

# КРЕМЛЕВСКАЯ МЕДИЦИНА

К Л И Н И Ч Е С К И Й   В Е С Т Н И К

Ежеквартальный научно-практический журнал

№ 1, 2009

Ответственная за выпуск номера:  
И.А. Егорова

Главный редактор  
академик РАН и РАМН,  
профессор С.П. Миронов

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

А.Т. АРУТЮНОВ, д.м.н., профессор  
Е.Е. ГОГИН, д.м.н., профессор,  
чл.-корр. РАМН  
М.И. ДАВЫДОВ, д.м.н., профессор,  
академик РАН и РАМН  
Е.Н. ЗАРУБИНА, д.м.н., профессор  
А.В. ЗУБАРЕВ, д.м.н., профессор  
(отв. секретарь)  
В.Ф. КАЗАКОВ, д.м.н., профессор  
Н.Н. МАЛИНОВСКИЙ, д.м.н., профессор,  
академик РАМН  
О.Н. МИНУШКИН, д.м.н., профессор  
В.Е. НОНИКОВ, д.м.н., профессор  
Г.З. ПИСКУНОВ, д.м.н., профессор  
Н.Б. ТРОИЦКАЯ, к.м.н.  
П.С. ТУРЗИН, д.м.н., профессор  
(зам. гл. редактора)  
В.П. ФОМИНЫХ, д.м.н., профессор  
В.И. ШМЫРЕВ, д.м.н., профессор

**ТЕМАТИЧЕСКИЙ ВЫПУСК:**

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ  
И ИНФОРМАЦИОННЫЕ  
ТЕХНОЛОГИИ  
УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Издатель – ФГУ «Учебно-научный  
медицинский центр»  
Управления делами Президента  
Российской Федерации

**январь—март 2009**

“Kremljovskaya Medicina.  
Clinichsky Vestnik”  
№ 1, 2009

Organizational and information technologies  
of management in the sphere  
of Public Health

S.P. Mironov, I.A. Yegorova, D.V. Rubenstein,  
E.R. Yashina

- 5 Conceptual questions of the creation of the United Medical Information System for management by the medical organization's complex of the Department of affairs management of President of Russian Federation**

- I.A. Yegorova, G.A. Ivanov, K.A. Golubina  
**8 Possibilities and the perspectives of introducing budgetary management in the state medical organization**

- S.P. Mironov, A.T. Arutyunov, A.M. Mkrtumyan,  
P.S. Turzin  
**19 Modern approaches to an improvement of quality of medical care to the state civil officials**

- T.A. Siburina, L.Z. Attaeva  
**25 Increase of a management efficiency by public health services on the basis of use modern the personnel – technologies**

- L.D. Popovich  
**29 Development of the possible versions of the models of drugs insurance in the Russian Federation**

- A.V. Chernishev  
**47 Analysis of the application of a program-aim planning method in Public Health System of Tambov region**

- E.M. Shpilyanskiy, A.P. Torgunakov, E.M. Altschuler  
**55 Organization of treatment and rehabilitation of the asocial patients with the thermal injury under the conditions of the special burn center**

- D.E. Tsymbal, M.Yu. Svinarev  
**57 Questions of the optimization of the quality of the urgent medical care to children**

«Кремлевская медицина.  
Клинический вестник»  
№ 1, 2009

Организационные и информационные  
технологии управления  
в сфере здравоохранения

С.П. Миронов, И.А. Егорова, Д.В. Рубинштейн,  
Е.Р. Яшина

- 5 Концептуальные вопросы создания Единой медицинской информационной системы правления комплексом лечебно-профилактических учреждений Управления делами Президента Российской Федерации**

- И.А. Егорова, Г.А. Иванов, К.А. Голубина  
**8 Возможности и перспективы применения бюджетного управления в государственном медицинском учреждении**

- С.П. Миронов, А.Т. Арутюнов, А.М. Мкртумян,  
П.С. Турзин  
**19 Современные подходы к повышению качества оказания медицинской помощи государственным служащим**

- Т.А. Сибурина, Л.Ж. Аттаева  
**25 Повышение эффективности управления здравоохранением на основе использования современных персонал-технологий**

- Л.Д. Попович  
**29 Разработка возможных вариантов моделей лекарственного страхования в Российской Федерации**

- А.В. Чернышев  
**47 Анализ применения программно-целевого метода планирования в здравоохранении на примере Тамбовской области**

- Э.М. Шпилянский, А.П. Торгунаков, Е.М. Альтшулер  
**55 Организация лечения и реабилитации социально дезадаптированных пациентов с термической травмой в условиях межтерриториального ожогового центра**

- Д.Е. Цымбал, М.Ю. Свинарев  
**57 Вопросы оптимизации качества скорой медицинской помощи детям**

И.В. Пачгин, А.С. Сергеев

**62 Организационные аспекты оплаты медицинских услуг с использованием технологий полного фондодержания**

В.И. Перхов, Е.Е.Балуев

**64 Обеспечение населения Российской Федерации стационарной медицинской помощью**

К.Г. Гуревич, Н.В. Косик

**72 Проблемы материально-технического обеспечения дополнительной диспансеризации населения в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье»**

Е.А. Варавикова

**74 Оценка медицинских технологий за рубежом**

И.А. Егорова, О.А. Патокина, К.А. Голубина

**78 Проблемы оценки эффективности деятельности медицинской организации**

В.П. Куличенко, Е.И. Полубенцева

**81 Формирование на основе данных доказательной медицины профилей индикаторов качества медицинской помощи при болезнях, наиболее значимых в структуре заболеваемости и смертности населения Самарской области**

Ю.Я. Бойченко

**126 Новые медицинские технологии и лицензирование медицинской деятельности**

Е.Л. Никонов, А.В. Саверский, С.А. Саверская, М.Р. Цукаева

**128 Оценка качества медицинской помощи в учреждениях родовспоможения**

А.В. Саверский

**132 Правовые источники добровольного информированного согласия**

В.И. Чичигинаров, М.В. Терехова, А.А. Ануфриева, А.А. Собачевский, Е.Л.Никонов

**136 ВИЧ-инфекция: оценка эффективности и качества лечения в социально-уязвимых группах населения**

I.V. Pachgin, A.S. Sergeev

**62 Organizational aspects of the payment of medical services with the technologies of complete fundholding**

V.I. Perkhov, E.E.Baluev

**64 Guarantee with the stationary medical care of the population of the Russian Federation**

K.G. Gurevich, N.V. Kosik

**72 Logistic and technical equipment's support of additional periodic observation and examination of the population within the framework of the priority national project "Health"**

E.A.Varavikova

**74 Health technology assessment abroad**

I.A. Egorova, O.A. Patokina, K.A. Golubina

**78 Assessment problems of the effectiveness of medical organization's activity**

V.P. Kulichenko, E.I. Polubentseva

**81 Formation on the basis of evidence-base medicine of the profiles of the quality medical care indicators for the diseases, most significant in the structure of morbidity and mortality of the Samarskaya region's population**

Yu.Ya. Boychenko

**126 New medical technologies and the licensing of the medical activity**

E.L.Nikonov, A.V.Saverskiy, S.A.Saverskaya, M.R.Tsukaeva

**128 Assessment of the quality of medical care in the obstetric clinic**

A.V. Saverskiy

**132 Lawful sources of the voluntary informed agreement**

V.I. Chichiginarov, M.V. Terekhova, A.A. Anufrieva, A.A. Sobachevskiy, E.L. Nikonov

**136 HIV-infection: the assessment of effectiveness and the quality of treatment in the socially-vulnerable population groups**

G.S. Lebedev

**140 Basic regulations for the first developed national standards in health informatics**

S.V. Odintsov, D.V. Rubenstein, V.M. Bunin, N.N. Vinogradov, V.V. Tarasov, A.V. Yudin, T.M. Portnova

**143 Possibilities of using the automated system "Cancer-register"**

D.V. Rubenstein

**148 Special features of introduction and further development of integrated medical information system "PRAKTIKA"**

O. V. Logvinova, Yu.P.Boyko

**154 Educational methodological center in the CME system for nurses**

V.I. Chichiginarov

**159 The CME programs for the primary medical care's specialists in the Republic of Sakha (Yakutiya) during national project "Health"**

K.G. Gurevich, V.V. Chervina, A.V. Cherviakov, A.A. Morozov, D.A. Bobrineva, T.A. Morozova

**162 The definition of tobacco smoking motivation and risk exposure of smoking addiction development in a group of schoolchildren**

**166 Rules for the authors**

Сдано в набор 21.03.2009 г. Подписано в печать 20.03.2009 г.  
Формат 210x297 мм. Бумага мелов. Печать офсетная. Тир. 2000

Отпечатано в типографии  
«АС-МЕДИА»

Москва, Б.Предтеченский, 7

Издано при финансовой поддержке  
ФГУ «Клиническая больница» Управления делами  
Президента Российской Федерации

Адрес редакции:  
ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами  
Президента Российской Федерации  
Адрес: 121359, Москва, улица Маршала Тимошенко, дом 21  
Тел.: +7 (495) 140-20-78, +7 (495) 149-5831  
Факс: +7 (495) 149-5827  
e-mail: unc@pmc.ru

Г.С. Лебедев

**140 Основные положения впервые разработанных национальных стандартов в информатизации здравоохранения**

С.В. Одинцов, Д.В. Рубинштейн, В.М. Бунин, Н.Н. Виноградова В.В. Тарасов, А.В. Юдин, Т.М. Портнова

**143 Возможности использования автоматизированной системы «Канцер-регистр»**

Д.В. Рубинштейн

**148 Особенности внедрения и дальнейшего развития комплексной медицинской информационной системы «Практика»**

О.В. Логвинова, Ю.П. Бойко

**154 Учебно-методический центр в системе непрерывного обучения среднего медицинского персонала**

В.И. Чичигинаров

**159 Подготовка и переподготовка медицинских кадров первичного звена в ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в Республике Саха (Якутия)**

К.Г. Гуревич, В.В. Червина, А.В. Червяков, А.А. Морозов, Д.А. Бобринева, Т.А. Морозова

**162 Определение мотивации курения и выявление риска развития пристрастия к табаку у школьников**

**166 Правила оформления статей в журнале**

Журнал зарегистрирован в Министерстве печати и информации Российской Федерации под названием «Кремлевская медицина. Клинический вестник»

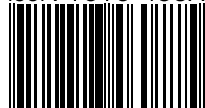
Свидетельство о регистрации № 0111042

от 19.03.1998 перерегистрирован 18.11.2005

Свидетельство о регистрации ПИ № ФС 77-22382

Подписной индекс в каталоге Роспечати 36300

ISSN 1818-460X



9 771818 460775 >

# Концептуальные вопросы создания Единой медицинской информационной системы управления комплексом лечебно-профилактических учреждений Управления делами Президента Российской Федерации

С.П. Миронов<sup>1</sup>, И.А. Егорова<sup>1</sup>, Д.В. Рубинштейн<sup>2</sup>, Е.Р. Яшина<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Главное медицинское управление Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

<sup>2</sup>Главный научно-исследовательский вычислительный центр

Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

<sup>3</sup>ФГУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

## Резюме

В статье раскрываются концептуальные вопросы, положенные в основу создания Единой медицинской информационной системы управления комплексом лечебно-профилактических учреждений Управления делами Президента Российской Федерации.

**Ключевые слова:** информационные технологии, концепция.

## Conceptual questions of the creation of the United Medical Information System for management by the medical organization's complex of the Department of affairs management of President of Russian Federation

S.P. Mironov<sup>1</sup>, I.A. Yegorova<sup>1</sup>, D.V. Rubenstein<sup>2</sup>, E.R. Yashina<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Main Medical Administration of the Department of affairs management of President of Russian Federation, Moscow

<sup>2</sup>Main Scientific Research Computer Center of the Department of affairs management of President of Russian Federation, Moscow

<sup>3</sup>«Clinical hospital» of the Department of affairs management of President of Russian Federation, Moscow

## Summary

In the article are revealed the conceptual questions, assumed as the basis of the creation of the United Medical Information System for control by the medical organizations complex of the Department of affairs management of President of Russian Federation.

**The keywords:** information technologies, the concept.

Координаты для связи с авторами: egorova@pmc.ru

Мы являемся свидетелями того, что развитие информационных технологий за все время их существования, начиная с 50-х годов прошлого века, осуществляется революционными темпами. Более того, сейчас нет причин сомневаться в продолжении такого экспоненциального роста. В течение ближайших лет в соответствии с прогнозами аналитиков Gartner G2, будут продолжаться действовать три основных закона [5, 6, 7]:

- Закон Гилдера, который утверждает, что рост пропускной способности сетей в целом в три раза превышает вычислительную мощность компьютеров. Это означает,

что развитие пропускной способности сетей будет происходить все время, по крайней мере, адекватно возрастающим потребностям передачи данных. Это делает возможным передачу данных все более и более «богатого» содержания.

- Закон Меткалфа, утверждающий, что ценность или значение сетевой структуры экспоненциально возрастает с ростом числа подключений к сети.

- Закон Мура об удвоении плотности транзисторов на кристалле и, как следствие, удвоении вычислительной мощности каждые 18 месяцев, при этом за этот же период происходит соответствующее уменьшение стоимости вычислений.

При этом, главным становится синергетический эффект от интеграции и совместного действия всех трех законов, что оказывает влияние на возможности компаний в области продуктов, процессов и самое главное предоставляемых услуг, в том числе медицинских [1].

Корпоративные информационные системы управления промышленных отраслей доказали свою эффективность, открыв новые возможности повышения рентабельности инвестиций. Практически все развитые страны имеют подобные системы в здравоохранении. Они реализовывают стандартизованный, прозрачный и эффективный инструмент для управления здравоохранением с постоянным мониторингом расходов.

В настоящее время в США реализуется комплексная программа создания сегмента «Здравоохранение» в рамках электронного правительства, финансирование которой составляет около 20 млрд. долларов США – 0,2% от госбюджета США. В Канаде разрабатывается система электронного здравоохранения – государственная программа «InfoWay»: финансирование – 400 млн. канадских долларов – 1,2% от госбюджета Канады. Программа в области электронного здравоохранения, финансируемая Евросоюзом (инициатива i2010) предполагает финансирование: 317 млн. евро (без учета аналогичных национальных программ стран Евросоюза) – 5% от госбюджета европейских стран.

В России, несмотря на несколько проектов информатизации, предложенных на рассмотрение Минздравсоцразвития России, не существует утвержденных концептуальных документов и соответствующих им программных продуктов.



Одной из первых и до настоящего времени последних концепций информатизации здравоохранения в России можно по праву считать Концепцию, разработанную по заданию Минздрава России в 1992 г. и в последующем принятую Целевую программу информатизации здравоохранения России на 1993–1995 гг., утвержденную приказом Минздрава России от 30.12.93 № 308 [2].

Отдельные средства выделялись по вышеуказанному направлению в рамках Федеральной целевой программы «Электронная Россия» (2002–2010 гг.). В проекте «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.» сформулирован отдельный раздел «Информатизация здравоохранения» и в соответствии с Федеральным законом от 24 ноября 2008 г. №204-ФЗ «О федеральном бюджете на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов» предусмотрены соответствующие средства.

Таким образом, актуальность работ по вышеуказанному направлению не вызывает сомнений.

Во исполнение поручения Президента Российской Федерации от 17.07.2008 и в соответствии с планом работ Управления делами Президента Российской Федерации на 2008 г. Главное медицинское управление совместно с ФГУП «Главный научно-исследовательский вычислительный центр» Управления делами Президента Российской Федерации подготовили и представили на рассмотрение подведомственным медицинским учреждениям Управления делами Президента Российской Федерации временную редакцию Концепции Аналитической целевой программы «Создание единой медицинской информационной системы управления комплексом лечебно-профилактических учреждений Управления делами Президента Российской Федерации» (2008–2011 годы) [3].

При проведении первичного обследования в лечебно-профилактических учреждениях Управления делами Президента РФ выявлены 62 разнородные информационные системы, которые включают в себя различное программное обеспечение с нестандартными функциональными характеристиками (разнородность приложений, стандартов, технических платформ), и не ориентированные на интеграцию в Единое информационное пространство.

Используемые в структурных подразделениях Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации информационные системы не имеют единой инфраструктуры сбора, хранения, обработки, передачи и использования информации; отсутствует возможность аналитической обработки имеющихся данных; отсутствует единая нормативно-правовая, организационная и методическая база функционирования и использования информационных систем.

Устранение этих недостатков не может быть осуществлено простой корректировкой существующих информационных систем и (или) обеспечения их взаимодействия между собой.

Решение данных вопросов возможно путем создания Единой медицинской информационной системы управления комплексом лечебно-профилактических учреждений Управления делами Президента Российской Федерации (ЕИМС), где IT-решения должны основываться на современных принципах управления, то есть в процессе создания вместе с технической реализацией, существенное внимание должно уделяться вопросам модернизации Системы управления комплексом ЛПУ Управления делами Президента Российской Федерации в условиях

смешанного финансирования (бюджетное, внебюджетное) на основе современных подходов к управлению:

- качеством медицинской помощи;
- финансово-хозяйственной деятельностью;
- земельно-имущественными комплексами.

Особое внимание уделено организационно-методическим документам, при этом предлагается разработать:

индикаторы качества медицинских услуг;

показатели эффективности финансово-хозяйственной деятельности:

- для амбулаторно-поликлинических учреждений;
- для больниц (стационарных учреждений);
- для санаторно-курортных учреждений.

Созданный единый классификатор и разработанная в рамках реализации программы устойчивая система ценообразования на медицинские услуги позволит управлять расходами и обеспечить мониторинг затрат в лечебно-профилактических учреждениях Управления делами Президента Российской Федерации.

ЕМИС – это информационная система, направленная на информационную поддержку реализации функций структурных подразделений Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации и автоматизации рабочих процессов подведомственных ему лечебно-профилактических учреждений.

Создание системы позволит оптимизировать формирование специализированных бюджетов, обеспечивать прозрачность финансовых потоков, повысить доступность и качество медицинской помощи прикрепленному контингенту.

По своим функциональным задачам и принципам построения ЕМИС является корпоративной системой в применении к функциям государственного управления деятельностью ЛПУ и представляет собой двухуровневую структуру.

Нижний уровень ЕМИС представлен единой комплексной системой автоматизации рабочих процессов для многопрофильного ЛПУ (поликлиника, больница, санаторий).

Верхний уровень – системой управления потоками статистических данных (сбор и хранение) и аналитическими модулями, направленными на принятие управленческих решений.

В системе предусмотрена интеграция с современными платежными и социально-ориентированными сетями.

Отдельным модулем сформулированы подходы обеспечения информационной безопасности, в том числе по защите персональных данных.

Решение вопроса объединения разнородных компонентов в единую информационную среду предполагается с применением современной концепции создания IT-систем: сервис-ориентированной архитектуры, позволяющей функционировать с унаследованными ПО-приложениями, что позволит обеспечить преемственность действующих информационных систем и вновь устанавливаемых.

Решение вопросов интегрируемости информационных систем, подтверждения функциональных характеристик и возможности наследования данных, обеспечения безопасности работы с персональными данными предполагается в рамках работы Системы добровольной сертификации «ИНФОРМТЕСТ», зарегистрированной ГлавНИВЦ Управления делами Президента Российской Федерации.

Федерации 28 апреля 2008 г. в Ростехрегулировании за № РОСС RU.Б488.04ШБ00.

В концепции аналитической программы рассмотрены вопросы создания защищенной высокоскоростной инфраструктуры сети передачи данных и связи и отмечена важность согласования реализации вышеуказанного проекта с графиком выполнения работ по модернизации системы связи и передачи данных, утвержденных приказом Управления делами Президента Российской Федерации от 11.08.2005 № 225 «О построении Единой корпоративной сети связи Управления делами Президента Российской Федерации».

Таким образом, создание Единой Медицинской Информационной Системы Управления делами Президента Российской Федерации позволит обеспечить:

- функции сбора, хранения, обработки, передачи и использования информации для обеспечения принятия управленческих решений, то есть совершенствование методологии управления комплексом ЛПУ;

- оптимизацию формирования специализированных бюджетов, прозрачность финансовых потоков;

- повышение эффективности использования научного и кадрового потенциала, материально-технической базы медицинских учреждений Управления делами Президента Российской Федерации с целью обеспечения высококачественной медицинской помощи прикрепленному контингенту;

- повышение эффективности и результативности лечебно-диагностического процесса при применении высоких информационных технологий («Медицина, основанная на информации»);

- формирование эффективной системы предоставления государственных услуг (медицинских услуг) на основе использования информационных технологий («электронное правительство»);

- обеспечения устойчивого позиционирования учреждений Управления делами Президента Российской Федерации на рынке медицинских услуг;

- повышение эффективности межведомственного взаимодействия.

Как отмечает Д. Коллинз, «сами по себе информационные технологии не могут быть ни причиной исключительных результатов, ни причиной упадка компании. Безумная ставка на технологии – это пассив, а не актив.

Конечно, при правильном использовании и при условии соответствия простой, понятной и последовательной концепции, базирующейся на глубоком понимании реальной ситуации, в которой работает компания, технологии – это сильнейший аккумулятор развития потенциала.

Но при неправильном использовании, когда за технологии хватаются как за простое и быстрое решение, они просто ускакают крах.

Крупные компании используют технологии как акселератор роста, а не его причину. Ни одна из этих компаний не начала преобразования с внедрения новой технологии, хотя все они стали пионерами во внедрении какой-то технологии. Информационные технологии внедряются исключительно после согласования с концепцией ведения бизнеса, и медицинские учреждения не являются исключением [4].

### Литература

1. Архитектура и стратегия. «Инь» и «Янь» информационных технологий предприятия / А. Данилин, А.Слюсаренко. – М. Интернет-Ун-т Информ. Технологий, 2005. – 504 с.

2. Концепция информатизации здравоохранения России / С.А. Гаспарян, В.М. Тимонин, Э.И. Погорелова. – МКПК. – М. – 1992. – 32 с.

3. Концепция аналитической целевой программы «Создание единой медицинской информационной системы управления комплексом лечебно-профилактических учреждений Управления делами Президента Российской Федерации» (2008–2011 годы) / И.А. Егорова, Д.В. Рубинштейн, Е.Р. Яшина, С.В. Писаренко, П.И. Костюков, Р.А. Кручинин, В.П. Коровкин. – М.: МИЭЭ. – 2008. – 54 с.

4. Коллинз Джим. От хорошего к великому. Почему одни компании совершают прорыв, а другие нет ... Стокгольмская школа экономики в г. Санкт-Петербурге, 2001.

5. Marh 2004 Gartner EXP Premier Report, Preparing for the Upswing: The 2004 CIO Agenda.

6. Driving Enterprise Agility with enterprise IT Architecture // Gartner COM-19-4566, 2003.

7. A.Drobik et al. The Gartner definition for the Real-Time enterprise // Gartner Research Note COM-18-3057, 2002.

# ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

## Возможности и перспективы применения бюджетного управления в государственном медицинском учреждении

И.А. Егорова, Г.А. Иванов, К.А. Голубина

ГМУ Управления делами Президента Российской Федерации  
ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» УДПРФ

### Резюме

В статье представлен анализ возможностей применения бюджетного управления на примере санкт-петербургского медицинского учреждения.

**Ключевые слова:** бюджет, стратегия, планирование, медицинские услуги.

### Possibilities and the perspectives of introducing budgetary management in the state medical organization

I.A. Yegorova<sup>1</sup>, G.A. Ivanov<sup>2</sup>, K.A. Golubina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Main Medical Administration of the Department of affairs management of President of Russian Federation, Moscow

<sup>2</sup>“Consultative-diagnostic center with the polyclinic” of the Department of affairs management of President of Russian Federation, Saint Petersburg

### Summary

In the article is represented the analysis of the possibilities of introducing budgetary management based on the example of medical organization.

**The keywords:** budget, strategy, planning, the medical services.

**Координаты для связи с авторами:** egorova@pmc.ru

В современных условиях большинство медицинских организаций функционируют в условиях высокой неопределенности внешней среды. Медицинские организации и их сети испытывают серьезное влияние со стороны совокупности факторов: правовых, международных и национальных рыночных, демографических, технологических, социально-демографических.

Стратегический менеджмент призван облегчить функционирование организации в условиях турбулентности внешней среды. Его применение позволяет проводить анализ внутренней среды организации, сформулировать миссию и видение организации, разработать среднесрочные стратегические планы. Наличие четко сформулированной стратегии не только повышает шансы организации на выживание, но и позволяет разработать эффективный и прозрачный комплекс «стратегия-структура-контроль».

Стратегическое управление зачастую является комплексной задачей, включающей стратегическое мышление, стратегическое планирование, а также управление стратегическим импульсом. Стратегия, согласно Г. Минцбергу может быть представлена как позиция, план, «ловкий приём», принцип поведения и перспектива.

Релевантность применения стратегического управления в условиях учреждений здравоохранения подтверждена многолетней зарубежной и отечественной практикой. Стратегический менеджмент некоммерческих и сервисных организаций, хотя и должен учитывать их специфику, оперирует теми же моделями и методами, что и стратегический менеджмент производственных и коммерческих предприятий.

Процесс стратегического управления состоит из трех ключевых этапов: планирования, имплементации и оценки.

Первый этап направлен на анализ внутренней и внешней среды организации, формулирование миссии и видения, краткосрочных и долгосрочных целей, определения задач, необходимых для их реализации. Итогом первого этапа становится разработка стратегического плана. В условиях медицинской организации на первом этапе стратегического планирования крайне важно детально проанализировать внешнюю среду, которая как уже было отмечено ранее, является едва ли не более комплексной для рассматриваемой категории организаций, чем для большинства других. Для этих целей может быть использована модель пяти сил конкуренции М. Портера. Кроме того, необходимо сформировать видение организационной культуры, а также выделить ключевые позиции стратегического плана с учетом существующей специфики организации здравоохранения.

На втором этапе необходимо обеспечить реализацию стратегического плана необходимыми ресурсами, как материальными, так и человеческими, что особенно важно для сектора здравоохранения. Распределить полномочия и определить зоны ответственности, адаптировать организационную структуру в соответствии со спецификой функционирования организации. На этапе реализации стратегии ключевым является разработка прозрачной, эффективной и информативной системы оценки степени достижения стратегических задач. Такая система должна позволить своевременно регистрировать отклонения фактических показателей от целевых, с тем, чтобы вовремя принять корректирующие меры, а также облегчить оценку работы сотрудников, как основных, так и вспомогательных подразделений.

Наконец, при оценке стратегии необходимо руководствоваться тем, что любая стратегия должна отвечать трем требованиям:

- должна учитывать специфику организации;
- должна быть выполнимой;
- должна быть реализуемой (достижимой).

За свою шестидесятилетнюю историю стратегический менеджмент претерпел множество изменений и получил



широкое распространения и развитие. В современной экономике знание грамотное применение инструментов стратегического управления является залогом становления успешной и эффективной организации. В настоящей статье мы рассмотрим возможность и перспективы применения методики бюджетного управления для реализации долгосрочной стратегии медицинской организации.

Для этого использованы результаты деятельности ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации. Указанное учреждение входит в состав учреждений, подведомственных Главному медицинскому управлению Управления делами Президента Российской Федерации (ГМУ УДПРФ).

ГМУ является самостоятельным структурным подразделением УДП РФ, созданным в целях организации обеспечения работников высших государственных органов законодательной, исполнительной и судебной власти Российской Федерации, иных государственных органов и организаций и членов их семей медицинской, лечебно-профилактической и санаторно-курортной помощью.

Наряду с выполнением государственного заказа многие учреждения системы ГМУ успешно работают на рынке платных медицинских услуг. В 2006 году рейтинговым агентством Эксперт было проведено исследование рынка ДМС Москвы – «Страховая медицина: рейтинг качества, 2006 г.»<sup>1</sup> Данное исследование содержит список из пятидесяти ведущих амбулаторно-поликлинических и стационарных организаций здравоохранения различных форм собственности, активно работающих на рынке ДМС Москвы. Объектами данного исследования стали, в том числе тринадцать учреждений, подведомственных Управлению делами Президента РФ. Ранжирование рассматриваемых организаций было проведено по уровню сервиса, профессионализма персонала, качества оборудования, а также стоимости предоставляемых услуг с учетом соотношения «цена-качество услуг». При проведении исследования оценка производилась отдельно по четырем категориям медицинских услуг: поликлиническое обслуживание для взрослых, поликлиническое обслуживание для детей, стационарное обслуживание для взрослых, стационарное обслуживание для детей. Источником информации для создания рейтинга стали результаты анкетирования ведущих специалистов направления ДМС около тридцати крупнейших страховых компаний, активно работающих на рынке ДМС Москвы.

По итогам рейтинга большинство оцениваемых амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений для взрослого и детского населения, подведомственных Управлению делами Президента РФ, заняли лидирующие позиции по таким параметрам как: уровень сервиса, профессионализм персонала, качество оборудования. При этом с точки зрения стоимости предоставляемых услуг эти учреждения относятся к группе среднего и высшего ценового диапазона, что в том числе объясняется широким использованием высокотехнологичных и дорогостоящих методов диагностики и лечения, а также престижностью обслуживания в рассматриваемой группе учреждений.

ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» УДП РФ, на базе которого проводилось

исследование проблем и перспектив применения бюджетирования образовано 6 мая 2008 г. в соответствии с Распоряжением Правительства РФ № 373-р от 24 марта 2008 г. и является первым медицинским учреждением УДП РФ в г. Санкт-Петербурге.

Основной целью деятельности Учреждения является оказание медицинской помощи судьям Конституционного суда Российской Федерации и членам их семей, федеральным государственным служащим аппарата Конституционного суда Российской Федерации и членам их семей, а также сотрудникам организаций, подведомственных Управлению делами и членам их семей (государственный заказ).<sup>2</sup>

Для достижения основной цели Учреждение осуществляет в соответствии с законодательством РФ следующие виды деятельности:

- предоставление квалифицированных медицинских услуг категориям граждан, обслуживаемых в рамках государственного заказа;
- фармацевтическая деятельность;
- внедрение в практику современных эффективных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных;
- научно-практические исследования в области клинической медицины;
- деятельность, связанную с обеспечением оказания медицинской помощи.

Учреждение вправе осуществлять приносящую доход деятельность, если такая деятельность служит достижению целей, для которой создано учреждение. К такой деятельности относится:

- предоставление платных медицинских услуг;
- оказание услуг организациям и физическим лицам по проведению симпозиумов, конференция, семинаров и других мероприятий;
- оказание консультативных и юридических услуг;
- розничная торговля лекарственными препаратами.

Оказание платных медицинских услуг осуществляется на основании «Положения об оказании платных медицинских услуг Федерального государственного учреждения «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации».

Имущество Учреждения находится в собственности Российской Федерации (федеральная собственность) и закреплено за Учреждением на праве оперативного управления и учитывается на его самостоятельном балансе. Расходование бюджетных и внебюджетных средств осуществляется Учреждением в пределах доведенных лимитов бюджетных обязательств и в соответствии с утвержденными Управлением делами бюджетной сметой и сметой доходов и расходов по приносящей доход деятельности. Учет доходов и расходов по бюджетной и внебюджетной деятельности ведется на отдельных балансах. Учреждение имеет отдельные лицевые счета в территориальных органах Федерального казначейства по учету средств федерального бюджета и средств, полученных от приносящей доход деятельности.

ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» возглавляется главным врачом, назначаемым и освобождаемым от должности Управляющим де-

<sup>1</sup> Рейтинговое агентство « Эксперт РА» [Электронный ресурс]. – М.: Эксперт, 2009. – Режим доступа: <http://www.raexpert.ru/researches/insurance/dms/>, свободный. – Загл. с экрана.

<sup>2</sup> Устав Федерального государственного учреждения «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации. – М.: УДП РФ, 2008

лами. Штатное расписание Учреждения предусматривает 280 единиц медицинского и немедицинского персонала, организованных в 22 медицинских, 2 вспомогательных и 9 административно-хозяйственных подразделений.

Расчетная мощность Учреждения составляет 200 обращений в сутки при 4000 человек прикрепленного контингента.

В соответствии с Бюджетным кодексом Управление делами Президента Российской Федерации ежегодно доводит до подведомственных учреждений уведомление о бюджетных ассигнованиях на следующий финансовый год и на плановый двухлетний период, а также плановые показатели деятельности учреждения на следующий финансовый год. В соответствии с доведенными контрольными цифрами получатели средств из федерального бюджета в указанный срок представляют в Управление делами Президента Российской Федерации сводную смету доходов и расходов учреждения, бюджетную смету, смету доходов и расходов средств, полученных от приносящей доход деятельности, смету доходов и расходов средств, полученных от сдачи в аренду имущества, находящегося в федеральной собственности, для рассмотрения и последующего утверждения.

При финансировании деятельности медицинских учреждений, подведомственных Управлению делами Президента РФ в рамках выполнения государственного заказа, бюджетные средства переводятся по разделу «Здравоохранение, физическая культура и спорт», по подразделу, соответствующему профилю деятельности конкретного учреждения, целевой статье «Обеспечение деятельности подведомственных учреждений», по виду расходов – «выполнение функций бюджетными учреждениями». Структура бюджетной сметы рассматриваемой группы Учреждений отличается от бюджетной сметы учреждений, работающих в системе министерства здравоохранения и социального развития по программам ОМС. Если вторые финансируются по пяти статьям («Заработная плата», «Начисления на заработную плату», «Прочие услуги», «Увеличение стоимости материальных запасов», «Расходы на приобретение медикаментов и перевязочных средств»), то структура бюджетной сметы первых несколько шире.

В финансово-экономическом управлении Управления делами Президента Российской Федерации расчет расходов по подстатьям осуществляется следующим образом:

*Подстатья 200 «Расходы»* содержит суммарные ассигнования по подстатьям 210 и 220.

*Подстатья 210 «Оплата труда и начисления на оплату труда»* суммирует ассигнования по подстатьям 211, 212, 213.

*Подстатья 211 «Заработная плата»* рассчитывается на основании штатного расписания, утвержденного руководителем подведомственного учреждения и начальником главного медицинского управления, расчета месячного фонда оплаты труда по тарификации из расчета базовой единицы, установленной на очередной финансовый год, расчета фонда должностных окладов на год, фонда надбавок и доплат.

*Подстатья 213 «Начисления на заработную плату»* рассчитывается в процентах от фонда оплаты труда, установленных законодательством Российской Федерации.

*Подстатья 212 «Прочие выплаты»* включает расходы по оплате суточных при командировках, прочие текущие расходы.

*Подстатья 220 «Приобретение услуг»* суммирует ассигнования по подстатьям 221, 222, 223, 225, 226.

*Подстатья 221 «Услуги связи»* рассчитывается ретроспективным методом и расчета норм, принятых к использованию в финансово-экономическом управлении.

*Подстатья 222 «Транспортные услуги»* включает командировочные расходы (в части транспортных расходов), транспортные услуги легкового автотранспорта, а также транспортные услуги скорой помощи.

*Подстатья 223 «Коммунальные услуги»* включает расходы по оплате газо-, электро-, водо- и теплоснабжения.

*Подстатья 225 «Работы, услуги по содержанию имущества»* включает расходы по ремонту и техническому обслуживанию основных средств (содержание оборудования, помещений, уборка прилегающих территорий и вывоз мусора, текущий ремонт зданий и сооружений). Бюджетные ассигнования по данной подстатье определяются в расчете на 1 кв.м. занимаемого здания.

*Подстатья 226 «Прочие работы, услуги»* включает расходы по покупке медицинских услуг у сторонних организаций (лабораторные исследования, госпитализация прикрепленного контингента), приобретению и обслуживанию компьютерных программ, обучение (повышение квалификации) сотрудников, типографские услуги и услуги подписки и прочее. Расходы по этой статье определяются с учетом фактических расходов за предыдущие годы, а также численности прикрепленного на медицинское обслуживание контингента.

*Подстатья 300 «Приобретение услуг»* суммирует ассигнования по подстатьям 310 и 340.

*Подстатья 310 «Увеличение стоимости основных средств»* включает расходы на приобретение оборудования производственного и непроизводственного назначения со сроком службы более 12 месяцев. Расходы по этой статье определяются с учетом фактических расходов за предыдущие годы, но в реальной практике финансируется по остаточному принципу, что наглядно иллюстрирует таб. 1.

*Подстатья 340 «Увеличение стоимости материальных запасов»* включает расходы на лекарственные средства, расходные материалы и изделия медицинского назначения, питание пациентов, горюче-смазочные материалы. Большинство расходов этой группы определяются из расчета: в стационаре – на койко-день, а амбулаторно-поликлиническом учреждении – на врачебное посещение.

Формирование бюджетной сметы для амбулаторно-поликлинической группы учреждений на следующий финансовый год финансово-экономическим управлением УДП РФ осуществляется следующим образом: средства, выделенные в рамках соответствующего подраздела бюджета, распределяются между учреждениями прямо пропорционально плановому количеству посещений в следующем году, после чего осуществляется постатейное распределение общего количества средств, выделенного каждому учреждению. Таким образом, отсутствует учет половозрастной структуры прикрепленного контингента и специфики оказания медицинской помощи в конкретном учреждении, а также состав, сложность и комплексность оказываемых услуг. Например, наличие большого количества передового высокотехнологичного медицинского оборудования в ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» повышает уровень затрат, необходимых на содержание имущества, однако финансирование данной статьи осуществляется

в расчете на 1 кв. м. площади здания, занимаемого медицинским учреждением.

Рассматриваемое учреждение не получает какого-либо финансирования по программам ОМС, несмотря на то, что значительное количество услуг, оказываемых прикрепленному контингенту входит в программы государственных гарантий. При этом обслуживаемые в учреждениях структуры отчисляются на ОМС своих сотрудников в составе единого социального налога и обеспечивают их полисами ОМС, которые ввиду наличия дополнительных гарантий по обеспечению медицинской помощью значительно менее востребованы.

В терминологии бюджетирования можно говорить о применении так называемого параллельного или консультативного бюджетирования, при котором участие непосредственных исполнителей бюджета сводится к предоставлению в финансово-экономическое управление обоснований запрашиваемого на следующий финансовый год финансирования по каждой подстатье. На практике доведенная бюджетная смета редко претерпевает изменения на основании данных, предоставленных учреждениями, и сохраняется в первоначальном виде. Гибкость данного подхода ограничивается тем, что финансово-экономическое управление может в течение года разрешить перевод средств с одной подстатьи на другую в рамках общего лимита бюджетного финансирования, при условии, что подобный перевод средств не отразится негативно на деятельности, финансируемой по данной подстатье (например, существует избыток средств по какой-то из подстатей бюджетной сметы).

В большинстве российских медицинских учреждений оплата медицинской помощи осуществляется по укрупненным единицам объемов медицинской помощи по следующим видам (койко-день – в стационаре, посещение – в амбулаторно-поликлиническом учреждении, пациенто-день – в дневном стационаре, вызов – для скорой медицинской помощи). Несмотря на то, что еще в 1987 году приказом Министерства здравоохранения СССР № 902 финансирование по посещениям было отменено «с целью повышения качества амбулаторно-поликлинической помощи населению», способы оплаты, ориентированные на результат (на больного, на услугу, на законченный случай) используются. Финансирование по посещениям создает стимул к нерациональному использованию мощностей учреждения. С целью регистрации дополнительных посещений специалисты медицинского учреждения могут «вызывать» пациента несколько раз, например, для интерпретации лабораторных обследований, даже если это можно сделать при первичном обращении. Более того, по данным Росздравнадзора встречаются и случаи приписок.

Финансирование ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» осуществляется по врачебным посещениям. По нормативам Министерства здравоохранения и социального развития, которыми руководствуются ЛПУ, под врачебным посещением подразумевается «контакт пациента с врачом по любому поводу с последующей записью в карте амбулаторного пациента (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом)»<sup>3</sup>. Посещения в

течение дня пациентом одного и того же врача несколько раз, например, для интерпретации результатов диагностических исследований, учитывается как одно посещение. Не подлежат учету как врачебные посещения: «случаи оказания медицинской помощи персоналом станций (отделений) скорой и неотложной медицинской помощи, обследования в рентгеновских кабинетах, лабораториях и так далее, случаи оказания медицинской помощи на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях; консультации и экспертизы, проводимые клинико-экспертными комиссиями (КЭК); посещения к врачам вспомогательных отделений (кабинетов)»<sup>4</sup>. Парадокс данного подхода заключается в том, что как врачебное посещение будет учитываться выписка рецепта на медикаменты, которая может занимать минимальное количество времени, если выполняется на регулярной основе; в то время как врачебным посещением не считается сложное и длительное по времени исполнения и дорогостоящее диагностическое исследование, по результатам которого пациент получает заключение квалифицированного врача-диагноста. В среднем одно обращение пациента в медицинское учреждение по одному поводу при статистическом учете может «дать» три врачебных посещения. Подобные неопределенности в терминологии и базирующиеся на этой основе принципы финансирования медицинских учреждений серьезно затрудняют построение эффективной системы бюджетного финансирования.

Организационная структура рассматриваемого учреждения подразумевает наличие дневного стационара, стационара краткосрочного пребывания, а также отделения скорой и неотложной медицинской помощи, при этом финансирование по пациенто-дню и вызову скорой медицинской помощи не осуществляется. При существующей системе финансирования выполнение государственного заказа в ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» указанные направления медицинской помощи, а также диагностическая служба учреждения финансируются косвенно по соответствующим статьям доведенной бюджетной сметы, таким как оплата труда и начисления на оплату труда, поскольку должности специалистов, занятых в рассматриваемых службах предусмотрены в штатном расписании; транспортные услуги, поскольку автомобили скорой медицинской помощи находятся на балансе ФГУ «Автотранспортный комбинат» Управления делами Президента Российской Федерации, коммунальные услуги; услуги по содержанию имущества; прочие услуги; приобретение услуг; услуги связи; увеличение стоимости основных средств и увеличение стоимости материальных запасов. Применение рассмотренной системы финансирования вызывает недофинансирование учреждения по ряду направлений и может снижать качество оказываемой медицинской помощи.

Проект бюджетных ассигнований ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» на 2009 год предусматривал выделение 69 376 500 рублей, что составляет 58% запрашиваемого учреждением объема финансирования в 118 821 230 рублей. Необходимо отметить, что в подаваемой заявке учреждение склонно завышать свои требования к размеру бюджетных ассигнований, а запрашиваемый объем финансирования при

<sup>3</sup> Инструкция по заполнению учетной формы № 039/У-02 «Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому» // Портал LawMix. – 2009. – Режим доступа: <http://www.lawmix.ru/med.php?id=5993>, свободный. – Загл. с экрана.

<sup>4</sup> Там же

**Размер бюджетных ассигнований выделенных ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой», обеспеченность потребности учреждения в финансовых средствах в 2009 году**

Наименование	Код	Размер бюджетных ассигнований по проекту на 2009 г. (тыс. руб.)	Размер бюджетных ассигнований по заявке Учреждения на 2009 г. (тыс. руб.)	Размер дефицита бюджетных ассигнований в 2009 г. (тыс. руб.)	Обеспеченность потребности на 2009 г., %
Итого расходы	200				
Оплата труда и начисления на оплату труда	210	41765,00	46228,37	4463,37	90,34%
Заработная плата	211	33085,00	36605,00	3520,00	90,38%
Прочие выплаты	212	11,70	11,90	0,20	98,32%
Начисления на оплату труда	213	8668,30	9611,47	943,17	90,19%
Оплата работ и услуг	220	25175,50	45207,56	20032,06	55,69%
Услуги связи	221	174,90	769,20	594,30	22,74%
Транспортные услуги	222	7312,5	9430,2	2117,70	77,54%
Коммунальные услуги	223	1938,30	3677,56	1739,26	52,71%
Работы, услуги по содержанию имущества	225	979,80	7990,60	7010,80	12,26%
Прочие работы, услуги	226	14770,00	23350,00	8580,00	63,25%
Поступление нефинансовых активов	300	2436,00	27385,30	24949,30	8,90%
Увеличение стоимости основных средств	310	29,40	11055,30	11025,90	0,27%
Увеличение стоимости материальных запасов	340	2406,6	16330	13923,4	14,74%
ИТОГО расходов	900	69376,50	118821,23		
<b>ИТОГО ДЕФИЦИТ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ</b>				<b>49 444,73</b>	<b>58,39%</b>

существующей системе планирования не может точно отражать потребности учреждения. С другой стороны, недофинансирование затрудняет исполнение доведенного плана производственных показателей и Программы «Гарантированного обеспечения бесплатной медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях Управления делами Президента Российской Федерации». В таблице 1 представлен постатейный анализ полноты обеспечения потребности учреждения бюджетными ассигнованиями.

Из приведенной таблицы следует, что основные статьи имеют существенный дефицит финансового обеспечения, что значительно усложняет оказание медицинской помощи в объемах, предусмотренных Программой «Гарантированного обеспечения бесплатной медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях Управления делами Президента Российской Федерации».

Данные таблицы 1 показывают, что дефицит финансирования по статьям, связанным с заработной платой наименьший. Однако необходимо учитывать, что для привлечения высококвалифицированных кадров учреждению необходимо обеспечить конкурентную заработную плату. Так, по данным исследовательского центра SuperJob.ru<sup>5</sup>, в Москве предлагаемый работодателями уровень зарплаты врача в государственных медицинских учреждениях составляет 13–35 тыс. руб. в месяц, в ком-

мерческих клиниках и центрах – 12–75 тыс. руб. (средний и младший персонал – 8–25 тыс. руб. и 17–43 тыс. руб., соответственно). В Санкт-Петербурге в государственных медицинских учреждениях врач может получать 10–25 тыс. руб., в частных – 20–50 тыс. руб., (прочий медицинский персонал – 6–15 тыс. руб. и 15–25 тыс. руб., соответственно). В соответствии со штатным расписанием ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» средний бюджетный оклад врачебного персонала составляет 12 300 руб., 8 200 для среднего медицинского персонала, 4 600 руб. для прочего медицинского персонала и 9 800 руб. для немедицинского персонала. Следовательно, для обеспечения конкурентной заработной платы и привлечения квалифицированных кадров, необходимо осуществлять значительные доплаты из средств, полученных от ведения предпринимательской деятельности.

Недофинансирование по 340 статье приводит к тому, что лечебный и диагностический процесс будут организованы в условиях сокращения расходов на врачебные посещения, особенно по разделу «лекарства, расходные материалы и дезинфицирующие средства», что неминуемо отразится на качестве оказываемой медицинской услуги. Могут сократиться программы диспансеризации и профилактики заболеваний, при этом прикрепленный контингент может оказаться лишенным некоторых видов современной медицинской помощи.

<sup>5</sup> Рынок труда в здравоохранении – 2008. – Менеджер здравоохранения, 2008. – № 12 – с.36



Сокращение финансирования по 222 статье затруднит организацию работы службы скорой медицинской помощи, рассчитанной на 2 автомобиля. По утвержденной бюджетной смете Учреждение сможет профинансировать работу лишь одного автомобиля.

В г. Санкт-Петербурге отсутствуют стационарные учреждения, подведомственные Управлению делами Президента Российской Федерации. Стационарная помощь прикрепленному контингенту, предусмотренная «Программой гарантированного обеспечения бесплатной медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях Управления делами Президента Российской Федерации», осуществляется в городские стационары и это требует дополнительной оплаты. Недофинансирование 226 статьи по которой осуществляются оплата стационарной помощи может привести к отказу от плановых госпитализаций в стационары города, что вызовет рост расходов на экстренные госпитализации. В этой ситуации может возникнуть вопрос о необходимости осуществлении прикрепленным контингентом соплатежей за медицинские услуги, как в сторонних медицинских организациях, так и в самом учреждении.

Для решения проблемы дефицита бюджетных средств можно предложить три пути решения, первые два из которых являются экстенсивными:

- Сокращение плановых показателей пропорционально объему финансирования.
- Пересмотр объема гарантированных медицинских услуг и объема лекарственного и иного обеспечения прикрепленному контингенту с разрешением введения оплаты части медицинских услуг, расходных материалов и иных соплатежей.
- Поиск наиболее эффективных способов использования существующих ресурсов, развитие направления платных медицинских услуг с целью получения дополнительного финансирования.

Таким образом, в настоящий момент ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» столкнулось с рядом существенных проблем, препятствующих эффективной работе учреждения, а именно:

- Несбалансированность государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью и их финансового обеспечения;
- Недостаточная финансовая обоснованность нормативов, по которым финансируется учреждение;
- Различное толкование ключевого при формировании бюджетной сметы понятия «врачебное посещение» распорядителем бюджетных средств и исполнителями бюджетной сметы;
- Применение системы консультативного бюджетирования при составлении бюджетной сметы, что значительно сокращает вовлеченность непосредственных исполнителей в бюджетный процесс и препятствует формированию релевантной специфики сметы конкретного учреждения;
- Не включенность в систему ОМС, и невозможность получать дополнительное финансирование по его программам.

Описанный выше комплекс проблем в значительной мере затрудняет эффективную деятельность учреждения. В качестве инструмента планирования и оптимизации использования существующих ресурсов может быть предложено бюджетирование, которое позволит спланировать комплекс мероприятий по достижению

основной целевой установки учреждения с учетом ключевых проблем и особенностей деятельности ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой».

Предлагаем обсудить принципы разработки генерального бюджета для рассматриваемого учреждения.

С учетом специфики ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой», описанной ранее основную организационную цель, можно определить как оказание высококачественной медицинской помощи прикрепленному контингенту и другим жителям Санкт-Петербурга с применением последних достижений отечественного и зарубежного здравоохранения, лучших традиций «кремлевской» медицины и новейшего лечебно-диагностического оборудования.

Для реализации этой цели необходимо найти оптимальное сочетание работы в рамках государственного заказа и предпринимательской деятельности, чему и служит применение бюджетирования.

Государственное учреждение здравоохранения можно отнести к сервисному и некоммерческому типу организации, таким образом, фокусом бюджетирования является деятельность по реализации услуг и управление потребностью в персонале, а также получение доходов и контроль затрат.

*Первый этап бюджетирования – это выделение центров ответственности.* Бюджетирование зачастую является крайним трудоемким процессом, требующим большого количества времени и совместной работы всех подразделений организации. В случае ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой», предоставляющем большое количество медицинских услуг, с целью построения генерального бюджета были выделены ключевые направления деятельности, что позволило сохранить значимость модели, несколько упростив расчеты. В рамках данной работы, нецелесообразно включать в модель все лечебные подразделения, так как это потребует расчета себестоимости всех услуг, которые включает прейскурант учреждения, а также детального анализа структуры продаж, что является отдельной большой задачей и в формате решения данной задачи не представляется возможным.

Для разработки генерального бюджета для ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» были выделены следующие структурные подразделения или центры ответственности – центры дохода:

- Отделение терапии и общей врачебной практики;
- Акушерско-гинекологическое отделение;
- Урологическое отделение;
- Отделение психоневрологии;
- Офтальмологическое отделение;
- Кабинет отоларингологии;
- Стоматологическое отделение;
- Отделение видеоскопии;
- Кабинет магнитно-резонансной томографии (МРТ);
- Кабинет компьютерной томографии (КТ);
- Рентгенологическое отделение;
- Отделение ультразвуковой диагностики (УЗИ). Последние четыре подразделения выделены в отделение лучевой диагностики.

Административно-хозяйственные (бухгалтерия, отдел кадров, инженерный отдел, регистратура) и обеспечивающие подразделения (стерилизационная, склад, кислородная станция) были объединены в единый центр затрат, отдельно был выделен только центр затрат – «от-



дел по работе с пациентами», специалисты которого занимаются маркетингом медицинских услуг, договорами в рамках ДМС, курируют работу медицинской регистратуры и call-центра.

В качестве центра прибыли и центра инвестиций выступает главный врач ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой».

Таким образом, в разрабатываемую модель не вошли стационар краткосрочного пребывания, служба скорой медицинской помощи, физиотерапевтическое отделение и аптечный пункт, поскольку полный запуск данных подразделений состоялся только в июне 2009 года, для включения их в рассматриваемую модель имелось недостаточно данных.

Следующий этап процедуры бюджетирования – определение плана продаж в денежном выражении. Согласно плановому заданию, доведенному до ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» на 2009 год, в структуре посещений преобладает бюджетный контингент, на который приходится 83,3% всех установленных планом посещений. Анализ динамики и структуры продаж первого квартала 2009 года показывает, что именно такая структура посещений и существует в учреждении – на бюджетный контингент приходится 83,3% всех посещений. Преобладание бюджетного контингента объясняется тем, что ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» начало оказывать платные медицинские услуги только в конце 2008 года, и его позиция на рынке платных медицинских услуг города пока достаточно слабая. Необходимо отметить, что в среднем доля бюджетного контингента амбулаторно-поликлинических учреждений системы Управления делами Президента Российской Федерации в 2008 году составила 56,7%, остальные 43,3% приходятся на договорной контингент. При этом доля бюджетного контингента в различных амбулаторно-поликлинических учреждениях системы Главное медицинское управление в 2008 году варьируется от 13,7% до 92,9%.

Денежные поступления от выполнения государственного заказа в 2009 году составят 69 376,50 тыс. руб., при этом дефицит финансирования по сравнению с запрашиваемым объемом составляет 49 444,73 тыс. руб.

Единственным эффективным способом устранения последствий дефицита бюджетного финансирования является развитие внебюджетной деятельности, то есть оказание платных медицинских услуг населению и организациям.

Развитие направления деятельности по оказанию платных медицинских услуг позволит значительно повысить уровень мотивации персонала, так как позволят увеличить общий размер заработной платы в учреждении, при этом у врачей появится стимул рационально использовать свое рабочее время, чтобы оптимальным образом сочетать нагрузку по бюджетной и внебюджетной деятельности.

Развитие внебюджетного направления деятельности влечет за собой значительные положительные экстерналии, поскольку делает высококачественную медицинскую помощь более доступной для широких масс населения. Поскольку ряд затрат государственных учреждения здравоохранения компенсируется их учредителем, они

могут устанавливать более низкие цены на ряд услуг, чем частные медицинские организации. Помимо этого в распоряжении подобных учреждений зачастую находится современное и дорогостоящее оборудование, спрос на использование которого значительно превышает предложение.

В настоящий момент при предоставлении медицинских услуг на возмездной основе средний счет в ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» составляет 3035,11 руб.<sup>6</sup>

При расчете среднего счета использовалась статистика продаж платных медицинских услуг по выбранным центрам ответственности, были определены доли платных медицинских услуг, оказываемых рассматриваемыми центрами ответственности в общей структуре поступлений от ведения предпринимательской деятельности, а средний счет был определен как средневзвешенная сумма среднего счета по каждому центру ответственности.

Уровень средневзвешенной себестоимости составляет 1387,39 руб. Необходимо отметить, что при расчете заработной платы и начислений на заработную плату в структуре себестоимости медицинских услуг использовалась бюджетная тарификация Учреждения. В целях создания дополнительных стимулов для персонала к участию в оказании платных медицинских услуг в ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» принято положение о премировании, согласно которому до 50% поступлений от платных услуг могут отчисляться на заработную плату и начисления на заработную плату персонала, как непосредственно участвующего в оказании медицинских услуг, так и персонала вспомогательных служб.

Таким образом, чистая прибыль учреждения, которая может быть использована для покрытия бюджетного дефицита в расчете на 1 услугу может быть определена следующим образом:

3035,11 руб. (средний счет за платные медицинские услуги) – 1039,29 руб. средняя себестоимость за исключением оплаты труда и начислений) = 1995, 82 руб.

1995, 82 руб. \* 50% = 997,91 руб. – заработная плата и начисления

(3035,11 руб. – 1039,29 руб. – 997,91 руб.) \* 0,2 = 199, 59 руб. – сумма налога на прибыль

3035,11 руб. – 1039,29 руб. – 997,91 руб. – 199, 59 руб. = 798,32 руб.

Для полного покрытия дефицита бюджетного финансирования и обеспечения дополнительных отчислений на заработную плату необходимо организовать:

49 444, 73 тыс. руб. / 798,32 руб. = 61 936 обращений, что в денежном эквиваленте составляет 187 982, 57 тыс. руб.

Таким образом, совокупный план продаж ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» по бюджетной и предпринимательской деятельности должен составить:

187 982, 57 тыс. руб. + 69 376,50 тыс. руб. = 257 359, 07 тыс. руб.

Кроме доходов выделенных центров ответственности часть денежных поступлений может быть обеспечена за счет внебюджетной работы стационара, службы скорой неотложной помощи, физиотерапевтического отделения, продаж в аптечном пункте, не включенных в данную модель.

<sup>6</sup> При расчете использовалась статистика продаж платных медицинских услуг ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» в первом квартале 2009 года.

Полное достижение данного плана продаж в ближайшей перспективе невозможно, поскольку учреждение только недавно вышло на рынок платных медицинских услуг города, и для развития предпринимательской деятельности потребуются значительные усилия и время. Однако определенный выше план продаж в процессе бюджетирования может выступать в качестве амбициозной цели, к достижению которой должны стремиться все центры ответственности.

После определения плана продаж целесообразно определить план производства.

План производства формируется на основе плана продаж и отражает количество услуг, которые должны быть оказаны для получения целевого объема финансовых поступлений. В случае ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» план продаж должен учитывать деятельность по двум направлениям: государственный заказ (обслуживание прикрепленного контингента) и предпринимательская деятельность.

