (в отличие от норм выработки) – он рассчитан усреднено и зависит от конкретных условий, поэтому в некоторых случаях на практике в принципе он может равняться нулю. Например, если часть из закрепленных коек по определенным причинам пустует, если часть жителей не болеет и т.д.

Итак, нормы обслуживания – это, например, количество коек или человек, обслуживаемых данным врачом, тогда как нормы нагрузки отражают именно объемы работы: количество посещений, выписанных больных и т.д. на одного врача. Задача установления норм обслуживания – добиться нормального функционирования объекта, задача же установления норм нагрузки – определение значения показателя, характеризующего объем работы без привязки к конкретному объекту.



Количество коек, закрепленных за работником – это нормы нагрузки или нормы обслуживания?

Количество закрепленных за работником коек – это норма обслуживания, а не норма нагрузки. За работником (врачом или медсестрой) закрепляется определенное количество коек. Работник должен уделить каждой койке ровно столько внимания, сколько требуется с учетом того, каков диагноз, тяжесть состояния пациента, лежит ли вообще на этой койке пациент.

В ряде случаев за работником закрепляются именно пациенты, а не койки. Чаще всего это характерно для врачей. Если в одном и том же отделении лежат пациенты с достаточно отличающимися патологиями, то закрепление за врачами пациентов происходит с учетом опыта, навыков, узкой специализации врачей. Это тоже будет норма обслуживания.

Но в стационаре может быть установлен и такой показатель, как норма нагрузки. Это, например, количество пациентов, которых медицинский работник должен пролечить в течение месяца.



Обязательно ли для работника должна быть установлена именно одна конкретная норма труда? Могут ли быть одновременно установлены сразу несколько норм из таких показателей, как нормы времени, численности, нагрузки или обслуживания?





Различные нормы труда взаимосвязаны между собой и находятся в прямой или обратной зависимости друг от друга. Так, нормы нагрузки или обслуживания находятся в обратной зависимости от норм времени: чем выше нормы времени (например, чем больше времени выделяется на одно посещение), тем меньше должна быть нагрузка на врача или меньше норма обслуживания (меньше пациентов сможет принять врач или меньше должна быть численность прикрепленного населения).

При этом нормы численности находятся в прямой зависимости от норм времени и в обратной зависимости от норм нагрузки или обслуживания. Действительно, чем большее времени выделяется на одно посещение, тем больше потребуется врачей. И наоборот, чем выше значения норм нагрузки или обслуживания, тем меньше потребуется врачей для выполнения одного и того же объема работы (посещений и т.д.).

Поэтому теоретически одновременно может устанавливаться сразу несколько норм: нормы времени и нормы обслуживания или нормы времени и нормы нагрузки. Другой вопрос в том, насколько это целесообразно? Нужно исходить из целей установления норм труда. А целью является регламентация труда работника путем установления определенной меры труда, проще говоря, нагрузки, степени интенсивности труда, стимулирование определенных направлений деятельности. Нормы труда нужно устанавливать в зависимости от особенностей работы конкретного специалиста, от стоящих перед ним задач. Если такой задачей является выполнение определенного объема работ, оказания услуг (в целях предупреждения появления очередей на диагностические исследования и т.д.) – целесообразно устанавливать нормы нагрузки. Если стоит задача выполнения всего имеющегося (но зачастую непредсказуемого) объема работ – для участковых специалистов, для медрегистраторов, медстатистиков и т.д., то целесообразно устанавливать норму обслуживания.

Еще один важный момент. Норму времени для конкретных специалистов устанавливать, как правило, нет смысла. Норма времени – это среднее время на посещение, на процедуру и т.д. Но медицинские работники не могут при оказании помощи конкретному пациенту ориентироваться на усредненную норму труда – они должны каждому пациенту уделить столько времени, сколько необходимо и достаточно (кому-то больше, кому-то меньше).

Наряду с нормами нагрузки или обслуживания могут устанавливаться и нормы численности. Однако нет необходимости применительно к каждому работнику устанавливать норму численности. Норма численности, в конечном счете, реализуется в количестве вводимых должностей, и для работника это выливается в объеме должности: принят ли он на целую ставку, на 0,75, на полставки и т.д.

Наконец, некоторые нормы труда обычно не сочетаются друг с другом. Например, нормы нагрузки и нормы обслуживания – их нельзя одновременно устанавливать для работника. Об этом более подробно будет сказано ниже.

Таким образом, целесообразно для работников устанавливать одну норму труда, исходя из того, какое направление его деятельности нужно стимулировать в первую очередь.





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



Периодичность – 4 выпуска в год

КАК ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ*

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:

Подписной индекс: **82615** на полугодие

20103 на год

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

ООО «Агентство «Урал-Пресс»

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

ЗАО «ПРЕССИНФОРМ»

www.presskiosk.ru, тел. 8 (812) 335-97-48

Подписка на электронную версию журнала:

Для физических лиц открыта подписка через редакцию на электронную версию журнала в формате PDF (точная копия бумажной версии журнала).

Стоимость годовой подписки на 2017 г. – 1400 рублей.

После оплаты просьба прислать на нашу электронную почту idmz@mednet.ru копию квитанции об оплате.

Реквизиты для оплаты подписки:

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

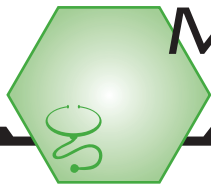
Уважаемые читатели!

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

***Уважаемые подписчики!**

С 2017 г. прекращается подписка на журналы «Менеджер здравоохранения» и «Врач и информационные технологии» через редакцию.

Для подписки на эти журналы просим обращаться в агентство Роспечать или альтернативные агентства.



Менеджер здравоохранения