Плановое задание, доведенное ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» на 2009 год, составляет – 78 000 врачебных посещений, из которых 65 000 должны быть осуществлены в рамках государственного заказа и 13 000 посещений в рамках внебюджетной деятельности. В настоящее время Учреждение работает шесть дней в неделю – в две смены с понедельника по пятницу и в одну смену в субботу. При существующем режиме работы и, учитывая проектную мощность, максимальное количество посещений составит:

$100 \text{ посещений} * 2 \text{ смены} * 249 \text{ рабочих дней} + 100 \text{ посещений} * 1 \text{ смена} * 51 \text{ сб.} = 54\,900 \text{ врачебных посещений.}$

Из чего следует, что для выполнения доведенного планового задания, а также развития внебюджетного направления деятельности необходима оптимизация работы Учреждения и пересмотр существующей схемы использования производственных мощностей и нахождению более эффективных способов использования доступных ресурсов.

Для оценки возможностей по оптимизации работы Учреждения и организации дополнительных посещений в рамках внебюджетной деятельности проведем оценку использования производственных мощностей по ключевым направлениям медицинской деятельности.

В настоящее время ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» работает по шестидневной рабочей неделе в две смены с понедельника по пятницу (с 8.00–14.00 и 14.00–20.00) и в одну смену в субботу (09.00–15.00). При существующем режиме работы и схеме организации записи производственные мощности Учреждения используются на 52% при этом доведенный план, как по бюджетным, так и по внебюджетным посещениям выполняется полностью. В процессе анализа степени использования производственных мощностей было установлено, что наименее эффективно используются мощности отделения терапии и общей врачебной практики, стоматологического отделения, урологического отделения, отделения оториноларингологии. Наиболее загруженными являются акушерско-гинекологическое отделение, офтальмологическое отделение, а также диагностические службы. Это объясняется тем, что терапевтические службы несут основную нагрузку по выполнению государственного заказа, а диагностические – по предпринимательской деятельности.

В соответствии с планом продаж в совокупности по

бюджетной и внебюджетной деятельности должно быть организовано 126 936 посещений, что при существующем режиме работы это невозможно. В качестве альтернативы предлагается организация работы учреждения с 08.00–22.00 семь дней в неделю. Такой режим оказания платных услуг, установлен в большинстве частных и государственных медицинских организаций города. При четырнадцатичасовом режиме работы по семидневной неделе мощность рассматриваемых медицинских подразделений учреждения увеличится на 42%, что позволит выполнить план производства по посещениям.

Еще одним способом повышения эффективности использования ресурсов является приведение длительности исследований и консультаций к нормативным показателям.

Главное медицинское управление Управления делами Президента Российской Федерации разрабатывает для подведомственных учреждений нормативы, которыми последние призваны пользоваться при планировании производственной деятельности. Такие нормативы разработаны для проведения диагностических исследований, определения среднечасовой нагрузки врачей поликлиник, а также нормы труда врачей стоматологических отделений. В настоящее время при записи на диагностические исследования и консультации врачей как бюджетного, так и внебюджетного контингента ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» лишь частично придерживается рекомендованных норм. По большинству направлений существует возможность оптимизации работы учреждения, с точки зрения продолжительности оказываемых медицинских услуг. Сокращение этого показателя наиболее актуально для диагностического направления деятельности, так как именно диагностические услуги пользуются наибольшим спросом, и на них приходится около 50% общей выручки учреждения от оказания платных медицинских услуг.

Согласно нормативам, разрабатываемым Главным медицинским управлением, удельный вес времени на непосредственное проведение исследования и консультации в общем объеме рабочего времени врача составляет 80%, на другие работы (совместное обсуждение результатов исследований с другими специалистами, участие во врачебных конференциях, консилиумах, работа с документацией и архивами) приходится 20% времени. С учетом данного распределения рабочего времени при увеличении продолжительности рабочей смены до семи часов (режим работы с 08.00 до 22.00) и соблюдении нормативных значений длительности консультаций и исследований специалисты смогут вести прием внебюджетных пациентов. При этом по некоторым направлениям организация работы в соответствии с нормативами позволит увеличить число принимаемых пациентов более чем в два раза.

Таким образом, в случае приведения продолжительности консультаций специалистов и диагностических исследований к нормативному значению, почти у всех специалистов появится возможность принимать дополнительных пациентов, обслуживаемых на договорной основе.

Одним из наиболее важных этапов бюджетирования является определение плана персонала.

Общая штатная численность работников Учреждения составляет 280,0 ед., в том числе: врачебного персонала – 92,25, среднего медицинского персонала – 108,0, млад-

шего медицинского персонала – 29,25, прочего персонала – 50,5. В настоящее время в ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» работает 180 человек. Наиболее укомплектовано Учреждение врачами-кадрами (на 85%), необходимо отметить, что в структуре врачебных кадров пока много внешних совместителей. Внешнее совместительство позволяет привлекать для работы высококвалифицированных специалистов из других учреждений города. При этом зачастую специалисты оформляются на полную ставку, но расписание их не заполнено, что является крайне неэффективным с точки зрения использования производственных мощностей. Кроме того, внешнее совместительство снижает мотивацию персонала к более интенсивной и продуктивной работе, в частности по оказанию платных медицинских услуг.

При планировании труда персонала необходимо учитывать ряд ограничений, которые наложены на оказание платных медицинских услуг бюджетными учреждениями здравоохранения. Согласно законодательству платные медицинские услуги могут оказываться в основное рабочее время в двух случаях:

– «Если он не создает препятствий для получения бесплатной медицинской помощи лицам, имеющим на это право;

– Если в силу особенностей процесса оказания медицинской помощи невозможно организовать предоставление медицинских услуг за плату во вне рабочее время».<sup>7</sup>

Однако стоит учитывать, что оказание в основное рабочее время платных медицинских услуг за счет повышения интенсивности и производительности труда может повлечь за собой снижение качества оказываемой медицинской помощи бюджетному контингенту. Кроме того, подобная организация деятельности может повлечь за собой снижение качества оказываемой хозрасчетной медицинской услуги. Следовательно, платные услуги могут оказываться работниками в основное рабочее время только в порядке исключения, например, при наличии периодов ожидания из-за отсутствия пациентов.

«Строго во вне рабочее время должны выполняться услуги, оказание которых требует длительного времени, а также услуги, сроки оказания которых можно запланировать заранее: плановые хирургические вмешательства; оказание платных услуг на дому; платные услуги, оказываемые по предварительной записи по телефону; работа врача по другой специальности (невролога – мануальным терапевтом или игло-рефлексотерапевтом и т.д.). Кроме того, исключительно во вне рабочее время должны оказываться за плату услуги, предусмотренные территориальной программой государственных гарантий, потребность населения в которых высока, вследствие чего постоянно существует очередь на их получение».<sup>8</sup> Оказание же ряда услуг во вне рабочее время фактически невозможно, это характерно для лабораторных и рентгенологических исследований. Для таких услуг руководитель учреждения должен установить график работы таким образом, чтобы оказание платной медицинской помощи не приводило к появлению очереди для получения медицинской помощи в рамках государственного заказа.

При существующем режиме работы и порядке записи на исследование и консультации специалисты лечебного и диагностического направления не имеют возможности

расширять свой внебюджетный прием. Однако с введением новой системы записи существующее положение может измениться. Так в соответствии с доведенным плановым заданием по бюджетной деятельности и существующем штатном расписании на одну занятую ставку врача (при расчете учитывались врачебные ставки, непосредственно участвующие в приеме пациентов – не учитывались ставки врачей-лаборантов, научных руководителей, главного врача и его заместителей) в среднем с учетом отпуска приходится около 766 посещений прикрепленного пациента в год, или 3,45 пациента в смену, остальное время может быть потрачено на прием пациентов в рамках внебюджета.

Участие персонала в оказании платных медицинских услуг в первую очередь позволяет обеспечить конкурентную заработную плату сотрудникам, что является ключевым фактором мотивации персонала и открывает возможности по привлечению более качественных кадров.

Согласно положению о премировании ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» на заработную плату и начисления приходится до 50% всех поступлений от внебюджетной деятельности, за минусом дорогостоящих расходных материалов, а непосредственный исполнитель медицинской услуги получает 15–25% данной суммы.

Например, для врача терапевта дополнительный доход от внебюджетной деятельности будет сформирован следующим образом, при долях первичных и повторных приемов в структуре работы 78% и 22%, соответственно:

$(2134,48 \text{ руб.} - 354,49 \text{ руб.}) * 0,78 + (1400 \text{ руб.} - 240,94 \text{ руб.}) * 0,22 = 410,85 \text{ руб.}$  – заработная плата и начисления

$410,85 \text{ руб.} * 0,262 = 107,65 \text{ руб.}$  – начисления на оплату труда

$410,85 \text{ руб.} - 107,65 \text{ руб.} = 303,2 \text{ руб.}$  / услуга

При этом за смену врач может принять около 10 пациентов, из расчета 4–6 бюджетных и 4–6 договорных. Таким образом, максимальный среднемесячный доход от оказания платных медицинских услуг при полной загрузке существующих производственных мощностей составит:

$6 * 22 \text{ раб.дня} * 303,2 \text{ руб.} = 39 890,40 \text{ руб.}$

С учетом средней бюджетной ставки в размере 12 300 руб. заработная плата квалифицированного врача терапевтической специальности может достигать 52 190,4 руб.

Полное заполнение существующих ставок врачебного персонала должно удовлетворить потребность Учреждения во врачебных кадрах в случае перехода к новому режиму работы учреждения. Вероятно, имеет смысл рассмотреть возможность открытия внебюджетных ставок в связи с развитием внебюджетной деятельности: организовать работу отдела платных медицинских услуг, в штате которого будут предусмотрены ставки менеджеров по работе с договорами и страховыми компаниями, маркетолога, совершенствовать работу call-центра, наконец, необходимо рассмотреть возможность введения в штатное расписание должности финансового директора.

После определения плана персонала целесообразно перейти к разработке бюджетов центров ответственности.

Для каждого из выбранных центров ответственности была определены доля в общей структуре оказанных

<sup>7</sup> Вопросы и ответы. О.Г.Коган. Платные услуги. // Менеджер здравоохранения. – 2007. – М., 2007. – № 12. – с.69

<sup>8</sup> Вопросы и ответы. О.Г.Коган. Платные услуги. // Менеджер здравоохранения. – 2007. – М., 2007. – № 12. – с. 69

Сильные стороны	Слабые стороны
Наличие уникального диагностического комплекса Частичное финансирование из государственного бюджета Сильный бренд головного ведомства Многолетний опыт работы учреждений Главного медицинского управления Нацеленность руководства на развитие направления платных медицинских услуг Новые основные фонды Престижное месторасположение Единственный медицинский центр такого класса на Петроградской стороне г. С-Петербурга	Дефицит бюджетных ассигнований Учреждение начало работу в ноябре 2008 года – продолжается организационный период Низкие по сравнению с частным здравоохранением заработные платы, трудности с привлечением специалистов «с именем» Неэффективное использование производственных мощностей Поздний выход на рынок платных медицинских услуг города
Возможности	Угрозы
Грамотное использование существующих ресурсов, особенно в части диагностики Новые каналы финансирования – включение в систему ОМС Получение квот на высокотехнологичные виды медицинской помощи из федерального бюджета	Общее сокращение рынка платных медицинских услуг в условиях кризиса Значительное сокращение сегмента ДМС Невозможность наращивать объемы платных медицинских услуг до необходимого уровня Значительная зависимость от распорядителя бюджетных средств

услуг за счет бюджетных и внебюджетных средств, значение среднего счета по платным медицинским услугам, себестоимость ключевых услуг, а также уровень рентабельности услуг.

Для расчета использовалась Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг, утвержденная Министерством здравоохранения Российской Федерации в 1999 году.

Медицинские услуги принято разделять на простые, сложные и комплексные.

Простая медицинская услуга – элементарная неделимая услуга, имеющая законченное, самостоятельное лечебное или диагностическое значение.

Сложная медицинская услуга – набор простых медицинских услуг, которые требуют для своего оказания персонала определенной квалификации и состава, технического оснащения, а также специально оборудованных помещений. Для стационаров к сложным услугам относятся «койко-дни», для амбулаторно-поликлинических учреждений – законченный случай лечения.

«Комплексная медицинская услуга – набор сложных и (или) простых медицинских услуг, заканчивающихся либо проведением профилактики, либо установлением диагноза, либо окончанием проведения определенного этапа лечения».<sup>9</sup>

В применяемой методике расчета врачебные консультации, манипуляции и диагностические исследования характеризуются как простые услуги. Расчет стоимости простой медицинской услуги (С) осуществляется по формуле:

$$C = C_p + C_k = 3_t + N_z + M + И + O + П,$$

где  $C_p$  – прямые расходы,  $C_k$  – косвенные расходы,  $3_t$  – расходы на оплату труда,  $N_z$  – начисления на оплату труда,  $M$  – расходы на медикаменты, перевязочные средства и пр.,  $И$  – износ мягкого инвентаря,  $O$  – износ оборудования,  $П$  – прочие расходы.<sup>10</sup>

Организация дополнительных посещений по внебюджетной деятельности потребует увеличения количества материальных запасов, которые должны быть приобретены из средств, полученных от приносящей доход деятельности. Ежегодно при максимальном использовании производственных мощностей должно быть закуплено расходных материалов и медикаментов на сумму порядка 9 213 тыс. руб.

Таким образом, в Учреждении имеется достаточный объем производственных мощностей, которые могут быть использованы для развития направления платных медицинских услуг. Однако, необходимо провести оценку потенциала Учреждения на рынке платных медицинских услуг г. Санкт-Петербурга. В таблице 2 представлен SWOT-анализ, которая позволит оценить потенциал ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» в качестве игрока на данном рынке.

Для прогнозирования развития Учреждения в ближайшие годы необходимо учитывать и динамику рынка платных услуг. На протяжении последних лет среднегодовой рост рынка платных медицинских услуг составил порядка 12% и в 2006 году его объем составил порядка 250 млн.долл.<sup>10</sup> В современных экономических условиях можно ожидать, что в 2009 году темпы роста рынка медицинских услуг замедлятся, а некоторые его сегменты, например, сегмент ДМС серьезно сократится.

Внедрение бюджетирования как комплексной системы планирования всех направлений деятельности организации является сложной задачей требующей значительных управленческих усилий, совершенствования менеджмента организации и вовлечения в процесс бюджетирования всех заинтересованных сторон.

Анализ специфики функционирования государственных многопрофильных учреждений здравоохранения показал, что данная категория организаций испытывает высокую потребность в координации деятельности структурных подразделений, а также в планировании

<sup>9</sup> О введении классификатора «Простые медицинские услуги». Приказ Минздрава РФ от 22.12.98 № 374 [

<sup>10</sup> Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг (временная). Приказ Минздрава РФ № 01-23/4-10, РАМН № 01-02/41 от 10.11.1999



деятельности в условиях многоканального финансирования. Это обуславливает актуальность применения технологии бюджетирования в государственном здравоохранении. Кроме того, процесс планирования деятельности государственных учреждений здравоохранения имеет ряд «риффов»:

- раздельное ведение учета в рамках бюджетной и внебюджетной деятельности, что препятствует восприятию организации как единой системы бизнес-единиц;
- ограничения на осуществление закупок, накладываемые 94-ФЗ;
- ограничения на ведение предпринимательской деятельности;
- невозможность доступа к заемному финансированию, обусловленная правовым статусом рассматриваемых учреждений и значительно ограничивающая возможности их развития;
- необходимость оценки деятельности отдельных структурных подразделений и Учреждения в целом с точки зрения медицинской, медико-экономической и коммерческой эффективности.

Бюджетирование позволяет учитывать эти и другие ограничения в процессе планирования деятельности организации.

Применение бюджетирования в государственных организациях еще недостаточно широко распространено. Широкие возможности применения данной технологии для оптимизации деятельности организаций и комплексные условия функционирования государственных учреждений здравоохранения, позволяют говорить о большом потенциале применения бюджетирования в рассматриваемых организациях.

Оценка возможностей применения механизмов бюджетирования в ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации показала, что данная управленческая технология позволяет решить такие проблемы организации как: разграничение доходов и расходов по различным видам деятельности, планирование ресурсов и результатов, оценка сценариев принятия того или иного управленческого решения, оценка эффективности деятельности структурных подразделений, повышение общего уровня координации между подразделениями, мотивация персонала, планирование выполнения государственного задания.

В процессе составления бюджета конкретного учреждения ведомственного здравоохранения был выявлен ряд трудностей, осложняющих процесс бюджетирования.

Процесс бюджетирования должен быть обеспечен достаточными входными данными (расчеты себестоимости, статистика продаж, нормативы оказания услуг и так далее). Поскольку сбор данных является весьма трудоемким процессом, бюджетирование требует организации автоматизированной системы учета, объединяющей экономическую и медицинскую составляющие деятельности организации.

Бюджетирование должно быть подкреплено соответствующей нормативно-правовой базой, регламентирующей как сам процесс бюджетирования, так и планируемые в ходе бюджетирования бизнес-процессы.

Для того, чтобы разрабатываемый бюджет максимально точно отражал реальные условия деятельности медицинской организации, необходимо привлекать к процессу бюджетирования всех заинтересованных сторон, в том числе непосредственных исполнителей медицинских услуг, тем самым отрывая сотрудников учреждения от их основной деятельности.

В процессе бюджетирования в условиях ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации были сформулированы рекомендации по оптимизации его работы, направленные на повышение эффективности использования ресурсов Учреждения и на диверсификацию источников финансирования его деятельности.

С целью повышения эффективности использования ресурсов в ближайшее время требуют устранения выявленные несоответствия длительности консультаций и диагностических исследований существующим ведомственным нормативам. Кроме того, должен быть разработан маркетинговый план для развития направления платных медицинских услуг. В настоящее время единственным стабильным источником финансирования ФГУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации является государственный заказ. В рамках данной группы рекомендаций предлагается не только развивать платные медицинские услуги, но и направление ДМС, вступить в систему ОМС для частичного покрытия расходов на медицинское обслуживание прикрепленного контингента, а также участвовать в распределении федеральных квот на высокотехнологичную медицинскую помощь.



# Современные подходы к повышению качества оказания медицинской помощи государственным служащим

С.П. Миронов<sup>1</sup>, А.Т. Арутюнов<sup>1</sup>, А.М. Мкртумян<sup>2</sup>, П.С. Турзин<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Главное медицинское управление Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

<sup>2</sup>ФГУ «Учебный научный медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

## Резюме

В связи с большой актуальностью необходимости развития системы оказания медицинской помощи государственным служащим в лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях, подведомственных Главному медицинскому управлению Управления делами Президента Российской Федерации, высоко значимой проблемой является повышение качества оказания медицинской помощи государственным служащим.

Рассмотрены основные дефиниции: качество медицинской помощи, качество жизни, качество жизни, обусловленное здоровьем, качество здоровья и другие.

Приведены результаты анализа медико-социальных особенностей организации и развития отечественной и зарубежных систем здравоохранения, определены основные медико-социальные особенности организации систем общественного здравоохранения ряда зарубежных стран.

Рассмотрены предложения по модернизации механизмов функционирования системы отечественного здравоохранения, в том числе по её реструктуризации, в основе которой лежит перераспределение ресурсов между отдельными звеньями и уровнями оказания медицинской помощи.

Представляется, что наиболее результативным представляется дальнейшее развитие полииерархической многоэтапной системы оказания медицинской помощи государственным служащим.

Сформулированы основные принципы развития системы оказания медицинской помощи государственным служащим в лечебно-профилактическом учреждении, что позволит повысить оперативность управления системой оказания медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении, исключить в ней элементы дублирования и параллелизма и сконцентрировать основные усилия и средства на приоритетных направлениях ее дальнейшего развития и в целом значительно увеличить её качество и доступность.

**Ключевые слова:** оказание медицинской помощи, лечебно-профилактические и санаторно-курортные учреждения, система здравоохранения.

## Modern approaches to an improvement of quality of medical care to the state civil officials

S.P. Mironov<sup>1</sup>, A.T. Arutyunov<sup>1</sup>, A.M. Mkrtumyan<sup>2</sup>, P.S. Turzin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Main Medical Administration of the Department of affairs management of President of Russian Federation, Moscow

<sup>2</sup>“Training scientific medical center” of the Department of affairs management of President of Russian Federation, Moscow

## Summary

In the article the basic definitions are discussed: the quality of medical care, the quality of life, the quality of health. The basic principles of the development of the system of medical care to the state civil officials are formulated.

**The keywords:** medical services, therapeutic-prophylactic, health care organizations, the system of public health

**Координаты для связи с авторами:** [unc@pmc.ru](mailto:unc@pmc.ru)

В своем выступлении на совещании по развитию здравоохранения, состоявшемся в городе Клин Московской области 14 июля 2008 года, Президент Российской Федерации Д.А. Медведев отметил, что «Уровень и качество нашего здравоохранения должны служить главной цели — реальному укреплению здоровья наших граждан. А именно: увеличению продолжительности жизни, снижению инвалидности и смертности, в том числе по наиболее опасным для нашей страны заболеваниям, я имею в виду сердечно-сосудистые, онкологические».

При реализации основных положений национального проекта «Здоровье» особую актуальность приобретает развитие системы оказания медицинской помощи государственным служащим в лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях, подведомственных Главному медицинскому управлению Управления делами Президента Российской Федерации. В связи с этим высоко значимой проблемой является повышение качества оказания медицинской помощи государственным служащим.

Качество медицинской помощи — это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии. Это понятие неразрывно связано с такими близкими категориями как: качество жизни, качество жизни, обусловленное здоровьем, качество здоровья [21, 24].

Под качеством жизни подразумевается категория, включающая в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического и социального благополучия и самореализации. Наряду с этим, существует определение ВОЗ (1999 г.): «Качество жизни — это оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации». То есть, качество жизни рассматривается в виде совокупности жизненных ценностей, характеризующих созидательную деятельность, удовлетворение потребностей и развитие человека, удовлетворенность его жизнью, социальными отношениями и окружающей средой. Оно

включает совокупность показателей и факторов, обеспечивающих возможность для человека ценить свою жизнь и устанавливающих соответствие ее основных параметров (в том числе и прежде всего — системы здравоохранения, медицинского обслуживания) его биожизненным, материальным, духовным и социокультурным потребностям.

Выделяют качество жизни, обусловленное здоровьем — как совокупность параметров, отражающих изменение течения жизни в период развития заболевания и его лечения с оценкой физического состояния, психологического, социального и духовного благополучия, включая социальные отношения и функциональные способности.

Также конкретизируют качество здоровья — как наличие некоей совокупности свойств организма, характеризующей такими показателями, как, например, благоприятная наследственность, хорошее самочувствие, трудоспособность без ограничений, высокая работоспособность, высокая адаптивность, психическая уравновешенность и пр. Чем выше качество здоровья, тем полнее перечень этих показателей и выше уровень значения каждого из них.

В лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях, подведомственных Главному медицинскому управлению Управления делами Президента Российской Федерации, наряду с развитием медико-технической базы и внедрением инновационных медицинских технологий диагностики, лечения и реабилитации постоянно осуществляется разработка новых организационных и технологических направлений повышения качества оказания медицинской помощи пациентам [4, 9–11].

При этом учитываются результаты анализа медико-социальных особенностей организации и развития отечественной и зарубежных систем здравоохранения. Были определены следующие основные медико-социальные особенности организации систем общественного здравоохранения зарубежных стран [8, 14, 16].

Для австрийской модели здравоохранения характерно: амбулаторная помощь; стационарная помощь по трехуровневому принципу: больницы общин (с отделениями хирургии, терапии, педиатрии, гинекологии и родильным), земельные больницы и университетские клиники.

Для английской модели здравоохранения присуще: центры первичной медицинской помощи (врачи общей практики), дневные стационары; стационарная медицинская помощь: районные больницы общего профиля, региональные и межрегиональные клинические больницы; больницы с высокоспециализированной медицинской помощью; региональные центры борьбы с хронической усталостью.

Для германской модели здравоохранения свойственно: амбулаторная помощь (врачи общей практики), центры дневной хирургии; стационары «скорой медицинской помощи», лечебные учреждения для хронических больных, больницы общего профиля, университетские специализированные клиники.

Для датской модели здравоохранения характерно: амбулаторная помощь; стационарная помощь; «ясли дневного пребывания» для пожилых людей.

Для канадской модели здравоохранения присуще: первичная медицинская помощь, стационарная помощь (специализированные больницы, больницы по уходу, больницы долечивания и восстановительного лечения, центры реабилитации, дома сестринского ухода).

Для норвежской модели здравоохранения свойственно: амбулаторная помощь (врачи общей практики), дневные стационары, дневные центры хирургии; стационарная и

специализированная медицинская помощь: больницы общего типа, специализированные университетские клиники, дома сестринского ухода.

Для швейцарской модели здравоохранения характерно: амбулатории и поликлиники; стационарная помощь (больницы общего типа, крупные многопрофильные клиники); интернаты для оказания долгосрочной медицинской помощи (лечения хронических заболеваний); служба патронажных сестер, служба сестринского обслуживания на дому; центры здоровой жизни, ориентированные на профилактику болезней и укрепление здоровья, службы планирования семьи, охраны женского здоровья; центры психотерапевтической помощи.

Для голландской модели здравоохранения присуще так называемая «трансмуральная» помощь (называемая в Англии — объединенной помощью, а в США — интегрированной) помощью, целью которой является обеспечение для многих групп пациентов, в том числе с тяжелыми и длительными заболеваниями, непрерывного и интегрированного процесса оказания медицинской помощи — от дома к больнице и затем снова до дома.

В целом прагматический подход к организационной системе здравоохранения зарубежных стран проявляется в выраженном моральном и экономическом приоритете профилактики по сравнению с лечением, общей практики в сравнении со специализированной медициной, домашнего ухода и амбулаторной помощи в сравнении с больничной.

В последнее время в США разрабатывается корпоративная стратегия в области здравоохранения, основанная на переосмыслении существующей системы здравоохранения и стремлении обеспечить высокое качество медицинской помощи, не повышая при этом стоимость [13]. В данной стратегии релевантным направлением считается медицинское состояние, наблюдение за которым осуществляется на протяжении всего ее цикла (например, закупорка сердечных сосудов), а не специализация (кардиохирургия, кардиология, ангиография или анестезиология). Ценностная цепочка оказания медицинской помощи при этом представляет собой систематическую схему для описания и анализа процессов оказания медицинской помощи при конкретных медицинских состояниях. При этом подчеркивается, что медицинские организации должны основываться на ценности для пациента, а не на выгоде для врача. Врачи должны сосредоточиться на медицинских состояниях, а не стремиться оказывать все услуги в рамках своей специализации. Основой основ создания ценности для пациента являются профессиональные знания врача, его опыт и объем деятельности в сфере конкретных медицинских состояний. Врачи должны определить медицинские состояния, в лечении которых они смогут обеспечить наивысшее качество, а не пытаться делать все понемногу. Отмечается, что ценность медицинской помощи возрастает максимально, если она представляется интегрированной командой, а не отдельными специалистами. А каждый врач должен отвечать за улучшение своего участка в процессе оказания медицинской помощи.

Сравнение структур систем общественного здравоохранения России и стран Запада по ряду показателей (количество средств, тратящихся на стационарную помощь, уровень госпитализации, средняя продолжительность пребывания в стационаре (дни), число врачей и специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием количество врачей, работающих в участковых

службах количество врачей, работающих в стационарах соотношение «врач-медсестра») [8, 14, 16] представлено в таблице.

Общепризнанно, что ни одна страна пока не создала целостную систему здравоохранения, которая бы полностью удовлетворяла население и правительство. Развивая национальные системы здравоохранения, зарубежные страны постоянно ищут новые подходы и идеи для дальнейшего повышения качества медицинской помощи.

В нашей стране предлагается следующая модернизация экономических механизмов функционирования здравоохранения: – постепенный переход от сметного и бюджетно-страхового финансирования медицинских организаций, реализующих государственные и муниципальные задания в рамках «Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», к преимущественно одноканальному финансированию по страховому принципу с оплатой всех расходов на основе стандартов оказания медицинской помощи [17].

Следует отметить, что среди основных задач деятельности Минздравсоцразвития России на 2007 год и на пе-

риод до 2009 года в области здравоохранения было предусмотрено [25]:

- продолжить создание персонифицированного учета медицинской помощи населению Российской Федерации, включив в этот процесс стационарное звено;

- осуществить перевод учреждений здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь, на оказание медицинской помощи по конечному результату с учетом критериев качества и повышения уровня оплаты труда;

- внедрить стандарты оказания медицинской помощи и унифицированные методы финансирования медицинской помощи на основе нормативов финансовых затрат, рассчитанных по стандартам оказания медицинской помощи;

- создать преимущественно одноканальную систему финансирования здравоохранения;

- привести существующую материально-техническую базу медицинских учреждений в соответствии с табелем оснащения;

- вывести часть объемов стационарной медицинской помощи и медицинских кадров в амбулаторно-

#### Сравнение структуры систем общественного здравоохранения России и зарубежных стран

Показатели	Количество средств, тратящихся на стационарную помощь (%)	Уровень госпитализации (%)	Средняя продолжительность пребывания в стационаре (дни)
Россия	60 [11]	22,8 [11]	14,7 [11] 17 [5]
Зарубежные страны	36,1–41,5 [11]	В среднем по ЕС – 18,5 [11]	В среднем по ЕС – 9,5 [11] 8–13 [5]

Показатели	Число врачей и специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием	Количество врачей, работающих в участковых службах (%)	Количество врачей, работающих в стационарах (%)	Соотношение «врач-медсестра»
Россия	607 тыс. врачей (42,5 на 10 000 чел.) [13] (47 на 10 000 чел.) [5] 1,4 млн. специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием (96,9 на 10000 чел.) [13]	менее 25 [11]	75 [5]	1:2,5 [13]
Зарубежные страны	16 врачей на 10 000 населения 50 медицинских сестер на 10 000 населения [4]	45–55 [11]	менее 50 [5]	1:4 и более [13] 1:3,6 (Голландия), (1:1,31) Великобритания (1:1,38) Финляндия 1:4,5 (Норвегия) [4]

поликлинические учреждения;

- внедрить элементы частичного фондодержания на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи.

Наряду с этим отмечается, что на этапе модернизации в ряду приоритетных задач остается реструктуризация системы здравоохранения, в основе которой лежит перераспределение ресурсов между отдельными звеньями и уровнями оказания медицинской помощи [1, 7, 8, 15].

Содержанием реструктуризации является:

- оптимизация предоставляемой населению медицинской помощи по видам и дифференциация ее по интенсивности лечебно-диагностического процесса;

- реорганизация сети и профилизация учреждений здравоохранения с учетом их лечебно-диагностических возможностей, эффективности, ресурсного и финансового обеспечения;

- переход на дифференцированную многоуровневую систему медицинского обеспечения, включая развитие межрайонных центров специализированной помощи;

- внедрение института врача общей практики/семейного врача;

- перегруппировка ресурсов внутри этапов, между ними и уровнями медицинской помощи с целью обеспечения наиболее эффективных и наименее ресурсозатратных организационных технологий с учетом региональной ситуации со здоровьем населения, возможностей здравоохранения, экономических, социальных, географических и других особенностей административных территорий.

Реструктуризация позволяет:

- повысить медико-социальную и экономическую эффективность использования ресурсов здравоохранения;

- перераспределить часть объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторно-поликлинический;

- шире использовать стационарзамещающие технологии с организацией медицинского обслуживания больных средним медицинским персоналом на дому, в стационарах одного дня, в дневных стационарах, в специализированных центрах (больницах) для долечивания и реабилитации и пр.;

- повысить уровень и качество первичной медико-социальной помощи;

- внедрить общеврачебную (семейную) практику и сформировать сеть самостоятельных общих врачебных практик;

- сократить число обращений больных с хронической патологией на станции скорой медицинской помощи;

- оптимизировать специализированную медицинскую помощь.

Необходимость повышения качества оказания медицинской помощи государственным служащим на всех её этапах обусловлена, прежде всего, высоким уровнем профессионального стресса, характерного для управленческой деятельности. По результатам собственных исследований и исследований ряда специалистов по психическому здоровью известно, что значительная часть управленцев страдает от сильного или умеренного профессионального стресса [2, 5, 11, 20, 23]. Кратковременное или длительное воздействие этих изолированных или сочетанных неблагоприятных факторов профессионального стресса в процессе управленческой деятельности способно привести к изменению адаптационных возможностей, снижению умственной и физической работоспособности, состоянию утомления, переутомления и хронической усталости человека.

Снижение уровня воздействия этих и других основных социоприродных факторов риска (высокое кровяное давление, вредные привычки (табак, алкоголь), неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия, повышенное содержание холестерина в крови, ожирение и т.д., с которыми по данным отчета ВОЗ за 2003 год связаны 40 % всех преждевременных смертей в мире) будет, несомненно, способствовать сохранению здоровья и продлению активного долголетия государственных служащих [6].

Разработанный перспективный комплекс мероприятий по совершенствованию системы оказания медицинской помощи лечебно-профилактическими учреждениями Кремлевской медицины предусматривает внедрение инновационных технологий профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и оздоровления.

Наиболее результативным представляется дальнейшее развитие полииерархической многоэтапной системы оказания медицинской помощи государственным служащим, позволяющей эффективно реализовать [1, 4, 11, 12]:

- централизацию организационного управления структурой системы медицинского обеспечения государственных служащих;
- преемственность основных этапов медицинского обеспечения (поликлиника — больница — реабилитационный центр — санаторий);
- комплексность проводимых профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационно-восстановительных мероприятий;
- проведение мероприятий первичной, вторичной и третичной профилактики;
- проведение первичного и повторных диспансерных обследований;
- оказание высокотехнологичной медицинской помощи;
- использование стационарзамещающих технологий;
- стандартизацию оказания медицинских услуг;
- укрепление материально-технической базы;
- медико-экономический подход для обоснования путей развития первичной и высокотехнологичной медицинской помощи.

К основным принципам развития системы оказания медицинской помощи государственным служащим в лечебно-профилактическом учреждении следует отнести:

- повышение уровня оказания медицинской помощи (уровня подготовки и квалификации врачебного, среднего и младшего медицинского персонала; имеющейся материально-технической базы; оказания высокотехнологичной медицинской помощи; комфорта и т.д.);
- повышение ответственности врачей за сохранение и улучшение здоровья прикрепленного контингента;
- укрепление профессионального здоровья и продление профессионального долголетия государственных служащих;
- учет психофизиологических особенностей должностных категорий государственных служащих;
- учет возрастного фактора прикрепленного контингента.

Это позволит повысить оперативность управления системой оказания медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении, исключить в ней элементы дублирования и параллелизма и сконцентрировать основные усилия и средства на приоритетных направлениях ее дальнейшего развития и в целом значительно увеличить её качество и доступность.

В последнее время к весьма эффективным направлениям повышения качества оказания медицинской по-



мощи в многопрофильных поликлинических лечебно-профилактических учреждений относят развитие существующих и создание новых отделений диагностики, хирургических стационаров одного дня, восстановительной медицины и реабилитации, гериатрии, оздоровительных, сестринского ухода и других, что позволит снять нагрузку со стационарных лечебно-профилактических учреждений.

Целесообразно создание кабинетов психофизиологической разгрузки, предназначенных для борьбы как со стрессом, так и с хронической усталостью, хорошо зарекомендовавших себя при восстановлении и реабилитации лиц опасных профессий [18, 19, 22]. В этих кабинетах возможно эффективное осуществление как экспресс-диагностики функционального состояния пациента, так и экстренного системного восстановления его соматического и психического здоровья посредством применения инновационных оздоровительных, восстановительных, реабилитационных, физиотерапевтических, бальнеологических и других немедикаментозных процедур. Функционирование подобных кабинетов позволит не только обеспечить пациентов полноценным набором высококвалифицированных диагностических, профилактических и оздоровительно-восстановительных медицинских услуг в целях сохранения их профессионального здоровья, борьбы с хронической усталостью, повышения работоспособности и продления профессионального долголетия, но и даст значительный социально-экономический эффект.

Позитивным явлением в развитии поликлинических услуг может быть создание оздоровительно-реабилитационного отделения (профилактория), предназначенного для обслуживания практически здоровых лиц и больных, нуждающихся в профилактических и оздоровительно-реабилитационных мероприятиях, на основе единой технологической базы реабилитационно-восстановительной медицины и высокого качества сервиса.

Весьма эффективные результаты достигаются вследствие развития в поликлинических лечебно-профилактических учреждениях системы медико-просветительной работы посредством создания и функционирования различных форм индивидуального и группового профилактического консультирования — школ пациентов (для обучения больных артериальной гипертензией, сахарным диабетом и другими распространенными заболеваниями), подготовки и издания рекомендаций как для больных, так и здоровых пациентов, способствующих повышению их информированности в вопросах профилактики и гигиены и увеличению мотивации в соблюдении рационального режима труда и отдыха, а также ведения здорового образа жизни.

Оказание стационарной медицинской помощи в больницах Управления делами Президента Российской Федерации, осуществляемое в соответствии с мировыми стандартами качества лечения с использованием современного медицинского оборудования и инновационных и технологий, должно и впредь характеризоваться успешной диагностикой заболеваний на их ранних стадиях, минимизацией числа осложнений после серьезных операций, эффективной реабилитацией и скорейшим возвращением пролеченных пациентов к полноценной жизни.

На санаторно-курортном этапе оказания медицинской помощи при реализации профилактического и реабилитационного направлений медицинской помощи целесообразно и в дальнейшем активно внедрять новые подходы и методы восстановительной медицины и курортологии.

Все эти преобразования не будут максимально эффективны для совершенствования системы укрепления, сохранения и улучшения здоровья государственных служащих без дальнейшего развития:

- Системы профессиональной подготовки и переподготовки, повышения квалификации медицинских кадров.
- Системы менеджмента качества оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях.
- Системы информационного обеспечения функционирования лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждений.
- Системы научно-прикладных исследований, разработки и внедрения высокотехнологичных профилактических, диагностических, лечебных и оздоровительно-реабилитационных методов и технологий и т.д.

В целях укрепления здоровья государственных служащих и продления их профессионального долголетия, была разработана Концепция «Сохранение и улучшение здоровья государственных служащих» [3]. Необходимость разработки данной Концепции была предопределена высокой актуальностью, важностью и значимостью проблемы укрепления, сохранения и улучшения здоровья работающих государственных служащих как одного из приоритетных факторов совершенствования государственного управления, национальной безопасности и общественного здравоохранения. Настоящая Концепция определяет ближайшую и долгосрочную стратегию развития профилактического звена системы медицинского обеспечения деятельности государственных служащих на основе отечественного и зарубежного опыта в области профилактической медицины, профессиональной медицины и медицины, основанной на доказательствах.

Новые организационно-методические мероприятия, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи государственным служащим, следует выполнять в «пилотном» варианте в базовых по данной специализации лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях с последующим их распространением в остальные аналогичные медицинские учреждения.

Эффективная реализация приоритетных направлений развития системы оказания медицинской помощи государственным служащим будет, безусловно, способствовать дальнейшему повышению её качества в целях сохранения, укрепления и улучшения здоровья прикрепленного контингента.

#### Литература

1. Актуальные проблемы реформирования системы здравоохранения и пути их решения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. — 2007. — № 3 (66). — С. 3–7. — Источник: <http://president.kremlin.ru>
2. Арутюнов А.Т., Белоусова Т.Е., Решетняк В.К., Турзин П.С. Инновационная медицинская технология профилактики и коррекции психоэмоционального стресса // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2004. — № 4. — С. 64–68.
3. Арутюнов А.Т., Турзин П.С. К вопросу о сохранении и улучшении профессионального здоровья государственных служащих // Медицина труда и промышленная экология. — 2006. — № 5. — С. 1–7.
4. Арутюнов А.Т., Турзин П.С. Приоритетные



- направления развития системы оказания медицинской помощи государственным служащим // Сборник трудов научной конференции «Актуальные вопросы амбулаторно-поликлинической практики», посвященной 25-летию ФГУ «Поликлиника № 3». — М., 2006. — С. 41–45.
5. Бодров В.А., Обознов А.А., Турзин П.С. Информационный стресс // Психологический журнал. — 1998. — Т. 19. — № 5. — С. 38–54.
6. ВОЗ: Отчет «Здоровье человечества за 2003 год» // By Mednovosti.ru. — 3 с. — <http://www.chtfoms.ru/popups/articleswindow>
7. Законодательное обеспечение реформ в здравоохранении России // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. — 2007. — № 1 (64). — С. 6–7 (По материалам статьи Кравченко Е.В., Ржаницына Л.С. Законодательное обеспечение реформ в здравоохранении России // Аналитический вестник № 229 «Проблемы законодательного обеспечения обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»).
8. Комаров Ю.М. Здравоохранение России: взгляд в будущее. Доклад Российской медицинской ассоциации Y (XXI) Всероссийскому Пироговскому съезду врачей. Москва, 15–16 апреля 2004 г. — СПб: Изд-во «Медицинская пресса», 2004. — 192 с.
9. Медицинские технологии Кремлевской медицины / Авт.-сост.: А.Т. Арутюнов, М.Н. Окоёмов, П.С. Турзин / Под ред. С.П. Миронова. — М.: ПРИНТ-АТЕЛЬЕ, 2008. — 96 с.
10. Миронов С.П., Арутюнов А.Т., Турзин П.С. Государственный служащий: профессиональное здоровье и долголетие. — М.: ЗАО «Принт-Ателье», 2006. — 352 с.
11. Миронов С.П., Арутюнов А.Т., Турзин П.С. Факторы риска заболеваний человека и их профилактика. — М.: «Принт-Ателье», 2008. — 272 с.
12. Партия «Единая Россия» о модернизации системы медицинского здравоохранения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. — 2007. — № 1 (64). — С. 10–16 (По материалам YII съезда Всероссийской политической партии «Единая Россия»). — Источник: <http://www.edinros.ru/news.html?id=116972>
13. Портер М., Тайсберг Э.О. Переосмысление системы здравоохранения. Как создать конкуренцию, основанную на ценности и ориентированную на результат. — Киев: Изд-во А. Капусты (подразделение «Агентства стандарт»), 2007. — 620 с.
14. Райс Д.А. Смешанная экономика в здравоохранении: проблемы и перспективы. — М.: Изд-во «Остожье», 1996. — 272 с.
15. Реструктуризация системы здравоохранения: проблемы и пути их решения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. — 2007. — № 5 (68). — С. 11–14. — Источник: <http://www.kremlin.ru>
16. Совершенствование управления в здравоохранении стран центральной и восточной Европы / Под общ. ред. Райса Д.А. — М.: Изд-во «Остожье», 1996. — 192 с.
17. Состояние и пути повышения доступности и качества медицинской помощи в Российской Федерации // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. — 2006. — № 12 (63). — С. 17–41 (По материалам доклада «О повышении доступности и качества медицинской помощи» к заседанию президиума Государственного совета (11.10.2006). — Источник: <http://www.kremlin.ru>
18. Ступаков Г.П., Турзин П.С. Медицинские аспекты продления профессионального долголетия // Авиакосмическая и экологическая медицина. — 1997. — № 3. — С. 4–7.
19. Турзин П.С., Евдокимов А.В., Нехорошев В.П. Влияние индивидуально-адаптивной психофизиологической коррекции на работоспособность оператора // Физиология человека, 1996. — Т. 22, № 2. — С. 112–117.
20. Ушаков И.Б., Арутюнов А.Т., Турзин П.С. От стресса и депрессии к качеству жизни. — М.: «Научная книга», 2009. — 126 с.
21. Ушаков И.Б., Арутюнов А.Т., Турзин П.С., Городецкий И.Г., Рысакова С.Л. Качество жизни: здоровье и среда обитания. — М.: ИЦ МАТИ, 2006. — 302 с.
22. Ушаков И.Б., Арутюнов А.Т., Шерешков Г.М., Турзин П.С. Введение в авиационную медицину. — М. — Воронеж: Воронежский государственный университет, 2002. — 350 с.
23. Ушаков И.Б., Молчанов К.И., Турзин П.С., Рысакова С.Л. Руководитель — успех и здоровье. — М. УФСНП, 2001. — 192 с.
24. Ушаков И.Б., Турзин П.С., Агаджанян Н.А., Попов В.И., Чубирко М.И., Фаустов А.С. Экология человека и профилактическая медицина: Мегатезаурус — Большой словарь-справочник — М.—Воронеж: ИПФ «Воронеж», 2001. — 488 с.
25. Цели и задачи деятельности Минздравсоцразвития России на 2007 год и на период до 2009 года в области здравоохранения // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. — 2007. — № 4 (67). — С. 4–20 (По материалам доклада о результатах и основных направлениях деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации как объекта бюджетного планирования на 2007 год и на период до 2009 года). — Источник: [http://www.mzsrff.ru/pr\\_min/591.html](http://www.mzsrff.ru/pr_min/591.html)

# Повышение эффективности управления здравоохранением на основе использования современных персонал-технологий

Т.А. Сибурина, Л.Ж. Аттаева

Федеральное государственное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава», Москва

## Резюме

Основной постулат концепции управления человеческими ресурсами состоит в признании человеческого капитала и принципиального отличия его от иных ресурсов организации, требующего иных подходов к управлению. Однако в условиях преимущественно административно-командного стиля руководства в учреждениях здравоохранения формируется среда, имеющая мало общего с основными положениями данной концепции. Повышение качества медицинской помощи, а также предстоящий переход медицинских организаций в новые организационно-правовые формы требуют создания саморегулирующих механизмов, роль которых выполняют социально-психологический климат и организационная культура, закрепленная в соответствующем кодексе организации.

**Ключевые слова:** Социально-трудовые отношения, организационная культура, качество медицинской помощи, социальная эффективность управления, социально-психологический климат, этический кодекс организации.

## Summary

**Increase of a management efficiency by public health services on the basis of use modern the personnel – technologies.**

T.A. Siburina, L.Z. Attaeva

Central Public Health research Institute of Ministry of Health Care and Social Development of Russian Federation, Moscow

The basic postulate of the concept of management of human resources consists in a recognition of the human capital and its basic difference from other resources of the organisation, demanding other approaches to management. However in the conditions of mainly command style of a management in public health services establishments the environment having few general with substantive provisions of the given concept is formed. Medical aid improvement of quality, and also forthcoming transition of the medical organisations in new organizational-legal forms demand creation of the self-regulating mechanisms which role is carried out by a socially-psychological climate and the organizational culture fixed in the corresponding code of the organisation.

**Key words:** Sociolabor relations, organizational culture, quality of medical aid, a social management efficiency, socially-psychological climate, the ethical code of the organisation.

## Координаты для связи с авторами:

Сибурина Т.А. – Siburina@mednet.ru, academics@mail.ru  
Аттаева Л.Ж. – Leyla0505@rambler.ru

Успешность функционирования здравоохранения измеряется, прежде всего, достижением социальных результатов и находится в прямой зависимости от повышения внимания к социально-психологическим методам управления. Известно, что удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи, а медицинского персо-

нала трудом в значительной степени зависят от социально-психологических факторов, сопровождающих трудовой процесс [5].

Недоучет в управлении медицинскими учреждениями состояния социально-психологического климата, а также недостаточное использование профессионального и личностного потенциала работников приводят к снижению эффективности и качества трудового процесса, и, соответственно, к уменьшению социального эффекта от деятельности всей системы здравоохранения [6]. В результате формируется деструктивная организационная культура, построенная только на приоритете административных и экономических методов управления.

Недостаточное использование в учреждениях здравоохранения современных персонал – технологий послужило основой для проведения настоящего исследования, цель которого заключается в разработке предложений по повышению эффективности управления учреждениями здравоохранения на основе использования социально-психологических методов.

Рассматривая медицинские организации в качестве объекта повышения эффективности управления, необходимо четко представлять их специфику с позиции управления. Прежде всего, медицинские организации, на сегодняшний день, являются государственными (муниципальными) учреждениями, функционирующими в соответствии с действующим законодательством, отраслевыми регламентами, и имеют ограниченные условия и мотивацию для самореализации во внешней среде [1]. Управление же внутренней средой находится в зоне ответственности руководства, и его качество зависит от компетентности руководителей и атмосферы, сложившейся в учреждении [2]. Это касается и основных целей организации, доминирующих в ней ценностей, социально-психологического климата, систем взаимодействия и других положений, которые в совокупности составляют организационную культуру.

Изучение социально-психологических аспектов управления осуществлялось в двух учреждениях здравоохранения регионального уровня. Исследование проводилось в Республиканской клинической больнице (РКБ) и Психоневрологическом диспансере (ПНД) Кабардино-Балкарии. Выбор ПНД был обусловлен спецификой учреждения, актуализирующей формирование саморегулирующих механизмов управления. В исследовании была использована комплексная методика, включающая следующие методы: статистический, сравнительного анализа, социологический, психологического тестирования, экспертных оценок и др. Выборочная совокупность охватывала основных участников трудовых отношений: руководителей учреждений здравоохранения разного уровня, персонал и пациентов. Общее число респондентов составило 691 человек.

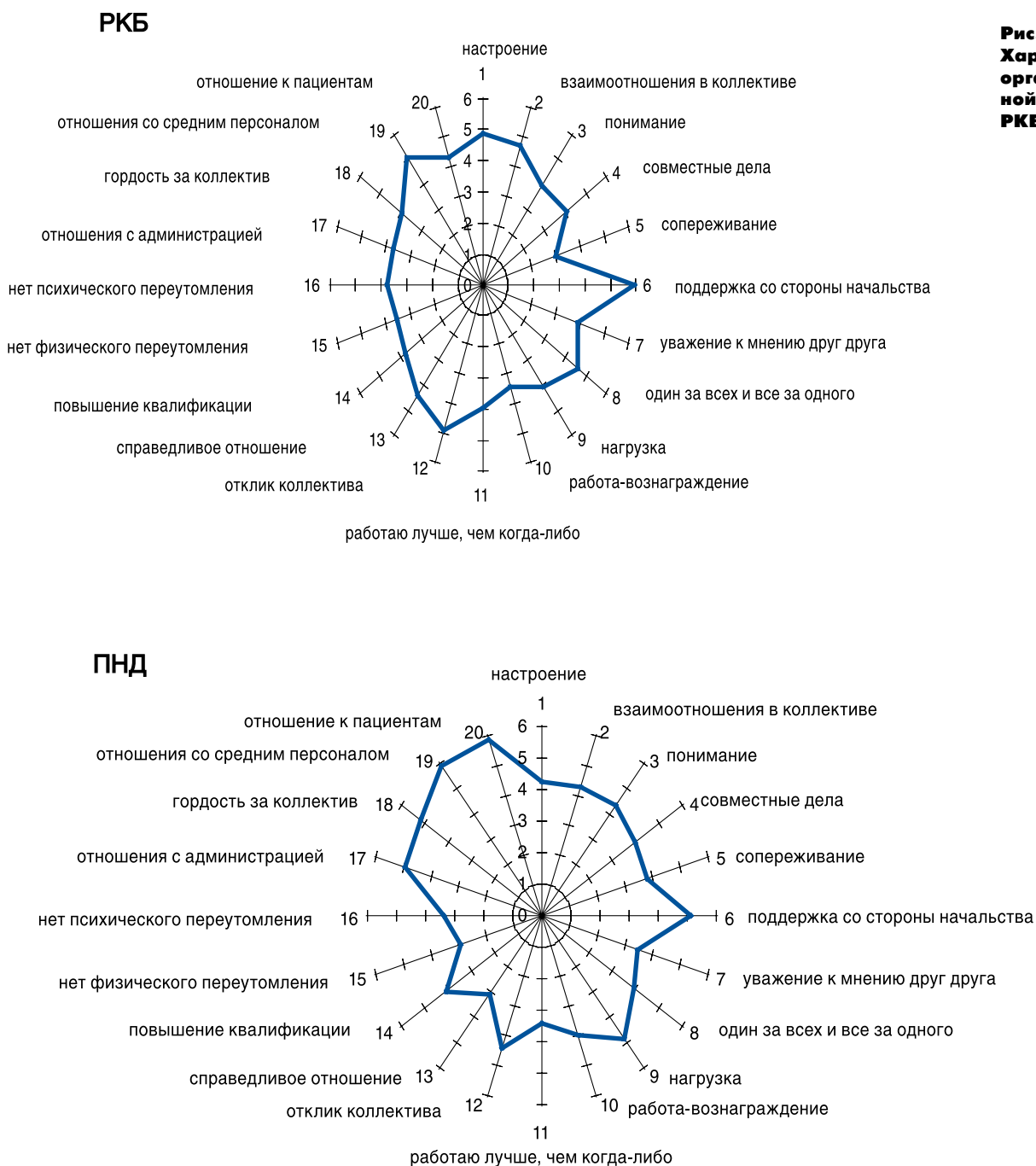
Среди проблем, влияющих на организацию трудовых отношений в коллективе, на основе опроса руководите-

лей, выделены следующие. Более половины руководителей (65,4% – в РКБ и 52,8% – в ПНД) предпринимают усилия по созданию необходимых условий труда в учреждениях. Помощь в организации трудового процесса оказывают 84% руководителей РКБ и 66,0% в ПНД, но в результативности этой деятельности усомнился каждый третий руководитель ПНД и 11,5% – РКБ.

В области организации кадровой работы подавляющее большинство руководителей оценили кадровую обеспеченность учреждений как высокую и выше среднего (свыше 70% респондентов). На этом фоне работе по повышению профессионального уровня работников не уделяется должного внимания. На наличие планов повышения квалификации сотрудников указала только треть руководителей обоих учреждений. Справедливость в распределении нагрузки у подчиненных стремятся обеспечить большинство руководителей (72,6% – ПНД и 65,4% – РКБ). Оценить загруженность работников не смогли в три раза больше руководителей ПНД, чем РКБ. Недостаточна

и мотивационная составляющая в работе с кадрами. На обязательное публичное выражение благодарности работникам за хорошо выполненную работу указали около 50% руководителей. Справедливость и гласность в оценке деятельности сотрудников и распределении вознаграждений свойственна только каждому четвертому руководителю. Менее 50% руководителей принимают непосредственное участие в подборе и расстановке кадров. Лучше обстоят дела только с информированностью работников. Повышая заинтересованность персонала в эффективном труде, подавляющее большинство руководителей (свыше 90%) стремятся доводить до подчиненных необходимую информацию, получаемую от вышестоящих органов управления и др. организаций.

Социально-психологический климат в учреждении полностью сформировавшимся считают 85,8% руководителей ПНД и 69,4% – РКБ. Вместе с тем интерес к личной сфере работников проявляют 46,2% руководителей РКБ и 33% – ПНД. Преимущественно хорошими свои отноше-



**Рис. 1.**  
Характеристика  
организацион-  
ной культуры  
РКБ и ПНД

## Общие положения структуры организационной культуры медицинской организации

Структурные составляющие	Основные положения
1. Доминирующие коллективные ценности организации, обеспечивающие достижение ее основных целей	<ul style="list-style-type: none"> <li>– приоритет интересов больного, индивидуальный подход к проблемам больного;</li> <li>– высокая нравственность персонала;</li> <li>– индивидуальный подход к развитию работников, поощрение активной позиции, забота о личном, карьерном и профессиональном росте;</li> <li>– взаимопомощь, поощрение коллективных форм работы;</li> <li>– четкая организация работы всех подразделений;</li> <li>– постоянное совершенствование и развитие коллектива.</li> </ul>
2. Культура условий труда	Перечень требований к санитарно-гигиеническим, психофизиологическим (в т.ч. режиму труда), социально-психологическим и эстетическим условиям труда персонала
3. Культура средств труда и трудового процесса	<ul style="list-style-type: none"> <li>– действующие нормы, стандарты, правила, регламенты;</li> <li>– использование современных технологий, оборудования, эффективные методы и средства лечения;</li> <li>– качество медицинских услуг;</li> <li>– передовая организация лечебно-диагностического и трудового процесса (стандартизация трудового процесса)</li> </ul>
4. Культура межличностных отношений	<ul style="list-style-type: none"> <li>– социально-психологический климат, построенный на основе доверия, открытости, поддержки, единства ценностей;</li> <li>– чувство коллективизма, ощущение единой команды;</li> <li>– разделение всеми ценностей и убеждений организации;</li> <li>– культура общения с поставщиками, обеспечивающими службами, управляющими и контролирующими организациями, создание и поддержание имиджа;</li> <li>– формирование собственных традиций, обычаев</li> </ul>
5. Культура управления	<ul style="list-style-type: none"> <li>– компетентность руководства;</li> <li>– авторитет личности руководителя;</li> <li>– механизм предупреждения и разрешения конфликтов;</li> <li>– развитие общественных механизмов управления персоналом;</li> <li>– поощрение горизонтального взаимодействия;</li> <li>– развитие мотивационной среды;</li> <li>– поощрение инновационной активности;</li> <li>– жесткий контроль процессов и обеспечение свободы действий работников;</li> <li>– открытость для критики</li> </ul>
6. Культура работника	<ul style="list-style-type: none"> <li>- нравственность поведения;</li> <li>- нравственность мышления;</li> <li>- культура чувств;</li> <li>- культура труда</li> </ul>

ния с подчиненными считают 80,7% руководителей РКБ и 59,4% – ПНД. Вместе с тем, влияние настроения руководителя на отношение к сотрудникам отмечено в 57,7% ответов в РКБ и 52,8% – в ПНД. Поэтому, по-видимому, удовлетворенность от взаимоотношений с непосредственным начальником испытывают только 23,0% руководителей РКБ и 26,4% – ПНД.

Согласно самооценке, полученный социальный портрет руководителя выглядит следующим образом. Способностью к творческому решению задач в той или иной степени обладают 69,3% руководителей РКБ и только 39,6% руководителей ПНД. Лидерские качества в основном присущи 65,5% руководителям РКБ и менее 7% руководителей ПНД. Будущее развитие событий способны предвидеть 73,1% руководителей РКБ и только 26,4% – ПНД. Навыком умения слушать и реагировать на поступающие замечания и советы в полной мере владеют 46,2% руководителей ПНД и 34,7% руководителей РКБ. Уравновешенность и стрессоустойчивость характерны для 65,5% руководителей РКБ и 52,8% руководителей ПНД. Почти все руководители являются приверженцами административно-распорядительного метода управления. Проявление самостоятельности, независимости и инициативности сотрудников не одобряют около 40% руководителей. В среднем более трети руководителей предпочитают авторитарный стиль руководства. Само-реализованными себя считают 76,8% руководителей РКБ и

46,2% – ПНД. Руководители высоко оценили целесообразность повышения социальной эффективности управления в учреждениях, улучшения социально-психологического климата в коллективах.

Таким образом руководители высоко оценили социальную эффективность управления учреждениями, состояние психологического климата в коллективах, несмотря на выявленные существующие деформации в межличностном взаимодействии и групповой сплоченности коллектива.

Проведенная по 20 параметрам на основе результатов тестирования персонала оценка организационной культуры, сложившейся в базовых учреждениях, позволила получить индивидуальный «портрет» каждой из них (рис.1).

По результатам опроса пациентов получены данные, существенно отличающиеся по величине показателей, но схожие по тенденциям оценки удовлетворенности.

Среди исследуемых параметров низкие оценки удовлетворенности связаны с серьезными претензиями и нареканиями на недостаточность индивидуального подхода и внимания к психическому состоянию больных (высказали 20,3% респондентов РКБ и 8,7% – ПНД). Еще более высокий уровень неудовлетворенности и нереализованности ожиданий обусловлен недостаточной заинтересованностью персонала в результатах своей работы и не всегда добросовестным выполнением функциональных обязанно-



стей, на что указали 36% пациентов РКБ и 17,4% – ПНД.

Типизация исследуемых оргкультур по 5 агрегированным признакам (социальная ситуация в учреждении, культура трудового процесса, культура межличностных отношений, культура управления, культура работника) позволила говорить о значительном их единстве и принадлежности к одному классификационному типу – административно – бюрократическому, для которого, как известно, наряду с высокой исполнительностью и дисциплинированностью, характерны низкая культура трудового процесса и низкая культура самих работников, отсутствие мотивирующей среды, слабое кооперирование сотрудников при выполнении рабочих функций, низкая степень развития внутри-организационных коммуникаций, невостребованность творческого потенциала сотрудников, часто конфликтный характер отношений, отсутствие индивидуального подхода, снижение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи и т.д.

Актуальная в условиях кризиса, административная оргкультура далека от тех требований, которые предъявляются к учреждениям здравоохранения в период стабилизации и развития. Это приводит к росту неудовлетворенности населения медицинской помощью.

На основании результатов проведенного анализа была разработана структура и общие положения организационной культуры медицинской организации (табл.1).

Структура организационной культуры включает общие положения и конкретизируется в зависимости от уровня развития организации [3]. Так как организационная культура – это живой организм, развивающийся вместе с организацией и оказывающий непосредственное влияние на результаты проводимых организационных преобразований, в соответствии с дальнейшим развитием коллектива, в модель могут вводиться такие параметры, как стратегические цели организации, уточняются организационные ценности, предпочтительные формы совместной работы, системы профессионального развития и саморазвития, формы взаимодействия с внешней средой, формирование приверженности и т.д.

Основные механизмы формирования организационной культуры включают такие положения как формирование состава ценностей, создание образа руководителя, воплощающего эти ценности, мотивацию коллектива на восприятие ценностей, создание очагов новой культуры, формирование приверженности организации, разработку кодекса, подбор сотрудников, соответствующих основным ценностям, поощрение выполнения требований [8]. Инструментом реализации организационной культуры является Этический кодекс организации.

Разработанный в ходе исследования Этический кодекс учреждения здравоохранения (на примере ПНД) включает:

Введение:

1. Общие положения

1.1 Назначение и область применения

1.2. Цели Кодекса организационной культуры

1.3. Видение организации

1.4. Миссия организации

1.5. Принципы деятельности

1.6. Ответственность главного врача:

- перед работниками

- перед пациентами

- перед деловыми партнерами

2. Правила ведения работы ПНД

2.1. Политика безопасности

2.2. Политика внутреннего контроля

2.3. Общие вопросы управления

3. Этические нормы работников ПНД

3.1. Основные положения

3.2. Отношение к работникам

3.3. Ценности работников

3.4. Работа с персоналом ПНД.

3.5. Нормы поведения работников

3.5.1. Недопустимость злоупотребления служебным положением

3.5.2. Корпоративное имущество

3.5.3. Корпоративные традиции и подарки

3.5.4. Отношения с коллегами

3.5.5. Отношения между руководителями и подчиненными

3.5.6. Отношения с пациентами

3.5.7. Проведение собраний и совещаний

3.5.8. Соблюдение Кодекса

Существует специфика исполнения подобных документов, которая заключается в том, что заставить исполнять этический кодекс нельзя. Поэтому для того, чтобы он действительно работал, еще на этапе его создания необходимо предусмотреть процедуры по созданию соответствующей мотивационной среды, включающие в процесс разработки документа по возможности всех сотрудников организации [4]. Только при условии принятия каждым сотрудником этического кодекса организации он будет реально исполняться. В организации, принявшей этический кодекс, становятся невозможными такие личностные девиации, как нажива на страданиях больных, безразличное отношение к проблемам пациентов, равнодушие к коллегам, невнимание со стороны руководителей к профессиональному росту и личностному развитию работника, а коллектива – к имиджу организации и пр.

Таким образом, организационная культура является эффективным механизмом управления коллективом [7], обеспечивающим на основе активизации человеческого фактора реализацию основных целей организации, инструментом же ее воплощения в практику становится разработанный этический кодекс, поддерживаемый всеми сотрудниками.

### Литература

1. Алексеева В.М. Научное обоснование системы экономической подготовки медицинских кадров в условиях реформирования здравоохранения: Автореферат д.м.н. – М. – 1999.- 44 с.
2. Денисов И.Н., Кучеренко В.З., Сырцова Л.Е. и др. Менеджмент в здравоохранении. Учебная программа Московского академического партнерства. Ассоциация университетских программ по управлению здравоохранением. // Бюллетень №1. – М. – 1996. – 64 с.
3. Лукичева Л.И. Управление организацией. – М.: Омега – Л. – 2009. – 368 с.
4. Немов Р.С., Алтунина И.Р. Социальная психология. – СПб.: Питер Пресс. – 2009. – С. 208.
5. Решетников А.В. Социология медицины. – М.: Медицина. – 2002.
6. Соломанидина Т.О. Организационная культура компании. Учебное пособие. – М.: Инфра-М. – 2009. – 624 с.
7. Wats M. The Preferences of Health Care Consumers in Europe //Eurohealth. – 2005. – Vol. 11. – N 3.
8. Le Grand J., Hunter D. Debate: Choice and Competition in the British National Health Service // Eurohealth. – 2006. – Vol. 12. – N 1.



# Разработка возможных вариантов моделей лекарственного страхования в Российской Федерации

Л.Д. Попович

Страховая медицинская организация «РОСНО-МС», Москва

## Резюме

На основании опыта зарубежных стран рассмотрены модели лекарственного страхования для Российской Федерации.

**Ключевые слова:** лекарственное страхование, тарифы.

## Development of the possible versions of the models of drugs insurance in the Russian Federation

L.D. Popovich

Insurance medical organization "ROSNO-MS", Moscow

## Summary

On the basis the experience of the foreign countries are examined the models of medicinal insurance for the Russian Federation.

**The keywords:** medicinal insurance, tariffs.

**Координаты для связи с авторами:** popovich@rosno.ru

Изучение опыта других стран в реализации страхового принципа лекарственного обеспечения является для России крайне важным.

Страны Восточной Европы смогли прийти к системе страхового возмещения лекарственного обеспечения всего за 2–3 года после распада социалистического лагеря. Бенчмаркинг удачных примеров поможет обойти большое количество острых моментов, а также реализовать проект в более короткие сроки.

Оценивая применимость для России той или иной страховой схемы, прежде всего нужно понимать, что прежде, чем начинать реализацию любой из моделей, необходимо решение значительного числа проблем, которые являются основой в системах лекарственного страхования. Прежде всего существует необходимость серьезного изменения системы ценового регулирования и контроля на фармрынке Российской Федерации. Далее необходимо проанализировать проблемы формирования и применения списков и стандартов лекарственных средств. Необходимо принять во внимание отсутствие в России серьезного контроля по обоснованности выписки и уже тем более отсутствие сколько-нибудь значимых усилий по стимулированию врачей к рациональной выписке. Проблемных зон множество, и опыт решения их в разных странах будет весьма полезен российским реформаторам.

Задача обеспечения социально приемлемого баланса между ростом доступности лекарств для населения и ростом государственных расходов на обеспечение этой доступности особо остро ставит вопрос о мерах по обеспечению рациональности затрат в любых страховых или административно-распределительных схемах лекарственного обеспечения. Разные модели по-разному позволяют решать эту задачу. Однако организационный дизайн модели в значительно меньшей степени влияет на социальный результат ее внедрения, чем другие факторы, которые подробно рассматривались автором в предыдущих публикаци-

ях — выбор категорий страхуемого населения, установление и регулирование цен, выбор списков, стимулы для врачей к рациональной выписке, схемы возмещения стоимости отпущенных пациентам лекарств. Именно в контексте этих факторов и следует определяться с выбором схемы построения и администрирования новой модели социального лекарственного страхования, применимой для России.

Как считают некоторые эксперты, (Мелик-Гусейнов, 2008) одна из дополнительных проблем при введении системы лекарственного страхования в России — неспособность государственных органов управления здравоохранением справиться с организационными трудностями. При внедрении и реализации ДЛО (ОНЛС) приходилось каждый раз сталкиваться с серьезными проблемами, которые в принципе могли бы быть предотвращены еще на стадии запуска при детальном и заблаговременном планировании, а также с привлечением опыта отраслевых объединений.

При запуске программы страхового лекарственного обеспечения, во-первых, необходимо проработать не только законодательную базу «наверху», но привести в соответствие все подзаконные акты и другие нормативные документы, с которыми придется сталкиваться всем участникам программы: и аптекам, и врачам в поликлиниках, и пациентам, и производителям, и страховым компаниям и т.д.

Во-вторых, должна быть проведена большая подготовительная образовательно-разъяснительная работа, прежде всего с врачами и работниками аптек — теми, кто будет взаимодействовать с Пациентом.

В-третьих, необходимо четко представлять сегодняшнее состояние материально-технической базы и предусмотреть финансирование для ее модернизации; при этом ориентироваться нужно не на аптеки в Москве, а на сельские аптеки в регионах.

Крайне важно реализовать пилотные проекты в ряде регионов с разными климатическими условиями, плотностью населения, заболеваемостью и т.д. И только после этого внедрять всю эту систему в масштабах страны.

Возможные проблемы, с которыми придется столкнуться при внедрении любой из моделей лекарственного страхования, можно структурировать следующим образом:

- Недостаток расчетов потребности населения в лекарственных средствах (вопрос бюджетирования будущей программы);
- Слабая информированность пациентов и врачей о принципах страховой медицины;
- Практическое отсутствие опыта у страховых компаний в процесс лекарственного обеспечения населения РФ;
- Отсутствие единого информационного поля в системе здравоохранения РФ;
- Устаревшая система функционирования лечебно-профилактических учреждений;
- Отсутствие единой фармакоэкономической базы для отбора ЛС при включении в различные перечни, формуляры.

Первостепенными проблемами, требующими решения при переходе к страхованию, являются:

- стандартизация лечения всех нозологий, попадающих под страховое возмещение;
- формирование реестра препаратов, которые войдут в систему страхового возмещения;
- актуарные расчеты для формирования тарифов и объемов страхового покрытия;
- определение объемов и источников государственно-го участия в страховом покрытии;
- выбор схем возмещения некомпенсируемой из общественных источников стоимости лекарств;
- изменение нормативно-правовой базы, регламентирующей страховой принцип лекарственного обеспечения;
- информационно-просветительская работа с профессиональной общественностью, работодателями и жителями страны и т.д.

Последний пункт следует особо выделить. Слабая заинтересованность в реформе самого населения представляется, по мнению экспертов (Мелик-Гусейнов, 2008), одной из наиболее сложных проблем в России. Россиянин не готов к каким-либо кардинальным изменениям; выработанный с годами консерватизм — это защитная реакция против любых нововведений, реализуемых правительством. Неудачи в реализации программы ДЛО на первом этапе тоже существенно подорвали веру населения в возможность улучшения во время реформ. Скорее всего, очень значимые затраты по новому проекту должны быть направлены на разъяснительную работу с населением.

Однако в России уже была предпринята попытка введения модели лекарственного страхования, которая может послужить полезным уроком при формировании новых подходов к реформе лекарственного обеспечения и переходу к лекарственному страхованию.

### Российский опыт лекарственного страхования

#### Модель страхования лекарственного обеспечения, существовавшая в г. Москве в 1995–1998 гг.

Первая модель страхования лекарственного обеспечения в России начала реализовываться в виде эксперимента с 01.11.1995 г., когда в соответствии с Распоряжением Мэра г. Москвы<sup>1</sup> от 20 октября 1995 г. N 551-PM в Южном, Центральном и Зеленоградском административных округов начался эксперимент по упорядочению оплаты за медикаменты, отпускаемые по льготным рецептам, в котором приняли участие страховые компании МАКС и РОСНО.

#### 1.1. Предпосылки введения системы лекарственного страхования

30 июля 1994 г. Правительством РФ было утверждено Постановление № 890, которым были определены льготные категории населения (по социальному статусу и по заболеванию), имеющие право при амбулаторном лечении на получение в аптечных учреждениях лекарственных средств по рецептам врачей бесплатно или с 50% скидкой.

Реализация льготного лекарственного обеспечения в г. Москве осуществлялось следующим образом:

- Гражданам, имеющим право на льготы в соответствии с Постановлением от 30.07.1994 № 890, при обращении в поликлинику по месту прикрепления выписывался рецепт специальной формы (ф. 148-1/у-88), по которому в аптеке, обслуживающей пациентов данной поликлини-

ки, отпускались лекарственные средства бесплатно или со скидкой.

- Ежемесячно аптека предоставляла поликлинике Сводный реестр рецептов (ф. АП-9), лекарства по которым отпускались бесплатно или со скидкой, и счет на их оплату, а также бланки обслуженных рецептов.

Поликлиника акцептовала полученный счет и направляла его Управление здравоохранения своего Административного округа.

- Управление здравоохранения Административного округа в соответствии с выставленным счетом перечисляла поликлинике средства для расчетов с аптекой.

Поликлиника оплачивала аптеке лекарственные средства (ЛС), отпущенные ее пациентам бесплатно или со скидкой.

Е.А. Тельнова, возглавлявшая в то время Комитет фармации Правительства Москвы, характеризуя ситуацию, сложившуюся в то время с реализацией Постановления Правительства РФ № 890, писала: «Следует подчеркнуть, что предоставленные Правительством Российской Федерации льготы не были подкреплены соответствующими объемами финансирования. Это привело к огромной задолженности бюджета перед аптеками за отпущенные лекарственные средства, а в конечном итоге к снижению качества лекарственной помощи. Так, длительность неплатежей перед московскими аптеками в 1995 г. за отпущенные ЛС доходила до 5 месяцев. Сложилась нетерпимая ситуация, при которой аптеки, начав кредитовать бюджет, сами оказались без оборотных средств. В то же время уровень льготного отпуска ЛС в общем товарообороте аптек из года в год увеличивался и составил в 1993 г. — 24,5%, а в 1994 г., — 30,4%, а в 1995 г. — уже 40 %».

Следует также отметить, что темп роста расходов на оплату ЛС по льготным рецептам в декабре 1995 г. по сравнению с январем того же года составил 519% .

Все это потребовало решительных мер со стороны Правительства Москвы по упорядочению расходов на оплату льготных рецептов и повышению доступности лекарственной помощи льготным категориям населения, коренного изменения концепции организации льготного лекарственного обеспечения.

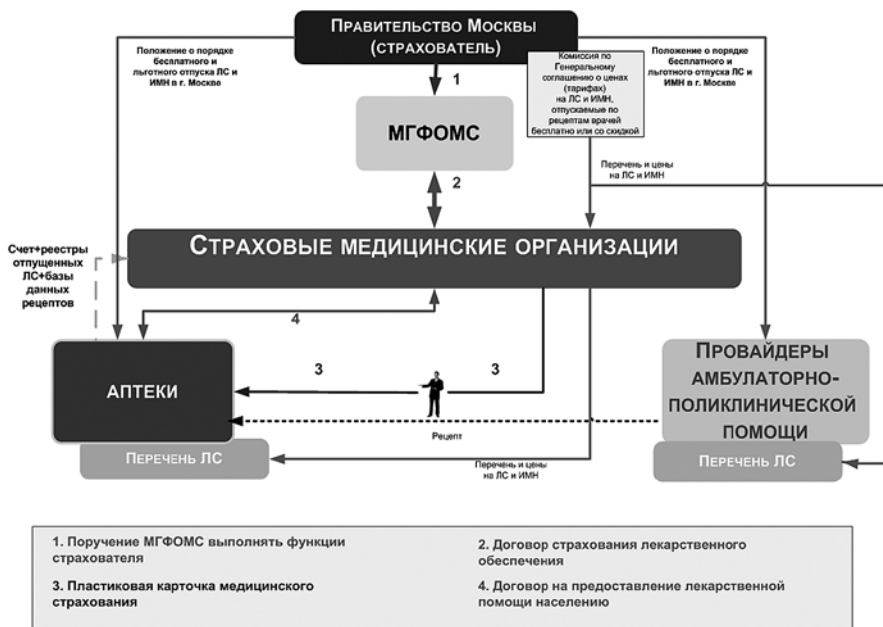
Распоряжением Мэра Москва от 20.10.1995 № 551-PM было утверждено Положение об эксперименте по упорядочению (изменению порядка) оплаты за медикаменты, отпущенные по льготным рецептам, которым определялись следующие задачи эксперимента:

- создание в аптечных учреждениях г. Москвы автоматизированной системы учета рецептов и формирования счетов за отпущенные лекарственные препараты по номенклатуре и стоимости для аптек, медицинских учреждений, а также лицевых счетов, застрахованных по ОМС, процедур обмена информацией между аптеками, медицинскими учреждениями, страховыми компаниями, МГФОМС, органами управления здравоохранения и фармации;

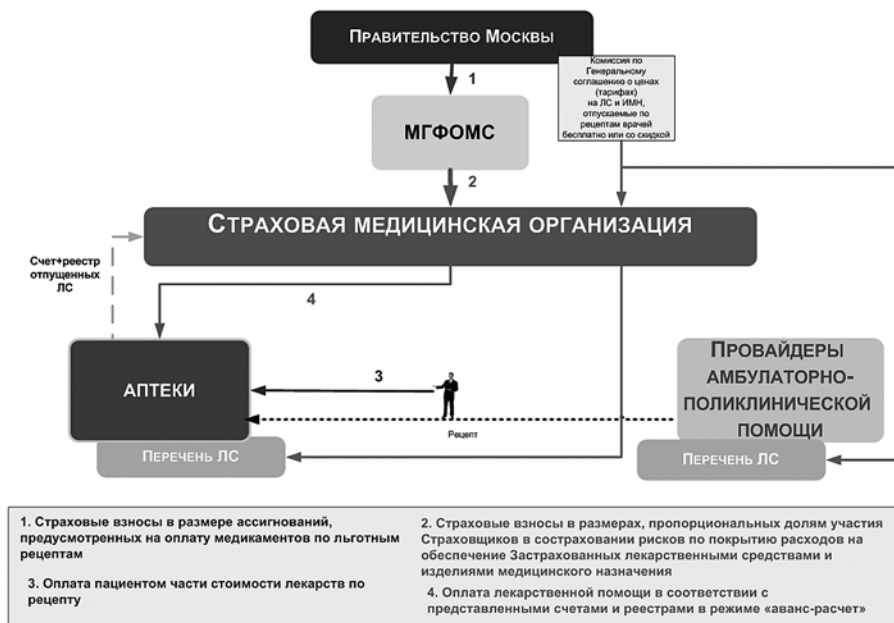
— создание системы экспертного контроля качества медицинской помощи по разделу «Медикаментозное лечение», включая разработку стандартов лекарственного обеспечения;

- разработка системы регулирования тарифов на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства, отпускаемые по бесплатным и льготным рецептам в системе обязательного медицинского страхования.

<sup>1</sup> Распоряжение Мэра г. Москвы от 20 октября 1995 г. N 551-PM «О проведении эксперимента по упорядочению (изменению порядка) оплаты за медикаменты, отпускаемые по льготным рецептам»



**Рис. 1.**  
**Организационная схема модели**



**Рис. 2.**  
**Финансовая схема модели**

### 1.2. Организационная схема модели

Страхователем в отношении категорий населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно или со скидкой, определялось Правительство Москвы, которое поручало Московскому городскому фонду ОМС представлять его интересы и действовать от его имени, выполняя функции Страхователя в части заключения договоров страхования со страховыми компаниями, перечисления по договорам страховых взносов и осуществления контроля за страховыми выплатами.

Страховым случаем определялось обращение Застрахованного в лечебно-профилактическое учреждение амбулаторного профиля, включенное в перечень Департамента здравоохранения, в связи с заболеванием, при амбулаторном лечении которого лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врача бесплатно или со скидкой.

Страховщиками на период проведения эксперимента были определены страховые компании МАКС и РОСНО, осуществляющие страхование на принципах сострахова-

ния в соответствии со специальными Правилами страхования лекарственного обеспечения, утвержденными службой страхового надзора.

Страхование лекарственного обеспечения оформлялось двумя типами договоров:

- Договором страхования лекарственного обеспечения, заключаемого страховщиками с Московским городским фондом ОМС, выполняющим в соответствии с распоряжением Мэра Москвы от 29 декабря 1995 г. N 696-PM функции страхователя по договору страхования лекарственного обеспечения населения г. Москвы;
- Договором на предоставление лекарственной помощи населению, заключаемым страховщиком с муниципальным аптечным предприятием (учреждением) г. Москвы.

### 1.3. Финансовая схема модели

Согласно Договору страхования лекарственного обеспечения устанавливался следующий порядок организации и оплаты лекарственного обеспечения застрахованным:

- При наступлении страхового случая Застрахованному назначается медикаментозное лечение в лечебно-

профилактических учреждениях, имеющих право на выписывание лекарственных средств и изделий медицинского назначения по льготным рецептам;

- На основании выписанного в лечебно-профилактическом учреждении рецепта (ф. 148-1/у-88), оформленного в соответствии с действующими требованиями (с обязательным указанием серии и номера страхового полиса ОМС, кода диагноза заболевания, по поводу которого были выписаны лекарственные препараты) и заверенного личной печатью врача, Застрахованному осуществляется отпуск лекарственных препаратов и предметов медицинского назначения в аптечных предприятиях, поименованных в приложении к Договору<sup>2</sup>.

- При наступлении страхового случая Страховщик ежемесячно оплачивает аптечному предприятию счета за отпущенные Застрахованным лекарственные препараты и предметы медицинского назначения.

- Неотъемлемым приложением к счету являются Реестры и базы данных рецептов на лекарственные средства, отпущенные по рецептам врачей бесплатно или со скидкой (представляются на магнитных носителях), по единой форме и форматам, утвержденным Страховщиком.

- Оплата счетов аптечных предприятий производится в режиме «аванс-расчет» за фактически отпущенные лекарственные средства по рецептам врачей бесплатно или со скидкой.

- Для обеспечения наличия в аптечном предприятии лекарственных, профилактических и диагностических средств, вошедших в обязательный ассортиментный перечень, а также лекарственных препаратов повышенного потребления Страховщик перечисляет аптечному предприятию в сроки, установленные Договором на предоставление лекарственной помощи, двумя равными частями аванс в размере до 80% расходов на отпуск лекарственных препаратов по льготным рецептам за предыдущий месяц.

- В срок до 15 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, стороны производят выверку взаиморасчетов по оплате оказанной лекарственной помощи. Окончательная годовая выверка взаиморасчетов производится не позднее 20 января следующего года.

- Страховые взносы, не израсходованные в отчетном периоде (квартал), подлежат зачислению в страховые резервы для страховых выплат (оплаты счетов аптечных предприятий) в последующие периоды.

#### 1.4. Контроль рациональности назначений

Договором страхования лекарственного обеспечения к обязанностям страховщика помимо оплаты аптеке стоимости лекарственных средств, отпущенных по льготным рецептам, относились:

- проведение экспертизы обоснованности объема и качества оказанной лекарственной помощи, представление по запросу Страхователя ее результаты, включая соответствие лекарственной помощи стандартам медикаментозного лечения;

- определение на основании статистических данных лимитов (плановые расходы) на оплату льготных рецептов амбулаторно-поликлинических учреждений округов, участвующих в эксперименте;

- ежемесячное представление Страхователю для под-

готовки Генерального соглашения по тарифам на лекарственные средства материалы по анализу цен на медикаменты, отпущенные по бесплатным и льготным рецептам.

Договором на предоставление лекарственной помощи населению к обязанностям аптеки, помимо отпуска лекарственных средств, вменялось в обязанность;

- Организация учета льготных рецептов и отпущенных по ним медикаментов с использованием автоматизированной системы «АПТЕКА»;

- Обеспечение автоматизированного формирования базы данных бесплатных и льготных рецептов;

- Формирование и представление Страховщику счета за лекарственные препараты, отпущенные бесплатно или со скидкой.

#### 1.5. Структура тарифной ставки

Структурой тарифной ставки по страхованию лекарственного обеспечения изначально предусматривалась специальная доля расходов на проведение контроля качества лекарственной помощи и формирование резерва предупредительных мероприятий. Этот фонд должен был расходоваться на мероприятия по профилактике острых и обострений хронических заболеваний среди льготных категорий населения, а также проведение санитарно-просветительной работы среди населения в части предупреждения заболеваний, необходимости выполнения врачебных назначений и недопустимости бесконтрольного применения лекарственных средств; пропаганду здорового образа жизни.

Кроме этого, страховщик был обязан совместно с Департаментом здравоохранения Москвы, на основе страховой статистики осуществлять разработку стандартов медикаментозного лечения при заболеваниях, лечение которых осуществляется амбулаторно.

Следует отметить, что через месяц структура тарифной ставки была скорректирована путем исключения из нее средств, предусмотренных для проведения контроля качества лекарственной помощи и формирование резерва предупредительных мероприятий<sup>3</sup>.

#### 1.6. Принципы и этапы реализации модели

Эксперимент по страхованию лекарственного обеспечения в г. Москве проводился следующим образом:

- Выписка льготных рецептов лицам, имеющим право на льготное лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении, проводилась во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Москвы, работающих в системе обязательного медицинского страхования;

- Пациенты могли получить лекарственные средства по льготным рецептам в любой из 468 аптечных организаций г. Москвы, участвующих в эксперименте;

- Регулярно, на основании данных о потреблении, утверждался перечень лекарственных средств и изделий медицинской техники, отпускаемых по льготным рецептам;

- Выписка лекарственных средств льготным категориям граждан производилась на двойных цветных модифицированных рецептурных бланках (ф. № 148-1/у-88) измененного дизайна, имеющих средства защиты от подделки, с дополнительно введенными реквизитами (серия и номер полиса ОМС, код диагноза, код льготной катего-

<sup>2</sup> Отпуск лекарственных средств по льготным рецептам в г. Москве имели право только муниципальные аптеки

<sup>3</sup> Распоряжением Первого заместителя Премьера Правительства Москвы от 25 марта 1996 г. N344-РЗП «О внесении изменений и дополнений в распоряжение Первого заместителя Премьера Правительства Москвы от 23 февраля 1996 г. п 160-РЗП»



рии населения, штрих-кодами);

- Учет и контроль произошедших страховых случаев осуществлялся путем персонифицированного учета отпущенных лекарственных средств по льготным рецептам. Для этого страховыми компаниями МАКС и РОСНО были разработаны, сертифицированы и поставлены в аптеки соответствующие программные средства.

- Кроме того, было проведено обучение персонала аптек работе на компьютерах и оснащение аптек вычислительной техникой и сканерами штрих-кодов (всего в аптеки было поставлено 560 комплектов оборудования).

- Информационным центром Комитета фармации был разработан Единый городской классификатор лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Актуальная версия этого классификатора ежемесячно поставлялась в страховые компании МАКС и РОСНО для установки в аптеки города и использования при обработке данных об отпущенных лекарственных средствах;

- В результате совместной работы Комитета социальной защиты населения, Комитета здравоохранения, Московского городского фонда ОМС, страховых компаний МАКС и РОСНО было организовано проведение персонального учета 3,5 млн. жителей Москвы, относящихся к льготным группам населения.

- С целью совершенствования персонифицированного учета предоставления льгот по лекарственному обеспечению была разработана унифицированная система однозначной идентификации застрахованных, разработан дизайн и начала выдаваться застрахованным, имеющим льготы по лекарственному обеспечению, индивидуальная пластиковая карточка медицинского страхования - унифицированный носитель информации, содержащий уникальный идентификатор застрахованного.

- Формировалась единая база данных по Москве об отпущенных по льготным рецептам лекарственных средствах и изделий медицинского назначения (в 1996 г. персонифицированная база данных содержала электронные копии 22,9 млн. Обслуженных льготных рецептов). Это позволяло, формировать аналитические справки для предоставления руководителям Комитетов фармации и здравоохранения Москвы.

- Предприятия, организации и учреждения, осуществляющие поставку лекарственных средств и изделий медицинского назначения для государственных нужд, в том числе медикаментов, отпускаемых по льготным и бесплатным рецептам<sup>4</sup>, отбирались в результате проводимого Комитетом фармации конкурсного отбора. Это способствовало установлению во всех аптеках города, отпускающих лекарственные средства по льготным рецептам, одинаковых цен на одни и те же торговые наименования лекарственных средств.

### 1.7. Результаты внедрения модели

Несмотря на расширение контингента льготных категорий граждан в связи с принятием закона «О ветеранах»<sup>5</sup>, одним из результатов эксперимента являлось снижение годовых базовых темпов роста расходов на оплату льготных рецептов: этот показатель изменился с 519% роста в 1995 г. до 161% роста в 1996 г. и 100% роста в 1997 г.

Удалось выявить значительные необоснован-

ного отпуска лекарственных средств по рецептам иногородних лечебно-профилактических учреждений и по рецептам учреждений иного ведомственного подчинения, имеющих собственную систему финансирования лекарственного обеспечения (Тельнова, 2006).

При оценке результатов экспериментального страхования лекарственного обеспечения в г. Москве отмечалось, что в результате проведенного эксперимента в городе была создана глобальная система, позволяющая при помощи идентификации каждого пациента (пластиковой карты), и наличия лицевого счета и стандартов лечения точно прогнозировать необходимый жителям Москвы объем эффективной лекарственной помощи. Наличие объективной информации об отпущенных лекарственных средствах и ценах на них обеспечило реальную возможность формирования экономически обоснованного и прогнозируемого государственного заказа на лекарственное обеспечение москвичей по льготным и бесплатным рецептам.

Полученные в ходе эксперимента данные убедительно доказали социально-экономическую значимость проведенной работы, результаты которой позволили раскрыть возможности дальнейшего совершенствования системы лекарственного обеспечения льготного контингента населения (Тельнова, 2006).

Вместе с тем, следует отметить, что участники эксперимента, включая страховщиков, не оценили существенного влияния врачей поликлиник на формирование спроса на лекарственные средства, отпускаемые по льготным рецептам. Отсутствие экономических механизмов, предусматривающих мотивацию врачей к рациональному выписыванию лекарств, а также механизмов полноценного, действенного и независимого контроля и экспертизы назначенных и выписанных лекарственных средств в совокупности с ростом цен на лекарства и недостаточным финансированием в условиях инфляции и финансового кризиса привели к дефициту необходимых лекарственных средств.

В 1998 г. Правительством Москвы было принято решение завершить эксперимент по страхованию лекарственного обеспечения льготных категорий граждан<sup>6</sup>, и был осуществлен переход к административно-регулируемой системе льготного лекарственного обеспечения граждан.

Однако накопленный опыт решения многих проблем, важных для текущего этапа реформ, может быть использован для построения оптимальной модели лекарственного страхования.

### 3. Основные составляющие моделей лекарственного страхования — решения, приемлемые для России

Обобщение мирового и российского опыта страховых моделей лекарственного обеспечения позволяет предложить некоторые варианты решения для каждого из ключевых элементов системы — выбора категорий граждан, подлежащих государственной поддержке, формированию перечней лекарственных средств, вариантов компенсации затрат на эти лекарственные средства, а также способов управления системой лекарственного обеспечения.

Каждое из предложенных решений имеет свои достоинства и риски. Поэтому окончательный выбор в пользу того или иного варианта будет зависеть от политических

<sup>4</sup> Распоряжение Премьера Правительства Москвы от 13 сентября 1996 г. N 858- РП «О порядке проведения тендера (конкурсного отбора), предприятий, организаций и учреждений, осуществляющих поставку лекарственных средств и изделий медицинского назначения для государственных нужд, лечебно - профилактических учреждений, в том числе медикаментов, отпускаемых по льготным и бесплатным рецептам, жизненно важных препаратов и препаратов обязательного ассортимента

<sup>5</sup> Федеральный закон от 12.01.1995 г. № 5-ФЗ «О ветеранах»

<sup>6</sup> Распоряжение Мэра Москвы от 29 октября 1998 г. N 1089-РМ «О мерах по обеспечению гарантированного отпуска лекарственных средств льготным категориям населения в 1998 году»

и экономических реалий, которые будут существовать в момент принятия окончательного решения о введении в России системы лекарственного страхования. Однако в необходимости перехода к страховым принципам лекарственного обеспечения сомневаться не приходится — эта форма социального страхования в том или ином виде широко применяется в тех государствах, где вопросы доступности лекарственной помощи являются приоритетом государственной политики.

## 1. ЛЬГОТНЫЕ КАТЕГОРИИ ГРАЖДАН

### Мировой опыт

<b>Франция</b>	социальные льготники;
<b>Германия</b>	застрахованные на случай болезни;
<b>Англия</b>	пациенты государственной службы здравоохранения;
<b>Испания</b>	лица старше 65 лет;
<b>Чехия</b>	пациенты государственной службы здравоохранения;
<b>Венгрия</b>	малообеспеченные граждане и инвалиды;
<b>Норвегия</b>	лица старше 66 лет и больные определенными группами заболеваний.

### Возможные решения в России

Вариант 1. Лица определенных возрастных групп и больные определенными группами заболеваний

Вариант 2. Все пациенты государственной службы здравоохранения

### Достоинства решений

Вариант 1. Схема привычна и позволяет защитить социально уязвимые группы населения

Вариант 2. Схема позволяет более эффективно использовать страховые механизмы

### Риски решений

Вариант 1. Наличие фактора «селекции рисков», зависимость результата от совершенства организации системы учета «свой-чужой» (получатели социальных преференций и прочее население).

Вариант 2. Отсутствие расчетных данных о потребных ресурсах, необходимость модификации существующей законодательной базы

## 2. ПЕРЕЧЕНЬ ЛЕКАРСТВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВОЗМЕЩЕНИЮ

### Мировой опыт

<b>Франция</b>	предпочтение генерикам (до 54% списка). Компенсация только за лекарства, вошедшие в национальный список;
<b>Англия</b>	ограниченный перечень торговых наименований в общем списке (1500 наименований), и отдельные «негативные» списки, выписка которых определена специальными процедурами;
<b>Чехия</b>	формирование списка жизненно необходимых препаратов из лекарств национального производства;
<b>Австралия</b>	обязательное экономическое обоснование при включении лекарства в список, постоянное обновление списка

за счет более эффективных препаратов.

### Возможные решения в России

- Формирование нескольких списков, дифференцированных по категориям получателей, видам заболеваний и категориям лекарственных средств.

- Наличие «негативных списков» препаратов, не подлежащих возмещению или возмещаемых только при определенных условиях.

- Замены лекарств в списках при наличии экономического обоснования

### Достоинства решений

- Возможность более точного удовлетворения потребностей конкретных категорий пациентов.

- Транспарентность при формировании и модификации списков.

- Возможность более точного планирования затрат.

### Риски решений

- Сложность организации системы мониторинга.

- Необходимость серьезной информационно-аналитической поддержки и создания независимой системы контроля за реализацией программы.

## 3. УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ СТОИМОСТИ ЛЕКАРСТВ ИЗ СПИСКА И МЕХАНИЗМЫ СОПЛАТЕЖЕЙ

### Мировой опыт

#### Франция

государственная компенсация непосредственно аптекам (100% стоимости дорогостоящих лекарств, 65% стоимости обычных лекарств, 35% стоимости лекарств, не являющихся необходимыми). Недостающую сумму оплачивает пациент;

#### Германия

государственная компенсация рецептурных препаратов из списка по референтным ценам, пациент платит фиксированную сумму за рецепт плюс 100% расходов, превышающую референтную цену;

#### Англия

пациент платит за препараты из «негативного» списка плюс фиксированную сумму за рецепт;

#### Италия

три категории лекарств с разным уровнем возмещения (100%, 50% и 0%) в зависимости от категории списка;

#### Чехия

00% возмещение лекарств из списка жизненно необходимых и произведенных национальными производителями, доплата пациентами полностью или частично за прочие препараты;

#### Словения

расходы на препараты I группы компенсируются государством на 75%, из II группы — на 25%, из III группы — не компенсируются;

#### Финляндия

базовая компенсация — 50%, специальное возмещение — 75%, при длительном лечении — 100%;

#### Норвегия

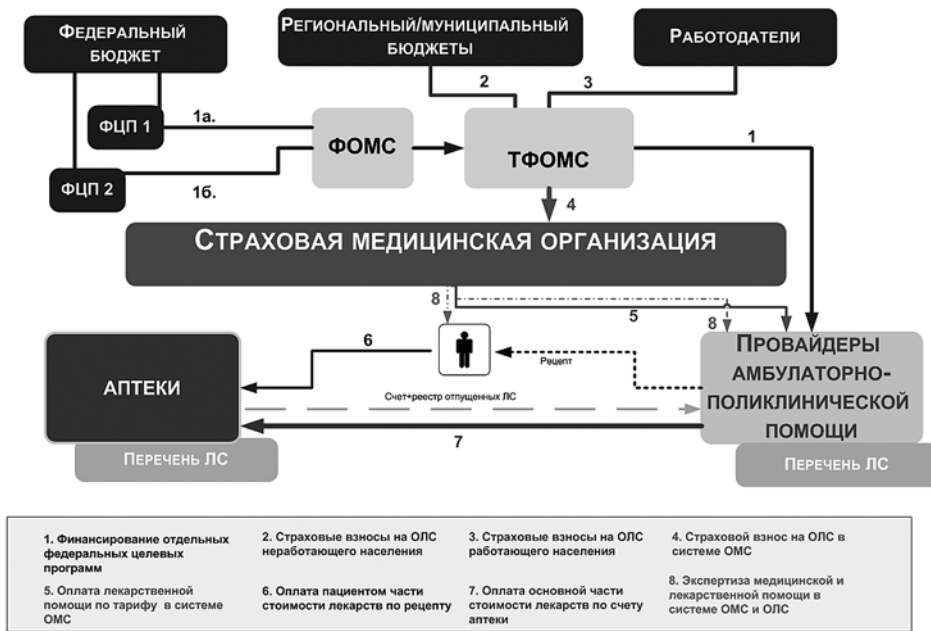
компенсация за счет государственной системы страхования — 54% стоимости, 15% — из средств лечебного учреждения, 31% — из средств пациента.

### Возможные решения в России

- Создание дифференцированных программ государственного возмещения расходов на лекарственные препараты в

**МОДЕЛЬ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СТРАХОВАНИЯ С ФРАНШИЗОЙ**

**Рис. 3. Модель обязательного лекарственного страхования в системе ОМС**



**Рис. 4. Базовая схема модели лекарственного страхования**



зависимости от социальной категории пациента, тяжести его заболевания, особенностей получаемого препарата.

- Дифференцированная система обязательного соучастия пациента в оплате лекарств.
- Частичная оплата расходов на лекарства за счет средств лечебных учреждений.

**Достоинства решений**

- Включение механизмов, повышающих рациональность расходования государственных ресурсов.
- Появление мотивации пациента и врача к назначению наиболее затратно-эффективных препаратов.

**Риски решений**

- Необходимость реформирования сложившейся системы организации лекарственного обеспечения на фоне неудачно созданной системы ДЛО.
- Необходимость разработки четкого и хорошо реализуемого плана действий.

**4. УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ**

**Мировой опыт Франции**

**Англия**

**Австралия**

**Новая Зеландия**

**Чехия**

**Венгрия**

**Словения**

**Норвегия**

**Швеция**

**Голландия**

Описание

организации общественной безопасности и организации социального страхования  
 прямые возмещения из государственного бюджета  
 система медицинского страхования  
 специализированное Агентство по управлению фармацевтическим рынком  
 система медицинского страхования  
 система медико-социального страхования  
 система медицинского страхования  
 государственный совет по здравоохранению  
 специализированная государственная корпорация  
 страховые агентства  
 концептуальных организационно-

финансовых схем реализации предлагаемых моделей лекарственного страхования в России

Наиболее возможными организационно-финансовыми схемами реализации моделей лекарственного страхования в России являются следующие варианты.

• **Вариант 1.** Включение амбулаторно-поликлинического лекарственного обеспечения всех граждан в систему ОМС (рис. 3).

#### **Существо предложений:**

1. Федеральный бюджет осуществляет финансирование федеральных целевых программ предоставление лекарственного обеспечения больным тяжелыми хроническими заболеваниями. Указанные средства через Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС направляются провайдеру амбулаторно-поликлинической помощи, которые оплачивают аптекам лекарственные средства, отпущенные льготным контингентам – участникам целевых программ

2. Страхователями по обязательному лекарственному страхованию (ОЛС) являются региональные/муниципальные органы власти в части неработающего населения, работодатели в части работающего населения.

3. Страховые взносы на ОЛС аккумулируются в ТФОМС, который является ассоциированным страхователем ОЛС.

4. ТФОМС уплачивает страховщику страховые взносы по ОЛС с учетом подушевого норматива и численности застрахованных

5. Страховщик заключает с ТФОМС Договор обязательного лекарственного страхования и выдает застрахованному Страховой полис (страховую карточку).

6. Программа ОЛС, включающая Перечень лекарственных средств, доводится до провайдера амбулаторно-поликлинической помощи и до аптеки, с которыми заключаются Договоры на оказание лекарственной помощи застрахованным по Программам ОЛС.

7. Провайдер амбулаторно-поликлинической помощи заключает с аптекой Договор финансирования отпуска лекарственных средств, по которому обязуется от имени страховщика и за его счет оплачивать лекарственные средства, отпущенные застрахованным

8. Страховщик в соответствии с Договором на оказание лекарственной помощи по ОЛС авансирует провайдера амбулаторно-поликлинической помощи с учетом тарифов на оплату лекарственной помощи в системе ОМС и численностью прикрепленных застрахованных.

9. При обращении застрахованного за медицинской помощью провайдер амбулаторно-поликлинической помощи выписывает застрахованному рецепт в соответствии с программой ОЛС.

10. Застрахованный предъявляет в аптеке рецепт, страховой полис (страховую карточку), и оплачивает в аптеке часть стоимости лекарственных средств или франшизу.

11. Аптека формирует в электронном виде реестр отпущенных лекарственных средств, который вместе со счетом направляет соответствующему провайдеру амбулаторно-поликлинической помощи.

12. Провайдер после проверки поступивших документов на соответствие отпущенных лекарственных средств утвержденному перечню и по другим параметрам полностью или частично компенсирует затраты аптеки.

13. Страховщик проводит экспертизу лекарственной помощи, оказанной провайдером амбулаторно-

поликлинической помощи, и, в случае выявленных нарушений, связанных с некачественным оказанием лекарственной помощи, осуществляет финансовые санкции путем удержаний из платежей последующего периода.

14. Средства, сэкономленные провайдером амбулаторно-поликлинической помощи, при отсутствии претензий по качеству лекарственной помощи остаются в его распоряжении.

• **Вариант 2.** Создание специальной системы лекарственного страхования, функционирующей в рамках классических страховых схем (рис. 4).

#### **Существо предложений:**

1. Страхователями являются региональные/муниципальные органы власти в части неработающего населения, работодатели в части работающего населения, граждане.

2. Величина страхового взноса зависит от программы лекарственного страхования, включающей перечень лекарственных средств, выбранной страхователем. Программы лекарственного страхования могут предусматривать различные перечни лекарственных средств и различные размеры франшизы.

3. Страховщик заключает со страхователем Договор лекарственного страхования и выдает застрахованному Страховой полис (страховую карточку).

4. Программа лекарственного страхования доводится до провайдера амбулаторно-поликлинической помощи, с которым заключается Договор на оказание лекарственной помощи застрахованным по Программам лекарственного страхования.

5. Провайдер амбулаторно-поликлинической помощи выписывает застрахованному рецепт в соответствии с программой лекарственного страхования.

6. Застрахованный оплачивает в аптеке полную стоимость лекарственных средств или специальный купон именного ваучера, выдаваемого страховщиком при страховании, предъявляет рецепт (или его копию) с таксировкой и кассовый чек (копию купона) в страховую организацию.

7. Страховщик после проверки поступивших документов в соответствии с программой лекарственного страхования и условиями Договора страхования полностью или частично компенсирует затраты застрахованного на оплату лекарственных средств.

#### **Анализ недостатков и преимуществ предлагаемых вариантов**

##### **Преимущества решений**

###### **Вариант 1.**

- Наличие организационной схемы решения (медицинские страховые организации);
- Наличие развитой экспертного контроля;
- Возможность одновременного контроля госпитального и амбулаторного лекарственного обеспечения.

###### **Вариант 2.**

- Возможность использования реальных страховых принципов;
- Возможность создания гибкой системы соплатежей населения;
- Возможность выстраивания модели без одновременной модификации системы ОМС.

##### **Недостатки решений**



**Вариант 1.**

- Невозможность реализации реальных страховых принципов лекарственного обеспечения в рамках сложившейся системы ОМС;
- Введение системы серьезно осложнит модернизацию системы ОМС;
- Невозможность простого наложения системы лекарственного страхования на ОМС, так как система ОМС и сложившаяся система лекарственного обеспечения в ДЛО не полностью пересекаются в части субъектов и объектов страхования;
- Эффективность работы страховщиков в системе ОМС будет оказывать влияние на эффективность новой модели лекарственного страхования;
- Сложность одновременного администрирования разных по сути страховых рисков в системе ОМС и в страховании расходов на лекарственное обеспечение.

**Вариант 2.**

- Значительные требования к финансовой устойчивости страховщиков;
- Отсутствие реальной страховой статистики для рас-

чета страховых тарифов;

- Отсутствие эффективной системы регулирования ценообразования на фармрынке, делающая невозможным актуарные расчеты страховых резервов.

**Общие недостатки для обоих вариантов**

- Необходимость формирования дифференцированных базовых программ ОМС для пациентов различных возрастных групп и тяжести течения заболевания.
- Необходимость введения дифференцированной системы обязательных соплатежей населения (франшизы) при получении лекарственных средств.
- Необходимость включения возмещаемой стоимости лекарственных средств в состав дифференцированного тарифа на амбулаторно-поликлиническую помощь.
- Необходимость включения лечебных учреждений в число плательщиков аптечным предприятиям.
- Необходимость нормативной модификации существующей схемы лекарственного обеспечения;
- Негативные последствия неудачно реализованной модели ДЛО.
- Необходимость наличия политической воли для ре-

Таблица 1

**Заболеваемость жителей разных возрастных групп в N-ом субъекте Российской Федерации**

Наименование классов болезней	Дети (до 18 лет)	Взрослые трудоспособного возраста	Взрослые старше трудоспособного возраста
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	84,91	23,62	23,54
Новообразования	9,68	45,97	56,99
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	33,95	9,03	5,29
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	50,54	50,02	109,25
Психические расстройства и расстройства поведения	0,64	0,21	0,13
Болезни нервной системы	100,83	30,78	21,91
Болезни глаза и его придаточного аппарата	116,08	89,24	256,43
Болезни уха и сосцевидного отростка	39,49	26,84	63,94
Болезни системы кровообращения	25,61	155,84	857,99
Болезни органов дыхания	875,73	195,64	177,27
Болезни органов пищеварения	133,58	88,54	148,81
Болезни кожи и подкожной клетчатки	128,54	48,04	46,49
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	64,61	182,07	280,60
Болезни мочеполовой системы	61,77	140,76	113,38
Беременность, роды и послеродовый период	2,24	23,30	0,04
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	1,51	0,00	0,00
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	18,77	1,89	1,05
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	20,17	3,51	5,57
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов	109,00	87,46	73,17
Всего	1877,63	1202,77	2241,86

формирования сложившейся системы;

## **Анализ возможности введения механизмов соплатежей**

### **Принципы установления объема соплатежей**

При установлении объема соплатежа при страховании лекарственного обеспечения необходимо руководствоваться следующими принципами:

- размер соплатежа должен способствовать ограничению избыточного спроса на лекарственные средства;
- размер соплатежа не должен ограничивать для пациента финансовую доступность необходимых лекарственных средств;
- размер соплатежа не должен ухудшить лекарственное обеспечение больных, пользующихся льготами на получение лекарственных средств по программе дополнительного лекарственного обеспечения (инвалиды и участники Великой отечественной войны, , инвалиды детства, пациенты в рамках 7 высоко затратных нозологий, онкологические больные, больные диабетом и ряд других категорий).
- размер компенсируемой части стоимости препаратов должен способствовать привлекательности программ страхования лекарственного обеспечения в части снижения стоимости страхового полиса
- размер соплатежа должен учитывать особенности назначаемого препарата (генерик, бренд-генерик, инновационный брендовый препарат)
- размер соплатежа должен учитывать желание пациента на замену — компенсация сверх установленной референтной цены на выписанный препарат не производится
- компенсация на лекарства без рецепта не проводится
- конкретные размеры соплатежей могут быть рассчитаны при условии полной актуарной определенности в модели лекарственного страхования
- Возможные схемы соплатежей устанавливаются в зависимости от перечней лекарственных средств.

### **Примерный подход к установлению схемы соплатежей.**

#### **Перечни:**

**Список 1** (возмещение за счет общественных источников — 100%) — генерики + отечественные препараты + дорогостоящие и незаменимые медикаменты социально значимым группам;

**Список 2** (возмещение за счет общественных источников — 50%) — импортные аналоги имеющихся отечественных препаратов;

**Список 3** (возмещение за счет общественных источников — 20%) — оригинальные препараты.

## **Возможность адаптации моделей в зависимости от категорий населения, территорий, отдельных нозологий**

### **Принципы адаптации к категориям населения.**

При страховании лекарственного обеспечения адаптация модели страхования к особенностям контингентов застрахованных, территорий страхования и другим параметрам базируется на:

- Учете объема спроса на лекарственные средства различных контингентов населения;
- Учете объема спроса на лекарственные средства на различных территориях страхования;
- Рациональном построении Программы страхования ле-

карственного обеспечения (Списка лекарственных средств)

- Определении объема соплатежа различными контингентами населения

Учет указанных особенностей находит логическое отражение в величине тарифной ставки, особенностях Программы страхования и величине соплатежей населения.

### **Учет объема спроса на лекарственные средства различных контингентов населения**

Формирование спроса на лекарственные средства у населения происходит под воздействием двух основных объективных факторов: факта заболевания застрахованного и факта назначения врачом лекарственной терапии для лечения данного заболевания.

Будем считать, что при обращении застрахованного к врачу по поводу заболевания ему во всех случаях будет назначено медикаментозное лечение.

Исходя из принципов расчетов тарифной ставки в медицинском страховании, основанных на учете вероятности возникновения страхового события (в нашем случае заболевания), можно использовать статистические данные о заболеваемости или о фактическом числе застрахованных, обратившихся к врачу по поводу различных заболеваний, отнесенных на тысячу застрахованных.

При этом необходимо учитывать, что уровень заболеваемости у различных возрастных групп, проживающих на одной территории страхования, будет различен, что связано с совокупностью различных факторов как медицинских, так и социальных (восприимчивость к заболеваниям, наличие хронических болезней, образ жизни, характер питания, характер труда и многие другие).

В таблице 1 приводятся данные заболеваемости (по классам болезней) жителей разных возрастных групп в N-ом субъекте Российской Федерации.

Из приведенной таблицы видно, что уровень заболеваемости (по обращаемости) самый высокий у лиц старше трудоспособного возраста и самый низкий у взрослых трудоспособного возраста.

### **Принципы адаптации к различным территориям**

Как и в предыдущем случае, региональная адаптация программ и стоимости в системе лекарственного страхования производится на основе статистики заболеваемости.

### **Учет объема спроса на лекарственные средства различных территориях страхования**

Из статистических данных<sup>7</sup> видно, что в различных субъектах РФ регистрируется различный уровень заболеваемости (табл. 3).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что при адаптации моделей страхования на различных территориях страхования, необходимо учитывать территориальные особенности заболеваемости населения и даже при одинаковой программе страхования рассчитывать величину тарифной ставки для каждого региона отдельно.

В табл. 3 приведены данные о заболеваемости граждан одинаковых возрастных групп, проживающих в двух различных регионах.

### **Адаптация модели для отдельных нозологий**

Отдельные нозологии требуют весьма дорогостоящего и совершенно определенного лечения (гемофилия, рассеянный склероз, болезнь Гоше и ряд других заболеваний).

<sup>7</sup> Здравоохранение в России . 2007: Стат.сб./Росстат. — М., 2007, с. 73–75

**Заболеваемость населения по некоторым субъектам Российской Федерации (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1000 человек населения)**

Наименование субъекта Российской Федерации	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2006 г.
Курская область	586,2	600,9	633,2	633,6
Вологодская область	742,4	850,0	803,1	864,6
Краснодарский край	494,3	572,3	558,3	557,2
Чувашская республика	713,5	802,7	851,4	953,7
Свердловская область	655,8	684,6	711,1	720,1
Алтайский край	743,2	937,0	974,5	1014,4
Амурская область	499,2	576,6	645,6	684,2

**Заболеваемость жителей разных возрастных групп в N-ом субъекте Российской Федерации**

Наименование классов болезней	Дети (до 18 лет)		Взрослые трудоспособного возраста		Взрослые старше трудоспособного возраста	
	Регион N	Регион M	Регион N	Регион M	Регион N	Регион M
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	84,91	88,69	23,54	23,62	18,35	19,93
Новообразования	9,68	15,72	56,99	45,97	29,85	55,25
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	33,95	25,72	5,29	9,03	9,00	7,57
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	50,54	48,64	109,25	50,02	40,46	84,30
Психические расстройства и расстройства поведения	0,64	0,01	0,13	0,21	0,02	0,00
Болезни нервной системы	100,83	110,45	21,91	30,78	28,07	23,72
Болезни глаза и его придаточного аппарата	116,08	138,52	256,43	89,24	73,63	196,12
Болезни уха и сосцевидного отростка	39,49	67,01	63,94	26,84	22,11	48,97
Болезни системы кровообращения	25,61	47,42	857,99	155,84	105,08	632,48
Болезни органов дыхания	875,73	918,53	177,27	195,64	162,68	151,61
Болезни органов пищеварения	133,58	463,17	148,81	88,54	302,89	400,05
Болезни кожи и подкожной клетчатки	128,54	136,40	46,49	48,04	37,55	36,65
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	64,61	110,02	280,60	182,07	114,21	197,20
Болезни мочеполовой системы	61,77	95,35	113,38	140,76	120,54	102,61
Беременность, роды и послеродовый период	2,24	1,45	0,04	23,30	30,58	0,29
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	1,51	0,54	0,00	0,00	0,00	0,00
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	18,77	82,46	1,05	1,89	2,97	1,27
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	20,17	118,28	5,57	3,51	19,11	8,77
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних факторов	109,00	139,20	73,17	87,46	83,62	69,12
Всего	1877,63	2607,56	2241,86	1202,77	1200,73	2035,91

## Количество выписанных рецептов больным с заболеваниями нервной системы

Международное непатентованное наименование	Число рецептов	Доля рецептов от общего числа выписанных (%)	Число пациентов	Доля пациентов от общего числа, получивших ЛС при болезнях нервной системы (%)
Вальпроевая кислота*	4847	24,16	1150	18,58
Карбамазепин*	1799	8,97	590	9,53
Топирамат*	1378	6,87	208	3,36
Винпоцетин*	1358	6,77	1038	16,77
Пирибедил*	797	3,97	289	4,67
Леводопа + Бенсеразид	700	3,49	233	3,76
МНН не указано	481	2,40	386	6,23
Пирацетам*	469	2,34	391	6,32
Этилметилгидроксипиридина сукцинат	450	2,24	347	5,60
Пантогам	428	2,13	381	6,15
Бетагистин*	426	2,12	319	5,15
Леводопа + Карбидопа	411	2,05	159	2,57
Ламотриджин*	370	1,84	61	0,99
Фенобарбитал*	368	1,83	102	1,65
Тригексифенидил*	362	1,80	175	2,83
Бромдигидрохлорфенилбензолиазепин	325	1,62	267	4,31
Пентоксифиллин*	239	1,19	215	3,47
Альфа-Липоевая кислота	224	1,12	181	2,92
Бензобарбитал*	181	0,90	49	0,79
Интерферон бета-1a	177	0,88	39	0,63
Депротеинизированный гемодериват из телячей крови	158	0,79	128	2,07
Глицин*	153	0,76	138	2,23
Другие 242 МНН	3957	19,7	2930	47,3

Таблица 5

## Количество выписанных рецептов больным с заболеваниями глаза и его придаточного аппарата Количество выписанных рецептов больным с заболеваниями глаза и его придаточного аппарата

Международное непатентованное наименование	Число рецептов	Доля рецептов от общего числа выписанных (%)	Число пациентов	Доля пациентов от общего числа, получивших ЛС при болезнях глаз и его придаточного аппарата (%)
Тимолол*	23375	29,1	9112	36,6
Азапентацен	11670	14,6	7232	29,0
Цитохром С+Аденозин+Никотинамид	9787	12,2	6382	25,6
Пилокарпин	8776	10,9	3668	14,7
Таурин*	6542	8,2	4478	18,0
Бетаксолол*	6284	7,8	2770	11,1
Другие 151 МНН	13761	17,2	9479	38,1



Включение лекарственных средств, необходимых для лечения больных этими заболеваниями, в общую систему лекарственного страхования представляется нецелесообразным. Возможно сохранение в отношении этих препаратов принципа специального администрирования в рамках федеральных целевых программ.

#### Расчет тарифов на страхование лекарственного обеспечения в рисковом модели

Реализация любой модели страхования лекарственного обеспечения должно сопровождаться необходимостью расчета тарифных ставок, т.е. определения цены страхового риска.

В страховании лекарственного обеспечения расчет тарифных ставок осложняется отсутствием необходимых статистических данных о стоимости медикаментозного лечения больных с различными диагнозами как в амбулаторных условиях, так и в стационарных условиях.

В настоящее время широко публикуются аналитические обзоры о состоянии фармацевтического рынка в

России, в которых, в основном, приводятся данные о статистике продаж лекарственных средств в натуральном и стоимостном выражении в привязке к производителям, о наиболее продаваемые лекарственные средства, лидерах производителей лекарственных средств и другие данные, характеризующие состояние и динамику фармрынка. Однако, в этих обзорах отсутствуют данные необходимые для проведения актуарных расчетов по страхованию лекарственного обеспечения.

В доступных нам публикациях, анализирующих дополнительное лекарственное обеспечение, таких данных также недостаточно.

В связи с изложенным для иллюстрации расчета тарифной ставки при страховании лекарственного обеспечения были использованы данные о стоимости лекарственных средств, отпущенных по программе ДЛО в 2007 г. по некоторым группам заболеваний (DSM Group, 2008), данные по выписке лекарственных средств по программе ДЛО более чем 100 тысяч лиц, имеющих право на дополнительное лекарственное обеспечение, а также данные обрабатываемости населения за амбулаторно-поликлинической

Таблица 6

#### Количество выписанных рецептов больным с заболеваниями системы кровообращения

Международное непатентованное наименование	Число рецептов	Доля рецептов от общего числа выписанных, (%)	Число пациентов	Доля пациентов от общего числа, получивших ЛС при болезнях системы (%) кровообращения
Индапамид*	23282	8,0	12143	15,2
Винпоцетин*	18723	6,5	12491	15,6
Эналаприл*	18084	6,2	11478	14,3
Метопролол*	14616	5,0	9041	11,3
Ацетилсалициловая кислота	14376	5,0	9481	11,9
Изосорбида динитрат*	14240	4,9	8417	10,5
Нифедипин*	13781	4,8	8190	10,2
Эналаприлат*	12931	4,5	8347	10,4
Лизиноприл*	10479	3,6	6181	7,7
Эналаприл+Гидрохлортиазид	10377	3,6	6184	7,7
Периндоприл*	8498	2,9	4907	6,1
Триметазидин*	7161	2,5	4781	6,0
Атенолол*	6681	2,3	4265	5,3
Амлодипин*	6668	2,3	4171	5,2
Каптоприл*	6377	2,2	3822	4,8
Пирацетам*	6216	2,1	4818	6,0
Верапамил*	5074	1,8	3275	4,1
МНН не указано	4733	1,6	3387	4,2
Бетагистин*	3860	1,3	2631	3,3
Фозиноприл*	3794	1,3	2315	2,9
триметилгидразиния пропионат	3367	1,2	2729	3,4
Изосорбида моонитрат*	3185	1,1	2090	2,6
Спинолактон*	3176	1,1	2235	2,8
Калия и магния аспарагинат	3118	1,1	2449	3,1
Этилметилгидроксипиридина сукцинат	3036	1,0	2429	3,0
Дипиридамол*	2988	1,0	2318	2,9
Симвастатин*	2929	1,0	2013	2,5
Бисопролол*	2810	1,0	1894	2,4
Другие 404 МНН	55236	19,1	42303	52,9

## Количество выписанных рецептов больным с заболеваниями органов дыхания

Международное непатентованное наименование	Число рецептов	Доля рецептов от общего числа выписанных (%)	Число пациентов	Доля пациентов от общего числа, получивших ЛС при болезнях органов дыхания (%)
Сальбутамол*	14674	11,5	6041	21,6
Беклометазон*	11212	8,8	4337	15,5
МНН не указано	10895	8,5	6558	23,5
Фенотерол*	8923	7,0	2888	10,3
Ипратропия бромид+фенотерол	8781	6,9	3368	12,1
Флутиказон*	6002	4,7	2559	9,2
Формотерол+будесонид	5632	4,4	2082	7,5
Амброксол*	4612	3,6	3806	13,6
Салметерол+Флутиказон	4095	3,2	1728	6,2
Кромоглицевоая кислота*	3308	2,6	1582	5,7
Теofilлин	3129	2,4	1572	5,6
Амоксициллин + клавулановая кислота	2925	2,3	2649	9,5
флутиказон+салметеролмультидиск	2261	1,8	894	3,2
Формотерол*	2007	1,6	803	2,9
Бромгексин*	1992	1,6	1755	6,3
Цетиризин*	1983	1,6	1221	4,4
Фенспирид*	1881	1,5	1619	5,8
Ацетилцистеин*	1861	1,5	1453	5,2
Недокромил* натрия	1827	1,4	887	3,2
Амоксициллин*	1734	1,4	1604	5,7
Будесонид*	1718	1,3	823	2,9
Аминофиллин*	1688	1,3	985	3,5
Другие 355 МНН	24766	19,4	19591	70,2

Таблица 8

## Количество выписанных рецептов больным с заболеваниями органов пищеварения

Международное непатентованное наименование	Число рецептов	Доля рецептов от общего числа выписанных (%)	Число пациентов	Доля пациентов от общего числа, получивших ЛС при болезнях органов пищеварения (%)
Панкреатин	13071	37,8	8338	49,1
Дротаверин*	4705	13,6	3734	22,0
Омепразол*	2442	7,1	1924	11,3
Фосфолипиды эссенциальные	1740	5,0	1352	8,0
МНН не указано	1728	5,0	1307	7,7
Алгедрат + Магния гидроксид	1372	4,0	1068	6,3
Панкреатин + Желчи компоненты + Гемицеллюлаза	1327	3,8	1056	6,2
Силибинин*	1090	3,1	850	5,0
Ранитидин*	842	2,4	712	4,2
Другие 266 МНН	6289	18,2	5408	31,9

## Количество выписанных рецептов больным с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки

Международное непатентованное наименование	Число рецептов	Доля рецептов от общего числа выписанных (%)	Число пациентов	Доля пациентов от общего числа, получивших ЛС при болезнях кожи и подкожной клетчатки (%) кровообращения
Хлоропирамин*	379	11,5	324	17,3
МНН не указано	301	9,1	236	12,6
Цетиризин*	269	8,2	234	12,5
Медгидролин*	244	7,4	219	11,7
Флуоцинолона ацетонид*	208	6,3	190	10,1
Хифенадин*	198	6,0	179	9,5
Бетаметазон*	191	5,8	161	8,6
Метилпреднизолона ацепонат*	182	5,5	162	8,6
Лоратадин*	151	4,6	133	7,1
Клемастин*	113	3,4	105	5,6
Кетотифен*	73	2,2	64	3,4
Диметинден*	66	2,0	65	3,5
Бифидобактерии бифидум	54	1,6	49	2,6
Дезлоратадин	53	1,6	48	2,6
Панкреатин	53	1,6	44	2,3
Гидрокортизона* 17-бутират	48	1,5	41	2,2
Преднизолон*	47	1,4	29	1,5
Метилпреднизолон*	30	0,9	8	0,4
Другие 133 МНН	638	19,3	545	29,04

Таблица 10

## Количество выписанных рецептов больным с заболеваниями костно-мышечной системой и соединительной ткани

Международное непатентованное наименование	Число рецептов	Доля рецептов от общего числа выписанных (%)	Число пациентов	Доля пациентов от общего числа, получивших ЛС при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани (%)
Диклофенак*	5662	16,8	4225	29,8
Кетопрофен*	4167	12,3	3159	22,3
Хондроитина сульфат	3556	10,5	2751	19,4
Нимесулид*	3053	9,0	2280	16,1
Мелоксикам*	2576	7,6	1830	12,9
кодеин +напроксен	1308	3,9	1003	7,1
Метилпреднизолон*	1193	3,5	477	3,4
Индометацин*	940	2,8	791	5,6
МНН не указано	842	2,5	639	4,5
Толперизон*	797	2,4	699	4,9
Ибупрофен*	796	2,4	698	4,9
Кеторолак*	714	2,1	645	4,6
Сульфасалазин*	550	1,6	217	1,5
Метотрексат*	536	1,6	293	2,1
Гидроксихлорохин*	483	1,4	189	1,3
Другие 275 МНН	6608	19,6	5246	37,0

помощью по одному из субъектов РФ. Эта информация позволила, по нашему мнению, проиллюстрировать процедуру расчета тарифной ставки по страхованию лекарственного обеспечения по условной программе лекарственного страхования при амбулаторном лечении.

Расчет тарифной ставки проводился по стандартной методике, принятой в страховании, с ограничениями, вызванными недостаточностью исходных данных.

В качестве программы страхования лекарственного обеспечения примем перечень лекарственных средств, утвержденных приказом Росздравнадзора от 02 октября 2006 г. №2240-Пр/06<sup>8</sup> выписанных по программе ДЛО больным в части болезней:

- нервной системы (G00-G99),
- глаза и его придаточного аппарата (H00-H59)
- системы кровообращения (I00-I99),
- органов дыхания (J00-J99),
- органов пищеварения (K00-K99)
- болезней кожи и подкожной клетчатки (L00-L99).
- костно-мышечной системой и соединительной ткани (M00-M99).

Анализ номенклатуры и объема выписываемых рассматриваемому контингенту лекарственных средств (по МНН) по указанным выше классам заболеваний, показал, что больным, имеющим право на бесплатное получение лекарственных средств по программе ДЛО по поводу болезней нервной системы выписываются лекарственные средства, относящиеся к 264 МНН. При этом из 20058 рецептов 80% выписанных рецептов приходился на лекарственные средства 22 МНН (табл. 4).

Более 80% рецептов, выписанных больным по поводу заболеваний глаза и его придаточного аппарата приходилось на лекарственные средства, относящиеся к 6 МНН (табл. 5).

На остальные лекарственные средства (151 МНН) приходилось 17,2% выписанных рецептов.

Больше всего разнообразных лекарственных средств (432 МНН) было назначено больным с заболеваниями системы кровообращения. При этом на 28 МНН приходилось почти 81% выписанных рецептов (табл. 6).

Аналогичная картина наблюдалась при выписке лекарственных средств, больным с заболеваниями, относящимися к другим классам болезней.

Так, 80% рецептов, выписанных больным с заболеваниями органов дыхания, приходилось на 22 МНН из 377 (табл. 7), с заболеваниями органов пищеварения – на 9 МНН из 275 (табл. 8), с болезнями кожи и подкожной клетчатки – на 18 МНН из 151 (табл. 9), с заболеваниями костно-мышечной системой и соединительной ткани – на 15 МНН из 290 (табл. 10).

Из представленного материала следует, что при разработке реальных программ страхования лекарственного обеспечения необходим тщательный отбор лекарственных средств в Перечень, основанный на их фармако-терапевтических свойствах и доказанной эффективности, а также отвечающих требованиям оптимизации стоимости курсового лечения при различных заболеваниях.

Страховым случаем в нашем примере будем считать обращение застрахованного за медицинской помощью в амбулаторно-поликлиническое учреждение или в поли-

клиническое отделение больницы по поводу заболеваний нервной системы, болезней глаза и его придаточного аппарата, системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, болезней кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системой и соединительной ткани., при котором по рецепту врача в аптеке застрахованным получены (приобретены) лекарственные средства, указанные в программе страхования (перечне лекарственных средств).

Частота обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения по перечисленным выше причинам представлена в таблице 11.

Из представленного материала следует, что при разработке реальных программ страхования лекарственного обеспечения необходим тщательный отбор лекарственных средств в Перечень, основанный на их фармако-терапевтических свойствах и доказанной эффективности, а также отвечающих требованиям оптимизации стоимости курсового лечения при различных заболеваниях.

Страховым случаем в нашем примере будем считать обращение застрахованного за медицинской помощью в амбулаторно-поликлиническое учреждение или в поликлиническое отделение больницы по поводу заболеваний нервной системы, болезней глаза и его придаточного аппарата, системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, болезней кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системой и соединительной ткани., при котором по рецепту врача в аптеке застрахованным получены (приобретены) лекарственные средства, указанные в программе страхования (перечне лекарственных средств).

Частота обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения по перечисленным выше причинам представлена в таблице 11.

Согласно формуле:

$$p = [1 - (1 - p_1) * (1 - p_2) * \dots * (1 - p_k)],$$

где

$p$  – вероятность наступления страхового случая,

$p_1, p_2, \dots, p_k$  – вероятности обращения за медицинской помощью для каждого класса болезней, предусмотренных условиями страхования,

находим вероятность наступления страхового случая, т.е. обращения за амбулаторно-поликлинической помощью:

$$p = [1 - (1 - 0,0225) * (1 - 0,039) * (1 - 0,302) * (1 - 0,2748) * (1 - 0,0269) * (1 - 0,0487) * (1 - 0,0361)]$$

$$p = 1 - 0,42428758 = 0,58$$

Далее необходимо рассчитать убыточность страховой суммы, т.е. отношения среднего возмещения к средней страховой сумме. В связи с тем, что в настоящее время отсутствуют опубликованные фактические данные по проведению страховых операций по страхованию лекарственного обеспечения, в соответствии с рекомендациями Методики расчета тарифных ставок по рисковому виду страхования (Росстрахнадзор, от 05.07.1993 № 02-03-36) отношение средней выплаты к средней страховой сумме примем не ниже 0,3 (при страховании от несчастных случаев и болезней, в медицинском страховании).

Согласно формуле

<sup>8</sup> Приказ Росздравнадзора от 02.10.2006 г. № 2240-Пр/06 «О государственной регистрации предельных отпускных цен производителей на лекарственные средства (по торговым наименованиям), отпускаемые по рецепту врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи»



## Количество выписанных рецептов больным с заболеваниями костно-мышечной системой и соединительной ткани

Классы болезней по МКБ-Х	Число обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения (на 1000 населения)
Болезни нервной системы	22,5
Болезни глаза и его придаточного аппарата	39
Болезни системы кровообращения	302
Болезни органов дыхания	274,8
Болезни органов пищеварения	26,9
Болезни кожи и подкожной клетчатки	48,7
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	36,1

Таблица 12

## Изменение величины брутто-ставки в зависимости от величины убыточности и числа договоров страхования

Величина убыточности	Число договоров страхования					
	1000	5000	10000	25000	50000	100000
убыточность 0,3	22,90	22,3	22,10	22,00	21,90	21,90
убыточность 0,4	30,50	29,70	29,50	29,30	29,20	29,10
убыточность 0,5	38,20	37,10	36,90	36,60	36,50	36,40
убыточность 0,6	45,80	44,50	44,20	44,00	43,80	43,70
убыточность 0,7	53,40	52,00	51,60	51,30	51,10	51,00
убыточность 0,8	61,10	59,40	59,00	58,60	58,40	58,30

Таблица 13

## Изменение величины страховой премии в зависимости от величины убыточности и числа договоров страхования при страховой сумме 20 тыс. рублей

Величина убыточности	Число договоров страхования					
	1000	5000	10000	25000	50000	100000
убыточность 0,3	4580	4460	4420	4400	4380	4380
убыточность 0,4	6100	5940	5900	5860	5840	5820
убыточность 0,5	7640	7420	7380	7320	7300	7280
убыточность 0,6	9160	8900	8840	8800	8760	8740
убыточность 0,7	10680	10400	10320	10260	10220	10200
убыточность 0,8	12220	11880	11800	11720	11680	11660

Таблица 14

## Адаптация тарифов в зависимости от возраста

Застрахованные	Брутто-ставка	Премия при страховой сумме 10 тыс. руб.
Дети до 18	59,154	5915,4
Взрослые трудоспособного возраста	41,965	4196,5
Взрослые старше трудоспособного	60,440	6044

Таблица 15

## Адаптация тарифов в зависимости от региона проживания

Застрахованные	Брутто-ставка		Премия при страховой сумме 10 тыс. руб.		Сальдо N – M
	Регион N	Регион M	Регион N	Регион M	
Дети до 18	59,154	61,440	5915,4	6144,0	-228,6
Взрослые трудоспособного возраста	41,965	42,401	4196,5	4240,1	-43,6
Взрослые старше трудоспособного	60,440	57,305	6044	5730,5	313,5

$H_o = 100 \cdot V / C \cdot p$ , где  
 $H_o$  – основная часть нетто-ставки  
 $V$  – среднее возмещение, ед.;  
 $C$  – средняя страховая сумма, ед.

рассчитаем основную часть нетто-ставки:  
 $H_o = 100 \cdot 0,3 \cdot 0,58 = 17,4$  ед.

Рисковую надбавку рассчитаем по формуле

$$H_p = 1,2 \cdot H_o \cdot \alpha(\gamma) \cdot \sqrt{(1-p)/(n \cdot p)}$$

где

$H_p$  – рискованная надбавка,

$H_o$  – основная часть нетто-ставки,

$\alpha(\gamma)$  – гарантия безопасности, определяемая для 95% значения вероятности как 1,645,

$p$  – вероятность наступления страхового случая,

$n$  – прогнозируемое число договоров страхования (1000 договоров).

$$H_p = 1,2 \cdot 17,4 \cdot 1,645 \cdot 0,0269 = 0,924$$

Тогда нетто-ставка ( $H_{ст}$ ) будет равна сумме основной нетто-ставки ( $H_o$ ) и рискованной надбавке ( $H_p$ ):

$$H_{ст} = 17,4 + 0,924 = 18,3 \text{ ед.}$$

Производим расчет совокупной брутто-ставки, которая рассчитывается по формуле:

$$B_{ст} = H_{ст} / (100 - n),$$

где

$B_{ст}$  – брутто-ставка, ед.;

$H_{ст}$  – нетто-ставка, ед.;

$n$  – нагрузка, %.

$$B_{ст} = 18,3 / (100 - 2) = 22,9 \text{ ед.}$$

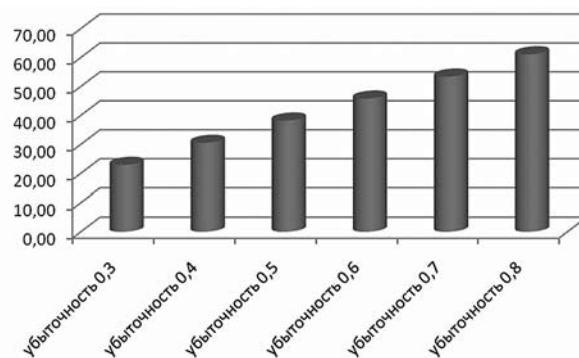
Поскольку в отсутствие статистических данных о страховых операциях по этому виду страхования была рассчитана возможная величина брутто-ставки при различных показателях убыточности. (рис. 5).

Другими словами, при страховой сумме, равной 20 тыс. руб., величина страховой премии в зависимости от уровня убыточности будет колебаться от 4380 до 12220 руб.

Величина брутто-ставки и соответственно размер страховой премии зависят также от числа планируемых договоров страхования (табл. 12 и 13).

Оценивая полученные результаты, необходимо учитывать, что использовались данные о выписке лекарственных средств ограниченному контингенту лиц по программе ДЛО, а также данных о расходах на отпуск лекарственных средств по программе ДЛО по отдельным группам заболеваний. Эти данные сложились в результате несомненного влияния повышенного уровня спроса и потребления лекарственных средств лицами, оставшими в 2007 г. в программе ДЛО.

По данным страховой медицинской компании «Солидарность для жизни»<sup>9</sup> при корпоративном страховании добровольного медицинского страхования расходов на лекарственное обеспечение, охватывающего существенно более здоровый контингент застрахованных, чем лица, входящие в программу ДЛО, при страховой сумме в 38 тыс.



**Рис. 5. Величина брутто-ставки при различных показателях убыточности**

рублей, франшизе на различные группы лекарственных средств в размере 50–90%, величина страхового взноса при массовой продаже составила 980 рублей в год

#### Адаптация тарифов в зависимости от возраста

Для иллюстрации была рассчитана величина тарифной ставки при страховании лекарственного обеспечения для трех групп населения различного возраста. Расчеты проводились по формулам, приведенным в отчете по первому этапу настоящего исследования в разделе «Методические рекомендации по формированию страхового тарифа». При расчетах учитывались данные о заболеваемости по классам болезней, выделенными в табл. 1 полужирным курсивом. Страховая сумма была принята равной 10 тыс. рублей, убыточность – 0,5, нагрузка – 0,2, ожидаемое число договоров страхования – 10 тысяч. Результаты расчетов представлены в таблица 14.

#### Адаптация тарифов в зависимости от региона

Результаты расчета величины тарифной ставки по различным регионам страхования по тем же трем группам населения различного возраста приведены в таблице 15. При расчетах также как и приведенных выше учитывались данные о заболеваемости по классам болезней. Страховая сумма была принята равной 10 тыс. рублей, убыточность – 0,5, нагрузка – 0,2, ожидаемое число договоров страхования – 10 тысяч.

Из данных, приведенных в табл. 15 видно как различия в заболеваемости отражаются на величине тарифной ставки, рассчитанной при прочих одинаковых условиях.

Таким образом, приведенные технологические решения для моделей лекарственного страхования в России позволяют говорить о принципиальной реализуемости этого прогрессивного способа обеспечения населения лекарственными средствами.

#### Литература

1. Мелик-Гусейнов Д. (2008) INPHARMACIA. Фармэксперт № 7–8 2008
2. Тельнова Е.А. (2006) Система льготного лекарственного обеспечения населения России. – Москва, 2006, Изд. дом «Огонек», с. 10
3. ФФОМС (2008) Концепция лекарственного страхования. www.ffoms.ru

<sup>9</sup> Берестов Л.А. Добровольное медицинское страхование расходов на лекарственное обеспечение. Презентация на семинаре в ГУ-ВШЭ, Москва, 18.04.2008 г.

# Анализ применения программно-целевого метода планирования в здравоохранении на примере Тамбовской области

А.В. Чернышев

Управление Росздравнадзора по Тамбовской области, Тамбов

## Резюме

В статье проведен анализ региональных программ в здравоохранении на примере Тамбовской области. Изложены основные требования к написанию программ, отличия ведомственных целевых программ от региональных целевых программ. Рассмотрено финансирование как по отдельным разделам программ, так по времени за период с 2002 по 2009 годы. Отмечена постепенная замена в новых редакциях программ малоинформативных индикаторов на современные, принятые в российской и мировой практике. Обозначена необходимость расчетов социально-экономической эффективности программ, при отсутствии подобных методик, утвержденных в программах Тамбовской области по разделу «Здравоохранение».

**Ключевые слова:** федеральные целевые программы, эффективность, национальный проект

A.V. Chernishev

**Analysis of the application of a program-aim planning method in Public Health System of Tambov region**

Tambov region Department of Federal Service on Surveillance in Healthcare and Social Development Sphere, Tambov

## Summary

The paper analyzes the regional programs in health care for example, the Tambov region. The main requirements for writing programs, the differences departmental target programs of regional programs. Consider funding both for the individual sections of programs, so in time for the period from 2002 to 2009. There was a gradual replacement of new versions of programs on modern maloinformativnyh indicators adopted in the Russian and world practice. Marked by the need for calculation of socio-economic effectiveness of programs, in the absence of such methods in the programs approved by the Tambov area under «Health».

**The keywords:** federal special-purpose programs, effectiveness, the national project

**Координаты для связи с авторами:** pro\_medice@mail.ru

В настоящее время большое внимание уделяется программно-целевому управлению российским здравоохранением, под которым понимается раз-работка целевых программ и выделение финансов для их реализации.

Решение насущных здравоохранения задач с использованием программно-целевого метода, то есть посредством реализации отдельной и специализированной программы, обеспечит комплексный и целенаправленный охват задач программными мероприятиями, большой уровень эффективности использования бюджетных ресурсов и лучшую согласованность их объемов с достижением ожидаемых результатов.

Общими требованиями, предъявляемыми к бюджетным целевым программам, являются:

- четкая формулировка цели программы, соответствующая приоритетам государственной политики, полномо-

чиям и сферам ответственности федеральных органов исполнительной власти;

- описание поддающихся количественной оценке ожидаемых результатов реализации программы, включая как непосредственные результаты (предоставление услуг определенного качества и объема), так и конечные результаты (эффект от предоставленных услуг для их получателей);

- наличие системы показателей для измерения результатов реализации программы (индикаторов экономической и социальной эффективности) и целевых значений каждого из таких показателе, необходимых и достаточных для предварительной (на этапе подготовки), текущей (на этапе реализации) и завершающей (после завершения программы или ее этапа) оценки программы;

- обоснование потребностей в ресурсах для достижения цели и результатов программы, оценки внешних условий и рисков для реализации программы;

- определение системы управления реализацией программы, разграничения полномочий и ответственности различных единиц управления.

После утверждения программы субъект бюджетного планирования несет ответственность за решение задачи путем реализации ведомственной целевой программы и за обеспечение утвержденных значений целевых индикаторов.

Принято различать ведомственные и региональные целевые программы. Ведомственные целевые программы (ВЦП) появились после принятия Концепции реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004 году. Порядок их разработки и утверждения закреплен в Положении о разработке, утверждении и реализации ведомственных целевых программ (утв. постановлением Правительства РФ от 19 апреля 2005 г. № 239)

По уровням:

- федеральный
- региональный
- муниципальный

В Тамбовской области принято и действует разработанное на основе упомянутого Положения Постановление Администрации Тамбовской области от 11 февраля 2008 г. № 181 «Об утверждении Положения о разработке, утверждении и реализации ведомственных целевых программ».

В этих законодательных актах, как федеральном так и региональном, различаются два вида ВЦП.

Утверждаемая ведомственная целевая программа (далее – целевая программа ведомства) – утверждаемый приказом исполнительного органа государственной власти области комплекс взаимоувязанных мероприятий, направленных на решение конкретной тактической задачи, стоящей перед главным распорядителем средств областного бюджета, описываемый измеряемыми целевыми индикаторами. Целевая программа ведомства является самостоятельным документом, отдельные ее положения и параметры включаются в доклад о результатах и основных направлениях деятельности главного распорядителя средств областного бюджета;

Аналитическая ведомственная целевая программа (да-

лее — аналитическая программа ведомства) — выделяемая в аналитических целях при подготовке доклада о результатах и основных направлениях деятельности главного распорядителя средств областного бюджета группировка расходов, направленных на решение конкретной тактической задачи, стоящей перед главным распорядителем средств областного бюджета, описываемой целевыми индикаторами.

Однако на региональном уровне (это характерно и для Тамбовской области), чаще встречаются региональные целевые программы, имеющие ряд существенных отличий от ВЦП. Региональные программы имеют более длительную временную перспективу, отличаются стратегическим характером, обязательно затрагивают различные отрасли, организуя их взаимодействие для достижения единой цели, утверждаются высшим органом субъекта РФ. ВЦП чаще всего утверждаются субъектом бюджетного планирования, носят среднесрочный характер, как правило — 3 года, осуществляются одним ведомством без согласований.

Опыт анализа региональных программ в здравоохранении показывает, что порой ВЦП принятые на региональном уровне не соответствуют требованиям постановления правительства № 239 и дублируют федеральные целевые программы, определяют дополнительное финансирование системы здравоохранения (на противопожарные расходы, оборудование) или же используют неинформативные целевые индикаторы. Или ведомственные по своей сути программы, принимаются как региональные.

Так, принятые законом Тамбовской после 2004 года областные целевые программы «Безопасное материнство (2004—2006 годы)», «Профилактика внутрибольничных инфекций в Тамбовской области на 2006—2008 годы», «Подготовка кадров медицинских работников для лечебно-профилактических учреждений Тамбовской области на 2007—2011 годы» носят исключительно ведомственный характер, определяют систему мероприятий внутри муниципальной и государственной систем здравоохранения, не предусматривают межведомственного взаимодействия (табл.1).

С 2002 года в Тамбовской области было принято три комплексных программы в здравоохранении, включавшие в себя несколько подпрограмм (табл. 1). Такова и действующая в настоящее время программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2009—2011 годы» (рис. 1). Несмотря на наличие восьми разнообразных самостоятельных направлений, выделенных в подпрограммы, ее мероприятия не носят всестороннего комплексного, межведомственного характера, не задействуют представительства федеральных органов власти и структур регионального уровня (в частности, таких как Региональное отделение ФСС, Областное бюро МСЭ, общественные, научные организации). При реализации подпрограммы по противодействию туберкулезу не учтено взаимодействие с медицинской службой УИН (в исправительных учреждениях области находятся сотни лиц, больных туберкулезом, ежегодно десятки из них выходят на волю), социальной службой.

Комплексный характер, с координацией взаимодействия структур различных уровней, носит программа «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в Тамбовской области на 2006—2010 годы», где предусмотрено участие федеральных структур (Управления Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков по Тамбовской области, Управления внутренних дел Тамбовской области), региональных ведомств (Управление образования и науки, Управление здравоохране-

ния, Управление сельского хозяйства и т.п), муниципальных образований и общественных организаций. Такие же характеристики имеют программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007—2011 годы», «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2009—2011 годы», комплексная Программа повышения безопасности дорожного движения в Тамбовской области на 2006—2012 годы.

Различная ситуация с источниками финансирования программ. Программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002—2006 годы)» имела многоканальный способ финансирования, запланированные мероприятия обеспечивались не только из федерального и регионального бюджетов, но и за счет муниципальных бюджетов и привлеченных средств (рис. 2). Программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2009—2011 годы» имеет только два источника финансирования — федеральный и региональный, нагрузка на которые практически равная (рис. 3).

Для осуществления контроля над реализацией программы нужна информация о промежуточных результатах, которые должны достигаться в ходе ее выполнения. Поэтому документ должен содержать набор целевых индикаторов за каждый год ее действия. Точные, информативные, измеряемые индикаторы — залог динамического контроля и успешного выполнения программ.

Описание социальных, экономических и экологических последствий реализации программы основано на использовании комплекса взаимосвязанных показателей результативности и эффективности. Показатели результативности позволяют охарактеризовать полноту достижения цели и задач программы в предусмотренные сроки и включают следующие группы индикаторов:

- индикаторы цели программы, которые отражают конечный результат деятельности и характеризуют эффект для внешних потребителей государственных услуг, оказанных республиканским бюджетом и подведомственными получателями бюджетных средств;
- индикаторы задач программы, которые отражают непосредственный результат деятельности и характеризуют объем и качество государственных услуг, оказанных республиканским бюджетом и подведомственными получателями бюджетных средств внешним потребителям;
- индикаторы мероприятий программы.

В Тамбовской областной целевой программе «Здоровый ребенок (2003—2007 годы)» в качестве цели обозначено «снижение показателей материнской смертности в 2007 году до 40,0 на 100000 родившихся живыми, младенческой смертности до 15 на 1000 родившихся живыми; обеспечение ранней диагностики болезней и оздоровление детей групп риска; внедрение новых эффективных форм медицинского обслуживания подростков; укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений службы родовспоможения и детства». В данной программе, кроме итоговых цифр младенческой и материнской смертности нет индикаторов для проводимых мероприятий, не усыновлены числовые критерии для большей части заявленных целей, не определено изменение индикаторов по годам реализации программы.

В программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007—2011» годы практически все индикаторы имели относительное значение, отражая процентное изменение показателя относительно «точки отсчета». В подпрограмме «Сахарный диабет» в качестве индикаторов выбраны «увеличение числа обученных само-



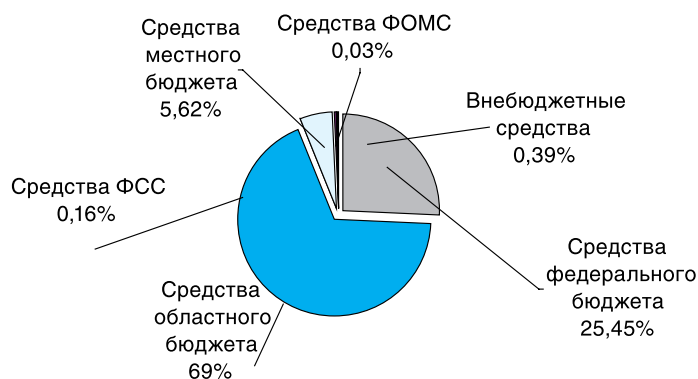
## Сводная таблица целевых программ в здравоохранении, принятых в Тамбовской области с 2002 года

Название программы	Подпрограммы	Нормативный акт
«Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 годы)»	<p>«Сахарный диабет»</p> <p>«Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Тамбовской области»</p> <p>«Вакцинопрофилактика»</p> <p>«О мерах по развитию онкологической помощи населению Тамбовской области»</p> <p>«О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем»</p> <p>«Неотложные меры по предупреждению распространения в Тамбовской области заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (Анти-ВИЧ/СПИД)»</p> <p>«Совершенствование в Тамбовской области службы медицины катастроф»</p>	<p>Закон Тамбовской области от 1 ноября 2002 г. N 66-3</p> <p>«Об областной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 годы)» (принят Тамбовской областной Думой 1 ноября 2002 г.)</p> <p>(с изменениями от 30 июня 2004 г., 22 февраля, 28 октября 2005 г., 31 марта 2006 г., 31 января 2007 г.)</p>
Областная целевая программа «Безопасное материнство (2004–2006 годы)»	нет	<p>Закон Тамбовской области от 29 октября 2003 г. N 161-3</p> <p>«Об областной целевой программе «Безопасное материнство (2004–2006 годы)» (принят Тамбовской областной Думой 29 октября 2003 г.)</p> <p>(с изменениями от 23 декабря 2004 г., 28 января 2005 г., 25 ноября 2005 г.)</p>
«Профилактика внутрибольничных инфекций в Тамбовской области на 2006–2008 годы»	нет	<p>Закон Тамбовской области от 31 марта 2006 г. N 18-3</p> <p>«Об областной целевой программе «Профилактика внутрибольничных инфекций в Тамбовской области на 2006–2008 годы» (принят Тамбовской областной Думой 31 марта 2006 г.)</p> <p>(с изменениями от 3 ноября 2007 г., 2 июля 2008 г.)</p>
«Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы» (действовала до 2009)	<p>«Сахарный диабет»;</p> <p>«Защита населения Тамбовской области от туберкулеза»;</p> <p>«Анти-ВИЧ/СПИД»;</p> <p>«О мерах по развитию онкологической помощи населению Тамбовской области»;</p> <p>«Предупреждение распространения в Тамбовской области инфекций, передаваемых половым путем»;</p> <p>«Защита населения от вирусных гепатитов»;</p> <p>«Развитие психиатрической службы Тамбовской области»;</p> <p>«Вакцинопрофилактика в Тамбовской области»;</p> <p>«Профилактика артериальной гипертонии и ее осложнений в Тамбовской области».</p>	<p>Закон Тамбовской области от 31 января 2007 г. N 141-3</p> <p>«Об областной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы» (принят Тамбовской областной Думой 26 января 2007 г.)</p> <p>(с изменениями от 3 мая, 3 ноября 2007 г., 2 июля, 18 декабря 2008 г.)</p>
«Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2009–2011 годы»	<p>«Вакцинопрофилактика на 2009–2011 годы»</p> <p>«Анти-ВИЧ/СПИД на 2009–2011 годы»</p> <p>«Артериальная гипертония на 2009–2011 годы»</p> <p>«Вирусные гепатиты на 2009–2011 годы»</p>	

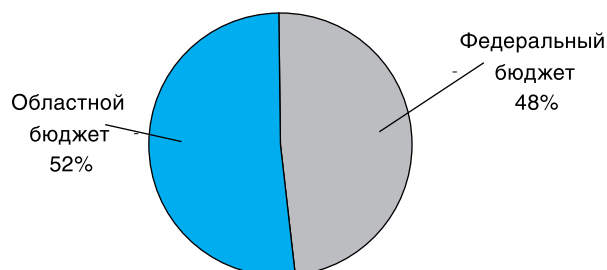
	<p>«Предупреждение распространения в Тамбовской области инфекций, передаваемых половым путем, на 2009–2011 годы»</p> <p>«О мерах по развитию онкологической помощи в Тамбовской области на 2009–2011 годы»</p> <p>«Развитие психиатрической службы Тамбовской области на 2009–2011 годы»</p> <p>«Сахарный диабет на 2009–2011 годы»</p> <p>«Защита населения Тамбовской области от туберкулеза на 2009–2011 годы»</p>	<p>Постановление Администрации Тамбовской области от 24 марта 2009 г. N 306</p> <p>«Об утверждении Целевой программы Тамбовской области</p> <p>«Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2009–2011 годы»</p>
<p>“Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в Тамбовской области на 2006–2010 годы”</p>	-	<p>Закон Тамбовской области от 23 мая 2006 г. N 41-3</p> <p>«Об областной целевой программе «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в Тамбовской области на 2006–2010 годы»</p> <p>(принят Тамбовской областной Думой 23 мая 2006 г.)</p> <p>(с изменениями от 18 декабря 2008 г.)</p>
<p>Программа повышения безопасности дорожного движения в Тамбовской области на 2006–2012 годы</p>	<p>Раздел – Мероприятия по повышению качества оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях</p>	<p>Закон Тамбовской области от 29 сентября 2006 г. N 88-3</p> <p>«О программе повышения безопасности дорожного движения в Тамбовской области на 2006–2012 годы»</p> <p>(принят Тамбовской областной Думой 29 сентября 2006 г.)</p> <p>(с изменениями от 3 октября, 3 ноября 2007 г., 30 апреля, 6 октября 2008 г.)</p>
<p>«Подготовка кадров медицинских работников для лечебно-профилактических учреждений Тамбовской области на 2007–2011 годы»</p>	-	<p>Закон Тамбовской области от 2 марта 2007 г. N 148-3</p> <p>«Об областной целевой программе «Подготовка кадров медицинских работников для лечебно-профилактических учреждений Тамбовской области на 2007–2011 годы»</p> <p>(принят Тамбовской областной Думой 28 февраля 2007 г.)</p> <p>(с изменениями от 4 июля 2007 г., 2 июля 2008 г.)</p>
<p>Областная целевая программа «Профилактика артериальной гипертонии и ее осложнений в Тамбовской области на 2002–2008 гг.»</p>	-	<p>Закон Тамбовской области от 28 ноября 2001 г. N 226-3</p> <p>«Об областной целевой программе «Профилактика артериальной гипертонии и ее осложнений в Тамбовской области на 2002–2008 гг.»</p> <p>(принят Тамбовской областной Думой 28 ноября 2001 г.)</p> <p>(с изменениями от 22 февраля 2005 г., 31 марта 2006 г.)</p>
<p>«Здоровый ребенок (2003–2007 годы)»</p>	-	<p>Закон Тамбовской области от 1 ноября 2002 г. N 67-3</p> <p>«Об областной целевой программе “Здоровый ребенок (2003–2007 годы)»</p> <p>(принят Тамбовской областной Думой 1 ноября 2002 г.)</p> <p>(с изменениями от 30 ноября 2004 г., 20 июля 2005 г., 31 марта 2006 г., 31 января 2007 г.)</p>

Проблема	Цели	Задачи	Ожидаемый результат
Риск ухудшения эпидемиологической обстановки по ряду заболеваний	Снижение уровня заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики.	Обеспечение охвата профилактическими прививками на уровне 96-98%; совершенствование системы транспортировки вакцин.	Охват профилактическими прививками детей на уровне 96-98%; отсутствие заболеваемости дифтерией населения области; отсутствие заболеваемости полиомиелитом населения области; отсутствие заболеваемости корью населения области.
Риск распространения ВИЧ - инфекции, социальная значимость заболевания	Стабилизация эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Тамбовской области на основе комплексного решения проблем профилактики распространения ВИЧ - инфекции, диагностики, лечения и реабилитации больных	Совершенствование методов диагностики, лечения и реабилитации при ВИЧ- инфекции; снижение уровня смертности больных с ВИЧ- инфекцией	Снижение ежегодного числа вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции до 106; повышение охвата ВИЧ - инфицированных беременных женщин, включенных в программу профилактики вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции, до 98 %; повышение охвата лечением антиретровирусными препаратами больных ВИЧ-инфекцией, нуждающихся в терапии, до 90 %
Высокая распространенность и влияние на демографические показатели страны артериальной гипертонии	1. Комплексное решение проблем профилактики, диагностики и лечения артериальной гипертонии, реабилитации больных с ее осложнениями. 2. Снижение уровня заболеваемости населения артериальной гипертонией, инвалидности и смертности от ее осложнений	Создание эффективной системы профилактики и повышение качества жизни больных артериальной гипертонией; совершенствование методов ранней диагностики, лечения артериальной гипертонии и реабилитации больных с ее осложнениями.	Снижение заболеваемости сосудистыми расстройствами головного мозга (цереброваскулярные болезни, включая инсульт) вследствие артериальной гипертонии до 5604 случаев на 100 тыс. населения; снижение смертности от сосудистых расстройств головного мозга (цереброваскулярные болезни, включая инсульт) вследствие артериальной гипертонии до 365,0 случаев на 100 тыс. населения

**Рис. 1. Некоторые проблемно-целевые взаимоотношения в программе Тамбовской области «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2009–2011 годы»**



**Рис. 2. Долевое участие различных источников финансирования областной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 годы)»**

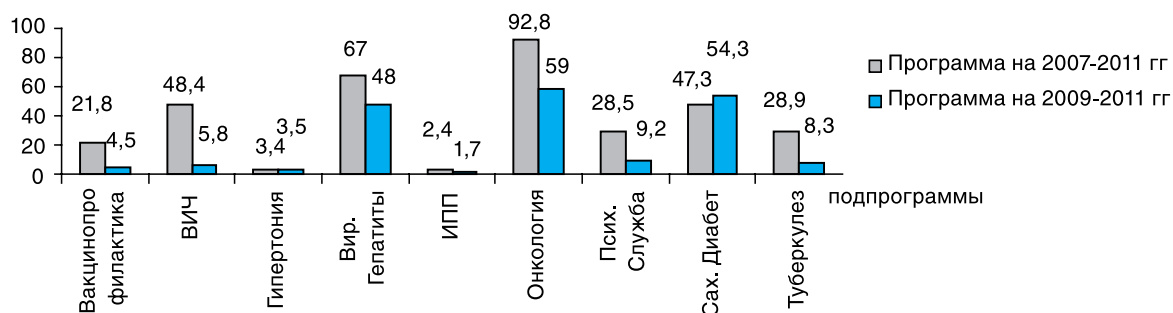


**Рис. 3. Долевое участие различных источников финансирования областной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера на 2007–2011 годы»**

## Источники и размер финансирования целевых программ в здравоохранении в Тамбовской области

Программа	Запланированное финансирование, тыс. руб							Всего
	Средства федерального бюджета	Обл. бюджет	Средства Фонда социального страхования	Местн. бюджет	ФОМС	Внебюджетн. средства	Из низ средств предприятий	
«Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002–2006 годы)»	226638,5	608626,9	1392,5	50074,4	279,6	3450,0	1000,0	890461,9
Областная целевая программа «Безопасное материнство (2004–2006 годы)»	-	40800	-	29000	41100	-	-	110900
«Профилактика внутрибольничных инфекций в Тамбовской области на 2006–2008 годы»	-	9500	-	-	-	-	-	9500
«Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы»	816800	886650	-	-	-	-	-	1703450
«Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2009–2011 годы»	-	444381,6	-	-	-	-	-	444381,6
«Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в Тамбовской области на 2006–2010 годы»	-	13800	-	-	-	-	-	13800
Программа повышения безопасности дорожного движения в Тамбовской области на 2006–2012 годы (Раздел – Мероприятия по повышению качества оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях)	-	32500	-	-	-	2300	-	34800
Областная целевая программа «Профилактика артериальной гипертензии и ее осложнений в Тамбовской области на 2002–2008 гг.»	10020	14576	576	-	-	300	-	25463
«Здоровый ребенок (2003–2007 годы)»	28700	128602	-	-	-	-	-	157302





**Рис. 4. Сравнение среднегодового финансирования, предусмотренного программами Тамбовской области «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» в разных редакциях**

контролю» — на 2–3% больше каждый год, «уменьшение случаев нетрудоспособности» — на 0,5% ежегодно и т.п. Как видим, показатели не отражали реального качества жизни пациентов, не приводилось абсолютных цифр, в сравнении с мировыми данными и соседними регионами. В новой программе по аналогичному разделу утверждены актуальные индикаторы, такие как «уменьшение доли осложнений при сахарном диабете до 41,0%»; увеличение средней продолжительности жизни мужчин, больных сахарным диабетом типа 1 до 54,9 лет; увеличение средней продолжительности жизни женщин, больных сахарным диабетом типа 1 до 59,1 года» и т.п., которые носят абсолютный характер и приняты в мировой и российской практике.

Ни одна из представленных программ, принятых в Тамбовской области не имеет вариантов (сценариев) развития. Не указаны приоритеты, которые могли бы соблюдаться при изменении финансирования, не определены ключевые мероприятия, на которых могло бы быть сосредоточено финансирование в условия кризиса и бюджетного дефицита. Несвоевременность финансирования и недостаток средств значительно понижают управляемость программ, как следствие их эффективность. Как итог — невозможность оценить причинно-следственную связь между мероприятиями программы и произошедшими в системе изменениями. Длительное отсутствие финансирования придает программам декларативный характер. Для исправления ситуации требуется своевременная корректировка не только финансовой составляющей, но целей, задач и как следствие индикаторов программы. Спорной, в частности, выглядит ситуация, когда при снижении ежегодного финансирования по подпрограмме «Защита населения Тамбовской области от туберкулеза» в 2,8 раза (с 22,9 до 8,3

млн. руб. в год) задачи и значения индикаторов остаются прежними. Практически это означает, что те же цели предполагается достичь со значительно меньшими затратами. Это может означать постановку заведомо невыполнимых целей (декларативный характер программы) или завышение затратной части в предыдущих ее редакциях (рис. 4).

Примером своевременного реагирования на изменение финансовой ситуации в стране и регионе может служить отмена неработающих программ в Тамбовской области («Профилактика артериальной гипертонии и ее осложнений в Тамбовской области на 2002–2008 гг.», «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы») и принятие новой, экономически обоснованной программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2009–2011 годы». В ней изменены не только цифры финансирования, но и индикаторы (частично) и методы контроля. В новой программе заметно уменьшено финансирование — примерно по 148 млн. руб. в год, против 340,7 млн. руб. в год, предусмотренных программой 2007–2011 гг.

На примере финансирования подпрограмм «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Тамбовской области», входящих в региональные программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера на 2002–2006 годы» и «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2009–2011 годы» (в старой редакции — на 2007–2011 гг.) можно проследить тенденцию к хроническому недофинансированию, которое усилилось в кризисных условиях. Особенно важно в условиях кризиса, который предопределяет проблемы бюджетного финансирования, иметь шкалу приоритетов целей и задач программ и подпрограмм, рейтинг значимости программ-

Таблица 3

**Финансирование подпрограммы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Тамбовской области» в рамках программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера на 2002–2006 годы» в Тамбовской области**

Источники финансирования программ	План 2002–2006 гг., млн. руб.	Финансирование за период 2002–2006 гг., млн. руб.	Ежегодное финансирование, млн. руб.					% финансирования от плана
			2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	
Федеральный бюджет	65,5	38,4	8,3	15,8	4,1	7,0	3,2	58,6
Областной бюджет	147,1	26,7	5,4	7,2	6,1	6,7	1,3	16,3

Таблица 4

**Финансирование подпрограммы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в Тамбовской области» в рамках программ «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» на 2007–2011 и 2009–2011 гг.**

Источники финансирования программ	Запланировано на 2007–2009 гг., млн. руб.	Финансирование за период 2007–2009 гг., млн. руб.	Ежегодное финансирование			% финансирования от плана
			2007 г.	2008 г.	I квартал 2009 г.	
Федеральный бюджет	48,8	11,1	11,1	-	-	22,7
Областной бюджет	23,8	10,8	6,1	1,6	3,14	45,5

ных мероприятий. При отсутствии такого подхода финансирование будет осуществляться не на основании научно обоснованных данных, а стихийно, что существенно повышает вероятность ошибочных решений в определении приоритетов (табл. 3 и 4).

Наличие системы оценки экономической и социальной эффективности — одно из важнейших современных требований к составлению программ как федерального, так и регионального уровня. Простое увеличение средств, без прогнозирования и расчета результативности вложений, противоречит концепции бюджетирования, ориентированного на результат (БОР). При этом, стоит отметить, что сфера здравоохранения — наиболее сложная для внедрения БОР. Деятельность лечебно-профилактических учреждений финансируется из нескольких источников: средств обязательного медицинского страхования, средств бюджета, доходов от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности. Причем для каждого из этих источников существуют различные условия их получения и расходования, что существенно ограничивает возможности учреждения эффективно расходовать средства, своевременно направлять их на реализацию мер, позволяющих обеспечить достижение «целевых» значений показателей деятельности учреждения. В программном планировании наличие нескольких источников финансирования, разных уровней и каналов поступления денежных средств так же может считаться препятствием для БОР и оценки эффективности.

Экономическая эффективность — соотношение непосредственного результата деятельности, планируемого для достижения в рамках тактических задач, программных мероприятий, с затратами на его достижение.

Экономическая эффективность равна отношению показателя непосредственного результата деятельности к сумме затрат на осуществление этой деятельности.

Социальная эффективность — соотношение общественно значимого эффекта деятельности (показателя конечного результата деятельности) с величиной затрат на осуществление деятельности.

Социальная эффективность равна отношению показателя конечного результата деятельности к величине затрат на осуществление деятельности;

Социально-экономическая эффективность — соотношение величины достигнутого в результате реализации программы конечного общественно значимого результата и величины затрат на его достижение.

Социально-экономическая эффективность равна отношению показателя конечного результата деятельности к сумме затрат на осуществление деятельности.

Оценка эффективности реализации программы основывается на данных о динамике плановых и фактически достигнутых показателей деятельности, а также затратах в разрезе мероприятий программы. Для выявления степени достижения запланированных результатов и намеченных целей фактически произведенные затраты сопоставляются с их плановыми значениями, с формированием абсолютных и относительных отклонений.

При анализе программ Тамбовской области в здравоохранении можно отметить, что, несмотря на присутствие в них разделов «Социально-экономическая эффективность», ни в одной из них не дано определение понятий, не утверждены методики расчета, не обозначены абсолютные и относительные отклонения. Данные разделы программ частично повторяют некоторые цели и задачи, перечисляют отдельные индикаторы.

Примером применения на региональном уровне систе-

мы оценки экономической и социальной эффективности может служить программа «Развитие системы здравоохранения в Республике Мордовия в 2007–2009 гг.». В ней утверждена система показателей, методики и формулы расчета. Сводная оценка эффективности деятельности Министерства здравоохранения Республики Мордовия делается на основании оценки реализации программных мероприятий по сравнению с заданными Правительством Республики Мордовия базовыми показателями на планируемый период. Оценка эффективности деятельности ведомства по выполнению каждого установленного показателя учитывает динамику данного показателя за предыдущие 2 года.

### Выводы

1. В Тамбовской области в настоящее время отсутствуют ведомственные целевые программы (ВЦП), разрабатываемые и принимаемые субъектом бюджетного планирования в здравоохранении.

2. С 2002 года почти все программы в здравоохранении, были приняты законом Тамбовской области, последняя из программ, «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2009–2011 годы», принята постановлением Администрации области.

3. Сохранена тенденция объединения нескольких программных направлений в единую целевую программу «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями».

4. Действующая комплексная программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2009–2011 годы» использует современные индикаторы цели, принятые в международной и российской практике.

5. Снижение предусмотренного среднегодового финансирования в новой редакции программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» произошло по 7 позициям из 9, корректировка целей по результатам изменения финансирования не проведена.

6. Финансирование региональных программ в Тамбовской области в полном объеме не осуществлялось как в докризисный, так и в кризисный периоды.

7. При проведении анализа результатов региональных программ в здравоохранении в Тамбовской области не используются расчеты экономической и социальной эффективности мероприятий. Выполнение программ ориентируется на достижение утвержденных индикаторов, отражающих показатели здоровья населения, параметры деятельности служб здравоохранения, демографические показатели.

### Литература

1. Найговзина Н.Б. Программно-целевой подход к управлению здравоохранением. / Н.Б. Найговзина, В.О. Флек // Вопросы государственного и муниципального управления. — 2008. — № 1.

2. Андреева О.В., Одинцова В.В. Реализация программно-целевого метода планирования на федеральном уровне в сфере здравоохранения / О.В. Андреева, В.В. Одинцова // Социальные аспекты здоровья населения. — 2008. — № 1 (5)

3. Хабаев, С., Ведомственные целевые программы в здравоохранении / С. Хабаев // Бюджет. — 2009. — № 2, февраль

4. Лукашов, А. М., Общественное здоровье и управление здравоохранением / А. М. Лукашов, Б. Б. Прохоров, Ю. В. Шиленко М.: 2005

5. Грибова Н., БОР в Ленинградской области: успехи и проблемы / Н. Грибова // <http://bujet.ru/article/53138.php>

# Организация лечения и реабилитации социально дезадаптированных пациентов с термической травмой в условиях межтерриториального ожогового центра

Э.М. Шпилянский, А.П. Торгунаков, Е.М. Алтшулер  
МУЗ «Городская клиническая больница № 2», г. Кемерово

## Резюме

Представлен практический опыт организации асоциальных пациентов с термическими ожогами в условиях межтерриториального ожогового центра

**Ключевые слова:** ожоги, асоциальные пациенты, лечение, реабилитация.

## Organization of treatment and rehabilitation of the asocial patients with the thermal injury under the conditions of the special burn center

E.M. Shpilyanskiy, A.P. Torgunakov, E.M. Altschuler  
City clinical hospital 2, Kemerovo

## Summary

Is represented the practical experience of the organization of the asocial patients with the thermal burns under the conditions of the special burn center.

**The keywords:** burns, asocial patients, treatment, the rehabilitation.

**Координаты для связи с авторами:** МУЗ «Городская клиническая больница № 2», г. Кемерово, ул.Александрова, 7, тел. 61-85-77.

В настоящее время работа ожоговой службы в Российской Федерации определена приказом от 03.04.91 № 54, основные положения которого на данное время явно устарели и не учитывают реального положения вещей. Специализированную помощь получают лишь 25% из числа пострадавших от ожогов и отморожений. Остальные пострадавшие лечатся в хирургических, травматологических отделениях области, где отсутствуют необходимые условия для лечения этой категории больных.

Результаты последних исследований показали, что в 2007 г. на 2421 специализированных ожоговых койках в России находилось на лечении 32400 человек, а 14% дорогостоящих коек были заняты непрофильными пациентами.

За последние 15 лет в Межтерриториальном областном ожоговом центре городской клинической больницы № 2 г. Кемерово изменился социальный состав пациентов. 80% госпитализированных составляют люди, оказавшиеся в сложной жизненной ситуации: вынужденные переселенцы, беженцы, лица без определенного места жительства, безработные, одинокие, престарелые граждане, не имеющие российского гражданства, полиса обязательного медицинского страхования. Вследствие этого, для большинства социально дезадаптированных пациентов долечивание желательно проводить не на дорогостоящей койке ожогового отделения, а в больницах восстановительного лечения, отделениях сестринского ухода, центрах социальной адаптации населения, домах инвалидов, домах престарелых, успешно работающих на территории Кемеровской области, что потребует радикального изменения подходов к оказанию помощи этой категории больных.

Именно для этой категории граждан эффективно действующая с 1977 г. на территории Кемеровской области многоуровневая многоэтапная система оказания медицинской помощи с ее маршрутами (коррекции неотложных состояний, интенсивного лечения, круглосуточного пребывания, амбулаторного лечения) требует коррекции. В целях повышения эффективности лечения и реабилитации пациентов, оказавшихся в сложной жизненной ситуации, рационального использования материальных и кадровых ресурсов больницы, с 2004 г. Кемеровским институтом социально-экономических проблем в здравоохранении, управлением здравоохранения администрации г. Кемерово проводится эксперимент, задачей которого является создание единого технологического процесса организации медицинской помощи больным с термическими травмами.

В ожоговом центре г. Кемерово создана рабочая медико-социальная группа, в которую вошли: главный врач, заведующий отделением, лечащий врач (городская клиническая больница № 2), психолог, нарколог (городской наркологический диспансер), врач-реабилитолог (городская больница восстановительного лечения) и социальный работник (городской центр социальной адаптации населения).

В течение 2004–2007 гг. отработана система медико-социальной реабилитации на 34 социально дезадаптированных пациентах трудоспособного возраста, отобранных по их согласию в исследуемую группу. Выводы психолога: все 100% пациентов нуждались в психологической помощи. По заключению психиатра и нарколога, отношение больных к лечению от алкогольной зависимости обусловлено стадией заболевания: лишь 7 (21%) пациентов готовы начать лечение от алкоголизма на больничной койке и продолжить его в наркологическом диспансере. После выписки из стационара 5 пациентов были направлены на лечение в наркодиспансер.

Врачом-реабилитологом определена нуждаемость больных с ожогами и отморожениями в физической реабилитации.

Социальным работником проведена оценка социальной ситуации у пациентов исследуемой группы. В результате проведенной работы для больных оформлены: паспорт, полис обязательного медицинского страхования, пенсионное удостоверение, трое направлены в дом-интернат, 13 – в Центр социальной адаптации населения, трудоустроены 3 человека.

Разработанные мероприятия по взаимодействию всех участников группы изложены в «Положении о взаимодействии медико-социальных служб в решении проблем пациентов ожоговых центров», где определены основные направления работы управления здравоохранения и социальной защиты населения города с четкой схемой взаимодействия лечебно-профилактических учреждений города, Центра социальной адаптации населения, паспортно-визовой службы управления внутренних дел. Таким образом, медицинская помощь этой категории пациентов вышла за пределы одной больницы и потребовала создания в городе

системы медико-социальной реабилитации, включающей:

- преемственность лечения — передача больного после выписки из ожогового стационара под врачебное наблюдение в стационары долечивания, учреждения психологической, нарколого-психиатрической реабилитации, центр социальной адаптации населения, интернатские учреждения;

- организацию контроля над продлением лечения;
- обеспечение интеграции и координации медицинских и социальных служб;
- сбор и анализ информации, принятие управленческих решений.

Анализ проведенной работы показал, что проблемы, имеющиеся в ожоговом стационаре по лечению социально дезадаптированных больных, существуют в хирургических, травматологических отделениях города. Поэтому целесообразно с медицинской, социальной, экономической точек зрения организовать лечение пациентов, оказавшихся в сложной жизненной ситуации, в одной больнице, что даст возможность рационально использовать имеющиеся ресурсы: врачебные кадры, медицинское оборудование, медикаменты, санитарный транспорт и, главное, освободить дорогостоящую специализированную койку от несвойственных ей функций.

Так, в 2006 г. на базе хирургического отделения городской больницы № 15 дополнительно выделено 10 коек для оказания помощи незастрахованным пациентам с холодовой травмой, что дало возможность разгрузить ожоговый центр, улучшить его медицинские и экономические показатели.

В 2007 г. по предложению губернатора Кемеровской области А.Г. Тулеева, на базе городской клинической больницы № 11 г. Кемерово открыто лечебное учреждение социального типа — Областной центр медико-социальной помощи. Больница специализируется на лечении пациентов из малообеспеченных семей, безработных, граждан не имеющих полиса обязательного медицинского страхования, российского гражданства, людей без определенного места жительства, пациентов вернувшихся из мест лишения свободы; реконвалесцентов, направленных на долечивание-реабилитацию. Мощность больницы 360 коек. Ежегодно «Областной центр медико-социальной помощи» планирует обслужить до 15 тысяч человек. Лечение для больных — бесплатное. Финансирование учреждения осуществляют Фонд ОМС, областной и городской бюджеты. Подобную больницу планируется открыть в г. Новокузнецке. В этих медико-социальных учреждениях совместно Кемеровской и Новокузнецкой епархиями будет организован сестринский уход за больными. Сестры милосердия возьмут на себя часть забот об улучшении здоровья нуждающихся. Составлен примерный перечень пациентов, поступающих в больницу на долечивание, в том числе из Областного ожогового центра, работа которого существенно усовершенствована.

В 2005 году завершён капитальный ремонт и реконструкция межтерриториального областного ожогового центра:

- Открыт блок интенсивной терапии и реанимации.
- По последним требованиям медицинской науки и практики оборудованы рабочие места медицинского персонала.
- Больничные палаты обеспечены необходимой аппаратурой и мебелью.
- Оборудованы детские палаты, палаты для пребывания детей и родителей по уходу.
- Смонтирована вентиляционная система, создающая абактериальную среду, которая позволяет свести до минимума риск внутрибольничной инфекции.
- Решены вопросы водо — и электрообеспечения, канализации.

- Приобретено новое современное оборудование: наркотико-дыхательная аппаратура с детским контуром, аппарат аргоноплазменной коагуляции резания в среде аргона, аппарат для предупреждения и лечения гипотермии и т.д.

Созданные условия способствовали использованию новых медицинских технологий: ранние некрэктоми, трансплантация тканевых культур клеток, использование компрессионной одежды, способствующей уменьшению послеоперационных рубцов и др.

В целях доставки тяжело пораженных в ожоговый центр из труднодоступных территорий Кузбасса, особенно в зимний период, усовершенствована система санитарной авиации. В 2007 г. полностью обновлен автомобильный парк, на смену стареньким «Уазам» пришли оснащенные реанимационным оборудованием автомобили «Мерседес-Бенц» и «Газель». В 2007 г. санавиацией в областной ожоговый центр было доставлено 8% госпитализированных, что в 2 раза больше, чем в предыдущие годы. Решаются вопросы создания условий врачам — комбустиологам для проведения консультативной, организационно-методической работы в лечебно-профилактических и медико-социальных учреждениях, куда направляются на долечивание пациенты.

Ожоговый центр подключен к городской компьютерной сети, обеспечивающей постоянную связь с лечебно-профилактическими учреждениями города и области.

На сегодняшний день требует серьезного внимания и тщательной разработки длительный период реабилитации пациентов: профилактика осложнений; адаптация к новым условиям жизни, изменившимся в результате травмы; лечение сопутствующих заболеваний (алкоголизм, наркомания); восстановление необходимых документов; обеспечение постоянного места жительства для инвалидов, одиноких престарелых граждан; трудоустройство, переквалификация и т.д.

Решение этих проблем осуществляется в тесном взаимодействии ожогового центра не только с различными медицинскими учреждениями, но и со службами социальной защиты населения, охраны общественного порядка, городским центром занятости населения, религиозными конфессиями, общественными организациями.

По заключению специалистов, психологическая, наркологическая, психиатрическая помощь необходима на постоянной основе. В перечень медикаментов, предусмотренных территориальной программой госгарантий для ожоговых больных, необходимо включить лекарства психотропного ряда. Эта проблема должна отрабатываться совместно со страховыми организациями.

Работу специалиста по социальной работе целесообразно организовать на контрактной основе, или ввести эту должность в штат ГКБ№ 2, в состав которой входит областной ожоговый центр.

С 2004 г. в г. Кемерово действует «Положение о взаимодействии медико-социальных служб в решении проблем пациентов ожоговых центров», в котором четко определены основные направления медико-социальных мероприятий для управлений здравоохранения и социальной защиты населения, ожогового центра, стационаров, где проходят реабилитацию больные с термическими поражениями.

Таким образом, реальности сегодняшнего дня требуют изменений подхода к лечению социально дезадаптированных больных: концентрация их в специализированных отделениях для этапа интенсивного лечения (травматологических, ожоговых, хирургических), а для этапа реабилитации больных передавать под врачебное наблюдение в стационары долечивания, учреждения психологической, нарколого-психиатрической реабилитации, центры социальной адаптации населения, интернатские учреждения.



# Вопросы оптимизации качества скорой медицинской помощи детям

Д.Е. Цымбал<sup>1</sup>, М.Ю. Свинарев<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГОУ ВПО «Саратовский государственный социально-экономический университет», г. Саратов

<sup>2</sup>ГУЗ «Саратовская областная детская клиническая больница», г. Саратов

## Резюме

В статье обсуждаются вопросы оптимизации качества оказания скорой медицинской помощи (СМП) детям. Представлены разработанные автором алгоритмы СМП, затрагивающие стратегические организационные вопросы и тактические схемы выбора оптимального способа оказания СМП.

**Ключевые слова:** скорая медицинская помощь, дети.

## Questions of the optimization of the quality of the urgent medical aid to children

D.E.Tsybal<sup>1</sup>, M.Yu.Svinarev<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Saratov State Social and Economic University, Saratov

<sup>2</sup>Saratov Regional Children's Clinical Hospital, Saratov

## Summary

In the article are discussed questions of the optimization of the quality of urgent medical aid to children. The algorithms of the urgency medical aid give us opportunity to improve the quality of medical care by selection of the optimal method of urgent care.

**The keywords:** urgent medical aid, the children.

**Координаты для связи с авторами:** Tsybal@rambler.ru

## Введение

На современном этапе реформирования здравоохранения в России первостепенная роль в системе обеспечения здоровья населения отводится первичной медико-санитарной помощи, включающей и скорую медицинскую помощь (СМП). При этом по своему содержанию скорая (она же – экстренная, неотложная) медицинская помощь становится все более технологически насыщенной, ориентированной на расширение объема и качества оказываемых медицинских услуг населению. Большое внимание Минздравсоцразвития РФ уделяет стандартизации СМП. К середине 2008 г. этим ведомством утвержден целый па-

кет приказов, утверждающих стандарты оказания скорой медицинской помощи при различных заболеваниях.

В то же время, в организации системы СМП на местах имеются серьезные недостатки и нерешенные вопросы, которые отрицательно сказываются на своевременности и качестве ее оказания. К основным сохраняющимся проблемам относятся:

– неуккомплектованность бригад скорой медицинской помощи соответствующими специалистами;

– ослабление научно-методического сопровождения СМП;

– несовершенная нормативно-правовая база, не отражающая современные организационные и технологические особенности оказания СМП;

– отсутствие действенной системы непрерывного повышения качества оказания СМП.

Анализ уровня соответствия медицинской помощи должному уровню предопределяет необходимость научно обоснования алгоритмов и критериев оценки качества.

Поэтому, разработка мер по улучшению качества невозможна без его тщательного периодического анализа по всем составляющим и постоянного контроля, в первую очередь, внутреннего.

Использование комплексного подхода в системе управления обеспечением качества медицинской помощи позволит достичь результатов ориентированных на повышение уровня здоровья и удовлетворенности пациента оказанной медицинской помощью.

## Система обеспечения качества медицинской помощи

Сегодня качество медицинской помощи рассматривается с разных позиций – эффективности, адекватности, экономичности, морально-этических норм.

Качественной медицинской услугой считается та, которая соответствует достижениям современной науки и передовой практики, положительно влияет на здоровье пациента и удовлетворяет их потребности.

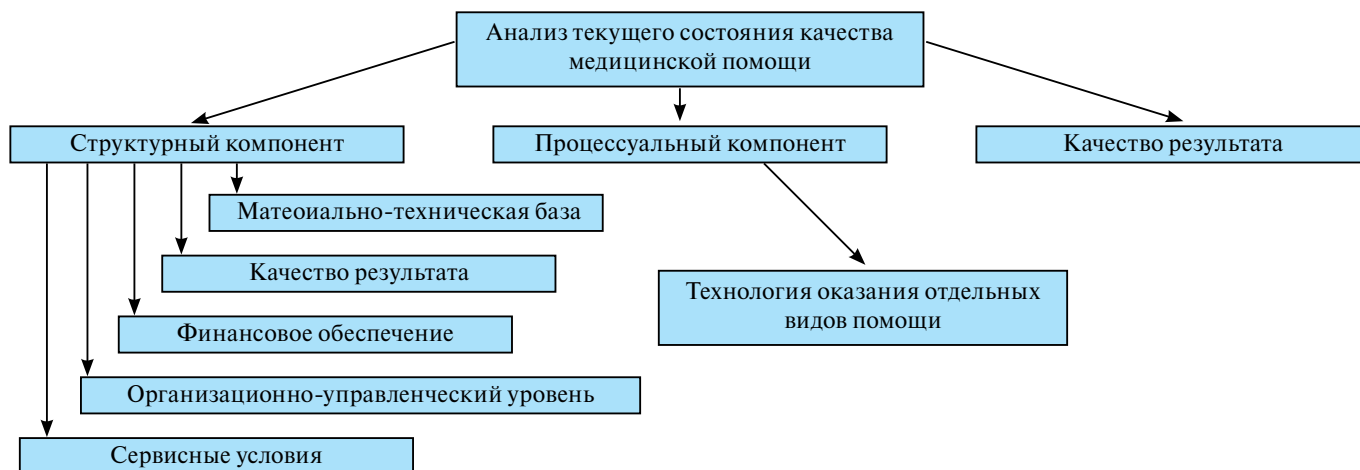
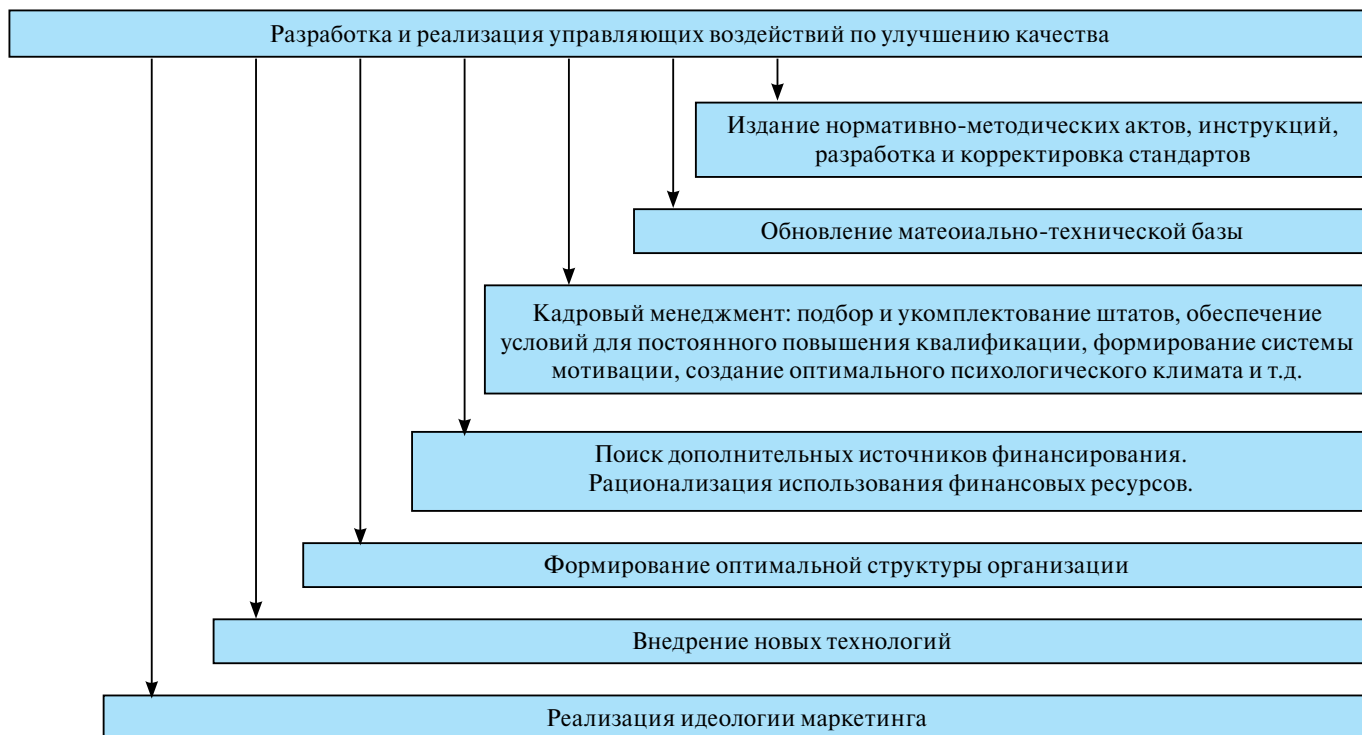
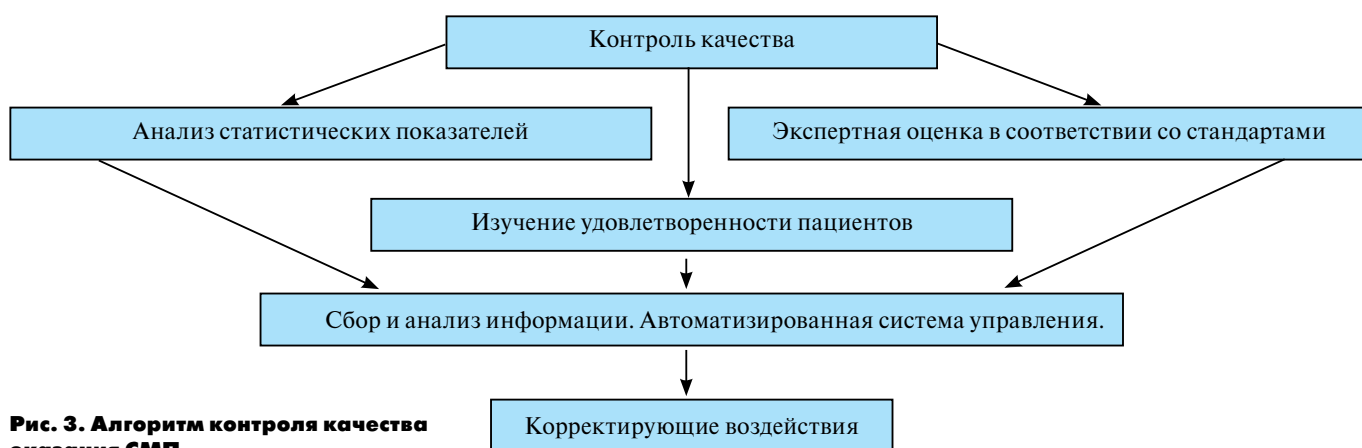


Рис. 1. Алгоритм анализа организационно-технических ресурсов оказания СМП



**Рис. 2. Алгоритм обеспечения качества оказания СМИ**



**Рис. 3. Алгоритм контроля качества оказания СМП**

Понятие качества медицинской помощи складывается из ряда составляющих: качество структуры, качество процесса и качество результата. Каждый из них, в свою очередь, также включает ряд элементов, представленный ниже.

**Качество структуры** – организационно-техническое качество ресурсов: материально-техническая база, оснащение, кадровый потенциал (рис. 1).

**Качество процесса** – соблюдение медицинских технологий: полнота и достаточность диагностических, лечебных мероприятий (рис. 2).

**Качество результата** – оценка результатов деятельности учреждения, отделения или службы по показателям результативности (рис. 3).

Разработка мер по улучшению качества невозможна без его тщательного периодического анализа по всем составляющим и постоянного контроля, в первую очередь, внутреннего. Инструментами данного контроля являются:

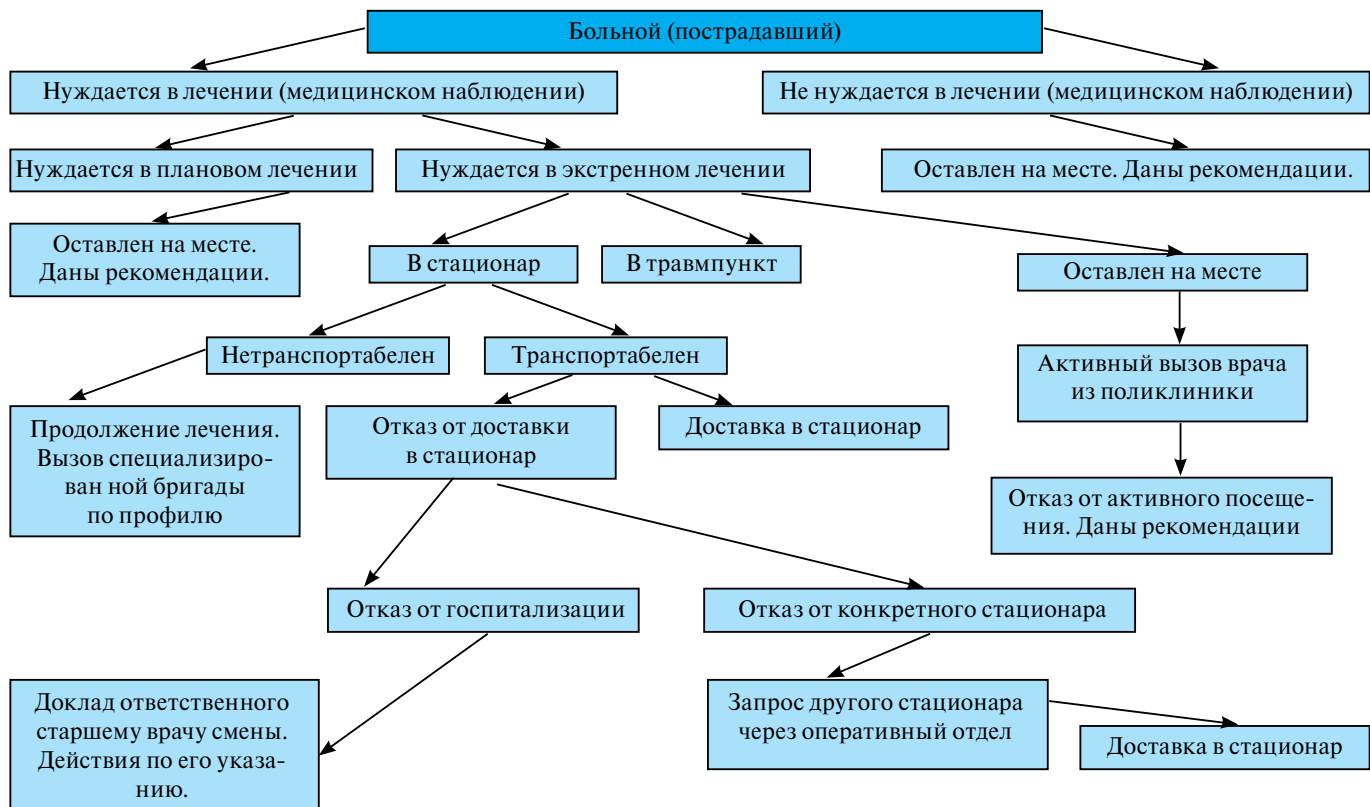
– оценка статистических показателей, дифференцированных в зависимости от типа ЛПУ, вида помощи, уровня управления;

– экспертный анализ, который в оптимальном варианте должен проводиться по заранее определенной схеме-алгоритму и основываться на тех или иных стандартах в зависимости от того, какой именно компонент подлежит оценке;

– результаты социологического опроса граждан.

Ретроспективный анализ позволяет оценить с позиций пациента уровень оказанной помощи в отдельных медицинских учреждениях, отделениях больниц, конкретными врачами и выделить наиболее важные причины, влияющие на уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи.

Анализ причинно-следственных связей на основе достоверной информации позволяет принимать оптимальные управленческие решения, направленные на улучшение качества. Естественно, что по мере их реализации должен осуществляться контроль эффективности принятых решений по тем или иным, заранее определенным критериям и, при необходимости, следует проводить их коррекцию.



**Рис. 4. Алгоритм принятия тактических решений по оказанию СМП**

Важно отметить, что при анализе того или иного вопроса и при разработке мер управляющего воздействия, главной методологической предпосылкой должен являться системный подход, который предусматривает не только учет всех причинно-следственных связей и зависимостей внутри анализируемой системы, но и рассмотрение ее, в свою очередь, как подсистемы внутри системы более высокого порядка с оценкой максимально возможного числа внешних влияний и воздействий.

Рассматривая проблему совершенствования качества СМП детскому населению на региональном уровне, отметим, что реализация системного подхода в данном случае предусматривает следующее.

I. Оценка эффективности оказания СМП в контексте общих региональных проблем здравоохранения на современном этапе, включая:

- обеспечение в полном объеме материальными, финансовыми, кадровыми ресурсами, адекватными реальным потребностям детского населения в различных видах помощи;
- преємственность в деятельности учреждений здравоохранения, что невозможно без создания единой, основанной на современных информационных технологиях базы данных, разработки и внедрения стандартов диагностики и лечения для различных нозологических форм в ЛПУ разного уровня;
- четкое правовое обеспечение постулата о том, что здравоохранение является лишь частью системы охраны здоровья населения, определение конкретной роли и меры ответственности государства, органов управления разных уровней, других структур, сопричастных к данной проблеме.

II. Рассмотрение СМП как части подсистемы охраны здоровья матери и ребенка, оптимальное функционирование которой должно в максимально возможной степени

снизить риск возникновения экстренных ситуаций:

- меры по планированию семьи и репродукции, включая планирование оптимального периода деторождения, максимально возможную санацию родителей, в первую очередь, будущих матерей, предварительное обследование, в том числе с целью снижения риска врожденной патологии, пренатальный и антенатальный скрининг, то есть формирование санологического поведения будущих родителей и создание условий для его реализации;
- своевременное выявление патологии и ее лечение, создание равных возможностей в получении высококвалифицированной медицинской помощи для всех детей, в т.ч. проживающих в условиях сельской местности;
- диспансерное наблюдение за детьми с хроническими заболеваниями, обеспечение возможности их реабилитации;
- развитие новых организационных форм оказания помощи детям и применение новейших методов диагностики и лечения.

III. Представление самой экстренной медицинской помощи как совокупности элементов:

- реанимационная помощь новорожденным в родильном зале;
- экстренная догоспитальная помощь, оказываемая бригадами скорой медицинской помощи;
- экстренная помощь в стационаре;
- организация консультаций на амбулаторном этапе и в стационаре реанимационно-консультативного центра.

Говоря о конкретных тактических действиях сотрудников бригад СМП, следует выделять основные аспекты, позволяющие обеспечить необходимое качество помощи.

Тактика общения с пациентом и его окружением. Основными принципами в работе бригад СМП при контакте, как с пациентом, так и с его окружением должны быть спокойствие, доброжелательность, отзывчивость, внимание.



**Рис. 5. Алгоритм действия врача СМП при обследовании пациента**



**Рис. 6. Алгоритм определения принципов транспортировки больных и пострадавших**

При выборе вида помощи, том числе и фармакотерапии, в конкретной клинической ситуации необходимо выделить основное страдание, послужившее причиной обращения за медицинской помощью. При этом очень часто такое состояние оказывается не идентичным главно-

му, причинному патологическому процессу, и на первый план в клинической картине заболевания выходят осложнения. Схема тактических решений при оказании СМП представлена на рисунке 4.



**Рис. 7. Алгоритм тактики выездной бригады при перевозке больных из ЛПУ**

Если состояние больного тяжелое или крайне тяжелое, то в этих случаях первоначальная задача врача - поддержание адекватного дыхания и кровообращения для предотвращения нарушений центральной нервной системы (рис. 5). Следует учитывать наличие или отсутствие у пациента сознания, а также:

бледность, цианоз, «мраморность» кожи, интенсивное потоотделение, множественные кровоизлияния в кожу и подкожную клетчатку, снижение тургора;

- отек, либо крепитация подкожной клетчатки;
- нарушения дыхания (апноэ, брадипноэ, тахипноэ, стенотическое дыхание);
- любые нарушения кровообращения;
- подозрение на внутреннее кровотечение;
- очаговые и оболочечные симптомы поражения центральной нервной системы;
- сочетание любых из перечисленных выше признаков; наличие тяжелых механических, химических, термических повреждений.

После оказания соответствующей помощи можно приступить к сбору анамнеза, обследованию и лечению пациента. Важным моментом в обеспечении качества СМП следует считать и правильность принятия решения о госпитализации пациента (рис. 6 и 7).

Таким образом, перевозка больных не менее ответственное и важное мероприятие, чем само лечение. От внимательности и квалификации медицинского персонала, опытности водителя и оснащенности машины скорой помощи во многом зависит, как больной перенесет дорогу и дальнейший ход лечения.

В зависимости от состояния и заболевания пациента перевозка может осуществляться специализированной бригадой интенсивной терапии или линейной бригадой скорой помощи в сопровождении опытного медицинского персонала.

Важно отметить, что как применительно к анализируемому разделу медицинской помощи, так и к экспертным оценкам вообще принципиальное значение для выявления системных, неслучайных дефектов имеет максимальная формализация процедуры экспертизы, предусматривающая возможность выделения отдельных блоков и их балльную оценку. Такие карты, на наш взгляд, важны и

с точки зрения возможности унификации и формализации других форм медицинской документации, особенно в случаях оказания экстренной медицинской помощи. Это не только облегчит задачу медицинского персонала по заполнению документации, что занимает неоправданно большое время, но и позволит в определенной степени объективизировать ее анализ при проведении экспертизы и решении других задач, для которых и предусмотрено ведение документации.

Для обеспечения структурного и процессуального компонентов качества медицинской помощи весьма важным условием является наличие высококвалифицированного персонала и постоянная работа по повышению уровня его квалификации. Как и в любом другом случае, для того, чтобы данная работа носила целевой характер и была результативной, первоочередным условием является определение первоначального статуса, а затем его коррекция с последующим контролем.

### Заключение

Те или иные подходы к анализу качества медицинской помощи предусматривают наличие определенных критериев, эталонов структуры, процесса и результатов деятельности медицинского учреждения, то есть, наличие стандартов, реализация которых осуществляется посредством алгоритмов. Следовательно, первоочередной проблемой совершенствования экстренной медицинской помощи является ее четкая стандартизация и унификация, выработка единых тактических подходов и алгоритмов ведения детей в тех или иных ситуациях. Алгоритмы отражают логику последовательности процесса принятия решения на основе данных множества диагностических процедур, вероятности проявлений особенностей в течении заболевания и внесения корректив в лечебно-диагностический процесс. Принятие решений таким методом предполагает построение «дерева» целей и «дерева» решений.

Использование представленных алгоритмов может способствовать оптимизации обеспечения качества оказания скорой медицинской помощи пациентам детского возраста на региональном уровне.



# Организационные аспекты оплаты медицинских услуг с использованием технологий полного фондодержания

И.В. Пачгин<sup>1</sup>, А.С. Сергеев<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Территориальный фонд ОМС Кемеровской области, Кемерово

<sup>2</sup>Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области, Кемерово

## Резюме

В статье представлены основные предпосылки к переходу и промежуточные результаты внедрения такого способа оплаты амбулаторно-поликлинической помощи как полное фондодержание.

**Ключевые слова:** фондодержание, эффективность, первичная медицинская помощь.

## Organizational aspects of the payment of medical services with the technologies of complete fundholding

I.V. Pachgin<sup>1</sup>, A.S. Sergeev<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kemerovo Regional Fund of Compulsory Medical Insurance, Kemerovo

<sup>2</sup>Health Care Department of Administration of Kemerovo region, Kemerovo

## Summary

In the article are represented basic prerequisites for the passage and intermediate results of introducing this method of payment to ambulatory- polyclinic care as complete fundholding.

**The keywords:** fundholding, effectiveness, primary medical care.

**Координаты для связи с авторами:** pachgin@mail.ru

Развитие первичной медицинской помощи (ПМП) является одним из ключевых направлений повышения доступности, качества и эффективности услуг системы здравоохранения. Приоритетное развитие амбулаторно-поликлинической помощи (АПП) по сравнению со стационарной, проведение реформ в организации первичной медицинской помощи – актуальные задачи, стоящие в последние годы перед системой здравоохранения и обязательного медицинского страхования.

На сегодняшний день первичный этап оказания медицинской помощи населению является слабым звеном здравоохранения. За последние десятилетия произошло постепенное смещение акцентов на развитие не ПМП, а специализированной помощи в условиях стационара. Что, как известно, является более сложным и затратным медицинским обслуживанием.

Существующие проблемы в организации первичной медицинской помощи привели к тому, что участковый врач не стал координатором лечебно-профилактической работы на своем участке, не обеспечивает постоянный контроль за состоянием пациента и фактически не заинтересован и не несет ответственности за объем и качество оказываемой помощи. Снизилась преемственность в наблюдении за пациентами при хронических заболеваниях. Практически утрачен метод диспансерного наблюдения в практике участкового врача.

Указанные недостатки ведут к поздней диагностике заболеваний, несвоевременному лечению, переходу заболева-

ния в хроническую стадию, возникновению осложнений, которых можно было бы избежать при системном подходе к пациенту. При этом страдает не только медицинская, но и экономическая эффективность. Как следствие, отсутствие мотивации участкового врача к профилактической направленности своей деятельности, повышению качества медицинских услуг, реализации функции координации лечебно-диагностического процесса на всех этапах, эффективному использованию как имеющихся в его распоряжении ресурсов, так и ресурсов системы здравоохранения в целом.

Оплата труда врача за количество посещений приводит к тому, что чем ниже уровень здоровья населения а, следовательно, выше обращаемость, тем больше заработок врача. Резюмируя все вышесказанное можно констатировать, что сегодня существует серьезная проблема – слабая заинтересованность врачей первичного звена (поликлиники) в здоровье населения.

При сравнении существующих систем финансирования здравоохранения становится очевидно, что не только полностью государственная, но и полностью частная медицинская помощь не дает полного охвата и удовлетворения помощью (доступность помощи страдает и при том варианте, и при другом). Путем решения указанной проблемы представляется создание таких условий, чтобы интересы врача и пациента совпадали. Врач должен получать моральное и материальное удовлетворение от своей работы, а пациент – своевременную и квалифицированную медицинскую помощь.

Одной из экономических моделей, которая должна повысить мотивацию труда работников первичного звена и улучшить структурную эффективность амбулаторно-поликлинического этапа оказания медицинской помощи является полное фондодержание в сочетании с развитой системой контроля качества.

Фондодержание по смыслу бюджетного законодательства – это распоряжение денежными средствами государственного финансирования здравоохранения. Как способ оплаты медицинской помощи полное фондодержание предполагает, что амбулаторно-поликлиническое звено получает в свое распоряжение финансовые средства не только на собственную деятельность, но и на оплату услуг, оказанных прикрепившимся к нему пациентам в других медицинских учреждениях. Фондодержатель заинтересован в рациональном расходовании финансовых средств, поскольку часть экономии этих средств может быть использована на экономическое и социальное развитие учреждения и материальное стимулирование персонала. Полное фондодержание является мощным инструментом экономического регулирования, позволяющим эффективно стимулировать увеличение объемов медицинской помощи на уровне первичного звена, и соответственно обеспечивать переток финансовых ресурсов в данный сектор здравоохранения. Но, в то же время, полное фондодержание – одна из самых сложных мо-

делей финансирования с точки зрения администрирования системы, технологии ее реализации и необходимости принятия организационно-управленческих мер по снижению риска недоступности медицинской помощи для населения и случаев финансового банкротства фондодержателей.

Основные принципы полного фондодержания заключаются в следующем.

Средства передаются поликлинике — фондодержателю в объеме муниципального задания и это максимальный объем денежных средств для территории. Они включают затраты на оказание прикрепленному населению всех видов медицинской помощи — амбулаторно-поликлинической, стационарозамещающей и стационарной, и не только на своей территории, но и за ее пределами. Бюджет фондодержателя включает все планируемые затраты на медицинскую помощь прикрепленному населению в рамках Территориальной программы ОМС.

В Кемеровской области имеется многолетний опыт планирования муниципальных заданий, полностью соответствующий задачам внедряемого способа оплаты. Муниципальное задание планируется в 2-х аспектах: с одной стороны — это объемы медицинской помощи для медицинских учреждений данной территории, которые учитывают, в том числе, и объемы для жителей других территорий. С другой стороны, муниципальное задание определяет объемы медицинской помощи для застрахованных на данной территории, и здесь уже учитывается не только медицинская помощь на территории, но и за ее пределами. Таким образом, в согласованных и утвержденных муниципальных заданиях есть вся необходимая информация для расчета бюджета фондодержателя. И для тех территорий, на которых имеется лишь одно медицинское учреждение, бюджет фондодержателя может быть принят равным муниципальному заданию.

Учитывая возможность незапланированного роста расходов на медицинскую помощь (эпидемическая заболеваемость, социально-экономические и техногенные факторы и т.д.), часть средств резервируется на счете страховой медицинской организации как резерв фондодержателя. Таким образом, происходит разделение финансовых рисков, что достаточно важно для амбулаторно-поликлинического учреждения, т.к. являясь фондодержателем, оно может столкнуться с ситуацией, когда пациентам понадобятся дорогостоящие медицинские услуги, на оплату которых не будет средств. Размер средств для формирования резерва фондодержателя определяется Тарифным соглаше-

нием, на 2009 год он составляет 5%.

При определении итогов фондодержания фактические затраты на оказание медицинской помощи сравниваются с плановыми. Если фактические затраты меньше плановых, результат считается положительным, и часть суммы экономии затрат перечисляется на счет фондодержателя. Если фактические затраты превышают запланированные, то медицинское учреждение — фондодержатель принимает участие в компенсации части (20%) дополнительных расходов. В этом случае фондодержатель анализирует затраты более подробно, уточняя вид помощи, затраты по которому превысили запланированные, далее выясняются причины, приведшие к увеличению затрат. Финансовые результаты фондодержания определяются ежемесячно, но средства перечисляются на счет фондодержателя по итогам полугодия с учетом оценки модели конечных результатов. Модель конечных результатов утверждена приказом Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области.

Фондодержание, как способ оплаты медицинской помощи, в Кемеровской области стал применяться со 2 квартала 2008 года в 2-х медицинских учреждениях — в поликлиниках Тисульской и Юргинской ЦРБ, являющихся «пилотными объектами» по отработке отраслевой системы оплаты труда. Фондодержание в этом случае дает больше самостоятельности руководителям — оптимизацию штатной численности они могут сочетать с оптимизацией структуры оказания медицинской помощи.

На II этапе, с 1 июля 2008 года полное фондодержание внедрено на всех территориях, где отсутствует выбор стационара — это тот случай, когда на территории имеется лишь одно медицинское учреждение или несколько медицинских учреждений, но профили и этапы медицинской помощи в которых не дублируются, то есть практически все ЦРБ и часть центральных городских больниц. В 2009 году с полным фондодержанием работают 22 медицинских учреждения области.

С целью снижения возможных негативных последствий полного фондодержания меняются функции контроля у страховщиков: в первую очередь осуществляется контроль за отсутствием отказов в направлениях пациентов на обоснованную госпитализацию, наличием заболеваний в запущенных стадиях, качеством проводимой профилактической работы и соответственно количество вызовов скорой медицинской помощи прикрепленным населением и т.д.

# Обеспечение населения Российской Федерации стационарной медицинской помощью

В.И. Перхов, Е.Е.Балуев

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава, Москва

## Резюме

В течение последнего десятилетия в России регистрируется увеличение распространенности среди населения практически всех классов болезней. Вместе с тем, ухудшение здоровья населения страны обусловлено не только комплексом общих социально-экономических факторов, но и рядом негативных тенденций в системе здравоохранения, одной из которых является несбалансированность структуры медицинской помощи по её видам и профилям. Имеющийся дефицит финансирования Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи связан не только с общей нехваткой средств. Изучение соответствующих данных об обеспечении населения Российской Федерации стационарной медицинской помощью позволяет сделать общий вывод о наличии существенных структурных сдвигов и дисперсии по основным показателям деятельности больничных учреждений, расположенных на разных территориях страны. Сложившаяся экономическая ситуация в государстве делает не-реальным нахождение дополнительных ресурсов для увеличения доходной части программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Поэтому снизить уровень дефицита можно только за счет сокращения расходов путем структурных преобразований в сети лечебно-профилактических учреждений страны. Из всех возможных источников сокращения расходов наиболее приемлемым является сокращение стационарных расходов, составляющих более 60% всех расходов на оказание медицинской помощи населению и в 1,7 раза превышающих следующие по величине поликлинические расходы.

**Ключевые слова:** стационар, медицинская помощь, программа государственных гарантий

## Guarantee with the stationary medical care of the population of the Russian Federation

V.I. Perkhov, E.E. Baluev

Central Public Health research Institute of Ministry of Health Care and Social Development of Russian Federation, Moscow

## Summary

Over the last decade, there has been registered an increase in the frequency of practically all classes of diseases among the population. At the same time, the decline in health of the country's population is caused not only by the complex of the general socio-economic factors, but also by a number of negative tendencies in the health care system, one of which is the imbalance between the types and profiles of the medical care structure. The existing financial deficit of the Program of state guarantees for free medical help to the citizens of the Russian Federation is connected not only to the general lack of funds. The study of the corresponding data on the supply of stationary medical help for the Russian Federation's population allows one to make a general conclusion about the presence of substantial structural shifts and dispersion in the main indicators of the hospital institutions' performance in different regions of the country. The existing national economical situation makes finding additional resources to increase the income of the state Program of guarantees for free

medical help unreal. That is why the deficit level can be lowered only by cutting the expenses through structural transformations in the network of the country's treatment and preventive institutions. Of all the possible sources of lowering expenses the most appropriate is the decrease in stationary expenses, which constitute more than 60% of all expenses for administering medical help to population, and exceed the polyclinical expenses (which are the next in size) by a factor of 1.7.

**The keywords:** hospital, medical aid, the program of the state guarantees

**Координаты для связи с авторами:** finramn@mail.ru

В 2007 году в Российской Федерации в круглосуточных стационарах государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (суммарный коечный фонд — 1346,3 тыс. коек) получили медицинскую помощь 32,0 млн. человек, которыми проведено 428,6 млн. койко-дней.

Обеспеченность населения койками круглосуточных стационаров с 2000 по 2007 гг. сократилась с 104,7 до 94,7 коек на 10000 населения (табл. 1).

В разрезе федеральных округов различия в уровне обеспеченности населения койками круглосуточных стационаров незначительны (рис.1).

Наибольшее значение интенсивного показателя обеспеченности койками в 2007 году в Дальневосточном федеральном округе (102,2 на 1000 населения), наименьшее — в Южном федеральном округе (86,2). Интервал между крайними значениями показателей — 16,0 коек на 1000 населения.

В целом по Российской Федерации 12,9% коечного фонда расположено в сельской местности. Наибольший удельный вес сельских больничных коек в Южном федеральном округе (23,9%), наименьший — в Северо-Западном федеральном округе (6,9%). В Центральном — 7,7%, Уральском — 8,5%, Сибирском — 17,1%, Приволжском — 13,0%, Дальневосточном — 15,2%.

Население субъектов Российской Федерации крайне неравномерно обеспечено койками круглосуточных стационаров.

Максимальный показатель обеспеченности койками на 10000 населения в 2007 году (41,8) отмечен в Республике Ингушетия, максимальный — в Тюменской области (224,6). Интервал между крайними значениями показателей — 182,9 коек на 10000 населения.

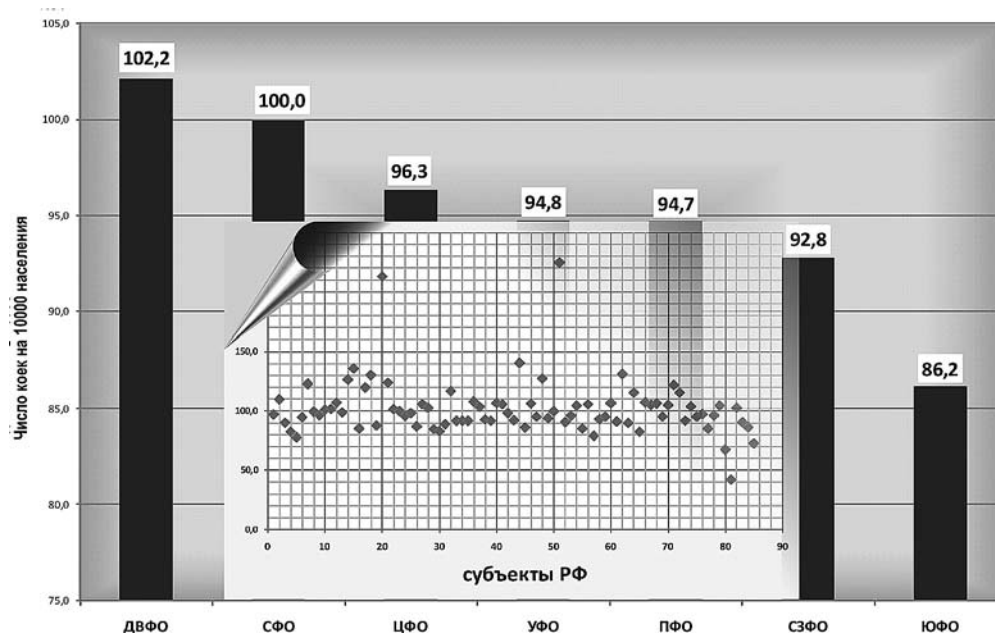
Население большинства субъектов Российской Федерации (47 из 85) обеспечено койками в диапазоне от 81 до 100 на 10000 населения.

В диапазон обеспеченности мощностями круглосуточных стационаров **от 42–80 коек на 10000 населения** вошли Республика Дагестан, Чеченская Республика, Ленинградская область и Владимирская область.

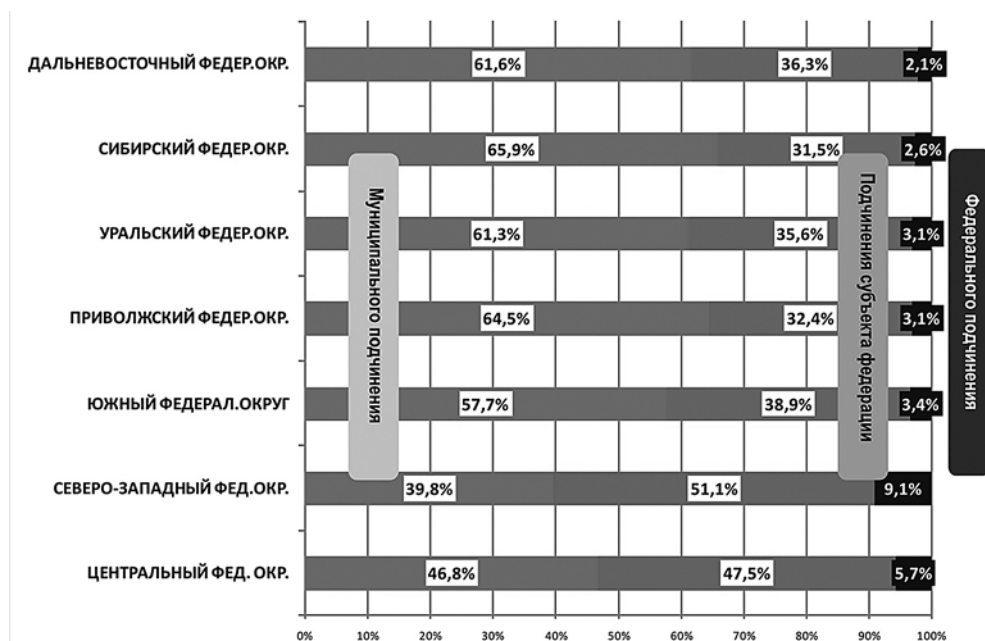
**В диапазоне от 81–100 коек на 10000 населения** находятся: Самарская область; Московская область; Калининградская область; Краснодарский край; Белгородская область; Республика Татарстан; Приморский край; Республика Хакасия; Ставропольский край; Саратовская

## Динамика основных показателей стационарной помощи в Российской Федерации

Показатель	2000	2004	2005	2006	2007
Число случаев госпитализации на 1000 населения	212	222	224	222	224,8
Число коек на 10000 населения	104,7	99,3	98,5	96,4	94,7
Средняя длительность пребывания больного на койке (дней)	15,5	14,0	13,8	13,6	13,4
Среднее число дней работы койки в году	316	319	318	317	318,5



**Рис.1. Показатели обеспеченности федеральных округов и субъектов Российской Федерации мощностями круглосуточных стационаров государственных медицинских учреждений в 2007 году (на 10000 населения)**



**Рис.2. Распределение коечного фонда федеральных округов по уровням организации оказания медицинской помощи**

область; Республика Башкортостан; Хабаровский край; Чувашская Республика; Курская область; гор. Санкт - Петербург; Республика Бурятия; Ростовская область; Ханты-Мансийский авт.округ; Калужская область; Кемеровская область; Ульяновская область; Красноярский край; Астраханская область; Курганская область; Воронежская область; Мурманская область; гор. Москва; Тамбовская область; Республика Северная Осетия - Алания; Пензенская область; Кабардино-Балкарская Республика; Псковская область; Челябинская область; Карачаево-Черкесская Респ.; Архангельская область; Свердловская область; Республика Алтай; Пермский край; Еврейская авт. об-

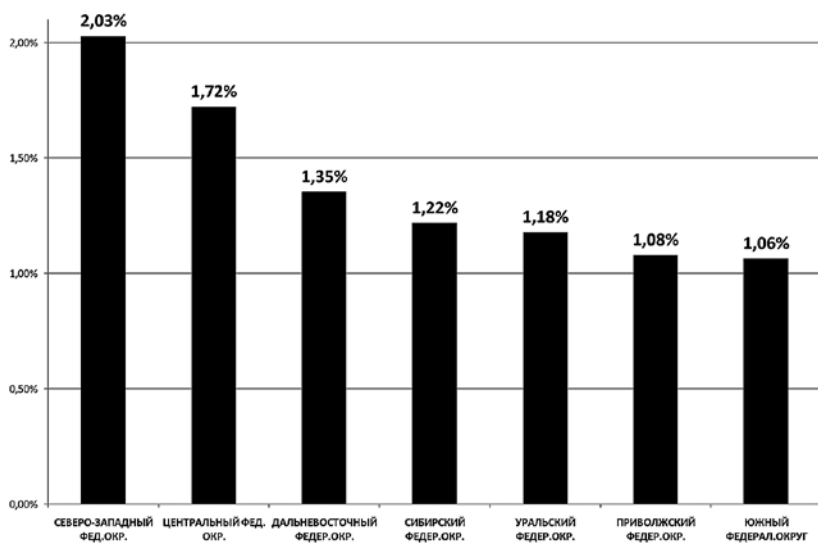
ласть; Новгородская область; Оренбургская область.

**В диапазоне от 101–120 коек на 10000 населения** находятся: Иркутская область; Республика Коми; Рязанская область; Республика Карелия; Волгоградская область; Ямало-Ненецкий авт.округ; Новосибирская область; Республика Адыгея; Томская область; Омская область; Республика Мордовия; Тверская область; Брянская область; Республика Марий Эл; Орловская область; Ивановская область; Смоленская область; Алтайский край; Вологодская область; Амурская область; Ярославская область; Липецкая область; Удмуртская Республика; Республика Саха (Якутия).

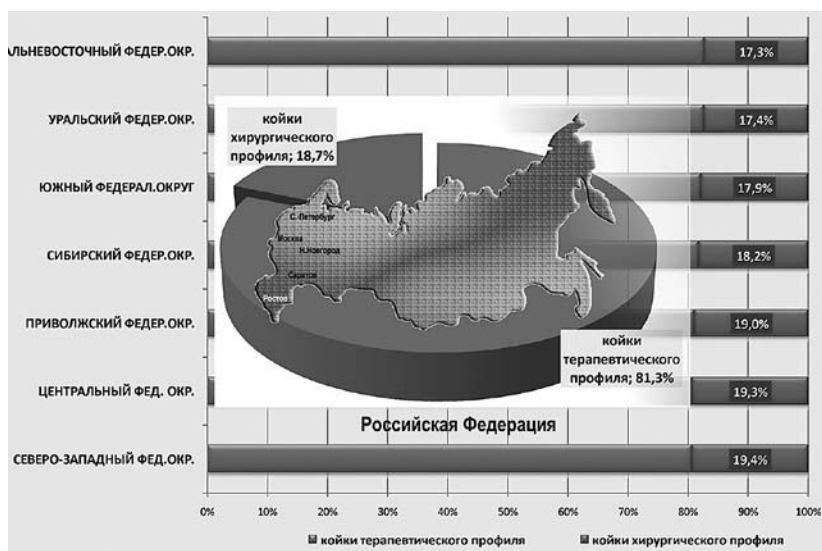




**Рис. 3. Долевое распределение стационарных мощностей (число коек) и объемов оказанной населению Российской Федерации стационарной медицинской помощи (число больных) по уровням подчинения ЛПУ в 2007 году**



**Рис. 4. Госпитальная смертность в государственных и муниципальных медицинских учреждениях в 2007 году в разрезе федеральных округов**



**Рис. 5. Дифференциация койного фонда (по хирургическому и терапевтическому профилям) круглосуточных стационаров государственных медицинских учреждений в разрезе федеральных округов Российской Федерации в 2007 году**

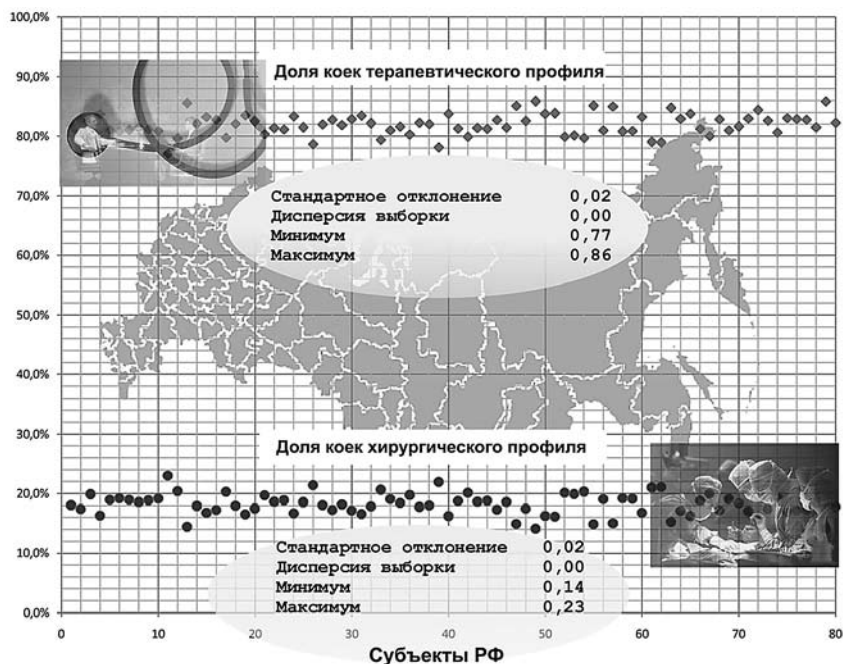
В диапазоне от 121–140 коек на 10000 населения находятся: Тульская область; Ненецкий автономный округ; Кировская область; Камчатская край; Читинская область; Сахалинская область; Костромская область; Магаданская область. Более 140 коек на 10000 населения – Чукотский автономный округ; Тюменская область.

Отмеченные выше особенности динамика показателей обеспеченности населения койками не привели к сниже-

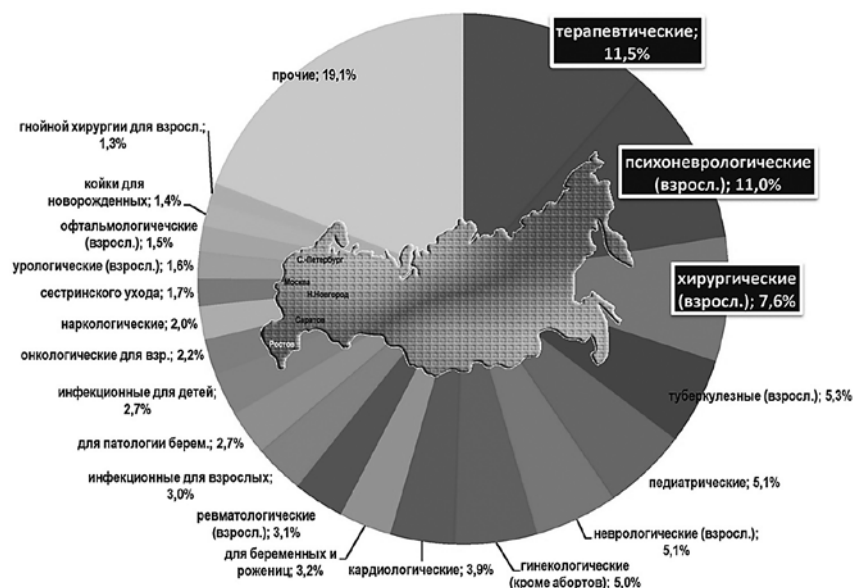
нию частоты госпитализации больных, которая за период с 2000 по 2007 гг. увеличилась на 6,0%. Соответственно изменились значения показателей средней длительность пребывания больного на койке (рост на 13,5%), среднего числа дней работы койки в году (снижение на 0,8%).

Распределение койного фонда по уровням организации оказания медицинской помощи в разрезе федеральных округов свидетельствует о наибольшем удельном весе ста-





**Рис. 6. Дифференциация коечного фонда (по хирургическому и терапевтическому профилям) круглосуточных стационаров государственных медицинских учреждений в разрезе субъектов Российской Федерации в 2007 году**



**Рис. 7. Структура коечного фонда круглосуточных стационаров государственных и муниципальных медицинских учреждений Российской Федерации в разрезе профилей коек, классифицированных в соответствии с формой государственной статистической отчетности № 47 (2007 год)**

ционарных мощностей федерального подчинения и подчинения субъекта федерации в Северо-Западном и Центральном федеральных округах за счет Москвы (коек подчинения субъекта федерации – 83,8%, федерального подчинения – 16,2%) и Санкт – Петербурга (коек подчинения субъекта федерации – 75,9%, федерального подчинения – 24,1%).

В остальных округах удельный вес числа коек разной подчиненности примерно одинаков (рис. 2).

В среднем по Российской Федерации среднегодовая занятость одной койки в муниципальных ЛПУ составила в 2007 году 317,9 дней, в медицинских учреждениях субъектов федерации – 323,0 дня, в учреждениях здравоохранения федерального подчинения – 278,9 дня. При этом, имея в своем распоряжении 56,3% стационарных мощностей, муниципальные учреждения здравоохранения предоставили населению почти 70% объемов стационарной медицинской помощи (рис 3).

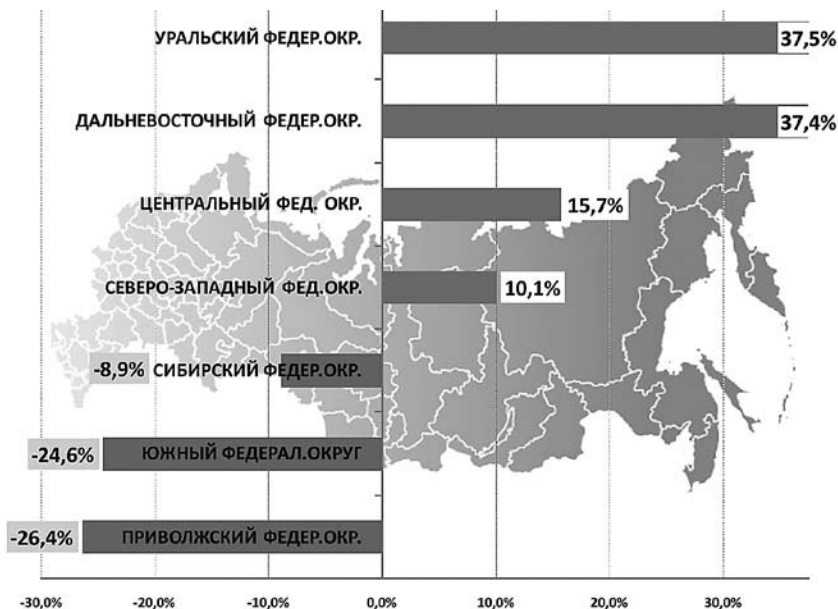
Уровень госпитальной смертности наиболее высокий в медицинских учреждениях, расположенных на терри-

тории Северо-Западного федерального округа, наименьший – в ЛПУ Южного федерального округа (рис. 4).

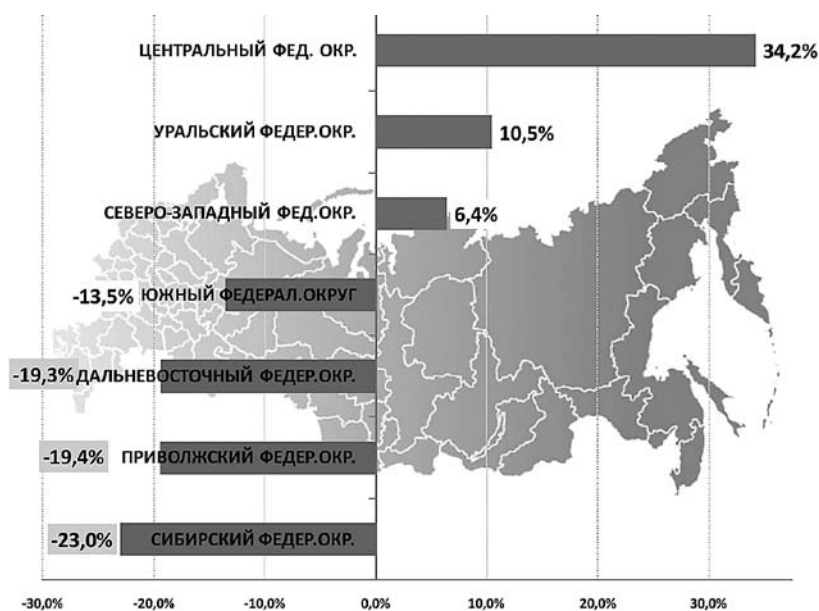
Анализ распределения коечного фонда по профилям показал, что в целом по Российской Федерации доля коек хирургического профиля составляет 18,7%, терапевтического профиля – 81,3%. Наибольший удельный вес коек хирургического профиля в медицинских учреждениях, расположенных на территории Северо-Западного федерального округа (19,4%, наименьший – на территории Дальневосточного федерального округа (17,3%) (рис. 5).

Анализ состава мощностей круглосуточных стационаров, дифференцированных по хирургическому и терапевтическому профилям, не выявил существенных структурных различий в разрезе субъектов Российской Федерации (рис. 6).

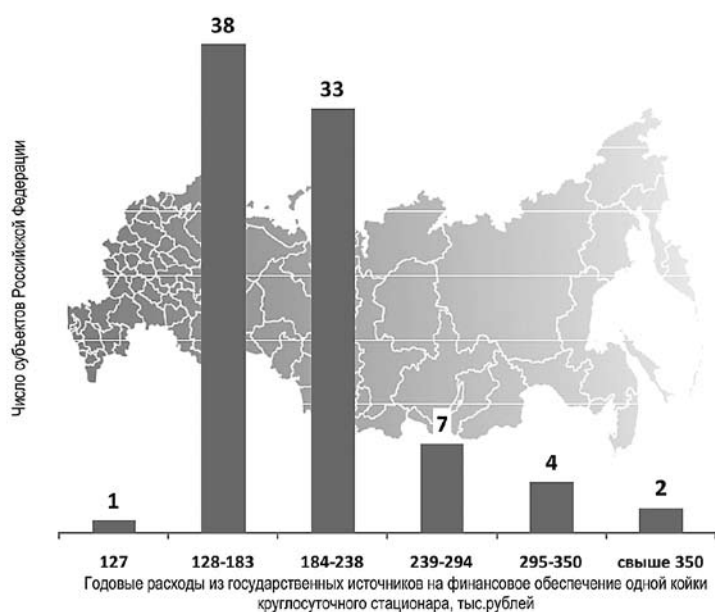
Из существующих 70 профилей коек круглосуточных стационаров (форма государственной статистической отчетности № 47 «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения») удельный вес 20 профилей коек



**Рис.8.** Уровни сдвига в 2007 году показателя фактических расходов на содержание одной койки круглосуточного стационара по федеральным округам в сравнении с фактическим среднероссийским показателем (без учета данных по федеральному уровню организации оказания стационарной медицинской помощи)



**Рис.9.** Уровни сдвига в 2007 году показателя приведенных расходов на содержание одной койки круглосуточного стационара по федеральным округам в сравнении с приведенным среднероссийским показателем (без учета данных по федеральному уровню организации оказания стационарной медицинской помощи)



**Рис.10.** Распределение числа субъектов Российской Федерации по уровням приведенных расходов на финансовое обеспечение содержания одной койки круглосуточного стационара (с учетом региональных индексов удорожания товаров и услуг)

(терапевтические; психоневрологические для взрослых; хирургические для взрослых; туберкулезные для взрослых; педиатрические (соматические); неврологические для взрослых; гинекологические (кроме аборт); кардиологические; для беременных и рожениц (кроме патологии беременности); ревматологические для взрослых; инфекционные для взрослых; для патологии беременности; инфекционные для детей; онкологические для взрослых; наркологические; сестринского ухода; урологические для взрослых; офтальмологические для взрослых; койки для новорожденных; гнойной хирургии для взрослых) составляет более 80% всего коечного фонда страны.

Наибольшую долю занимают койки терапевтического профиля, психоневрологические и хирургические для взрослых (рис. 7).

Для расчета основных показателей стационарной медицинской помощи, оказанной населению Российской Федерации с учетом профилизации коечного фонда, психоневрологические койки объединены с психосоматическими в группу «психиатрические койки». Произведено также суммирование показателей по однопрофильным койкам для взрослых и детей, койки гнойной хирургии для взрослых включены в группу «хирургические (общие)». В результате число профилей коек, подвергнутых анализу, сократилось до 34.

В таблице 2 приведены основные показатели стационарной медицинской помощи, оказанной населению Российской Федерации в разрезе укрупненных профилей коек (включая данные по федеральному уровню организации оказания медицинской помощи).

С учетом сложившегося в 2007 году уровня общей заболеваемости населения, в среднем в Российской Федерации на каждые 1000 случаев обращения в государственные и муниципальные лечебно-профилактические учреждения приходится 6,15 коек круглосуточных стационаров.

Анализ числа коек круглосуточных стационаров с учетом уровня общей заболеваемости в разрезе субъектов Российской Федерации показал наличие существенной дисперсии данного показателя.

Минимальный показатель в Республике Ингушетия (3,41 стационарных коек на 1000 всех случаев обращения в ЛПУ), максимальный в Республике Тыва (12,20).

**В диапазон числа коек от 3,5–5,6 на 1000 всех случаев обращения** в ЛПУ вошли: Республика Коми; Оренбургская область; Архангельская область; Республика Карелия; Тюменская область; Республика Хакасия; Республика Татарстан; Новгородская область; Пермский край; Белгородская область; Ульяновская область; Республика Башкортостан; гор. Санкт-Петербург; Алтайский край; Самарская область; Владимирская область; Республика Дагестан; Чувашская Республика.

**В диапазон числа коек от 5,7 до 6,7 на 1000 всех случаев обращения в ЛПУ** вошли: Челябинская область; Калининградская область; Калужская область; Орловская область; Удмуртская Республика; гор. Москва; Ярославская область; Омская область; Курганская область; Саратовская область; Республика Алтай; Приморский край; Пензенская область; Иркутская область; Кемеровская область; Мурманская область; Ростовская область; Красноярский край; Тамбовская область.

**В диапазон числа коек от 6,8 до 7,8 на 1000 всех случаев обращения в ЛПУ** вошли: Чеченская Республика; Курская область; Вологодская область; Томская область; Ленинградская область; Волгоградская область; Тульская область; Рязанская область; Липецкая область; Республи-

ка Калмыкия; Псковская область; Краснодарский край; Свердловская область; Республика Марий Эл; Республика Бурятия; Московская область; Нижегородская область; Республика Мордовия; Новосибирская область; Республика Саха (Якутия); Воронежская область; Ивановская область; Смоленская область; Астраханская область; Тверская область.

**В диапазон числа коек от 7,9 до 9,9 на всех 1000 случаев обращения** вошли: Костромская область; Магаданская область; Еврейская авт.область; Республика Адыгея; Читинская область; Р. Северная Осетия - Алания; Сахалинская область; Ставропольский край; Кировская область; Амурская область.

**Более 10 коек на 1000 случаев обращения** имеют (кроме Республики Тыва): Чукотский автономный округ; Кабардино-Балкарская Республика; Карачаево-Черкесская Республика.

Содержащиеся в докладе Минздравсоцразвития России «О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 году» сведения о консолидированных расходах бюджетов субъектов Российской Федерации и муниципальных образований на оказание стационарной медицинской помощи в разрезе субъектов Российской Федерации (стоимость 1 койко-дня) позволили рассчитать средние расходы на финансовое обеспечение содержания одной койки круглосуточного стационара в среднем по стране, а также по каждому федеральному округу и субъекту Российской Федерации.

На диаграмме (рис. 8) представлены уровни сдвига в 2007 году показателя фактических расходов на содержание одной койки круглосуточного стационара по федеральным округам в сравнении с фактическим среднероссийским показателем (273,5 тыс. рублей).

Для более корректной оценки с расходов на финансовое обеспечение содержания одной койки круглосуточного стационара, полученные данные были пересчитаны с учетом региональных индексов (северные, дальневосточные) удорожания товаров и услуг (рис.9).

С учетом региональных индексов наименьший уровень расходов средств из государственных источников на финансовое обеспечение одной фактически существующей койки круглосуточного стационара в Кировской области (127,7 тыс. рублей в год на одну койку), наибольший – в Москве (627,0 тыс. рублей) и Ханты-Мансийском автономном округе (442,2 тыс. рублей).

Большинство других субъектов Российской Федерации по рассматриваемому показателю находятся в диапазоне расходов от 128 до 238 тыс. рублей (71 субъект федерации из 85) – рис.10.

**В диапазон расходов от 128 до 183 тыс. рублей на одну койку** вошли: Республика Хакасия; Республика Калмыкия; Еврейская авт.область; Республика Дагестан; Костромская область; Красноярский край; Пензенская область; Читинская область; Иркутская область; Усть-Ордынский Бур.авт. ок.; Амурская область; Республика Тыва; Смоленская область; Агинский Бурятский авт. окр.; Рязанская область; Карачаево-Черкесская Республика; Р. Северная Осетия - Алания; Тамбовская область; Приморский край; Орловская область; Томская область; Алтайский край; Оренбургская область; Кабардино-Балкарская Рес.; Новосибирская область; Республика Марий Эл; Курганская область; Саратовская область; Архангельская область; Воронежская область; Республика Адыгея; Курская область; Брянская область; Республика Коми; Волгоград-

Показатели стационарной медицинской помощи, оказанной населению Российской Федерации в 2007 году с учетом профилизации коечного фонда

№№	Профиль койки	Доля числа коек в суммарном коечном фонде	Доля объемов оказанной помощи (по числу пролеченных больных)	Доля пролеченных жителей сельской местности	Доля пролеченных в возрасте 0-17 лет	Доля пролеченных в возрасте 60 лет и старше	Средний койко-день	Среднегодовая занятость одной койки	Оборот одной койки в году
1	Аллергологические	0,20%	0,20%	21,90%	49,90%	9,60%	12,96	321,4	24,8
2	Гастроэнтерологические	1,30%	1,10%	16,40%	21,50%	22,80%	14,84	320,8	21,6
3	Гематологические	0,50%	0,40%	23,80%	24,30%	27,40%	17,1	336,8	19,7
4	Гинекологические	5,00%	8,50%	28,10%	2,60%	2,40%	8,16	328,9	40,3
5	Дерматовенерологические	1,40%	1,00%	23,80%	18,30%	12,70%	16,63	290,3	17,5
6	Для беременных и рожениц	3,20%	4,10%	33,20%	2,00%	0,00%	8,54	257,4	30,1
7	Для производства абортотвор	0,30%	1,20%	27,80%	2,70%	0,00%	2,04	215,3	105,5
8	Инфекционные	5,70%	7,00%	25,70%	58,70%	5,80%	8,8	257,2	29,2
9	Кардиологические	4,10%	4,00%	16,70%	4,80%	48,50%	14,62	345,4	23,6
10	Кардиохирургические	0,30%	0,30%	20,60%	14,90%	30,90%	14	290,7	20,8
11	Наркологические	2,00%	1,90%	17,40%	1,20%	4,50%	13,77	311,5	22,6
12	Неврологические	5,50%	5,50%	24,10%	8,70%	31,60%	14,54	344,8	23,7
13	Нейрохирургические	1,10%	1,30%	14,70%	15,90%	9,00%	12,13	327,1	27
14	Нефрологические	0,60%	0,60%	19,90%	37,20%	9,40%	13,45	316,1	23,5
15	Ожоговые	0,30%	0,20%	19,70%	36,00%	10,60%	19,37	271,3	14
16	Онкологические	2,20%	2,20%	22,90%	2,40%	32,80%	13,28	340,6	25,7
17	Ортопедические	0,70%	0,50%	22,00%	34,20%	13,90%	17,29	308,9	17,9
18	Отоларингологические	1,60%	2,30%	18,90%	34,90%	9,30%	8,97	317	35,4
19	Офтальмологические	1,80%	2,60%	25,70%	13,40%	55,10%	9,26	324,3	35
20	Патологии беременности	2,80%	4,10%	29,00%	1,50%	0,00%	9,03	322,9	35,8
21	Патология новорожденных	1,40%	2,40%	26,50%	100,00%	0,00%	5,71	225	39,4
22	Педиатрические	5,20%	5,70%	40,80%	100,00%	0,00%	11,43	297,9	26,1
23	Проктологические	0,30%	0,30%	20,40%	2,60%	22,90%	12,69	307,8	24,3
24	Психиатрические	11,70%	2,50%	24,10%	13,80%	12,90%	65,48	330,4	5
25	Пульмонологические	1,30%	1,30%	16,30%	17,50%	30,30%	14,41	333,3	23,1
26	Ревматологические	0,50%	0,40%	19,80%	5,30%	27,10%	16,39	342,6	20,9
27	Сосудистой хирургии	0,50%	0,50%	19,10%	3,60%	34,70%	13,86	327,2	23,6
28	Терапевтические (общие)	11,50%	12,00%	44,30%	1,00%	41,80%	13,08	326,7	25
29	Торакальной хирургии	0,40%	0,30%	24,90%	11,40%	21,00%	18,67	314,2	16,8
30	Травматологические	3,40%	3,60%	22,00%	17,60%	14,20%	13,17	329,8	25
31	Урологические	1,80%	2,30%	18,00%	12,50%	27,70%	10,8	326,4	30,2
32	Физиатрические	5,80%	0,90%	32,50%	8,60%	10,50%	85,85	315,7	3,7
33	Хирургические (общие)	9,60%	12,40%	32,40%	16,40%	23,30%	10,36	319,4	30,8
34	Эндокринологические	0,90%	0,90%	21,30%	14,20%	27,00%	14,47	330,6	22,8
35	Прочие	5,1%	5,3%	37,8%	13,6%	30,1%	14,33	353,7	24,7
	средний показатель	-	-	29,2%	20,4%	19,8%	13,37	318,5	23,8



ская область; Ивановская область; Тверская область.

**В диапазон расходов от 184–238 тыс. рублей** вошли: Пермский край; Нижегородская область; Челябинская область; Камчатская край; Республика Мордовия; Тульская область; Новгородская область; Республика Бурятия; Ростовская область; Республика Алтай; Республика Саха (Якутия); Ярославская область; Калужская область; Удмуртская Республика; Республика Башкортостан; Псковская область; Республика Татарстан; Тюменская область; Магаданская область; Ставропольский край; Чувашская Республика; Астраханская область; Кемеровская область; Сахалинская область; Самарская область; Вологодская область; Хабаровский край; Калининградская область; Чеченская Республика; Белгородская область; Липецкая область; Ульяновская область.

**В диапазон расходов от 239–294 тыс. рублей** вошли: Краснодарский край; Республика Ингушетия; Ленинградская область; Ненецкий автономный округ; Омская область; Ямало-Ненецкий авт. округ; Чукотский автономный округ.

**В диапазон расходов от 295–350 тыс. рублей** вошли: Мурманская область; Свердловская область; Московская область; г. Санкт-Петербург.

### Заключение

Сложившаяся к настоящему времени институциональная среда российского здравоохранения обусловлена целым рядом факторов, главными среди которых является реформа федеративных отношений, муниципальная реформа и связанные с ними реформы социальная и бюджетная.

Результаты всех этих преобразований, безусловно, сформировали новый институт полномочий и ответственности органов государственной власти и местного самоуправления в области охраны здоровья населения и определили структуру не только источников финансирования отрасли, но и структуру медицинской помощи по её видам.

Больницы – ключевой элемент любой системы здравоохранения на любом этапе её развития и основные потребители ресурсов, расходуемых на оказание медицинской помощи населению. В больницах работают до половины всех врачей и три четверти медсестер. Благодаря своей ключевой роли больницы оказывают большое влияние на всю систему здравоохранения.

На лечение больных в стационарах государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в 2007 году израсходовано из государственных источников финансирования 356,5 млрд. рублей, что составляет 60,3% расходов на оказание медицинской помощи населению (на скорую медицинскую помощь израсходовано 43,7 млрд. рублей, на амбулаторно-поликлиническую помощь – 191,2 млрд. рублей).

Изучение соответствующих данных об обеспечении населения Российской Федерации стационарной медицинской помощью позволяет сделать общий вывод о наличии существенных структурных сдвигов и дисперсии по основным показателям деятельности больничных учреждений, расположенных на разных территориях страны, а также о низких темпах структурных преобразований.

Подтверждением тому является постоянное превышение фактически оказанных объемов стационарной помощи над плановыми объемами, содержащимися в Программах государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, первая из которых была утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 11 сентября 1998 г. № 1096.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 19.10.1999 № 1683-р «О методике определения нормативной потребности субъектов Российской Федерации в объектах социальной инфраструктуры» установлен рекомендуемый норматив среднегодовой занятости одной терапевтической койки на уровне 332 дня, хирургической – 330 дня, в среднем – 331 день.

Показатель объема гарантированной в 1999 году стационарной помощи был выражен количеством койко-дней на 1000 человек. Норматив объема стационарной помощи – 2812,5 койко-дня. С учетом численности населения Российской Федерации в 1999 году (146328,0 тыс. человек) и числа коек в государственных и муниципальных медицинских учреждениях (1,58 млн.), показатель среднегодовой занятости одной койки в среднем по стране оказывается равным 259,8 дня.

Таким образом, еще в 1998 году Правительством Российской Федерации установлена необходимость сокращения коечного фонда страны на 27,4%, или более чем на 427,0 тыс. коек. Фактически за 8 лет коечный фонд государственных и муниципальных медицинских учреждений страны уменьшился на 237,6 тыс. коек.

Низкие темпы структурных преобразований в системе здравоохранения страны обуславливаются в значительной степени несовершенством системы управления – прежде всего ее фрагментацией, ослаблением функций стратегического и текущего планирования, недостаточным развитием механизмов координации различных субъектов управления, контроля результатов их работы. Укрепляющееся господство муниципальной модели здравоохранения приводит к существенным различиям между территориями по объему оказания стационарной медицинской помощи, показателям развития здравоохранения в целом.

Муниципализация здравоохранения заметно снизила возможности построения рациональной системы предоставления населению стационарной медицинской помощи. В первую очередь это относится к таким направлениям совершенствования организации медицинской помощи, как перераспределение части объемов из стационарного сектора в амбулаторный, реструктуризация коечного фонда, нормирование структуры, объемов медицинской помощи, расходов на её оказание.

Основная функция нормативов, распределенных по уровням оказания медицинской помощи, состоит в их ресурсосберегающей роли. Именно такой подход позволяет рационально распределить не только коечный фонд по иерархическим уровням организаций медицинской помощи, но и сбалансировать необходимые финансовые поступления в учреждения разного уровня. При этом фактические показатели расходов и потребления медицинской помощи не должны превышать норматив объема стационарной помощи, установленный Программой государственных гарантий её оказания. Превышение норматива может быть объяснено только существенно более высоким, чем в среднем по России, уровнем заболеваемости населения.

### Литература

1. Доклад Минздравсоцразвития России «О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 году».
2. Д.Р. Шилиев, К.Ю.Лакунин. О совершенствовании системы счетов здравоохранения//Здравоохранение, 2009. – № 2. – с. 60–68.



# Проблемы материально-технического обеспечения дополнительной диспансеризации населения в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье»

К.Г. Гуревич<sup>1</sup>, Н.В. Косик<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава, Москва

<sup>2</sup>Учебно-методический центр ФГУ КМЦЛ Росздравнадзора, Москва

## Резюме

В статье представлен анализ данных о логистическом, медико-техническом и кадровом обеспечении мероприятий по проведению дополнительной диспансеризации.

**Ключевые слова:** национальный проект, диспансеризация.

**Logistic and technical equipment's support of additional periodic observation and examination of the population within the framework of the priority national project "Health"**

K.G. Gurevich<sup>1</sup>, N.V. Kosik<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow

<sup>2</sup>Educational center of Federal Service on Surveillance in Healthcare and Social Development Sphere, Moscow

## Summary

In the article the data analysis about the logistic, medical-technical and human medical resources for management of additional periodic observation and examination within the framework of the priority national project "Health" is represented.

**The keywords:** national project, periodic observation and examination.

**Координаты для связи с авторами:** kgurevich@mail.ru

... Необходимый объем медицинской помощи должен финансироваться в полном объеме. А лечить пациента обязаны по одним и тем же стандартам...

Д.А. Медведев (Президент Российской Федерации)

Дополнительные диспансерные осмотры работающего населения, проведенные в 2006–2008 гг. в рамках приоритетного национального проекта в здравоохранении, позволили выявить сотни тысяч пациентов, страдающих повышенным кровяным давлением, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом, онкологическими заболеваниями, туберкулезом.

Однако это не связано с тем, что во всех субъектах Российской Федерации врачи имеют хорошую материально-техническую базу для выявления социально-значимых заболеваний.

Предполагалось, что средства, затраченные на диспансеризацию, будут ниже стоимости последующего лечения, но в связи с тем, что национальный проект «Здоровье» существует не так долго, исследований на подтверждение данного факта нет. А самое главное, точного определения диспансеризации не существует<sup>1</sup>.

Функция надзора за проведением дополнительной диспансеризации отведена Росздравнадзору. Целью настоящей работы явилось подведение первых итогов дополнительной

диспансеризации работающих граждан в 2008 г. на основании мониторинга, проводимого Росздравнадзором.

## Материалы и методы

Мониторинг за ходом выполнения дополнительной диспансеризации проводился Росздравнадзором с августа по декабрь 2008 на основании регламентирующих документов<sup>2</sup>. Был сделан запрос в территориальные органы здравоохранения о материально-техническом обеспечении дополнительной диспансеризации. В ходе мониторинга ежемесячно с 78 территориальных управлений Росздравнадзора собиралась следующая информация:

1. Численность специалистов, работающих в учреждениях, участвующих в проведении дополнительной диспансеризации, с учетом каждого специалиста, участвующего в программе (терапевт, хирург, акушер-гинеколог, офтальмолог и т.д.).

2. Маммографы (число работающих аппаратов).

3. Флюорографы (число работающих аппаратов)

4. Количество лабораторий, проводящих исследование клинического анализа крови, мочи, холестерина, глюкозы и триглицеридов крови.

5. Количество лабораторий, проводящих определение онкомаркеров (CA 125 и PSA)

## Результаты исследования

Диспансеризация населения в рамках национального приоритетного проекта «Здоровье» проводится в течение 3 лет, но до настоящего времени в большинстве субъектов отмечается недостаточное материально-техническое обеспечение. Несмотря на обращение Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития<sup>3</sup>, низкая материально-техническая обеспеченность, в т.ч. мобильной медицинской техникой, является серьезным препятствием к проведению дополнительной диспансеризации, в полном объеме. По причине недостаточной материально-технической обеспеченности в большей части страдают пациенты старше 40 лет, которых исключают из программы дополнительной диспансеризации.

Как видно из таблицы 1, в самом плачевном состоянии находится обеспечение субъектов маммографами и лабораториями по определению онкомаркеров.

Во многих регионах диспансеризируются преимущественно лица, не достигшие 40-летнего возраста, это позволяет ЛПУ с наименьшими затратами получать ту же оплату, т.к. сумма выплат по дополнительной диспансеризации фиксирована и не зависит от возраста обследуемых.

Однако с точки зрения профилактической медицины, после 40 лет повышается риск развития хронических заболеваний, следовательно, необходима диспансеризация именно этой группы населения.

<sup>1</sup>Власов В.В. Диспансеризация. – Главный врач, № 4, 2003

<sup>2</sup>Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 04.08.2008 № 6210-Пр/08

<sup>3</sup>Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 15.09.2008 № 01И-601/08

**Перечень субъектов Российской Федерации, имеющие в своем составе ряд муниципальных образований, в которых отсутствует медицинское оборудование для проведения дополнительной диспансеризации**

Отсутствуют маммографы	Отсутствуют флюорографы	Отсутствуют лаборатории для проведения исследований на онкомаркеры	Отсутствуют лаборатории для проведения клинических анализов
Краснодарский край, Приморский край, Республика Адыгея, Архангельская область, Астраханская область, Томская область, Саратовская область, Калужская область, Ивановская область, Республика Коми, Пензенская область, Псковская область, Республика Татарстан, Липецкая область, Магаданская область, Республика Калмыкия, Орловская область, Республика Коми, Хабаровский край, Челябинская область, Республика Чувашия, Иркутская область.	Приморский край, Брянская область, Калужская область, Красноярский край, Томская область, Астраханская область, Республика Кабардино-Балкария, Костромская область, Республика Тыва.	Красноярский край, Архангельская область, Республика Коми, Волгоградская область, Ростовская область, Томская область, Республика Адыгея, Астраханская область, Белгородская область, Республика Кабардино-Балкария, Калужская область, Камчатский край, Костромская область, Курганская область, Магаданская область, Оренбургская область, Орловская область, Тверская область, Республика Тыва.	Краснодарский край, Республика Татарстан, Волгоградская область

В связи с таким положением вещей, во многих субъектах Российской Федерации регистрировалось много случаев не завершенной диспансеризации, а следовательно не оплаченной.

**Субъекты Российской Федерации (или муниципальные образования, входящие в состав субъектов), в которых отсутствуют завершенные случаи дополнительной диспансеризации лиц старше 40 лет (или данные не предоставлены).**

**Республика Башкортостан** (Альшеевский, Архангельский, Аскинский, Аургазинский, Бакалинский, Балтачевский, Белебеевский, Белокатайский, Бижбулякский, Бирский, Благовещенский, Буздякский, Бурзянский, Гафурийский, Давлекановский, Дуванский, Дюртюлинский, Еремеевский, Зианчуринский, Зилаирский, Иглинский, Илишевский, Ишимбайский, Калтасинский, Караидельский, Кармаскалинский, Кигинский, Краснокамский, Кугарчинский, Кушнаренковский, Куюргазинский, Мишкинский, Миякинский, Нуримановский, Салаватский, Стерлибашевский, Стерлитамакский, Татышлинский, Туймазинский, Уфимский, Учалинский, Федоровский, Чекмагушевский, Чекмагушевский, Шаранский районы), г. Агидель, г. Кумертау, г. Октябрьский, г. Салават, г. Сибай, г. Стерлитамак;

**Вологодская область** (Бабаевский, Бабушкинский, Верховажский, Вожегодский, Вологодский, Вытегорский, Грязовецкий, Кадуйский, Кичменгско-Городецкий, Кичменгско-Городецкий, Междуреченский, Никольский, Нюксенский муниципальные районы, Муниципальное образование г.Сокол, Сямженский муниципальный район, Сямженский, Тотемский, Устюженский, Харовский, Чагодощенский, Череповецкий, Шекснинский, Усть-Кубинский муниципальные районы, Муниципальное образование г. Череповец (данные не предоставлены);

**Воронежская область** (Новохоперский муниципальный район);

**Еврейская Автономная область** (данные по муниципальным районам не предоставлены);

**Ивановская область** (городской округ Кохма, Лухский муниципальный район);

**Камчатский край** (Быстринский, Усть-Большерецкий, Усть-Камчатский, Карагинский муниципальные районы);

**Костромская область** (Вохомский район, Кадыйский, Кологривский, Межевской, Октябрьский, Павинский, Поназыревский, Пыщугский, Г.Буй и Буйский районы);

**Красноярский край** (Большой Муртинский район);

**Курганская область** (Звериноголовский район);

**Курская область** (Мантуровский район);

**Мурманская область** (Терский район);

**Новгородская область** (Холмский район, Чудовский район);

**Омская область** (Азовский, Горьковский, Знаменский, Крутинский, Марьяновский, Нижнеомский, Одесский, Омский, Павлоградский, Полтавский, Русско-Полянский, Сидельниковский, Таврический, Тюкалинский, Усть-Ишимский муниципальные районы);

**Оренбургская область** (Ташлинский муниципальный район);

**Пермский край** (Александровский муниципальный район);

**Приморский край** (Тернейский муниципальный район);

**Псковская область** (Печорский район);

**Республика Карелия** (Кемский, Пудожский, Лоухский муниципальные районы);

**Смоленская область** (Холм-Жирковский муниципальный район);

**Томская область** (г. Кедровый);

**Республика Тыва** (Монгун-Тайгинский, Овюрский, Улуг-Хемский, Эрзинский, Тоджинский, Тере-Хольский муниципальные районы);

**Хабаровский край** данные не предоставлены;

**Челябинская область** (Троицкий, Чебаркульский, Пластовский, Саткинский, Красноармейский, Кунашакский муниципальные районы).

Между тем, по официальным данным охват дополнительной диспансеризацией по Российской Федерации в 2008 г. составил 99,1%.

Из приведенных выше данных следует, что сведения, которые предоставлены субъектами по проведению диспансеризации вызывают серьезные сомнения.

Другой проблемой дополнительной диспансеризации является кадровый вопрос. В некоторых субъектах Российской Федерации не хватает врачей таких специальностей, как уролог, эндокринолог, офтальмолог и невролог. Национальный проект «Здоровье» в части осуществления дополнительной диспансеризации идет 3-й год, однако его материально-техническое и кадровое обеспечение требует серьезного внимания.

## Резюме

В кратком обзоре представлены основные подходы к оценке медицинских технологий за рубежом, в частности, в США и Канаде.

**Ключевые слова:** медицинские технологии.

## Health technology assessment abroad

E.A. Varavikova

Central Public Health research Institute of Ministry of Health Care and Social Development of Russian Federation, Moscow

## Summary

In the brief survey are represented basic approaches to the assessment of health technologies abroad, in particular in the USA and Canada.

**The keywords:** the medical technologies.

**Координаты для связи с авторами:** dr.e.varavikova@mail.ru

В мировой литературе не существует единого общепринятого устоявшегося определения терминам «инновация», «медицинская технология» и «высокая медицинская технология». В последние 30 лет заметно движение в рабочих определениях от более «инженерного», ориентированного на рынок, представления о медицинских технологиях<sup>1</sup> к более «медицинскому и гуманистическому»<sup>2</sup>, включающему все компоненты лечебного процесса пациента (в некоторых случаях и психологические компоненты, например удобство для персонала и пациента при использовании данной технологии).

Обращает на себя внимание, что в определение термина «медицинские технологии» некоторые авторы включают понятие «новые» технологии:

«Медицинские технологии – понятие, относящееся к использованию новых технологий для создания высокоточных и наукоемких электронных продуктов или медицинских приборов для применения в здравоохранении»<sup>3</sup>.

В принципе, не существует потребности в медицинской технологии, как таковой – потребность есть в конечном «выходе» технологии, то есть, в том, что она может сделать для здоровья и качества жизни. Поэтому понятие «качество» неразрывно связано с оценкой, выбором и применением новых медицинских технологий. Невозможно выделить ценность одного лекарства, прибора или приспособления и изолировать их вклад в процесс и результат лечения для пациента. Широкий спектр медицинских технологий формирует звенья цепи действий в процессе профилактики и укрепления здоровья, диагностики, лечения и реабилитации<sup>4</sup>.

По определению американского энциклопедического издания «высокие технологии» – наиболее продвинутые из доступных современности технологий, в данный момент времени. Пространность такого определения по-

зволяет почти всю новую продукцию на рынке медицинских услуг рекламировать, как высокотехнологичную. Строго говоря, не существует фиксированного класса технологий, постоянно относящихся к «высоким» – технологии 60-х годов, относившиеся к высокотехнологичным видам медицинской помощи (ВМП), в наше время относятся к низко-технологичным, или даже примитивным. Применение и тиражирование новой, высоко сложной и дорогостоящей технологии имеет свои особенности в разных странах. Большое влияние на цикл жизни высоких медицинских технологий оказывают страховые компании, и исследования по оценке медицинских технологий (ОМТ).

В сфере страхования здоровья были разработаны методы оценки для сравнения эффективности различных видов и способов лечения, в том числе, с использованием клинически-связанных групп (DRG), с изучением отдаленных последствий лечения, с оценкой трудозатрат персонала и многих других. Именно страховые компании влияют на/ или даже определяют, доступность данной технологии для населения. Системы страхования здоровья в значительной степени воздействуют на координацию внедрения и применение медицинских технологий за рубежом.

Оценка медицинских технологий (ОМТ) (HTA – health technology assessment) – это международное направление исследований и методология по исследованию и анализу новых технологий. Эта методология основана на убеждении, что научные изыскания созвучны проблемам здравоохранения, а не интересам отдельных исследователей, и на том, что научный прогресс должен включать этические нормы и принципы.

ОМТ – это междисциплинарная задача по предотвращению существующих и потенциально вредных или негативных действий в будущем, вызванных некритичным применением и коммерциализацией новых медицинских технологий. Исходя из этого, любой результат, полученный в результате ОМТ, должен быть опубликован, конкретные рекомендации должны быть даны лицам, принимающим решения для соответствующих действий.

На протяжении последних лет в зарубежных научных публикациях происходит смена термина «высокие медицинские технологии» на «адекватные медицинские технологии», «продвинутые технологии», «медицинские технологии», среди смежных научных направлений все большее развитие получает медицинская инженерия, с разветвленной сетью поддерживающих структур и организаций, и обширной программой деятельности, включая раздел «безопасность медицинских приборов и средств медицинского назначения» (Medical Devices Vigilance) и др.

Оценка медицинских технологий связана с государственной регистрацией и имеет выраженную национальную специфику в разных странах.

<sup>1</sup> В «Инженерное» определение: Медицинская технология – это применение инженерных принципов и технологий в медицине.

<sup>2</sup> Медицинская технология – применение научных и технологических подходов для управления процессом улучшения состояния здоровья.

<sup>3</sup> Определение Washington Biotechnology & Biomedical Association.

<sup>4</sup> С. В. Шойко, «Управление инновационным развитием системы здравоохранения и ее финансовое обеспечение»// Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук. ГОУ ДПО ГАСИС, Москва – 2006

Регистрация и оценка высоких медицинских технологий за рубежом, в странах ЕС, особенно во Франции, Нидерландах, а также в Великобритании, Канаде и Новой Зеландии, — тесно связаны с государственным учетом и оценкой потребностей населения в высоко стоимостных приборах и аппаратах для оказания ВМП, контролируются в объеме закупок с учетом численности обслуживаемого населения. В Испании и Франции ОМТ активно используется и дает отличные результаты на региональном уровне и в крупных больницах.

От простого учета и регистрации медицинских технологий в зарубежных системах здравоохранения идет переход к комплексной оценке и обеспечению эффективности и качества медицинской помощи, и это осуществляется через революционные преобразования в информационном обеспечении здравоохранения. В США, например, происходит осуществление государственной программы в сфере информационных технологий здоровья: электронные данные о здоровье (медицинская карта больного, система связи и обмена данных во всех компонентах системы здравоохранения, интернет- технологии, телемедицина). Проектная стоимость первых 7–10 лет программы — от 21.6 до 43.2 миллиардов долларов США. На основе анализа результатов оказанной медицинской помощи будет проводиться оценка эффективности медицинских технологий для различных групп населения.

За последние 25–30 лет в здравоохранении развитых стран Запада прошли несколько этапов технологической революции, они привели к резкой интеллектуализации медицинской сферы, созданию и развитию систем оценки качества медицинских технологий. Теперь эти страны приступили к созданию системы здравоохранения нового типа — информационного, с принципиально иной системой распространения знаний, развиваются системы быстрого переобучения медицинского персонала, параллельно быстрыми темпами развивается информационное обеспечение специалистов, отдельно создается информация для пациентов и их родственников, для лиц принимающих решение (ЛПР) и общества.

Необходимо отметить еще одно направление бурного развития в связи с высокими медицинскими технологиями за рубежом, оно связано с совершенствованием управления больницами в условиях технического и информационного прогресса. Многие крупнейшие больницы, оборудованные по последнему слову техники, планируя деятельность, развивают свою инфраструктуру в соответствии с выбранным стратегическим вектором технологического развития (подготовка технологической, кадровой, информационной, правовой базы и др.). Примером служит разработка программы развития больницы Стенфордского университета. Во многих странах развиваются методики комплексного проектирования и анализа внедрений в учреждении в целом или в отдельных его службах. Примером комплексной оценки деятельности является методика ежегодного выявления лучших больниц Америки.

#### **Всемирная организация здравоохранения и медицинские технологии**

По определению ВОЗ 1995 года: «Медицинская технология включает в себя материальные составляющие, к которым относятся оборудование, аппаратура, инструментарий, здания и сооружения и интеллектуальные составляющие, т.е. методы и процедуры, используемые в

профилактике, диагностике и лечении болезней, реабилитации пациентов и восстановлении здоровья»<sup>5</sup>.

Позиция ВОЗ по вопросам медицинских технологий развивалась в нескольких направлениях. В последнюю декаду XX века — это было связано с повышением качества медицинской помощи. Идеология этого подхода продолжает оставаться актуальной для любой системы здравоохранения, и изложена ниже.

Уровень развития медицинских служб является важным фактором, связывающим качество медицинской помощи с медицинской технологией. Это позволяет определить, как медицинская технология способствует процессу повышения качества.

Главными предпосылками для внедрения и распространения новых технологий являются:

- технические преимущества;
- воздействие на состояние здоровья;
- экономическая эффективность (ведущая к платежеспособности населения);
- приемлемость для пациентов и медицинского персонала.

Эти элементы согласуются с определением соответствующей технологии, сформулированным ВОЗ. Дополнительным условием, о котором говорит это определение, является соответствие этой технологии навыкам и ресурсам пользователей.

Связь между качеством медицинской помощи и технологиями может также рассматриваться с точки зрения освоения их; результатов применения и стоимости.

- Правильное применение технологии обеспечивает высокое качество медицинской помощи при приемлемых стоимости и степени риска.

- Чрезмерное применение (обычно легко обнаружить) может иметь разные причины, среди которых неоправданный спрос со стороны пациентов, недоверие к врачу, финансовые интересы и недостаток профессионализма.

- Недостаточное применение, когда имеет место ограничение доступа к технологии из-за нехватки оборудования и квалифицированного персонала, сложностей, связанных с географическим положением, и т. д., но оно менее очевидно, когда ограничения вызваны экономическими факторами, например, слишком высокой платой, взимаемой с пациентов или наличием особых групп населения.

Оценка уместности технологии позволяет объективно подойти к отбору пациентов, которым можно предложить те или иные медицинские технологии.

Большие различия между странами, а также внутри них, касающиеся применения медицинских технологий, могут быть связаны со следующими факторами:

- наличие соответствующих установок, измеряемых их числом на 1 млн. жителей;
- доступностью;
- критериями надлежащего применения.

Наличие и доступность в большой степени зависят от экономических условий и политических обязательств правительства в отношении здравоохранения.

Оценка уместности той или иной технологии обеспечивает объективный подход к отбору пациентов, которым можно предложить те или иные медицинские технологии.

В настоящее время, в период глобального усиления влияния рынка на спрос и предложение новых медицинских технологий, ВОЗ обратилась к проблеме выбора листа

<sup>5</sup> Всемирный форум здравоохранения. — 1995. — Т. 16, № 2. — С. 27–32.



основных медицинских технологий для стран-участниц ВОЗ и к проблемам:

- наличия достаточного запаса крови и продуктов крови (безопасность крови);
- создания рентгенологической и ультразвуковой службы (имиджевая диагностика), оценка потребностей программа развития службы;
- к качеству деятельности лабораторной службы (разработка национального плана, безопасность, доступность)
- к выработке перечня хирургических процедур по витальным показателям, (хирургия в районной больнице, хирургия при ВИЧ/СПИД);
- к трансплантации, (этические нормы, законодательство; безопасность и доступность);
- списка эффективных медицинских приборов и средств медицинского назначения (национальное регулирование эффективности использования и управления безопасным применением);
- листа основных медицинских технологий.

Основной медицинской технологией считают технологию, отвечающую основным потребностям медицинской службы, с доказанной экономической эффективностью, и выбранную на основе принципов доказательной медицины. Работа над списком продолжается, в настоящее время он составляет 100 «эссенциальных» медицинских технологий (Essential Health Technologies) – в алфавитном порядке представленный список медицинских приборов для профилактики, диагностики, лечению и реабилитации.

ВОЗ также развивает такое направление, как электронное здоровье – использование интернета, электронных медицинских записей для создания электронных баз данных и передачи информации.

### Опыт США

В США рынок медицинских технологий ежегодно оценивается в более чем 80 миллиардов долларов. По оценкам экономистов, новые технологии обуславливают 30–50% ежегодного увеличения расходов на здравоохранение в США. Это привлекает все большее внимание к вопросам оценки медицинских технологий, а так же, какие изменения клинической практики, для каких пациентов и в каких видах лечебной помощи отвечают за растущие цены<sup>6</sup>.

Национальные программы Medicaid и Medicare<sup>7</sup> вместе затрачивают в год около 600 миллиардов долларов и обслуживают более 85 миллионов человек.

Национальная оценка новых технологий в этих программах, и особенно, в Medicare, сейчас является приоритетной национальной задачей США.

Регистрация новых технологий в США происходит в FDA – Food and drug administration – в Администрации пищевых продуктов и лекарственных препаратов. Эта организация отвечает за обеспечение защиты общественного здоровья через обеспечение безопасности и эффективности лекарственных средств для человека и животных, биологических продуктов и изделий медицинского назначения, национальной производимой пищевой продукции, косметических препаратов и продукции, излучающей радиацию.

В Агентстве по Исследованиям и Качеству (AHRQ) действует Программа оценки медицинских технологий для Центров услуг в программах Medicare & Medicaid (CMS). Оценки технологий используются указанными Центрами для решения о включении в список технологий, оплачиваемых национальной системой Medicare, и для информирования в системе оказания услуг по этой программе. Оценка технологий производится на основе анализа литературных источников, методологи оценки клинической эффективности, количественных и качественных методик оценки и синтеза результатов множественных исследований. Процедура оценки технологии производится сотрудниками Агентства по Исследованиям и Качеству или в сотрудничестве с одним из «Центров практикующих доказательную медицину» (ЦПДМ) (Evidence-based Practice Centers).

В задачи 14 Центров, практикующих доказательную медицину, которые действуют на условия 5-летнего контракта с Агентством, входит оценка и анализ релевантной научной литературы, по клиническим, поведенческим, организационным и финансовым проблемам для создания докладов и отчетов, используемых в качестве доказательной основы в оценке технологий, а так же непосредственно оценка технологий. Вышеупомянутые отчеты также используются для принятия решений о страховом покрытии, при выработке показателей оценки качества, при создании материалов для обучения, руководств и научных планов.

Индустрия медицинских технологий (ИМТ) является важнейшим (критическим) компонентом американского здравоохранения. В дополнение к огромному вкладу медицинских технологий на здоровье и благополучие населения в 2006 году, в этом виде индустрии в США:

- работали 357700 работников; учитывая фактор национальной мультипликации, создавая рабочие места для 1,96 миллионов людей,
- с общим объемом заработной платы в \$93 миллиарда долларов,
- с объемом продаж/отправок продукции в \$ 355 миллиарда долларов.

США является крупнейшим поставщиком и потребителем средств медицинского назначения и технологий в мире. В 2006 году в США создано и приобретено приборов и средств медицинского назначения, и технологий в размере 50 % от 180 миллиардов долларов мирового рынка в этом секторе, в ЕС – 30%, в Японии 10%<sup>8</sup>.

### Канада<sup>9</sup>

Первая программа по оценке медицинских технологий начала работу в Квебеке в 1988 году. Она отвечала за проведение оценки медицинских технологий для Министра здравоохранения и социальных услуг, и для распространения полученных результатов в системе здравоохранения Квебека. С этого времени оценка медицинских технологий в Канаде проводится на национальном уровне, на уровне провинции и на местном уровне. Программы являются комплиментарными и создают рекомендации для

<sup>6</sup>Lynn M. Ethoredge A Rapid Learning Health System/ Health Affairs, 26, No 2 (2007); 10.1377

<sup>7</sup>Medicare – это одна из федеральных программ медицинского страхования для населения старшего возраста (старше 65-ти лет). С 1972 года программа также обслуживает инвалидов. Она состоит из двух основных частей:

Часть А. Больничное страхование: оплата больничных услуг, некоторых форм домашнего ухода.

Часть В. Дополнительное медицинское страхование: оплата посещений врача, амбулаторных услуг и услуг независимых лабораторий.

Medicaid -это государственная «страховка» для малообеспеченных. Условия и критерии отличаются от штата к штату.

<sup>8</sup>www.buyusa.gov/germany/en/medicaidinvest.pdf

<sup>9</sup>David M Hailey Health technology assessment in Canada diversity and evolution/Medical Journal of Australia, 2007; 187 (5): 286–288



## Примеры ОМТ в Канаде

Название Агентства по оценке медицинской технологии	Продолжительность оценки	Ускоренная (быстрая) оценка
Канадское Агентство по Лекарственным средствам и Технологиям (CADTH)	Терипаратиды и биофосфонаты в лечении остеопороза женщин, ноябрь 2006	Радиочастотное (разрушающее) воздействие на опухоли почек, январь 2006
Провинциальная программа ОМТ Квебека (AETMIS)	Телездоровье – клинические руководства и технологические стандарты для теле реабилитации, март 2006	Биопсия молочных желез с помощью вакуума, июнь 2006
Институт экономики здоровья	Хирургическое лечение глубокой венозной недостаточности, июль 2003	Продвинутые направления медицинской помощи в конце жизни, рекомендации, стоимость услуг, июль 2005
Секретариат медицинского Совета		Металл-по-металлу, полная артропластика поверхностей бедренных суставов, февраль 2006
Университет МкГилл – Центр здоровья		Пробиотики в профилактике и лечении диареи, вызванной Clostridium difficile, март 2006

лиц, принимающих решение в системе здравоохранения. Национальной стратегии управления технологиями здоровья вменяется в обязанность также укреплять информационный обмен с политическими сферами.

В Канаде, провинциальные и территориальные органы управления отвечают за организацию и проведение медицинских услуг для проживающих на данных территориях. Страхование здоровья обеспечивается обществом и администрируется на провинциальном и территориальном уровнях. Федеральная роль также включает разрешение на использовании фармацевтических препаратов и технологий. ОМТ (оценка медицинских технологий) использовалась для принятия решений по закупкам и запрещению использования медицинских технологий, по выработке страховых планов, для передачи пациентов в юрисдикцию других органов управления, по вопросам клинической практики «старых» технологий, и по азвитию специализированных программ.

С 2006 года вся деятельность по ОМТ сосредоточена в Канадском Агентстве по Лекарственным средствам и Технологиям (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)). Агентство, совместно с тремя провинциальными программами по ОМТ сотрудничает с другими организациями за рубежом (International Network of Agencies for Health Technologies INAHТА). Эта организация состоит из 23 стран – членов и предоставляет возможность для совместной оценки технологий и обмена информацией.

Будущее ОМТ в Канаде сформулировано в национальной стратегии по управлению медицинскими технологи-

ями, утвержденной Советом Министров в 2004 году. Стратегия включает в себя укрепление функций по обмену информацией между программами ОМТ и к улучшению связи с между ОМТ и лицами, принимающими решение на политической арене.

В конце 1970-х годов, в период бурного инновационного развития в медицине, в развитых странах мира были созданы системы по оценке медицинских технологий (ОМТ) – Health Technology Assessment (HTA)<sup>10</sup>. Эти системы создают достоверную информацию для принятия решений о необходимости и условиях доступности новой технологии населению, ее стоимости и прогнозах эффективности. В странах, развивающих системное использование ОМТ, идет постоянная работа по оценке соотношения «цена-качество» новых медицинских технологий, релевантное информирование провайдеров и пациентов о новых возможностях выбора медицинских технологий, а это, в свою очередь поддерживает инновационные процессы, через выбор наиболее эффективных технологий. Оценка медицинских технологий, как подход и метод управления современным здравоохранением, развивается в неразрывном содействии с теорией и практикой повышения качества медицинской помощи и деятельности здравоохранения, управления наукой и инновационным развитием, подготовкой кадров, экономическими условиями доступности медицинской помощи и др.

<sup>10</sup> В России англоязычный термин Health Technology Assessment (HTA) – используется устоявшийся термин «оценка медицинских технологий», а не в «прямой» перевод «оценка технологий здоровья». Это отражает большую медиализацию теории организации здравоохранения в России.

# Проблемы оценки эффективности деятельности медицинской организации

И.А. Егорова<sup>1</sup>, О.А. Патокина<sup>2</sup>, К.А. Голубина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Главное медицинское управление Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский Государственный Университет, Высшая школа бизнеса, Санкт-Петербург.

## Резюме

В статье представлен подход к оценке деятельности медицинской организации на основании системы сбалансированных показателей.

**Ключевые слова:** эффективность, медицинская организация, показатели качества.

## Assessment problems of the effectiveness of medical organization's activity

I.A. Egorova<sup>1</sup>, O.A. Patokina<sup>2</sup>, K.A. Golubina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Main Medical Administration of the Department of affairs management of President of Russian Federation, Moscow

<sup>2</sup>Saint Petersburg's State University, the Higher School of Business, Saint Petersburg.

## Summary

In the article is presented approaches to the estimation of the medical organization's activity on the basis of the system of the balanced indicators.

**The keywords:** effectiveness, medical organization, indicators of quality.

**Координаты для связи с авторами:** egorova@pmc.ru

Оценка эффективности деятельности отдельных медицинских учреждений и их сетей является сложной задачей, однако она должна осуществляться в интересах долгосрочного и среднесрочного планирования, осуществления мероприятий, направленных на повышение качества медицинской помощи населению за счет более рационального распределения имеющихся ресурсов.

Оценки различных аспектов эффективности могут быть положены в основу реализации таких управленческих мероприятий как<sup>1</sup>:

- формирование нормативов оказания медицинской помощи;
- определение стратегии распределения материальных и финансовых ресурсов;
- планирование потоков пациентов в лечебных учреждениях и их сетях;
- укрепление состава высшего менеджерского звена.

В широком смысле под эффективностью понимают комплексную характеристику потенциальных и реальных результатов функционирования системы, учитывающую степень соответствия этих результатов главным целям системы.

Для того чтобы оценка организации с помощью выработанных критериев была наиболее показательной, необходимо создать систему, позволяющую проводить комплексную оценку деятельности, с точки зрения различных перспектив. Такой системой может служить сбалансированная система показателей (ССП) (Kaplan, Norton 1992). В основе СПП лежит принцип, разработанный П.Друкером: управлять можно лишь тем, что можно измерить, что во многом предопределило эффективность данной управленческой технологии. Изначально она была

разработана в ходе исследования, проведенного в Гарвардской школе бизнеса, направленного на выявление способов повышения эффективности деятельности и достижения целей бизнеса.

Внедряя СПП, организация получает своего рода систему координат, позволяющую согласовывать действия на всех управленческих уровнях с выбранной стратегией организации. Таким образом, все доступные организации ресурсы направлены на достижение стратегических целей в своей ежедневной работе.

Цели можно достигнуть только в том случае, если существуют поддающиеся числовому измерению показатели, говорящие управленцу, что именно нужно делать и правильно ли с точки зрения достижения цели он делает то, что делает.

СПП делает акцент на нефинансовых показателях эффективности, давая возможность оценить такие, казалось бы, с трудом поддающиеся измерению, аспекты деятельности как степень лояльности клиентов, или инновационный потенциал компании.

Основной задачей применения СПП является перевод стратегии организации в плоскость конкретных целей, задач, инициатив и показателей, при этом значительный акцент делается на интеллектуальные активы организации.

Как технология СПП может быть применена в государственном медицинском учреждении?

Современные государственные медицинские учреждения в соответствии со своей уставной целью призваны оказывать различные виды лечебно-диагностической помощи определенным категориям граждан, и в настоящий момент большинство медицинских учреждений оказывает платные медицинские услуги населению.

С учетом современных социально-экономических условий цель деятельности сети типового медицинского учреждения можно определить как обеспечение населения качественной медицинской помощью в условиях ограниченного бюджетного финансирования и жесткой необходимости нахождения внебюджетных источников денежных средств на рынке платной медицинской помощи.

С учетом сформулированной цели и сложившихся в теории и практике медицины представлений специфика оценки эффективности деятельности проявляется в ее направленности на достижение медицинской и экономической эффективности. При этом медицинская эффективность определяет достижение желаемого эффекта для пациента в процессе лечения (получения медицинских услуг). Экономическая эффективность определяется, как известно, соотношением затрат и полученного результата. Представляется целесообразным дифференцировать последний показатель на медико-экономическую эффективность, определяющую затраты на получение конкретного лечебного результата и собственно экономическую эффективность как результат деловой активности, выражаемой в величине полученной прибыли во внебюджетном секторе.

<sup>1</sup> Егорова, И.А. Методика оценки эффективности деятельности поликлиник УДП РФ / И.А.Егорова, В.П.Коровкин, С.П.Миронов // Кремлевская медицина. – 2008. – М., 2008. – № 2. – С.24

Сегодня, в отсутствие единого подхода к оценке медицинской и экономической эффективности, большинство руководителей государственных медицинских учреждений планируют свою деятельность, не имея достаточного информационного обеспечения, что значительно затрудняет прогнозирование результатов принимаемых управленческих решений. Неизбежным следствием этого являются необоснованные затраты, неэффективное использование существующих ресурсов, снижение качества обслуживания и, в целом, снижение конкурентоспособности учреждения.

Таким образом, разработка методик оценки деятельности медицинских учреждений является неотъемлемой частью бюджетирования как комплексной системы планирования организации. Адекватная современным социально-экономическим условиям модель оценки эффективности деятельности государственных медицинских учреждений позволит создать систему планирования и мониторинга результативности бюджетных и внебюджетных расходов на основе количественных и качественных индикаторов. Развитие данного подхода позволит сориентировать бюджетные расходы на достижение конечных социально-экономических результатов, создаст методологическую базу для перехода от содержания лечебных учреждений на основе сметного финансирования к оплате конечных результатов деятельности, отвечающих установленным стандартам качества.

Оценка эффективности деятельности ЛПУ сводится к оценке трех ее составляющих: медицинской эффективности (стоимость достижения медицинского результата) и собственно экономической эффективности (результат коммерческой деятельности).

Медицинскую эффективность можно определить как синоним качества медицинской помощи. В международной практике под качеством медицинской помощи понимают совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии.

Содержательная основа качества медицинской помощи включает три составляющих: структура, процесс, исход<sup>2</sup>.

Фактически определение индикаторов качества сводится к разработке унифицированных стандартов качества, включающие в себя требования к материально-технической базе, медицинскому оснащению, технологиям лечения, и так далее.

Важность медико-экономической эффективности в современных социально-экономических условиях обусловлена тем, что рационализация затрат является необходимым требованием к медицинскому менеджменту. Каким объемом финансовых и человеческих ресурсов достигаются качественные медицинские показатели, становится для руководителей медицинских учреждений все более важным фактором при составлении и реализации текущих и перспективных планов. При этом для менеджмента медицинских учреждений важна детализация затрат, а именно: оплата труда основного и вспомогательного персонала, расходы на медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы, амортизационные начисления.

Коммерческая деятельность государственного учреждения не является самоцелью и исторически была разрешена в качестве временной меры для компенсации дефицита бюджетного финансирования. Однако в современных условиях на доходы от предоставления платных медицинских услуг населению и организациям приходится все большая доля в совокупных финансовых поступлениях государственного медицинского учреждения. Вместе с тем, рассматривать деятельность медицинских учреждений с чисто коммерческих позиций не корректно с учетом их юридического статуса и сформулированной уставной цели. Представляется целесообразным при анализе деловой активности учреждения акцентировать внимание на эффективность использования в целях получения коммерческих доходов от имеющихся ресурсов, то есть человеческих ресурсов и основных фондов. Кроме того, ключевым показателем, при планировании деятельности является себестоимость оказываемой услуги.

С учетом этого коммерческую эффективность можно характеризовать тремя показателями: фондоотдачей (ФО), эффективностью использования людских ресурсов (ЭЛР) и средней себестоимостью одного посещения врача (СП)<sup>3</sup>:

$$FO = \frac{\text{доходы от внебюджетной деятельности}}{\text{стоимость основных фондов}}$$

$$ЭЛР = \frac{\text{доходы от внебюджетной деятельности}}{\text{фактическая численность персонала}}$$

(данный показатель целесообразно рассчитывать для врачебного и среднего медицинского персонала);

$$СП = \frac{\text{текущие годовые затраты} + \text{амортизационные начисления}}{\text{число посещений}}$$

Для более детальной оценки коммерческой эффективности можно использовать такие показатели как: соотношение источников финансирования в общей структуре финансовых поступлений, рентабельность услуги, затраты на 1 кв. метр занимаемой площади, затраты на оплату труда и начисления в расчете на услугу. Для принятия управленческих решений значимой является оценка данных показателей в динамике.

Основной задачей применения ССП является перевод стратегии организации в плоскость конкретных целей, задач, инициатив и показателей, при этом значительный акцент делается на интеллектуальные активы организации. ССП представлена четырьмя ключевыми перспективами:

**Финансовая составляющая** для большинства компаний обеспечивает взаимосвязь всех четырех составляющих ССП. В качестве целей в рамках финансовой перспективы могут выступать рост доходности, увеличение производительности и сокращение издержек, управление рисками и использование активов и так далее. Примерами финансовых показателей могут служить операционная прибыль, рентабельность и так далее.

**Клиентская составляющая** измеряет результаты деятельности бизнес-единиц на целевых сегментах клиентов и на рынке. Клиентская составляющая должна включать специфические ценности, которые компания предлагает через свои продукты и услуги, и позволяющие обеспечить лояльность и удовлетворенность клиентов. В группу ключевых показателей входят прибыльность клиента, лояльность

<sup>2</sup> Егорова, И.А. Методика оценки эффективности деятельности поликлиник УДП РФ / И.А.Егорова, В.П.Коровкин, С.П.Миронов // Кремлевская медицина. – 2008. – М., 2008. – № 2. – С.26

<sup>3</sup> Егорова, И.А. Методика оценки эффективности деятельности поликлиник УДП РФ / И.А.Егорова, В.П.Коровкин, С.П.Миронов // Кремлевская медицина. – 2008. – М., 2008. – № 2. – С.26

**ССП для государственного учреждения здравоохранения или системы лечебно-профилактических учреждений ведомства**

Составляющая ССП	Цель	Показатели
Финансовая составляющая	Сокращение затрат	Себестоимость услуг Рентабельность услуг
	Развитие предпринимательской деятельности	Доля «платных» пациентов в структуре посещений Абсолютный и относительный прирост доходов в рамках внебюджетной деятельности
Клиентская составляющая	Улучшение состояния здоровья прикрепленного контингента	Количество госпитализаций за определенный период Число случаев с временной утратой трудоспособности
	Улучшение качества оказываемых услуг	Количество вновь выявленных заболеваний Длительность ожидания исследований и консультаций
Составляющая внутренних бизнес-процессов	Увеличение производительности	Соответствие времени выполнения исследований и консультаций существующим нормативам Среднее число пациентов, обслуживаемых в смену
	Обеспечение высокого качества кадрового состава	Число специалистов, имеющих квалификационные категории и ученые степени Средний стаж работы врачей и среднего медицинского персонала
	Использование передового высокотехнологического оборудования	Процент износа основных фондов Обеспеченность структурных подразделений необходимым оборудованием
Обучение и рост	Информатизация учреждения	Наличие единой медицинской информационной системы
	Постоянное развитие персонала	Процент сотрудников, прошедших дополнительное обучение и повышение квалификации Количество вновь освоенных методик

клиента, объем и доля целевого сегмента рынка и так далее.

**Клиентская составляющая** включает в себя и оценку удовлетворенности пациента качеством медицинских услуг. Оценка удовлетворенности пациента качеством медицинских услуг предоставляет возможность получить сведения, характеризующие качество медицинской помощи с точки зрения процесса предоставления услуг. Это связано с тем, что пациенты, не имея специальных знаний в области медицины, не могут реально оценить качество оказываемой им медицинской помощи, но конкретно могут высказаться о двух существенных составляющих оказания помощи: ее сервисной части и их информированности о медицинских услугах. Сервисная составляющая и информированность являются индикативными показателями процесса предоставления медицинских услуг.

Теоретически информацию об удовлетворенности пациента КМП возможно получить способами:

1. Провести анкетирование пациентов по специально созданным анкетам;
2. Подвергнуть анализу динамику процессов взаимоотношений с пациентами и получить данные, косвенно характеризующие показатели удовлетворенности;
3. Изучить общедоступные сведения об учреждении: например, рейтинги медицинских учреждений.

Оценка удовлетворенности пациента представляет собой предмет отдельного изучения, поэтому мы переходим к следующей составляющей оценки деятельности медицинского учреждения.

**Составляющая внутренних бизнес-процессов** фокусируется на тех бизнес-процессах которые позволяют увеличить ценность для клиентов и снизить затраты, что позволит улучшить финансовые результаты деятельности. Перспектива внутренних бизнес-процессов позволяет, с одной стороны, улучшить существующие бизнес-процессы, а с другой стороны, — позволяет более

эффективно разрабатывать новые процессы и показатели, которые в будущем повлияют на удовлетворенность клиентов и финансовые результаты деятельности.

**Составляющая обучения и роста** объединяет в себе цели, определенные в финансовой, клиентской и внутренней составляющих, и зависит от возможностей компании, связанных с обучением и развитием персонала. Группа показателей, ориентированная на работников компании (сохранение кадрового состава, лояльность персонала, удовлетворенность работой, эффективность) позволяет оценить результативность инвестиций в обучение и развитие персонала, информационные системы, процессы связывающие индивидуальные и корпоративные цели и задачи.

Система генерального бюджета обязательно должна включать в себя критерии оценки деятельности выделенных центров ответственности, и применение технологии ССП позволит обеспечить наиболее комплексный подход к реализации данной задачи.

Для целей бюджетирования в конкретной медицинской организации разработка собственной системы критериев оценки эффективности позволит на постоянной основе мониторить процесс реализации разработанных планов, регистрировать отклонения от целевых показателей, и, в случае необходимости оперативно корректировать планы в составе генерального бюджета.

В таблице 1 представлен пример ССП для государственного учреждения здравоохранения или системы лечебно-профилактических учреждений ведомства.

Таким образом, ССП для каждого конкретного учреждения должна создаваться с учетом индивидуальной совокупности планов развития направлений в составе генерального бюджета. Показатели оценки в рамках четырех ключевых составляющих являются центральным инструментом мониторинга и оценки деятельности выделенных центров ответственности и учреждения.



## Формирование на основе данных доказательной медицины профилей индикаторов качества медицинской помощи при болезнях, наиболее значимых в структуре заболеваемости и смертности населения Самарской области

В.П. Куличенко, Е.И. Полубенцева

Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области

### Резюме

В статье представлены алгоритмы формирования индикаторов качества оказания медицинской помощи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и сахарном диабете.

**Ключевые слова:** социально-значимые заболевания, доказательная медицина, индикаторы качества.

**Formation on the basis of EVIDENCE-BASE medicine of the profiles of the quality medical care indicators for the diseases, most significant in the structure of morbidity and mortality of the Samarskaya region's population**

V.P. Kulichenko, E.I. Polubentseva

Ministry of Public Health and Social Development of Samarskaya region, Samara

### Summary

In the article are represented the algorithms of creation of the indicators of the health care quality indicators for assessment treatment patients with diseases of cardiovascular system and diabetes mellitus.

**The keywords:** social- significant diseases, evidence-base medicine, the indicators of the quality.

**Координаты для связи с авторами:** Министерство здравоохранения и социального развития Самарской области, 443010, г. Самара, ул. Чапаевская, 181

### Перечень сокращений

АГ	Артериальная гипертензия
ВЭМ	Велоэргометрия
ГБ	Гипертоническая болезнь
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
ИК	Индикатор качества
ИМ	Инфаркт миокарда
КР	Клинические рекомендации
КФК	Креатинфосфокиназа
ЛПВП	Липопротеиды высокой плотности
ЛПНП	Липопротеиды низкой плотности
ЛПУ	Лечебно-профилактическое учреждение
ОНМК	Острое нарушение мозгового кровообращения
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
СД	Сахарный диабет
ФК	Функциональный класс
ЭхоКГ	Эхокардиография

### 1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ, НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫХ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Здравоохранение вплоть до середины XX века повсеместно сосредотачивало усилия на лечении острых заболеваний. Основные финансовые средства во всех странах были вложены в развитие стационарной помощи, а также в организацию на национальном уровне мероприятий по профилактике острых инфекционных болезней, поскольку они на протяжении многих веков являлись основной причиной смерти людей. Вакцинация и улучшение социально-бытовых условий к концу XX столетия в большинстве стран позволили повсеместно взять под контроль инфекционными заболеваниями. Проблема острых заболеваний перестала быть столь актуальной.

За последние 100 лет продолжительность жизни людей в развитых странах возросла с 35 лет до 70–80 лет. Сегодня население стремительно «стареет». В последующие 50 лет, к 2050 г. число людей старше 60 лет возрастет втрое и увеличится от 600 млн. приблизительно до 2 млрд. (в странах ЕС – это будет треть населения).

Старение населения привело к изменению структуры заболеваемости: острые заболевания сменились все возрастающим числом хронических болезней. Однако системы здравоохранения, традиционно ориентированные на лечение острых состояний, оказались не готовыми к изменению стратегии. Теперь, кроме лечения относительно небольшого числа людей в больницах, стало необходимым оказывать систематическую амбулаторно-поликлиническую помощь огромной части населения, страдающей хроническими заболеваниями, смертельные осложнения которых могут быть эффективно предотвращены несложными профилактическими и скрининговыми мероприятиями.

К сожалению, необходимость изменения глобальной стратегии медицинской помощи не была своевременно осознана, не проводились соответствующие научные исследования, не были разработаны управленческие и методологические технологии, не перестроена система организации и финансирования медицинской помощи, не подготовлено достаточное количество специалистов. Все это привело к кризису систем здравоохранения, охватившего даже развитые страны, в которых к 2000 г. не удалось решить большинство из 38 задач в области охраны здоровья, поставленных ВОЗ в 1993 г.

**Основные показатели здоровья населения Российской Федерации по данным ВОЗ (www.who.int/whosis/country/indicators, 2008)**

Среднегодовая численность населения, оба пола	2005	143113888
% населения в возрасте 0-14 лет, оба пола	2005	15.06
% населения старше 65 лет, оба пола	2005	13.82
Число живорожденных на 1000 населения, оба пола	2005	10.18
Общий коэффициент смертности на 1000 населения	2005	16.10
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, оба пола	2005	65.37
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины	2005	58.98
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины	2005	72.40
Оценка ожидаемой продолжительности жизни (оценка ВОЗ)	2003	65
Оценка младенческой смертности на 1000 живорожденных (оценка ВОЗ и ЮНИСЕФ)	2000	16
Младенческая смертность, на 1000 живорожденных	2005	11.03
СКС, болезни органов кровообращения, /100000	2005	837.31
СКС, злокачественные новообразования, /100000	2005	183.76
СКС, травмы и отравления, / 100000	2005	211.18
СКС, все причины смерти, /100000	2005	1509.92
Заболеваемость туберкулезом, на 100000, все формы	2004	84.21
Число больничных коек на 100000 населения	2005	974.22
Число врачей, на 100000 населения	2005	424.63
Число поступивших в стационары на 100 человек населения	2005	22.20
Общие затраты на здравоохранение, % от ВВП, оценка ВОЗ	2004	5.30

#### Демография и показатели здоровья населения РФ

Для интегральной оценки здоровья населения ВОЗ в 1985 г. предложила использовать комплекс стандартных показателей (табл.1), которые ежегодно анализируются и сравниваются, что позволяет объективно выявить наиболее актуальные для той или иной страны или группы стран проблемы в области охраны здоровья.

Статистические данные свидетельствуют о негативных демографических процессах и прогрессивном ухудшении здоровья населения РФ в течение последних 10–15 лет (рис.1). В течение последних 3 лет было достигнуто незначительное улучшение показателей: снизилась смертность, повысилась рождаемость. Однако показатели здоровья населения России по-прежнему значительно отличаются от аналогичных показателей в развитых странах, что свидетельствуют об актуальности проблемы сохранения нации.

- Численность населения России неуклонно сокращается. Только за 2003 г. население страны уменьшилось на 796 тыс. человек.

- Смертность превысила рождаемость в большинстве регионов РФ, тогда как в период до 1991 г. ежегодный прирост стабильно составлял более 5 человек на 1000 населения (т.е. около 700000 новых граждан РСФСР ежегодно). Смертность населения РФ является одной из самых высоких среди европейских стран, и продолжает расти. Особенно тревожным является увеличение смертности трудоспособного населения (в РФ риск умереть в возрасте 15–60 лет составил в РФ 480 на 1000 мужчин и 182 на 1000 женщин). Этот показатель выше аналогичного в развитых странах в 4–5 раз и также является самым высоким в Европе.

Значительно сократилась средняя продолжительность жизни граждан России. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в РФ в настоящее время составляет 65 лет (у мужчин – 58 лет, у женщин – 72 года). Это на 16 лет

меньше, чем в Швейцарии, Италии, на 10 лет меньше, чем в Польше. Если ситуация не изменится, то по прогнозам ВОЗ, в период до 2015 г. преждевременно умрет 4 млн. российских граждан, что приведет к ущербу национального дохода в размере 300 млрд. долл. США.

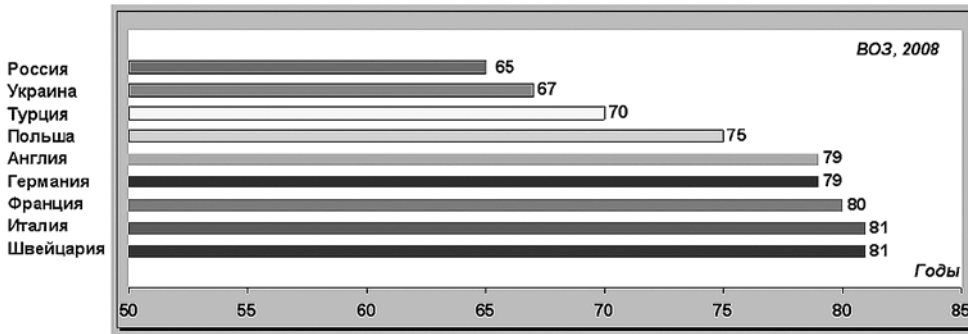
Анализ динамики возрастных коэффициентов смертности населения страны за период с 1980 г. по 2003 г. показывает, что максимальное увеличение смертности наблюдается среди людей в возрасте от 40 до 54 лет (прирост более 75%). Значительное увеличение смертности зафиксировано среди людей в возрасте от 26 до 39 лет и от 55 до 64 лет (прирост более 50%). На 44% возросла смертность среди совсем молодых людей – от 20 до 24 лет. Детская смертность за тот же период времени существенно уменьшилась, а среди людей 70 лет и старше почти не изменилась.

Во всех возрастных группах от 15 до 60 лет в РФ отмечен самый высокий уровень смертности среди стран Европейского региона ВОЗ (в 2,5 раза выше, чем в странах Евр-А). Резко выражен эффект преждевременной смертности (до достижения возраста 65 лет). Сегодня в России, если ситуация не изменится, только каждый второй мужчина, которому сегодня исполнилось 15 лет, доживет до 60 лет. Если бы эффект преждевременной смертности удалось преодолеть, то ОПЖ повысилась бы на 13,4 лет (это наибольший возможный прирост ОПЖ в Европе).

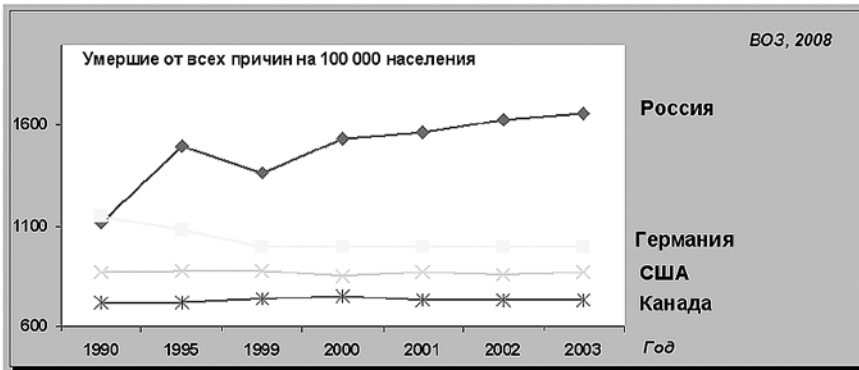
Таким образом, по мнению экспертов ВОЗ, в РФ наблюдается беспрецедентный для мирного времени феномен повышения смертности в большинстве групп населения.

Как было показано выше, наиболее тревожное положение сложилось в группах трудоспособного населения. Проанализируем структуру смертности населения РФ и сопоставим с аналогичными показателями в развитых странах ЕС. Основными причинами смертности населения РФ являются сердечно-сосудистые заболевания,

### Вероятная продолжительность жизни (годы), вся популяция



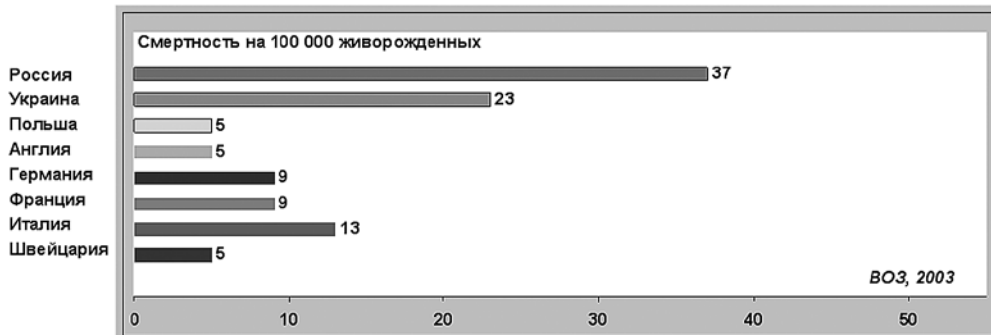
### Смертность населения



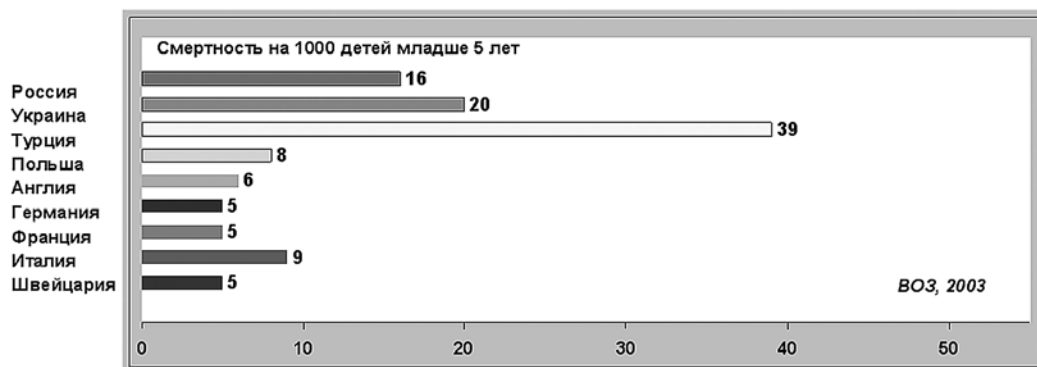
### Смертность взрослого населения



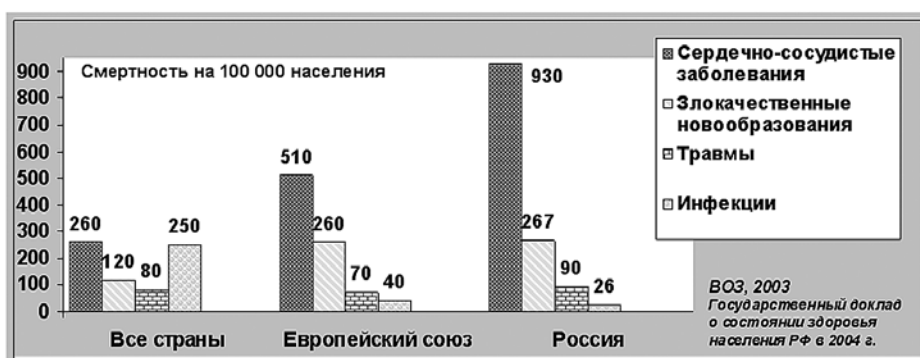
### Материнская смертность



## Смертность детей



## Основные причины смерти населения в мире, странах ЕС и России



**Рис. 1. Показатели здоровья населения Российской Федерации**

злокачественные новообразования, а также травмы и отравления. Данная структура смертности не отличается от аналогичной в развитых странах ЕС.

Однако смертность от ССЗ превышает аналогичный показатель для стран ЕС в 3,5 раза (в возрастной группе 45–59 лет – в 7 раз, мужчин в возрасте 30–44 года – в 10 раз). Как показано на рис. 2а, смертность от ССЗ в РФ неуклонно растет. Несмотря на успехи кардиологии и кардиохирургии, смертность от ССЗ увеличилась в РФ за период с 1970 г. на 117%, тогда как в странах ЕС неуклонно снижалась (рис. 2б).

Смертность от злокачественных новообразований лишь на 2% превышает средний уровень для развитых стран ЕС, увеличилась за период с 1970 г. на 37%, но при этом в целом повторяет аналогичную динамику, характерную для данного показателя в развитых странах ЕС.

Значительное нарастание смертности в последние десятилетия в РФ наблюдается от внешних причин, что позволило экспертам ВОЗ говорить об «эпидемии травматизма и насилия в РФ». Данный показатель в 5 раз превышает аналогичный в развитых странах ЕС (226 случаев смерти на 100000 населения в РФ и, соответственно, 40 для стран Евр-А).

Таким образом, на основании проведенного анализа, можно заключить, что беспрецедентно высокая смертность трудоспособного населения обусловлена, главным образом, сердечно-сосудистыми заболеваниями (инфаркт миокарда и мозговой инсульт) и внешними причинами. Эти заболевания и причины в настоящее время отнесены к предотвратимым.

Инфаркт миокарда (ИМ) и мозговой инсульт могут быть предупреждены путем первичной профилактики (модификация факторов риска) и адекватного лечения пациентов, уже страдающих артериальной гипертензией и/или ИБС. Доказано, что правильная стратегия профилактики фатальных осложнений ССЗ снижает распространенность ИМ и инсульта на 80%. На основании анализа распространенности основных факторов риска ССЗ в популяции установлено, что в странах ЕС более 80 млн. человек имеют высокий риск смерти от ИМ или инсульта. Миллионы человеческих жизней можно сохранить, в том числе в нашей стране, при организации адекватной несложной курации пациентов группы высокого риска в амбулаторно-поликлинических условиях.

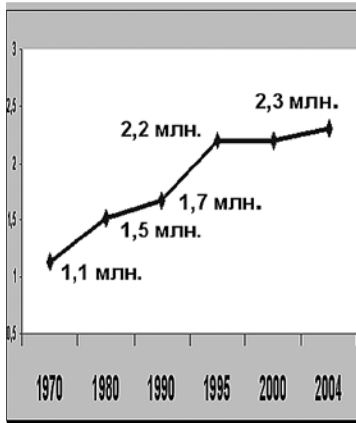
Показатели здоровья населения Самарской области представлены на рис. 2, из которого видно, что смертность в целом не отличается от данных по Российской Федерации. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний несколько меньше, чем в других регионах России, но значительно выше, чем данный показатель в развитых странах Европы (рис.3).

Приоритетными заболеваниями по обращаемости являются цереброваскулярные болезни, ИБС, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, которые представляют более 20% всех причин обращений за медицинской помощью в целом по области (рис. 4а). По данным анализа структуры обращаемости городской поликлиники № 5 г. ГО Самара (гл.врач Л.С.Федосеева) эти заболевания составляют более половины всех причин обращений в поликлинику (рис. 4б).



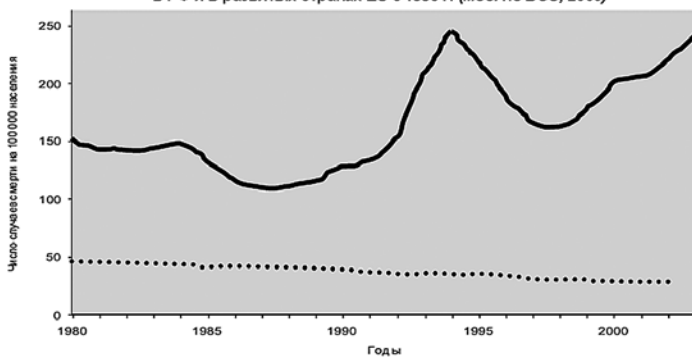
Смертность населения за период с 1970 по 2004 гг.

Умершие от всех причин:



а

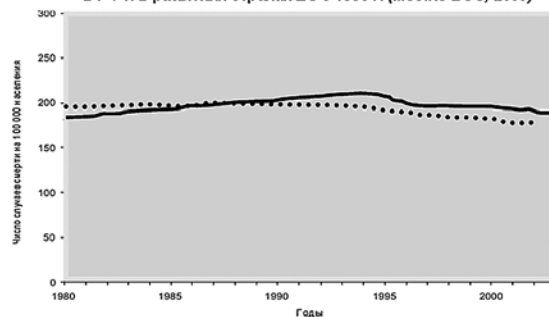
Динамика стандартизированных коэффициентов смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди мужчин в возрасте 30—44 года в РФ и в развитых странах ЕС с 1980 г. (мод. по ВОЗ, 2006)



Страны ЕС .....

Российская Федерация —

Динамика стандартизированных коэффициентов смертности от злокачественных новообразований среди людей всех возрастов в РФ и в развитых странах ЕС с 1980 г. (мод. по ВОЗ, 2006)

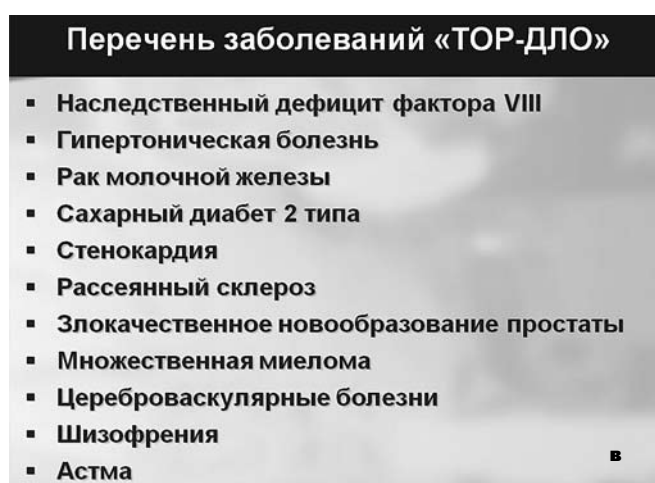


б

**Рис. 2. Динамика смертности населения РФ вследствие основных причин (а) и сравнение динамики смертности населения РФ и стран ЕС от сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований за период с 1980 г. (б)**

Показатели здоровья	РФ	Самарская область	
<b>Смертность</b>	<b>15,2</b>	<b>15,3</b>	=
Смертность от ССЗ	829	777	↓
Смертность от новообразований	202	192	↓
Смертность от внешних причин	174	207	↑
Материнская смертность	23,8	10,2	↓↓
Младенческая смертность	10,2	6,8	↓↓
Заболеваемость	1514	1880	↑
Доля недовольных пациентов	20-30%	10-33%	=

**Рис. 3. Показатели здоровья населения Самарской области**



**Рис. 4. Приоритетные заболевания населения Самарской области по обращаемости и расходам на ДЛО.. а – анализ 14 млн. посещений; б – анализ отчета о структуре 313635 посещений городской поликлиники №5 ГО Самара за 11 месяцев 2007 г.; в - приоритетные заболевания населения по расходам на ДЛО (данные ФОМС)**

Результаты анализа затрат по программе ДЛО населения показывают, что гипертоническая болезнь, стенокардия, сахарный диабет 2 типа являются не только наиболее распространенными, но и одними из наиболее затратных по расходам на лекарственное обеспечение (рис. 4в).

Таким образом, для снижения смертности населения от таких предотвратимых причин, как инфаркт миокарда и мозговой инсульт, необходимо установить контроль над болезнями, которые наиболее часто приводят к данным

осложнениям, а именно – гипертонической болезнью, стенокардией, сахарным диабетом 2 типа, а также обеспечить высокое качество ведения больных с уже развившимся инфарктом миокарда в целях снижения инвалидизации и летальности.

Ниже представлены сформированные на основе клинических рекомендаций европейского кардиологического общества профили индикаторы качества при данных заболеваниях.

## 2. ПРОФИЛЬ ИНДИКАТОРОВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

### Клинические рекомендации:

European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.

### Характеристика пациентов, включаемых в контрольное исследование:

1. Документированный в листе заключительных диагнозов клинический диагноз: Гипертоническая болезнь... Эссенциальная артериальная гипертензия
2. Коды МКБ-10 в амбулаторной карте: I10–I13.9
3. Возраст 18–60 лет
4. Наличие в амбулаторной карте не менее 2 записей приема у врачей терапевтических специальностей

**№ Индикатор качества**

- Г1 Достижение целевого уровня артериального давления
- Г2 Проведение стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений
- Г3 Исследование общего холестерина в крови в последних 3 лет
- Г4 Исследование ЛПНП в крови в течение последних 3 лет
- Г5 Исследование калия в крови в течение последних 12 мес.
- Г6 Исследование креатинина в крови в течение последних 3 лет
- Г7 Исследование клиренса креатинина (проба Реберга) в течение последних 3 лет
- Г8 Исследование глюкозы в крови в течение последних 12 месяцев
- Г9 Проведен общий анализ мочи в течение последних 12 месяцев
- Г10 Исследована микроальбуминурия при отсутствии белка в общем анализе мочи
- Г11 Проведена ЭКГ течение последних 3 лет
- Г12 Проведена ЭхоКГ в течение последних 3 лет
- Г13 Проведено УЗИ брахиоцефальных артерий в течение последних 3 лет
- Г14 Проведено суточное мониторирование АД в течение последних 3 лет
- Г15 Проведена офтальмоскопия в течение последних 3 лет
- Г16 Назначена гипотензивная терапия
- Г17 Назначена гиполипидемическая терапия
- Г18 Лечение ацетилсалициловой кислотой
- Г19 Есть запись о диспансерном наблюдении в течение 12 мес.

**Описание индикаторов качества**

**Гипертоническая болезнь**

**Измерение 1**

Индикатор качества	Достижение целевого уровня АД у больных гипертонической болезнью	
Код	Г1	
Источники КР	European Society of Hypertension–European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Целевой уровень АД	
	Взрослые (18 лет и старше)	менее 140/90 мм рт.ст.
Определение ИК	Сахарный диабет	менее 130/80 мм рт.ст
	Протеинурия	менее 130/80 мм рт.ст
	ХПН	
	ИБС ОНМК	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых достигнуто целевое значение АД
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности лечения Оценка достижения результата	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

**Гипертоническая болезнь**  
**Измерение 2**

Индикатор качества	Проведение стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений у больных гипертонической болезнью в соответствии с клиническими рекомендациями																																							
Код	Г2																																							
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.																																							
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>Стратификация общего сердечно-сосудистого риска должна быть проведена у всех больных АГ</li> </ul>																																							
Определение ИК	<ul style="list-style-type: none"> <li>Выбор стратегии лечения (инициация медикаментозного лечения, определение целевого уровня АД, использование комбинированной терапии, назначение статинов) в значительной степени определяется исходным уровнем сердечно-сосудистого риска</li> <li>Тотальный риск выражается абсолютным риском развития сердечно-сосудистых осложнений заболевания в течение 10 лет</li> </ul> <p><b>Факторы риска инсульта, инфаркта миокарда</b> АГ 1-3 степени Возраст &gt;55 лет (муж.); &gt; 65 лет (жен.) Курение Холестерин &gt;6.5 ммоль/л (250 мг/дл); ХС ЛНП &gt; 4.0 ммоль/л (155 мг/дл); ХС ЛВП &lt;1.0 ммоль/л (40 мг/дл) для мужчин и &lt;1.2 ммоль/л (48 мг/дл) для женщин. Случаи ССЗ в семье мужчин в возрасте &lt;55 лет, женщин для &lt;65 лет Абдоминальное ожирение (окр. талии &gt;102 см для муж. и &gt;88 см для жен.) С-реактивный белок ≥1 мг/дл (10 мг/л)</p> <p><b>Признаки поражения органов- мишеней</b> Гипертрофия ЛЖ (индекс Соколова &gt;28, ЭхоКГ) УЗ- признаки утолщения стенки сонных артерий или наличие бляшек Повышение креатинина (м – 115-133 мкмоль/л; ж- 104-124 мкмоль/л) Микроальбуминурия (30-300 мг 24 часа)</p> <p><b>Сахарный диабет</b> – Глюкоза натощак 7 ммол/л – Постпрандиальная глюкоза плазмы &gt; 11 ммол/л</p> <p><b>Сочетающиеся с АГ другие заболевания и синдромы</b> Церебро-сосудистое заболевание: ОНМК, ПНМК Заболевание сердца: инфаркт миокарда, стенокардия, хир. реваскуляризация, НК Почки: диабетическая нефропатия ХПН (м- креатинин &gt;133 мкмоль/л; ж- &gt;124 мкмоль/л), протеинурия &gt;300 г/24 часа Болезни периферических артерий Тяжелая ретинопатия – кровоизлияния или экссудаты, отек соска зрительного нерва</p> <p><b>Стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Другие факторы риска или заболевания*</th> <th colspan="5">Артериальное давление (мм рт. ст.)</th> </tr> <tr> <th>Нормальное 120-129/80-84</th> <th>Высокое норм. 130-139/85-89</th> <th>АГ ст. 1 140-159/90-99</th> <th>АГ ст. 2 160-179/100-109</th> <th>АГ ст. 3 ≥180/≥ 110</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Нет других факторов риска</td> <td colspan="2">Обычный риск</td> <td>Низкий риск</td> <td>Средний риск</td> <td>Высокий риск</td> </tr> <tr> <td>1-2 фактора риска</td> <td>Низкий риск</td> <td>Низкий риск</td> <td colspan="2">Средний риск</td> <td>Очень высокий</td> </tr> <tr> <td>≥3 фактора риска или поражение ОМ или диабет</td> <td>Средний риск</td> <td colspan="3">Высокий риск</td> <td>Очень высокий</td> </tr> <tr> <td>Сопутствующие клинические состояния</td> <td>Высокий риск</td> <td colspan="3">Очень высокий риск</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Другие факторы риска или заболевания*	Артериальное давление (мм рт. ст.)					Нормальное 120-129/80-84	Высокое норм. 130-139/85-89	АГ ст. 1 140-159/90-99	АГ ст. 2 160-179/100-109	АГ ст. 3 ≥180/≥ 110	Нет других факторов риска	Обычный риск		Низкий риск	Средний риск	Высокий риск	1-2 фактора риска	Низкий риск	Низкий риск	Средний риск		Очень высокий	≥3 фактора риска или поражение ОМ или диабет	Средний риск	Высокий риск			Очень высокий	Сопутствующие клинические состояния	Высокий риск	Очень высокий риск			
Другие факторы риска или заболевания*	Артериальное давление (мм рт. ст.)																																							
	Нормальное 120-129/80-84	Высокое норм. 130-139/85-89	АГ ст. 1 140-159/90-99	АГ ст. 2 160-179/100-109	АГ ст. 3 ≥180/≥ 110																																			
Нет других факторов риска	Обычный риск		Низкий риск	Средний риск	Высокий риск																																			
1-2 фактора риска	Низкий риск	Низкий риск	Средний риск		Очень высокий																																			
≥3 фактора риска или поражение ОМ или диабет	Средний риск	Высокий риск			Очень высокий																																			
Сопутствующие клинические состояния	Высокий риск	Очень высокий риск																																						
Определение ИК	Доля больных артериальной гипертензией, у которых проведена стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений в соответствии с клиническими рекомендациями (%)																																							



Метод вычисления	<p>Числитель: А    Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года</p> <p>Знаменатель: Б    Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведена стратификация риска</p> <p>Формула            <math>\frac{A}{B} \times 100\%</math></p>
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики Оценка правильности лечения
Целевое значение ИК	100%
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Гипертоническая болезнь...</li> <li>ii. Эссенциальная артериальная гипертензия</li> </ol> </li> <li>2. Коды МКБ-10: I10 - I13.9</li> <li>3. Возраст 18–60 лет</li> <li>4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей</li> </ol>
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

### Гипертоническая болезнь Измерение 3

Индикатор качества	Исследование общего холестерина в крови в течение последних 3 лет	
Код	ГЗ	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для оценки риска инфаркта и инсульта, решения вопроса о назначении статинов. Целевой уровень – менее 4,5 ммол/л.	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых проведено исследование общего холестерина в крови в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	<p>Числитель: А            Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых исследован общий холестерин в крови в течение последних 3 лет</p> <p>Знаменатель: Б            Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года</p> <p>Формула                    <math>\frac{A}{B} \times 100\%</math></p>	
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Гипертоническая болезнь...</li> <li>ii. Эссенциальная артериальная гипертензия</li> </ol> </li> <li>2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9</li> <li>3. Возраст 18–60 лет</li> <li>4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей</li> </ol>	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

**Гипертоническая болезнь**  
**Измерение 4**

Индикатор качества	Исследование ЛПНП в крови в течение последних 3 лет	
Код	Г4	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для оценки риска инфаркта и инсульта, решения вопроса о назначении статинов. Целевой уровень – менее 2,5 ммол/л.	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых исследован уровень ЛПНП в крови в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых исследован уровень ЛПНП в крови в течение последних 3 лет Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

**Гипертоническая болезнь**  
**Измерение 5**

Индикатор качества	Исследование ЛПНП в крови в течение последних 3 лет	
Код	Г5	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для оценки функции почек, обеспечения безопасности терапии диуретиками и ингибиторами АПФ, а также при определении причины резистентной к терапии АГ	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых исследован уровень калия в крови в течение последних 12 месяцев	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых исследован уровень калия в крови в течение последних 12 месяцев Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	

Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

## Гипертоническая болезнь

### Измерение 6

Индикатор качества	Исследование уровня креатинина в крови в течение последних 12 мес.	
Код	Г6	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для оценки функции почек, обеспечения безопасности гипотензивной терапии, а также при определении причины резистентной к терапии АГ. ХПН констатируют при уровне креатинина >133 мкмол/л у мужчин и >124 мкмол/л у женщин	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых исследован уровень креатинина в крови в течение последних 12 месяцев	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых исследован уровень креатинина в крови в течение последних 12 мес.
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

**Гипертоническая болезнь**  
**Измерение 7**

Индикатор качества	Исследование клиренса креатинина в течение последних 3 лет	
Код	Г7	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений, обеспечения эффективности и безопасности гипотензивной терапии, а также при определении причины резистентной к терапии АГ. ХПН констатируют при клиренсе креатинина ниже 60–70 мл/мин	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых исследован клиренс креатинина в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых исследован клиренс креатинина в течение последних 3 лет
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> <li>Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> <li>Гипертоническая болезнь...</li> <li>Эссенциальная артериальная гипертензия</li> </ol> </li> <li>Коды МКБ-10: I10 – I13.9</li> <li>Возраст 18–60 лет</li> <li>Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей</li> </ol>	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

**Гипертоническая болезнь**  
**Измерение 8**

Индикатор качества	Исследование уровня глюкозы в крови в течение последних 12 мес.	
Код	Г8	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений. Если уровень глюкозы, взятой натощак, выше 6,1 ммол/л, необходимо провести глюкозотолерантный тест. Если натощак глюкоза в крови $\geq 7,0$ ммол/л, или через 2 час после нагрузки глюкозой, глюкоза в венозной крови $\geq 11,1$ ммол/л, то диагностируется сахарный диабет	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых исследован уровень глюкозы в крови в течение последних 12 мес.	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых исследован уровень глюкозы в крови в течение последних 12 мес.
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$

Область применения ИК	Оценка правильности диагностики
Целевое значение ИК	100%
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

### Гипертоническая болезнь Измерение 9

Индикатор качества	Проведение общего анализа мочи в течение последних 12 месяцев	
Код	Г9	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений. Протеинурия ассоциируется с большим риском смерти от сердечно-сосудистых и других осложнений ГБ	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых проведен общий анализ мочи в течение последних 12 месяцев	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведен общий анализ мочи в течение последних 12 мес.
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	



**Гипертоническая болезнь**  
**Измерение 10**

Индикатор качества	Исследована микроальбуминурия при отсутствии белка в общем анализе мочи	
Код	Г10	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений. Микроальбуминурия коррелирует со смертностью больных ГБ как от сердечно-сосудистых, так и от иных осложнений. У больных СД является предиктором диабетической нефропатии	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых проведено исследование микроальбуминурии при отсутствии белка в общем анализе мочи	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведено исследование микроальбуминурии при отсутствии белка в общем анализе мочи
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> <li>Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> <li>Гипертоническая болезнь...</li> <li>Эссенциальная артериальная гипертензия</li> </ol> </li> <li>Коды МКБ-10: I10 – I13.9</li> <li>Возраст 18–60 лет</li> <li>Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей</li> </ol>	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

**Гипертоническая болезнь**  
**Измерение 11**

Индикатор качества	Проведение ЭКГ в течение последних 3 лет	
Код	Г11	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений, выявления гипертрофии левого желудочка	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых проведена ЭКГ в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведена ЭКГ в течение последних 3 лет
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.	

Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

## Гипертоническая болезнь Измерение 12

Индикатор качества	Проведение ЭхоКГ в течение последних 3 лет	
Код	Г12	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений. ЭхоКГ имеет большую чувствительность по сравнению в ЭКГ при выявлении гипертрофии ЛЖ. Гипертрофия ЛЖ является предиктором высокого риска ИМ и ОНМК. Должны быть измерены толщина МЖП, задней стенки ЛЖ, КДД ЛЖ, вычислена масса ЛЖ (показатели гипертрофии ЛЖ: 125 г/м <sup>2</sup> для мужчин и 110 г/м <sup>2</sup> для женщин). ЭхоКГ позволяет определить тип гипертрофии ЛЖ – концентрическая гипертрофия, эксцентричная гипертрофия и концентрическое ремоделирование ЛЖ. Концентрическая гипертрофия ЛЖ ассоциируется с наиболее высоким риском СС осложнений. Кроме того, ЭхоКГ должна использоваться для стандартной оценки систолической и диастолической функций ЛЖ. ЭхоКГ также позволяет определить размеры ЛП, дилатация которого ассоциируется с высоким риском ФП, сердечно-сосудистых заболеваний и смерти. ЭхоКГ косвенно позволяет судить о перенесенном ИМ или наличии ишемии миокарда по признакам нарушения локальной сократимости ЛЖ.	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых проведена ЭхоКГ в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведена ЭхоКГ в течение последних 3 лет Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

**Гипертоническая болезнь**  
**Измерение 13**

Индикатор качества	Проведение ультразвукового исследования брахецефальных артерий в течение последних 3 лет	
Код	Г13	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений.	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых проведено ультразвуковое исследование брахецефальных артерий в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведено ультразвуковое исследование брахецефальных артерий в течение последних 3 лет Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

**Гипертоническая болезнь**  
**Измерение 14**

Индикатор качества	Проведение суточное мониторирование АД артерий в течение последних 3 лет	
Код	Г14	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Показания: • значительная вариабельность показателей АД; • подозрение на «гипертензию белого халата» у больных с низким риском сердечно-сосудистых осложнений; • резистентная артериальная гипертензия; • наличие гипотонических эпизодов; • оценка адекватности медикаментозной терапии.	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых проведено суточное мониторирование АД в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведено суточное мониторирование АД в течение последних 3 лет Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года $\frac{A}{B} \times 100\%$

Область применения ИК	Оценка правильности диагностики
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

## Гипертоническая болезнь Измерение 15

Индикатор качества	Проведение офтальмоскопии в течение последних 3 лет	
Код	Г15	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	Проводится при тяжелой АГ. Имеет значение при стратификации риска сердечно-сосудистых осложнений	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, у которых проведена офтальмоскопия в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведена офтальмоскопия в течение последних 3 лет
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: i. Гипертоническая болезнь... ii. Эссенциальная артериальная гипертензия 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

**Гипертоническая болезнь  
Измерение 16**

Индикатор качества	Назначение гипотензивной терапии в соответствии с клиническими рекомендациями																																																				
Код	Г16																																																				
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.																																																				
Клинические рекомендации	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Высокое нормальное АД</th> <th colspan="4">Артериальная гипертензия 1-2 степени</th> <th>АГ 3 степени</th> </tr> <tr> <td colspan="4">130-139 / 85-89</td> <td colspan="4">140-179 / 90-109</td> <td>≥ 180/≥ 110</td> </tr> <tr> <th colspan="4">Риск</th> <th colspan="4">Риск</th> <td rowspan="4">Немедленное начало лечения Коррекция факторов риска</td> </tr> <tr> <th>Очень высокий</th> <th>Выс.</th> <th>Средний</th> <th>Низкий</th> <th>Очень выс.</th> <th>Выс.</th> <th>Средний</th> <th>Низкий</th> </tr> <tr> <td colspan="2">Назначение ЛС</td> <td>Измерять АД</td> <td>Не назначать ЛС</td> <td colspan="2">Назначение ЛС</td> <td colspan="2">Мониторинг АД и факторов риска 3 месяца</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> <td>АД ≥140/90 Лекарства</td> <td>АД &lt;140/90 Мониторинг</td> </tr> </thead> </table>		Высокое нормальное АД				Артериальная гипертензия 1-2 степени				АГ 3 степени	130-139 / 85-89				140-179 / 90-109				≥ 180/≥ 110	Риск				Риск				Немедленное начало лечения Коррекция факторов риска	Очень высокий	Выс.	Средний	Низкий	Очень выс.	Выс.	Средний	Низкий	Назначение ЛС		Измерять АД	Не назначать ЛС	Назначение ЛС		Мониторинг АД и факторов риска 3 месяца								АД ≥140/90 Лекарства	АД <140/90 Мониторинг
Высокое нормальное АД				Артериальная гипертензия 1-2 степени				АГ 3 степени																																													
130-139 / 85-89				140-179 / 90-109				≥ 180/≥ 110																																													
Риск				Риск				Немедленное начало лечения Коррекция факторов риска																																													
Очень высокий	Выс.	Средний	Низкий	Очень выс.	Выс.	Средний	Низкий																																														
Назначение ЛС		Измерять АД	Не назначать ЛС	Назначение ЛС		Мониторинг АД и факторов риска 3 месяца																																															
						АД ≥140/90 Лекарства	АД <140/90 Мониторинг																																														
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, которым назначена гипотензивная терапия																																																				
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, которым назначена гипотензивная терапия в соответствии с клиническими рекомендациями																																																			
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, у которых имелись показания к проведению гипотензивной терапии																																																			
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$																																																			
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики																																																				
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> <li>Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> <li>Гипертоническая болезнь...</li> <li>Эссенциальная артериальная гипертензия</li> </ol> </li> <li>Коды МКБ-10: I10 – I13.9</li> <li>Возраст 18–60 лет</li> <li>Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей</li> </ol>																																																				
Длительность оцениваемого периода	Год																																																				
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного																																																				

**Гипертоническая болезнь  
Измерение 17**

Индикатор качества	Назначение гиполипидемической терапии в соответствии с клиническими рекомендациями	
Код	Г17	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	<p>Гиполипидемические препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>все больные артериальной гипертензией, у которых диагностированы сердечно-сосудистое заболевание или сахарный диабет 2 типа, должны быть рассмотрены на предмет возможности назначения статинов для достижения уровня в крови общего холестерина менее 4,5 ммол/л (175 мг/дл) и ЛРНП менее 2,5 ммол/л (100 мг/дл) и ниже, если возможно;</li> <li>больные артериальной гипертензией, у которых не выявлено сердечно-сосудистое заболевание, но имеющие высокий сердечно-сосудистый риск (&gt;20% риска ИМ или ОНМК в течение 10 лет) должны также рассматриваться на предмет терапии статинами, даже при исходно нормальных уровнях общего холестерина и ЛПНП.</li> </ul>	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, которым назначена гиполипидемическая терапия в соответствии с клиническими рекомендациями	



Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, которым назначена гиполипидемическая терапия в соответствии с клиническими рекомендациями
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, у которых имелись показания к проведению гиполипидемической терапии
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Гипертоническая болезнь...</li> <li>ii. Эссенциальная артериальная гипертензия</li> </ol> 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

### Гипертоническая болезнь Измерение 18

Индикатор качества	Назначение ацетилсалициловой кислоты в соответствии с клиническими рекомендациями	
Код	Г18	
Источники КР	European Society of Hypertension–European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• дезагрегантная терапия, в частности, низкими дозами аспирина, должна быть назначена больным артериальной гипертонией, перенесших ИМ или ОНМК, при условии, что это не увеличивает риск кровотечения;</li> <li>• низкие дозы аспирина необходимо назначить больным артериальной гипертонией, не имеющих в анамнезе сердечно-сосудистого заболевания, если они старше 50 лет, имеют умеренное повышение уровня креатинина в крови или высокий риск развития ИМ и ОНМК;</li> <li>• в целях минимизации риска кровотечений терапию дезагрегантами следует начинать только после достижения контроля над АД</li> </ul>	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, которым назначена ацетилсалициловая кислота в соответствии с клиническими рекомендациями	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных гипертонической болезнью, которым назначена ацетилсалициловая кислота в соответствии с клиническими рекомендациями
	Знаменатель: Б	Общее число больных гипертонической болезнью, у которых имелись показания к назначению ацетилсалициловой кислоты
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Гипертоническая болезнь...</li> <li>ii. Эссенциальная артериальная гипертензия</li> </ol> 2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9 3. Возраст 18–60 лет 4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

**Гипертоническая болезнь**  
**Измерение 19**

Индикатор качества	Проведение диспансерного наблюдения больного гипертонической болезнью	
Код	Г19	
Источники КР	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007. – 28. – 1462–1536.	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• до достижения целевых значений АД посещения врача пациентом должны быть частыми, после достижения целевого уровня – более редкими, но позволяющими сохранить хорошую взаимосвязь «врач-пациент»;</li> <li>• пациенты, имеющие низкий риск или АГ 1 степени, могут обследоваться врачом с частотой 1 раз в 6 мес. и при этом должны дома регулярно измерять АД. При высоком или очень высоком риске при АГ обследования должны быть более частыми;</li> <li>• необходимо контролировать факторы риска и состояние органов-мишеней при АГ. Измерять массу ЛЖ (ЭхоКГ) и исследовать состояние каротидных артерий (УЗИ) необходимо не реже 1 раза в год;</li> <li>• лечение АГ при правильно установленном диагнозе является пожизненным. Осторожная попытка снизить дозу гипотензивных препаратов может быть предпринята только у больных с низким риском и при сохраняющемся контроле АД в течении длительного времени.</li> </ul> <p>По приказу МЗ СССР:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• наблюдение терапевтом 2–4 раза в год, в зависимости от тяжести;</li> <li>• консультация кардиологом, неврологом, офтальмологом 1 раз в год;</li> <li>• клинический анализ крови и об. ан.мочи 2-4 раза в год;</li> <li>• биохимический анализ крови 1 раз в год;</li> <li>• ЭКГ, рентгенография грудной клетки – 1 раз в год;</li> <li>• ЭхоКГ – не реже 1 раза в 2 года; ВЭМ – по показаниям.</li> </ul>	
Определение ИК	Доля больных гипертонической болезнью, которым проводится диспансерное наблюдение	
Метод вычисления	<p>Числитель: А</p> <p>Знаменатель: Б</p> <p>Формула</p>	<p>Число больных гипертонической болезнью, которым проведено диспансерное наблюдение в течение последних 12 месяцев</p> <p>Общее число больных гипертонической болезнью, обратившихся к врачу в течение календарного года</p> $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Целевое значение ИК	100%	
Источники обоснования целевого уровня	European Society of Hypertension-European Society of Cardiology 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J.// 2007.- 28.- 1462-1536	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Документированный в листе заключительных диагнозов в амбулаторной карте клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Гипертоническая болезнь...</li> <li>ii. Эссенциальная артериальная гипертензия</li> </ol> </li> <li>2. Коды МКБ-10: I10 – I13.9</li> <li>3. Возраст 18–60 лет</li> <li>4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей</li> </ol>	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

### 3. ПРОФИЛЬ ИНДИКАТОРОВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ больному стабильной стенокардией

#### Клинические рекомендации:

Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.

#### Характеристика пациентов, включаемых в контрольное исследование:

1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК...
2. Коды МКБ-10:  
I20 (стенокардия);  
I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия).
3. Возраст: 35 – 60 лет.
4. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей.

#### № Индикатор качества

- A1 Исследование общего холестерина в крови в последних 12 месяцев
- A2 Исследование ЛПНП в крови в течение последних 12 месяцев
- A3 Исследование ЛПВП в крови в течение последних 12 месяцев
- A4 Исследование триглицеридов в крови в течение последних 12 месяцев
- A5 Исследование креатинина в крови в течение последних 3 лет
- A6 Исследование глюкозы в крови в течение последних 12 месяцев
- A7 Проведен клинический анализ крови в течение последних 3 лет
- A8 Проведена ЭКГ течение последних 3 лет
- A9 Проведена ЭхоКГ в течение последних 3 лет
- A10 Проведена ЭКГ- проба с физической нагрузкой (ВЭМ или тредмил) при первичном обследовании
- A11 Назначена ацетилсалициловая кислота
- A12 Назначена гиполипидемическая терапия
- A13 Назначен б-блокатор после перенесенного инфаркта миокарда
- A14 Достижение целевого уровня артериального давления
- A15 Есть запись о диспансерном наблюдении в течение 12 мес.

#### Описание индикаторов качества

##### Стенокардия напряжения

##### Измерение 1–4

Индикатор качества	Исследование общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов в крови в течение последних 12 мес	
Код	A1-A4	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обязательное исследование у всех пациентов. Оценка риска и необходимости лечения.</li> <li>• Регулярное повторное ежегодное обследование. Оценка эффективности лечения. У пациентов с очень высокими уровнями липидов возможны более частые повторные тесты</li> </ul>	
Определение ИК	Доля больных стенокардией напряжения, у которых проведено исследование общего холестерина в крови в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	<p>Числитель: А</p> <p>Знаменатель: Б</p> <p>Формула</p>	<p>Число больных стенокардией напряжения, у которых исследован общий холестерин в крови в течение последних 12 мес.</p> <p>Общее число больных стенокардией напряжения</p> $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК...</li> <li>2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия).</li> <li>3. Возраст: 35–60 лет.</li> </ol> <p>Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей</p>	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

**Стенокардия напряжения**  
**Измерение 5**

Индикатор качества	Исследование уровня креатинина в крови в течение последних 12 мес.	
Код	А5	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Выявление нарушения почечной функции из-за сопутствующей патологии (артериальная гипертония, сахарный диабет, патология сосудов почек).</li> <li>•Регулярное повторное ежегодное обследование.</li> </ul>	
Определение ИК	Доля больных стабильной стенокардией, у которых исследован уровень креатинина в крови в течение последних 12 месяцев	
Метод вычисления	<p>Числитель: А</p> <p>Знаменатель: Б</p> <p>Формула</p>	<p>Число больных стабильной стенокардией, у которых исследован уровень креатинина в крови в течение последних 12 мес.</p> <p>Общее число больных стабильной стенокардией</p> $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК...</li> <li>2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия).</li> <li>3. Возраст: 35–60 лет.</li> </ol> <p>Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей</p>	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

**Стенокардия напряжения**  
**Измерение 6**

Индикатор качества	Исследование уровня глюкозы крови у больных стабильной стенокардией в течение последних 12 мес	
Код	А6	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Обязательное исследование. Выявление сахарного диабета.</li> <li>•Регулярное повторное ежегодное обследование</li> </ul>	
Определение ИК	Доля больных стабильной стенокардией, у которых исследован уровень глюкозы в крови в течение последних 12 месяцев	
Метод вычисления	<p>Числитель: А</p> <p>Знаменатель: Б</p> <p>Формула</p>	<p>Число больных стабильной стенокардией, у которых исследован уровень глюкозы в крови в течение последних 12 месяцев</p> <p>Общее число больных стабильной стенокардией в исследовании</p> $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК...</li> <li>2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия).</li> <li>3. Возраст: 35–60 лет.</li> </ol> <p>Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей</p>	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

**Стенокардия напряжения**  
**Измерение 7**

Индикатор качества	Проведение клинического анализа крови у больного стабильной стенокардией в течение последних 3 лет	
Код	A7	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование. Выявление причины ишемии миокарда.	
Определение ИК	Доля больных стабильной стенокардией, которым проведен клинический анализ крови в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных стабильной стенокардией, которым проведен клинический анализ крови в течение последних 3 лет
	Знаменатель: Б	Общее число больных стабильной стенокардией в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

**Стенокардия напряжения**  
**Измерение 8**

Индикатор качества	Проведение ЭКГ в течение последних 3 лет последних 3 лет	
Код	A8	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обязательное исследование</li> <li>• Вне болевого эпизода</li> <li>• Во время приступа болей</li> <li>• Для регулярной периодической оценки состояния пациентов с хронической стабильной стенокардией при отсутствии изменения клиники – показания спорные (ПвС)</li> </ul>	
Определение ИК	Доля больных стабильной стенокардией, у которых проведена ЭКГ в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных стабильной стенокардией, у которых проведена ЭКГ в течение последних 3 лет
	Знаменатель: Б	Общее число больных стабильной стенокардией в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	



Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

### Стенокардия напряжения Измерение 9

Индикатор качества	Проведение трансторакальной эхокардиографии больному стабильной стенокардии в течение последних 3 лет	
Код	A9	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для оценки сократительной способности миокарда и сопутствующих анатомических повреждений	
Определение ИК	Доля больных стенокардией напряжения, которым проведена ЭхоКГ в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных стенокардией напряжения, у которых проведена ЭхоКГ в течение последних 3 лет Общее число больных стабильной стенокардией в исследовании $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

### Стенокардия напряжения Измерение 10

Индикатор качества	Проведение пробы с физической нагрузкой у больных стабильной стенокардией	
Код	A10	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обязательное исследование при отсутствии противопоказаний только после тщательного клинического обследования и ЭКГ покоя;</li> <li>• У пациентов с симптомами стенокардии и промежуточной претестовой вероятностью ИБС, за исключением случаев, когда пациент не может выполнять нагрузку или есть изменения ЭКГ, препятствующие ее оценке.</li> </ul> <p>У пациентов с депрессией ST ≥ 1 мм на ЭКГ покоя или принимающие дигоксин? с низкой претестовой вероятностью ИБС (&lt; 10%) , а также для регулярной периодической оценки состояния пациентов с хронической стабильной стенокардией при отсутствии изменения клиники – показания спорные - ПбВ</p>	
Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых в стационаре проведен стресс-тест в стационаре (%)	

Метод вычисления	Числитель: А	Число больных стенокардией напряжения, у которых проведен стресс-тест
	Знаменатель: Б	Общее число больных стабильной стенокардией в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

### Стенокардия напряжения Измерение 11

Индикатор качества	Проведение лечения ацетилсалициловой кислотой больному стабильной стенокардией	
Код	A11	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	Аспирин 75 мг показан всем больным при отсутствии особых противопоказаний (т.е. активное желудочно-кишечное кровотечение, аллергия на аспирин, непереносимость аспирина в прошлом)	
Определение ИК	Доля больных стабильной стенокардией, которым проводится лечение ацетилсалициловой кислотой (%)	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных стенокардией напряжения, которым проводится лечение ацетилсалициловой кислотой
	Знаменатель: Б	Общее число больных стабильной стенокардией в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

### Стенокардия напряжения Измерение 12

Индикатор качества	Назначение гиполипидимической терапии больному стабильной стенокардией в соответствии с клиническими рекомендациями	
Код	A12	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	

Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем пациентам со стенокардией (или тем у кого 10 летний риск летальных сердечно-сосудистых осложнений &gt; 10%)</li> <li>• Целевое значение &lt; 4.5 ммоль/л (175 мг/дл) для общего холестерина &lt; 2.5 ммоль/л (96 мг/дл) для холестерина ЛПНП</li> </ul>
Определение ИК	Доля больных стабильной стенокардией, которым назначена гиполипидемическая терапия в соответствии с клиническими рекомендациями
Метод вычисления	<p>Числитель: А                      Число больных стабильной стенокардией, которым назначена гиполипидемическая терапия в соответствии с клиническими рекомендациями</p> <p>Знаменатель: Б                      Общее число больных стабильной стенокардией в исследовании</p> <p>Формула                                      <math>\frac{A}{B} \times 100\%</math></p>
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК...</li> <li>2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия).</li> <li>3. Возраст: 35–60 лет.</li> </ol> <p>Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей</p>
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

### Стенокардия напряжения Измерение 13

Индикатор качества	Проведение лечения бета-блокаторами больному стабильной стенокардией при отсутствии противопоказаний
Код	A13
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.
Клинические рекомендации	<p>Проверьте эффективность бета-1-блокатора и титруйте до полной дозировки, учитывайте необходимость защиты от ишемии на протяжении 24 часов</p> <p>При выборе между бета-блокатором и блокатором кальциевых каналов бета-блокатор – препарат выбора</p>
Определение ИК	Доля больных стабильной стенокардией, которым проводится лечение бета-блокаторами при отсутствии противопоказаний (%)
Метод вычисления	<p>Числитель: А                      Число больных стенокардией напряжения, которым проводится лечение бета-блокаторами при отсутствии противопоказаний</p> <p>Знаменатель: Б                      Общее число больных стенокардией напряжения, в исследовании</p> <p>Формула                                      <math>\frac{A}{B} \times 100\%</math></p>
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК...</li> <li>2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия).</li> <li>3. Возраст: 35–60 лет.</li> </ol> <p>Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей</p>
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

**Стенокардия напряжения**  
**Измерение 14**

Индикатор качества	Достижение целевого уровня АД у больных стенокардией напряжения	
Код	A14	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	Целевой уровень АД менее 130/80 мм рт.ст.	
Определение ИК	Доля больных стенокардией напряжения, которые имеют целевое значение АД (%)	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных стенокардией напряжения, которые имеют целевое значение АД Общее число больных стенокардией напряжения $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности лечения	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

**Стенокардия напряжения**  
**Измерение 15**

Индикатор качества	Проводится диспансерное наблюдение больного стабильной стенокардией	
Код	A15	
Источники КР	Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology //Eur Heart J. – 2006. – V. 27. P.1341-81.	
Клинические рекомендации	Для мониторинга эффективности лечения и управления модифицируемыми факторами риска фатальных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний	
Определение ИК	Доля больных стабильной стенокардией, которым проводится диспансерное наблюдение	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных стенокардией напряжения, которым проводится диспансерное наблюдение Общее число больных стенокардией напряжения, в исследовании $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики и лечения	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Клинический диагноз: ИБС ... Стенокардия напряжения, ФК... 2. Коды МКБ-10: I20 (стенокардия); I20.8 (другие формы стенокардии: стенокардия напряжения, стенокардия). 3. Возраст: 35–60 лет. Наличие в амбулаторной карте не менее двух записей о посещениях врачей терапевтических специальностей	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

#### 4. ПРОФИЛЬ ИНДИКАТОРОВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ больному инфарктом миокарда

##### Клинические рекомендации:

1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol.- 2004.- V. 44. – P.671–719;
2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66;
3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation.– 2008. – V. 117. – P.269–329;

##### Характеристика пациентов, включаемых в контрольное исследование:

1. Заключительный клинический диагноз:  
ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...;  
ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда...
2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3
3. Возраст 35–60 лет

##### № Индикатор качества

- Н1 Проведено исследование КФК в крови (негативный индикатор)  
 Н2 Проведено исследование МВ-КФК в крови  
 Н3 Зарегистрировано повышение тропонинов (I или T) в крови  
 Н4 Исследование общего холестерина в крови в стационаре  
 Н5 Исследование ЛПНП в крови в стационаре  
 Н6 Проведена трансторакальная ЭхоКГ в стационаре  
 Н7 Измерена глобальная фракция изгнания левого желудочка  
 Н8 Проведена проба с физической нагрузкой в стационаре в соответствии с клиническими рекомендациями  
 Н9 Проведена коронарография в стационаре в соответствии с клиническими рекомендациями  
 Н10 Аспирин назначен в первые сутки  
 Н11 бета-блокаторы назначены в первые сутки инфаркта миокарда  
 Н12 Статины назначены в стационаре в соответствии с клиническими рекомендациями  
 Н13 Аспирин рекомендован в выписке  
 Н14 бета-блокаторы рекомендованы в выписке  
 Н15 В выписке указаны целевые уровни холестерина и ЛПНП  
 Н16 В выписке рекомендован прием инг. АПФ или блокаторов к АГ II  
 Н17 В выписке рекомендован прием статинов  
 Н18 Тромболизис проведен в соответствии с клиническими рекомендациями  
 Н19 Чрескожная ангиопластика проведена в соответствии с клиническими рекомендациями  
 Н20 Переведен в кардиохирургическое отделение (ЛПУ) для кардиохирургического лечения в соответствии с клиническими рекомендациями  
 Н21 Время от поступления до начала фибринолитической терапии не превышает 30 мин  
 Н22 Время от поступления до чрескожной ангиопластики не превышает 90 мин

#### Инфаркт миокарда Измерение 1

Индикатор качества	Проведение исследования КФК в крови
Код	Н1
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329;
Клинические рекомендации	Рекомендованы повторные исследования КФК и МВ-КФК для оценки размера ИМ
Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых проведено исследование КФК (%)
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$ Число больных ИМ, у которых проведено исследование КФК Общее число больных ИМ в исследовании
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики. Оценка правильности реперфузии.



Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного

## Инфаркт миокарда Измерение 2

Индикатор качества	Проведение исследования МВ-КФК в крови	
Код	Н2	
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329;	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование в острой стадии ИМ (ESC); Рекомендованы повторные исследования КФК и МВ-КФК для оценки размера ИМ;	
Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых проведено исследование МВ-КФК (%)	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных ИМ, у которых проведено исследование КФК Общее число больных ИМ в исследовании $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики. Оценка правильности реперфузии.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного	

## Инфаркт миокарда Измерение 3

Индикатор качества	Повышение уровня тропонинов в крови использовано как критерий диагноза ИМ	
Код	Н3	
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction.ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>Кардиоспецифичные тропонины должны исследоваться как оптимальные биомаркеры у пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST, которые имеют сопутствующее повреждение скелетной мускулатуры. Европейская кардиологическая ассоциация в 2007 г. ввела признак динамики содержания тропонинов в крови относительно верхнего контрольного предела в качестве обязательного диагностического критерия ИМ;</li> <li>Серийное исследование биомаркеров некроза может быть полезно для неинвазивной оценки реперфузии в инфаркт-ассоциированной артерии после проведения фибринолитической терапии у больных, которым не выполнена ангиография в течение первых 24 часов после фибринолиза.</li> </ul>	

Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых выявлено повышение уровня тропонинов (%)
Метод вычисления	Числитель: А Число больных ИМ, у которых выявлено повышение уровня тропонинов Знаменатель: Б Общее число больных ИМ в исследовании Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики. Оценка правильности реперфузии.
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного

### Инфаркт миокарда Измерение 4–5

Индикатор качества	Исследование липидного спектра крови у больных инфарктом миокарда в стационаре
Код	H4 H5
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction.ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>Исследование проводят в течение первых 24 натошак</li> <li>Целевой уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) после ИМ – менее 100 mg/dL (2,5 ммол/л)</li> <li>При уровне ЛПНП 100 mg/dL и выше статины должны быть назначены при выписке из больницы</li> <li>При уровне ЛПНП 100 mg/dL и ниже, либо при неизвестном уровне, статины должны быть назначены при выписке из больницы</li> </ul>
Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых в стационаре проведено исследование липидного профиля (%)
Метод вычисления	Числитель: А Число больных ИМ, у которых в стационаре проведено исследование липидного профиля Знаменатель: Б Общее число больных ИМ в исследовании Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного

**Инфаркт миокарда  
Измерение 6–7**

Индикатор качества	Проведение трансторакальной эхокардиографии у больных инфарктом миокарда в стационаре	
Код	H6 H7	
Источники КР	<ol style="list-style-type: none"> <li>ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719;</li> <li>Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66;</li> <li>2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329;</li> <li>Universal definition of myocardial infarction. ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;</li> </ol>	
Клинические рекомендации	<p>В течение первых 30 мин.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>С использованием переносного эхокардиографа для: <ul style="list-style-type: none"> <li>• уточнения диагноза, особенно при БЛНПГ и ЭКС;</li> <li>• стратификации риска.</li> </ul> </li> </ul> <p>При последующем наблюдении:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Всем больным должна быть проведена оценка ФИ ЛЖ;</li> <li>• Всем больным с нижним ИМ и клиническим подозрением на ИМ правого желудочка;</li> <li>• При подозрении на развитие осложнений ИМ: острую МР, кардиогенный шок, прогрессирование ИМ, разрыв МЖП, внутрисердечный тромбоз, жидкость в перикарде;</li> <li>• Целесообразно повторить ЭхоКГ в подостром периоде ИМ для повторной оценки функции ЛЖ в целях подбора оптимальной терапии;</li> <li>• Целесообразно провести ЭхоКГ после ревазуляризации, если не проводилась вентрикулография.</li> </ul>	
Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых в стационаре проведена трансторакальная ЭхоКГ (%)	
Метод вычисления	<p>Числитель: А</p> <p>Знаменатель: Б</p> <p>Формула</p>	<p>Число больных ИМ, у которых в стационаре проведена трансторакальная ЭхоКГ</p> <p>Общее число больных ИМ в исследовании</p> $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> <li>Заключительный клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> <li>ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...;</li> <li>ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда...</li> </ol> </li> <li>Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3</li> <li>Возраст 35–60 лет</li> </ol>	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного	

**Инфаркт миокарда  
Измерение 8**

Индикатор качества	Проведение проба с физической нагрузкой у больных инфарктом миокарда в стационаре	
Код	H8	
Источники КР	<ol style="list-style-type: none"> <li>ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719;</li> <li>Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66;</li> <li>2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329;</li> <li>Universal definition of myocardial infarction. ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;</li> </ol>	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стресс-тест должен быть выполнен либо в больнице, либо сразу после выписки у больных, у которых не планируется КГ и не относящихся к группе высокого риска, имеющих стабильную ЭКГ на протяжении 48-72 часов до выполнения стресс-теста, без стенокардии и СН. ЭКГ-стресс тест с достижением субмаксимальной нагрузки (70% от макс. ЧСС, 5 METs) выполняется на 3-5 день, позднее - симптомлимитирующий тест;</li> <li>• У больных с исходно измененной ЭКГ, затрудняющей интерпретацию, стресс-эхокардиографию или ЭхоКГ-исследование перфузии миокарда необходимо выполнить в дополнение к стандартному стресс-тесту.</li> </ul>	

Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых в стационаре проведен стресс-тест в стационаре (%)	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных ИМ, у которых проведен стресс-тест в стационаре
	Знаменатель: Б	Общее число больных ИМ в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного	

### Инфаркт миокарда Измерение 9

Индикатор качества	Проведение коронарографии у больных инфарктом миокарда в стационаре	
Код	Н9	
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction.ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;	
Клинические рекомендации	<p>В остром периоде:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Перед первичной или ургентной АПК;</li> <li>• При кардиогенном шоке при возможности реваскуляризации;</li> <li>• Перед хирургическим лечением разрыва МЖП или тяжелой МР;</li> <li>• При нестабильной гемодинамики и рецидивирующих жизнеугрожающих аритмиях, резистентных к терапии.</li> </ul> <p>При дальнейшем лечении:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• При спонтанных эпизодах ишемии миокарда или приступах ишемии миокарда, провоцируемых минимальной нагрузкой;</li> <li>• При выявлении промежуточного или высокого риска смерти от ССЗ по результатам проведения неинвазивного обследования;</li> <li>• При нестабильной гемодинамике ;</li> <li>• При развитии сердечной недостаточности в остром периоде с последующим сохранением нормальной функции ЛЖ при дальнейшем наблюдении;</li> <li>• При подозрении на иную, чем тромбоз коронарной артерии на фоне атеросклероза, причину ИМ, а именно, тромбоз коронарной артерии на иной, чем тромботическая окклюзия на фоне атеросклероза коронарной артерии, некоторые метаболические и гематологические заболевания, спазм коронарной артерии;</li> <li>• При наличии любого из следующих признаков: сахарный диабет, ФИ ЛЖ менее 40%, сердечная недостаточность, предшествующая реваскуляризация, жизнеугрожающие аритмии.</li> </ul>	
Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых в стационаре проведена коронарография в соответствии с показаниями	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных ИМ, у которых в стационаре проведена КГ в соответствии с показаниями
	Знаменатель: Б	Общее число больных ИМ в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	

Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного
------------------------	---

### Инфаркт миокарда Измерение 10, 13

Индикатор качества	Ацетилсалициловая кислота назначена в первые сутки госпитализации Ацетилсалициловая кислота рекомендована при выписке	
Код	H10 H13	
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction.ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>Показана всем больным, которые не получали АСК до развития ИМ, в дозе 162 мг с первых минут ИМ. В дальнейшем АСК назначается для постоянного приема в дозе 75-162 мг в сутки для постоянного приема;</li> <li>Показана всем больным, которые не получали АСК до развития ИМ. в дозе 325 мг. ;</li> <li>В начале лечения не рекомендуется использовать кишечнорастворимые формы ацетилсалициловой кислоты.</li> </ul>	
Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых ацетилсалициловая кислота назначена в первые сутки (%) (рекомендована при выписке)	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных ИМ, которым в первые сутки назначена ацетилсалициловая кислота (рекомендована при выписке) Общее число больных ИМ в исследовании $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного	

### Инфаркт миокарда Измерение 11, 14

Индикатор качества	Бета-блокаторы назначены в первые сутки госпитализации Бета-блокаторы рекомендованы при выписке	
Код	H11 H14	
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction.ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>Назначаются перорально всем больным при отсутствии противопоказаний вне зависимости от проводимой фибринолитической терапии или первичной ангиопластики коронарной артерии</li> <li>Целесообразно назначение внутривенной инфузии б-блокатора у больных ИМ при отсутствии противопоказаний, особенно, если имеют место тахикардия или гипертензия;</li> <li>После перенесенного ИМ назначаются всем больным, не имеющих противопоказаний и за исключением тех, у кого низкий риск развития фатальных осложнений ССЗ (нормальная ФИ ЛЖ, успешная реперфузия, отсутствие значимых желудочковых аритмий (IA));</li> <li>При наличии среднетяжелой или тяжелой левожелудочковой недостаточности терапия б-блокаторами у больных, перенесшим ИМ, должна осуществляться по градуированной схеме;</li> <li>Показаны всем больным, перенесшим ИМ, не имеющих противопоказаний (IIaA).</li> </ul>	



Определение ИК	Доля больных ИМ, у которых ацетилсалициловая кислота назначена в первые сутки (%)	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных ИМ, которым в первые сутки назначены бета-блокаторы (рекомендованы при выписке)
	Знаменатель: Б	Общее число больных ИМ в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного	

### Инфаркт миокарда Измерение 12, 15

Индикатор качества	Статины назначены в стационаре В выписке указаны целевые уровни холестерина и ЛПНП	
Код	H12 H15	
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction. ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Целевой уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) после ИМ - менее 100 mg/dL (2,5 ммол/л);</li> <li>• При уровне ЛПНП 100 mg/dL и выше статины должны быть назначены при выписке из больницы;</li> <li>• При уровне ЛПНП 100 mg/dL и ниже, либо при неизвестном уровне, статины должны быть назначены при выписке из больницы.</li> </ul>	
Определение ИК	Доля больных ИМ, которым назначены статины в стационаре (%) (в выписке указаны целевые уровни холестерина и ЛПНП)	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных ИМ, которым назначены статины в стационаре (в выписке указаны целевые уровни холестерина и ЛПНП)
	Знаменатель: Б	Общее число больных ИМ в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного	

**Инфаркт миокарда  
Измерение 16**

Индикатор качества	В выписке рекомендован прием ингибиторов АПФ или блокаторов к АГ II	
Код	H16	
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction.ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Целевой уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) после ИМ – менее 100 mg/dL (2,5 ммол/л)</li> <li>• При уровне ЛПНП 100 mg/dL и выше статины должны быть назначены при выписке из больницы</li> <li>• При уровне ЛПНП 100 mg/dL и ниже, либо при неизвестном уровне, статины должны быть назначены при выписке из больницы</li> </ul>	
Определение ИК	Доля больных ИМ, которым назначены статины в стационаре (%) (в выписке указаны целевые уровни холестерина и ЛПНП)	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных ИМ, которым назначены статины в стационаре (в выписке указаны целевые уровни холестерина и ЛПНП) Общее число больных ИМ в исследовании $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного	

**Инфаркт миокарда  
Измерение 17**

Индикатор качества	В выписке рекомендован прием ингибиторов АПФ или блокаторов к АГ II	
Код	H17	
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction.ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Назначаются перорально в течение первых 24 часов при отсутствии артериальной гипотензии (АД сист. не менее 100 мм рт.ст.) и других противопоказаний в случаях:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Передний ИМ</li> <li>– Признаки застоя в малом круге</li> <li>– ФИ &lt;40%</li> </ul> </li> <li>• В последующем назначаются всем больным ИМ, переносящим препараты этой группы на длительный период времени IA</li> <li>• Назначаются перорально в течение первых 24 часов при отсутствии артериальной гипотензии без вышеперечисленных признаков IIaB</li> </ul>	

Определение ИК	Доля больных ИМ, которым в выписке рекомендован прием ингибиторов АПФ или блокаторов к АГ II (%)	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных ИМ, которым в выписке рекомендован прием ингибиторов АПФ или блокаторов к АГ II
	Знаменатель: Б	Общее число больных ИМ в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного	

### Инфаркт миокарда Измерение 18

Индикатор качества	Проведен тромболитический лечение больному инфарктом миокарда	
Код	H18	
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction // Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction. ESC/ACCF/AHA/WHF // European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фибринолитическая терапия проводится больным ИМ не позднее, чем в течение первых 12 часов от начала заболевания при наличии на ЭКГ подъема ST &gt; 0.1 mV в двух и более отв. IА;</li> <li>• Фибринолитическая терапия при отсутствии противопоказаний проводится у больных с ИМ не позднее, чем в течение первых 12 часов от начала заболевания и впервые выявленной блокады левой ветви пучка Гиса IА;</li> <li>• Фибринолитическая терапия при отсутствии противопоказаний проводится у больных с задним ИМ не позднее, чем в течение первых 12 часов от начала заболевания IIаС;</li> <li>• Фибринолитическая терапия при отсутствии противопоказаний проводится у больных с задним ИМ не позднее, чем в течение первых 12-24 часов от начала заболевания, у которых сохраняются симптомы ишемии и подъем ST &gt; 0.1 mV в двух и более отв. IIаВ.</li> </ul>	
Определение ИК	Доля больных ИМ, которым проведена фибринолитическая терапия (%)	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных ИМ, которым проведена фибринолитическая терапия
	Знаменатель: Б	Общее число больных ИМ в исследовании
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	1. Заключительный клинический диагноз: i. ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...; ii. ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда... 2. Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3 3. Возраст 35–60 лет	
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного	

**Инфаркт миокарда  
Измерение 19**

Индикатор качества	Проведение чрескожной первичная ангиопластики больному инфарктом миокарда
Код	H19
Источники КР	1. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – V. 44. – P.671–719; 2. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-elevation // Eur. Heart J. – 2003. – V. 24. – P.28–66; 3. 2007 FocusedSUpdate of CtheSACC/AHAT2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction// Circulation. – 2008. – V. 117. – P.269–329; 4. Universal definition of myocardial infarction.ESC/ACCF/AHA/WHF// European Heart Journal. – 2007. – Vol.28. – P. 2525–2538;
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>Показана не позднее, чем через 12 часов от начала заболевания при возможности выполнения в течение 90 мин от поступления квалифицированным врачом, (не менее 75 АПК в год) в больнице, где выполняются не менее 200 АКА, (из них не менее 36 - при ИМ), имеющей кардиохирургическое отделение;</li> <li>В течение первых 3 часов заболевания, АПК является предпочтительной по отношению к медикаментозному фибринолизу, если она может быть выполнена своевременно, т.е. время, рассчитанное по формуле: (Время от поступления до введения катетера в коронарную артерию «от двери до баллона») – (время от поступления до начала лечения «от двери до иглы») менее 1 часа;</li> <li>Показана в течение 36 часов от начала заболевания у пациентов моложе 75 лет, которых развился кардиогенный шок (в течение 18 часов от начала шока);</li> <li>Показана в течение 36 часов от начала заболевания у пациентов старше 75 лет, которых развился кардиогенный шок (в течение 18 часов от начала шока);</li> <li>Показана в течение 24 часов при развитии в течении 1 часа тяжелой СН, гемодинамической или электрофизиологической нестабильности, сохраняющихся признаках ишемии.</li> </ul>
Определение ИК	Доля больных ИМ, которым проведена чрескожная первичная ангиопластика (%)
Метод вычисления	<p>Числитель: А Число больных ИМ, которым проведена чрескожная первичная ангиопластика</p> <p>Знаменатель: Б Общее число больных ИМ в исследовании</p> <p>Формула <math>\frac{A}{B} \times 100\%</math></p>
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ol style="list-style-type: none"> <li>Заключительный клинический диагноз: <ol style="list-style-type: none"> <li>ИБС Острый трансмуральный инфаркт миокарда...;</li> <li>ИБС Острый крупноочаговый инфаркт миокарда...</li> </ol> </li> <li>Коды МКБ-10: I21.0; I21.1; I21.2; I21.3</li> <li>Возраст 35–60 лет</li> </ol>
Длительность оцениваемого периода	Период госпитализации
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты стационарного больного

**5. ПРОФИЛЬ ИНДИКАТОРОВ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
больному сахарным диабетом 2 типа**

**Характеристика пациентов, включаемых в контрольное исследование:**

- Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа
- Код МКБ-10: E11
- Возраст: моложе 61 года

- № Индикатор качества**
- Д1 Исследование Нв А1с в течение последних 6 мес.
- Д2 Достигнуто целевое значение концентрации глюкозы в крови натощак по данным самоконтроля в течение предшествующих 3 мес.
- Д3 Достигнут целевой уровень АД
- Д4 Исследование общего холестерина в крови в в течение последнего года
- Д5 Исследование ЛПНП в крови в в течение последних 3 лет
- Д6 Исследование креатинина в крови в течение последних 12 месяцев
- Д7 Исследование клиренса креатинина (проба Реберга) в течение последних 3 лет
- Д8 Проведен общий анализ мочи в течение последних 12 месяцев
- Д9 Проведена офтальмоскопия в течение последних 12 месяцев
- Д10 Назначена гиполипидемическая терапия

- Д11 Назначено лечение ацетилсалициловой кислотой  
 Д12 Проведена вакцинация против гриппа  
 Д13 Есть запись о диспансерном наблюдении в течение 12 мес.  
 Д14 Есть запись об обучении в школе больных сахарным диабетом

**Сахарный диабет 2 типа**  
**Измерение 1**

Индикатор качества	Исследование Hb A1c в течение последних 6 мес.
Код	Д1
Источники КР	1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Применяется для оценки углеводного обмена пациента за последние 3 месяца и решения вопроса о необходимости коррекции сахароснижающей терапии, неинформативен при анемии за счет снижения Hb в целом;</li> <li>• Снижение уровня Hb A1c ассоциировано с уменьшением частоты развития диабетической микроангиопатии и нейропатии;</li> <li>• Целевой уровень Hb A1c – 6,5-7 %.</li> </ul>
Определение ИК	Доля больных СД2, у которых исследован уровень Hb A1c в течение последних 6 мес.
Метод вычисления	Числитель: А Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых исследован уровень Hb A1c в течение последних 6 мес. Знаменатель: Б Общее число больных СД2, включенных в исследование Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики. Оценка правильности лечения
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа</li> <li>• Код МКБ-10: E11</li> <li>• Возраст: моложе 61 года</li> </ul>
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

**Сахарный диабет 2 типа**  
**Измерение 2**

Индикатор качества	Достигнуто целевое значение концентрации глюкозы в крови натощак по данным самоконтроля в течение предшествующих 3 мес.
Код	Д2
Источники КР	1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В дебюте заболевания и при декомпенсации осуществляется ежедневно несколько раз в день, в дальнейшем зависит от целей и вида сахароснижающей терапии;</li> <li>• Клинические исследования, продемонстрировавшие ценность строгого контроля гликемии с помощью инсулинотерапии, использовали самоконтроль глюкозы крови как важную часть тактики ведения пациента;</li> <li>• Самоконтроль должен осуществляться не реже 3 раз в день у пациентов находящихся на интенсифицированной схеме инсулинотерапии.</li> </ul>
Определение ИК	Доля больных СД2, у которых достигнут целевой уровень глюкозы по данным самоконтроля
Метод вычисления	Числитель: А Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых достигнут целевой уровень глюкозы по данным самоконтроля Знаменатель: Б Общее число больных СД2, включенных в исследование Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики. Оценка правильности лечения
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа</li> <li>• Код МКБ-10: E11</li> <li>• Возраст: моложе 61 года</li> </ul>



Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

### Сахарный диабет 2 типа Измерение 3

Индикатор качества	Достигнут целевой уровень АД
Код	ДЗ
Источники КР	1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Достижение целевых показателей АД снижает риск развития и прогрессирования нефропатии</li> <li>• Целевые показатели САД для пациентов с СД &lt; 130 мм рт. ст.;</li> <li>• Целевые показатели ДАД для пациентов с СД &lt; 80 мм рт. ст.;</li> <li>• Пациенты с артериальной гипертонией (САД ≥ 140 мм рт. ст. или ДАД ≥ 90 мм рт. ст.) должны получать антигипертензивную терапию в дополнение к изменению образа жизни</li> <li>• Для достижения целевых показателей АД обычно требуется комбинированная терапия (2 и более препарата в среднетерапевтических дозировках) ;</li> <li>• Попытка компенсации пациента с САД 130-139 мм рт. ст. или ДАД 80-89 мм рт. ст. с помощью немедикаментозных методов лечения должна длиться не более 3 месяцев. Если целевые цифры не достигаются, дополнительно назначаются ИАПФ или АА II. ;</li> <li>• Начинать антигипертензивную терапию у пациентов с АД &gt; 140/90 мм рт. ст. необходимо с классов, продемонстрировавших доказанное снижение сердечно-сосудистой смертности у больных СД – иАПФ, АА II, β-блокаторов, диуретиков и блокаторов кальциевых каналов</li> <li>• ИАПФ уменьшают риск развития и прогрессирования нефропатии;</li> <li>• Все пациенты с СД и АГ должны получать антигипертензивную терапию, которая включает либо иАПФ, либо АА II. В случае непереносимости одного класса (обычно это иАПФ), назначается другой. Если целевые показатели АД не достигаются, добавляется диуретик.</li> </ul> <p>У пациентов старших возрастных групп АД должно снижаться постепенно с целью предотвращения осложнений.</p>
Определение ИК	Доля больных СД2, у которых достигнут целевой уровень АД
Метод вычисления	<p>Числитель: А                      Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых достигнут целевой уровень АД</p> <p>Знаменатель: Б                    Общее число больных СД2, включенных в исследование</p> <p>Формула                            <math>\frac{A}{B} \times 100\%</math></p>
Область применения ИК	Оценка правильности лечения
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа</li> <li>• Код МКБ-10: E11</li> <li>• Возраст: моложе 61 года</li> </ul>
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

### Сахарный диабет 2 типа Измерение 4

Индикатор качества	Исследование общего холестерина в крови в течение последнего года
Код	Д4
Источники КР	1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для оценки риска инфаркта и инсульта, решения вопроса о назначении статинов. Целевой уровень – менее 4,5 ммол/л.
Определение ИК	Доля больных СД2, у которых проведено исследование общего холестерина в крови в течение последнего года

Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведено исследование общего холестерина в крови в течение последнего года Общее число больных СД2, включенных в исследование $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа</li> <li>• Код МКБ-10: E11</li> <li>• Возраст: моложе 61 года</li> </ul>	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

### Сахарный диабет 2 типа Измерение 5

Индикатор качества	Исследование ЛПНП в крови в течение последних 3 лет	
Код	Д5	
Источники КР	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокриологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007</li> <li>2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006</li> </ol>	
Клинические рекомендации	Обязательное исследование для оценки риска инфаркта и инсульта, решения вопроса о назначении статинов. Целевой уровень – менее 2,5 ммол/л.	
Определение ИК	Доля больных СД2, у которых проведено исследование ЛПНП в крови в течение последних 3 лет	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведено исследование ЛПНП в крови в течение последних 3 лет Общее число больных СД2, включенных в исследование $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа</li> <li>• Код МКБ-10: E11</li> <li>• Возраст: моложе 61 года</li> </ul>	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

### Сахарный диабет 2 типа Измерение 6

Индикатор качества	Исследование креатинина в крови в течение последнего года	
Код	Д6	
Источники КР	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокриологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007</li> <li>2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006</li> </ol>	
Клинические рекомендации	<p>Скрининг нарушения фильтрационной способности почек:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– в момент диагностики СД;</li> <li>– 1 раз в год при отсутствии диабетической нефропатии или при микроальбуминурии;</li> <li>– 1 раз в 6 месяцев при протеинурии;</li> <li>– 1 раз в месяц при ХПН;</li> <li>– чаще в начале лечения иАПФ, АА II и диуретиками.</li> </ul> <p>Креатинин используют для расчета скорости клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта-Голта:</p> $СКФ = \frac{k \times [(140 - \text{возраст (годы)}) \times \text{масса тела (кг)}]}{\text{креатинин крови (мкмоль/л)}}$ <p>где k равен 1,23 для мужчин и 1,05 для женщин</p>	

Определение ИК	Доля больных СД2, у которых проведено исследование креатинина в крови в течение последнего года
Метод вычисления	Числитель: А Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведено исследование креатинина в крови в течение последнего года Знаменатель: Б Общее число больных СД2, включенных в исследование Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа</li> <li>• Код МКБ-10: E11</li> <li>• Возраст: моложе 61 года</li> </ul>
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

### Сахарный диабет 2 типа Измерение 7

Индикатор качества	Исследование клиренса креатинина в крови в течение последних 3 лет
Код	Д7
Источники КР	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007</li> <li>2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006</li> </ol>
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В момент диагностирования СД</li> <li>• 1 раз в год при отсутствии диабетической нефропатии или при микроальбуминурии</li> <li>• 1 раз в 6 месяцев при протеинурии</li> </ul> 1 раз в месяц при ХПН
Определение ИК	Доля больных СД2, у которых проведено исследование клиренса креатинина в течение последних 3 лет
Метод вычисления	Числитель: А Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведено исследование клиренса креатинина в крови в течение последних 3 лет Знаменатель: Б Общее число больных СД2, включенных в исследование Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа</li> <li>• Код МКБ-10: E11</li> <li>• Возраст: моложе 61 года</li> </ul>
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

### Сахарный диабет 2 типа Измерение 8

Индикатор качества	Исследование ЛПНП в крови в течение последних 3 лет
Код	Д8
Источники КР	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007</li> <li>2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006</li> </ol>
Клинические рекомендации	1 раз в год с целью скрининга протеинурии и сопутствующих заболеваний мочевыделительной системы
Определение ИК	Доля больных СД2, у которых проведено исследование общего анализа мочи в крови в течение последнего года
Метод вычисления	Числитель: А Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведено исследование общего анализа мочи в течение последнего года

	Знаменатель: Общее число больных СД <sub>2</sub> , включенных в исследование Б Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа</li> <li>• Код МКБ-10: E11</li> <li>• Возраст: моложе 61 года</li> </ul>
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

### Сахарный диабет 2 типа Измерение 9

Индикатор качества	Исследование ЛПНП в крови в течение последних 3 лет
Код	Д9
Источники КР	1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006
Клинические рекомендации	Первичный осмотр в момент диагностирования СД, далее: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 раз в год при отсутствии диабетической ретинопатии (ДР), протеинурии и поддержании компенсации и субкомпенсации углеводного обмена,</li> <li>• 1 раз в 6–8 месяцев при отсутствии ДР у пациентов с протеинурией и HbA<sub>1c</sub> &gt; 9%,</li> <li>• 1 раз в 6–8 месяцев в случае непролиферативной ДР,</li> <li>• 1 раз в 3–4 месяца в случае препролиферативной ДР,</li> <li>• 1 раз в 2–3 месяца в случае пролиферативной ДР,</li> <li>• 1 раз в 3 месяца в случае клинически значимого макулярного отека,</li> <li>• перед планированием беременности и 1 раз в триместр во время беременности,</li> <li>• 1 раз в месяц в течение 3 месяцев после прерывания беременности,</li> </ul> немедленно в случае неожиданного появления жалоб со стороны органа зрения
Определение ИК	Доля больных СД <sub>2</sub> , у которых проведена офтальмоскопия в течение последнего года
Метод вычисления	Числитель: А Число больных СД <sub>2</sub> , обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, у которых проведена офтальмоскопия в течение последнего года Знаменатель: Б Общее число больных СД <sub>2</sub> , включенных в исследование Формула $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа</li> <li>• Код МКБ-10: E11</li> <li>• Возраст: моложе 61 года</li> </ul>
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

### Сахарный диабет 2 типа Измерение 10

Индикатор качества	Назначена гиполипидемическая терапия в соответствии с клиническими рекомендациями
Код	Д10
Источники КР	1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поддержание целевых показателей липидного спектра снижает риск развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний</li> <li>• При неэффективности диетотерапии препаратами выбора для коррекции изолированного высокого уровня ЛПНП или комбинированной дислипидемии являются ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы</li> </ul>
Определение ИК	Доля больных СД <sub>2</sub> , у которых назначена гиполипидемическая терапия в соответствии с клиническими рекомендациями

Метод вычисления	Числитель: А	Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, которым назначена гиполипидемическая терапия в соответствии с клиническими рекомендациями
	Знаменатель: Б	Общее число больных СД2, включенных в исследование
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа</li> <li>• Код МКБ-10: E11</li> <li>• Возраст: моложе 61 года</li> </ul>	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

### Сахарный диабет 2 типа Измерение 11

Индикатор качества	Назначено лечение ацетилсалициловой кислотой в соответствии с клиническими рекомендациями	
Код	Д11	
Источники КР	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007</li> <li>2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006</li> </ol>	
Клинические рекомендации		
Определение ИК	Доля больных СД2, у которых назначено лечение ацетилсалициловой кислотой в соответствии с клиническими рекомендациями	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, назначено лечение ацетилсалициловой кислотой в соответствии с клиническими рекомендациями
	Знаменатель: Б	Общее число больных СД2, включенных в исследование
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности диагностики.	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа</li> <li>• Код МКБ-10: E11</li> <li>• Возраст: моложе 61 года</li> </ul>	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

### Сахарный диабет 2 типа Измерение 12

Индикатор качества	Проведена вакцинация против гриппа	
Код	Д12	
Источники КР	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007</li> <li>2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006</li> </ol>	
Клинические рекомендации	Проводится ежегодно	
Определение ИК	Доля больных СД2, которым проведена вакцинация против гриппа	
Метод вычисления	Числитель: А	Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, которым проведена вакцинация против гриппа
	Знаменатель: Б	Общее число больных СД2, включенных в исследование
	Формула	$\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности лечения	



Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа</li> <li>• Код МКБ-10: E11</li> <li>• Возраст: моложе 61 года</li> </ul>
Длительность оцениваемого периода	Год
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного

### Сахарный диабет 2 типа Измерение 13

Индикатор качества	Есть запись в амбулаторной карте о проведении диспансерного осмотра	
Код	Д13	
Источники КР	1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006	
Клинические рекомендации	Проводится ежегодно	
Определение ИК	Доля больных СД2, которым проведен диспансерный осмотр	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, которым проведен диспансерный осмотр Общее число больных СД2, включенных в исследование $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности лечения	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа</li> <li>• Код МКБ-10: E11</li> <li>• Возраст: моложе 61 года</li> </ul>	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

### Сахарный диабет 2 типа Измерение 14

Индикатор качества	Проведено обучение в школе больных СД	
Код	Д14	
Источники КР	1. Клинические рекомендации. Эндокринология// Российская ассоциация эндокринологов, главные ред. И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, 2007 2. American Diabetes Association: Standards of Medical Care in Diabetes-2006 (Position Statement)// Diabetes Care 29:S4-S42 /2006	
Клинические рекомендации	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациенты с диабетом должны пройти обучение после дебюта заболевания и при необходимости после;</li> <li>• Все пациенты повторно должны пройти обучение при переводе на инсулинотерапию.</li> </ul>	
Определение ИК	Доля больных СД2, которые прошли обучение в школе больных СД проведен диспансерный осмотр	
Метод вычисления	Числитель: А Знаменатель: Б Формула	Число больных СД2, обратившихся к врачу поликлиники в течение текущего года, которые прошли обучение в школе больных СД Общее число больных СД2, включенных в исследование $\frac{A}{B} \times 100\%$
Область применения ИК	Оценка правильности лечения	
Условия включения в группу для вычисления ИК	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клинический диагноз: Сахарный диабет 2 типа</li> <li>• Код МКБ-10: E11</li> <li>• Возраст: моложе 61 года</li> </ul>	
Длительность оцениваемого периода	Год	
Источники сбора данных	Контрольные карты. Карты амбулаторного больного	

## Литература

1. Вишнеvский А. Г., Ясин Е. Г., Кузьминов Я. И. и др. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса: Доклад VII Международной научной конференции «Модернизация экономики и государство», 4–6 апреля 2006 года // <http://www.strana-oz.ru/?article=1226&numid=29>, 2008.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2006 г.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
3. Здоровье населения в Европе. Обзорная сводка о состоянии здоровья населения в Российской Федерации, 2005. – Европейское региональное бюро ВОЗ // [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int), 2006.
4. Качество медицинской помощи. Глоссарий. Россия – США. – Российско-Американская межправительственная комиссия по экономическому и технологическому сотрудничеству: Комитет по здравоохранению. Проект. Доступность качественной медицинской помощи, 1999.
5. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
6. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи.- М.: Медицина, 2000.
7. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Качество медицинской помощи. – М.: Медицина XXI, 2004.
8. Планы ведения больных / под ред. О.Ю.Атькова, О.В.Андреевой, Е.И.Полубенцевой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
9. Полубенцева Е.И., Улумбекова Г.Э., Сайткулов К.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: Методические рекомендации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.
10. Полубенцева Е.И., Соколов М.Э., Никонов Е.Л. Международные подходы к оценке безопасности пациента при оказании медицинской помощи // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития.- 2006. – № 1. – С. 24–29.
11. Bergeron В.Р. Performance Management in Healthcare: From Key Performance Indicators to Balanced Scorecard.- Chicago: HIMSS, 2006.
12. Core Health Indicators // World Health Organization.- [www.who.int](http://www.who.int), 2005.
13. Crossing the Quality Chasm.- Institute of Medicine. – Washington, DC: National Academy Press, 2001.
14. Cusick D. Knowing what to measure // Healthcare Financial Management. – 2004. – № 6. – P. 7–9.
15. European health report 2005.- World Health Organization, 2005
16. Fidler P.A., Hibbs C.J. Bone marrow transplant today-home tomorrow: ambulatory care issues in pediatric marrow transplantation // J. Pediatr. Oncol. Nurs. – 1997. – Vol. 14. – P. 228–238.
17. Gottlieb L.D., Roer D., Jega K. et al. Clinical pathway for pneumonia: development, implementation, and initial experience // Best Pract. Benchmarking Healthcare – 1996. – Vol. 1. – P. 262–265.
18. Healthcare quality book: vision, strategy, and tools/ ed. S.B.Ranson, M. Joshi, D. Nash.- Health Administration Press, Chicago, 2005.
19. Healthy People 2010 Midcourse Review // [www.healthypeople.gov](http://www.healthypeople.gov). – 2005
20. Hospital Accreditation Standards // Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. – Illinois. – 2008.
21. Lagoe R.J., Aspling D.L. Benchmarking and clinical pathway implementation on a multihospital basis // Nurs. Econ., 1997. – Vol. 15. – P. 131–137.
22. Leatherman S., Sutherland K. The Quest for Quality in the NHS.- Oxford: Radcliffe Publishing Ltd, 2005.
23. Marrelli T.M., Hiliard L.S. Home Care and Clinical Paths.- St. Louis: Mosby, 1996.
24. McLoughlin V., Millar J., Mattke S. et al. Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries // International Journal for Quality in Health Care.- 2006. – Vol. 18. – P. 14–20.
25. National Healthcare Quality Report, 2004.- US Department of Health and Human Services, 2005.
26. National Quality Measures Clearinghouse // [www.qualitymeasures.ahrq.gov](http://www.qualitymeasures.ahrq.gov). – 2006
27. Nichol G., Walls R., Goldman L. et al. A critical pathway for management of patients with acute chest pain who are at low risk for myocardial ischemia: recommendations and potential impact // Ann. Intern. Med. – 1997. – Vol. 127. – P. 996–1005.
28. Nolan T.W. System Changes to Improve Patient Safety // British Medical Journal. – 2000. – Vol. 320. – P. 771–773.
29. Physician Consortium for Performance Improvement. Clinical Performance Measures // [www.physicianconsortium.org](http://www.physicianconsortium.org). – 2005.
30. Physician Group Practice Demonstration Quality Measurement and Reporting Specifications // Centers for Medicare & Medicaid Services, Baltimore, 2005.
31. Preventing Chronic Diseases a vital investment // WHO. [www.who.int/chp](http://www.who.int/chp). – 2005.
32. Protocols & Care Pathways Specialist Library// NHS in England/- <http://www.nhs.uk/>- 2006
33. Quality in Health Care / Ed. N.O. Graham.- Gaithersburg, Maryland: Aspen Publication, 1995.
34. Ross G., Johnson D., Kobernick M. Evaluation of a critical pathway for stroke // J Am Osteopath Assoc. – 1997. – Vol. 97. – P. 275–276.
35. Velasco F.T., Ko W., Rosengart T., Altorki N. et al. Cost containment in cardiac surgery: results with a critical pathway for coronary bypass surgery at the New York hospital-Cornell Medical Center // Best Pract. Benchmarking Healthc. – 1996. – Vol. 1 P. 21–28.

# Новые медицинские технологии и лицензирование медицинской деятельности

Ю.Я. Бойченко

Росздравнадзор, Москва

## Резюме

Короткий обзор правоприменительной практики при проведении лицензионного контроля за применением новых медицинских технологий в медицинских организациях.

**Ключевые слова:** лицензирование медицинской деятельности, новые медицинские технологии.

## New medical technologies and the licensing of the medical activity

Yu.Ya. Boychenko

Federal Service on Surveillance in Healthcare and Social Development Sphere, Moscow

## Summary

The short survey of juridical practice with conducting of license control of the introducing of new medical technologies in the different medical organizations

**The keywords:** the licensing of medical activity, the new medical technologies.

**Координаты для связи с авторами:** Росздравнадзор, 109074, Москва, Славянская площадь, 4/1

В соответствии с нормативными правовыми актами медицинская помощь должна оказываться в медицинских организациях, независимо от формы собственности, организационно-правовой формы и ведомственной подчиненности, исключительно при наличии соответствующей лицензии на медицинскую деятельность.

На сегодняшний день по данным реестра лицензий Росздравнадзора количество лицензиатов (юридических лиц и индивидуальных предпринимателей), осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с выданными лицензиями, составляет более 60 тыс.

Одним из лицензионных требований и условий при осуществлении медицинской деятельности, определенных Положением о лицензировании медицинской деятельности является соблюдение лицензиатом медицинских технологий при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Обращает на себя внимание, что указанное выше лицензионное требование и условие распространяется исключительно на лицензиатов (лицензиат — юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, имеющие лицензию на осуществление конкретного вида деятельности). В отношении соискателя лицензии таковых требований и условий законодательно не предусмотрено.

В соответствии со ст. 43 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года №5487-1 определено, что в практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

Федеральный закон от 08.08.2001 №128-ФЗ «О лицен-

зировании отдельных видов деятельности» определяет, что лицензионные требования и условия — совокупность установленных положениями о лицензировании конкретных видов деятельности требований и условий, выполнение которых лицензиатом обязательно при осуществлении лицензируемого вида деятельности.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 июля 2007 г. № 488 «Об утверждении административного Регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий» выдача разрешений на применение новых медицинских технологий осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития на основании результатов соответствующих исследований, испытаний и экспертиз, подтверждающих эффективность и безопасность медицинской технологии.

Соблюдение или возможность выполнения соискателем лицензии (лицензиатом) лицензионных требований и условий, в ряде случаев возможно подтвердить, исключительно при проведении проверки юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

Возможность не подтверждать соискателям лицензии ряд лицензионных требований и условий, в том числе соблюдение медицинских технологий при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, дает некие преференции вновь начинающим осуществлять медицинскую деятельность и зачастую подвигает их на злоупотребление доверием.

Плановые проверки проводятся соответствующим контрольно-надзорным органом не чаще чем один раз в три года, а в отношении юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, осуществляющих виды деятельности в сфере здравоохранения, плановые проверки могут проводиться два и более раза в три года.

Основания для осуществления контрольно-надзорных мероприятий определены Федеральным законом от 26 декабря 2008 года № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля».

К новым медицинским технологиям относятся впервые предлагаемые к использованию на территории Российской Федерации или усовершенствованные совокупности методов (приемов, способов) лечения, диагностики, профилактики, реабилитации (далее — метод), средств, с помощью которых эти методы осуществляются, а в некоторых случаях и способ получения средства, применяемого в данной технологии.

Квинтэссенцией использования лицензиатами разрешенных к применению медицинских технологий является:

- единые для всех лечебных учреждений результаты лечения, что обусловлено соблюдением стандартных требований и условий при реализации конкретной медицинской технологии;

- высокая степень формализации медицинского труда;
- возможность осуществить контроль всех этапов выполнения технологии, а также ее результата и стоимости (любая разрешённая к применению медицинская технология стандартизирована);
- обеспечение анализа и эффективного контроля использования средств федерального (или регионального) бюджетов;
- расчёт и обоснование оптимальных закупок оборудования под конкретные современные технологии и эффективной его эксплуатации.

Количество медицинских технологий по состоянию на 01.05.2009 внесенных в перечень медицинских технологий, разрешенных к применению в медицинской практике Росздравнадзором, составляет более 1 тыс. 165 медицинских технологий. При этом организациями частной формы собственности (ООО, ЗАО) зарегистрировано чуть менее 10% от общего количества.

В 2008 году Росздравнадзором выдано 292 разрешения на применение технологий (в том числе на проекты, заявленные в 2007 году), среди них 143 (54%) – из группы высокотехнологичных.

С учетом использования нового медицинского оборудования и инструментария (инноваций), по мнению независимых экспертов, количество медицинских технологий, требующих регистрацию в установленном порядке, составляет более 2 млн., что при проведении не сложных математических подсчета вызывает серьезную озабоченность, если не сказать уныние.

Между тем, многими юридическими лицами частной организационно-правовой формы, осуществляющими медицинскую деятельность, при покупке медицинского оборудования у продавцов наличие копий документов, подтверждающих регистрацию медицинского оборудования (техники) и изделий медицинского назначения и разрешение на применение медицинских технологий является тождественным, что не верно.

При проведении проверок государственных и частных медицинских учреждений, которые осуществлялись Росздравнадзором, до 70% используемых в них технологий, не имеют разрешения к применению в медицинской практике. Между тем, указанное выше состояние дел стоит интерпретировать и на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и отношение к этому вопросу федерального органа исполнительной власти. Учитывая тот факт, что финансирование высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется отдельной строкой федерального бюджета, государство заведомо на произвольное нарушает лицензионные требования и условия оплачивая услуги по применению незарегистрированной технологии. Хочется напомнить, что перечень федеральных медицинских учреждений, участвующих в выполнении государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет ассигнований федерального бюджета и перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой по государственному заданию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет ассигнований федерального бюджета утверждается федеральным органом исполнительной власти.

Актуальным вопросом на сегодняшний день является наличие соответствующих нормативных актов, которые

регламентируют порядок (алгоритм) проведения проверки конкретного лицензионного требования и условия соблюдения лицензиатом медицинских технологий при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, при осуществлении медицинской деятельности в рамках проверки соответствия лицензионным требованиям и условиям.

Банальная проверка наличия разрешения (регистрационного удостоверения) на осуществление медицинской технологии, выданного соответствующим органом и тем более сверка с наличием данной методики с перечнем медицинских технологий, разрешенных к применению в медицинской практике Росздравнадзором, а также с государственным реестром новых медицинских технологий Минздрава России, представляется не рациональной в условиях проверок соответствия лицензиатов лицензионным требованиям и условиям при осуществлении медицинской деятельности.

По мнению ряда специалистов, непременным условием на сегодняшний день при проведении таких проверок органами лицензирования является участие внештатных экспертов в соответствии с профилем (ями) оказываемой медицинской помощи.

Важно подчеркнуть, что в технологию включаются средства, с помощью которых данная технология осуществляется, и эти средства тоже должны быть зарегистрированы: все приборы, медицинские инструменты, процедуры, – все, что используется в технологии. Все разрешительные документы прикладываются к описанию технологии.

В соответствии с письмом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 24.02.2009 № 01И-98/09 «О порядке применения разрешенных Росздравнадзором медицинских технологий» медицинская технология перестает считаться новой с момента ее официального разрешения и может использоваться без ограничений всеми лицами, осуществляющими медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, при условии ее правильного выполнения.

Держатель разрешения на применение медицинской технологии по требованию третьих лиц может предоставить разрешение на применение технологии (его ксерокопию) с описанием технологии. Также третьи лица могут направить в Росздравнадзор запрос о наличии той или иной разрешенной технологии и получить официальный ответ. Кроме того, заявитель вправе внести изменения в разрешение на применение технологии, расширив число ее пользователей. В последнем случае разрешения будут иметь все пользователи, указанные в данном документе.

За правильность применения технологии в практике медицинских организаций отвечает заявитель медицинской технологии.

Таким образом, вопрос новых медицинских технологий в рамках лицензирования медицинской деятельности на сегодняшний день полностью не урегулирован. Существующие нормативные документы в части использования новых медицинских технологий не в полной мере отвечают современным требованиям, что вызывает множество вопросов и абсолютно справедливого негодования законопослушных лицензиатов.



# Оценка качества медицинской помощи в учреждениях родовспоможения

Е.Л. Никонов<sup>1</sup>, А.В. Саверский<sup>2</sup>, С.А. Саверская<sup>2</sup>, М.Р. Цукаева<sup>3</sup>

<sup>1</sup>МГУ им.М.В.Ломоносова, Москва

<sup>2</sup>Общероссийская общественная организация «Лига пациентов», Москва

<sup>3</sup>Старо-Атагинская ЦРБ Чеченской Республики

## Резюме

Краткий обзор методологических подходов к формированию рейтинга роддомов. Транспарентность деятельности медицинских организаций должна стать основой «оздоровления» российского здравоохранения и обеспечения безопасности пациента.

**Ключевые слова:** качество медицинской помощи, учреждения родовспоможения.

## Assessment of the quality of medical care in the obstetric clinic

E.L.Nikonov<sup>1</sup>, A.V.Saverskiy<sup>2</sup>, S.A.Saverskaya<sup>2</sup>, M.R.Tsukaeva<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Lomonosov's Moscow State University, Moscow

<sup>2</sup>Russian public organization "League of patients", Moscow

<sup>3</sup>Staro-Ataginskaya central hospital, Chechen republic

## Summary

Brief survey methodological approaches to the formation of the rating of obstetrics clinics. Transparency of the activity of medical organizations must become the basis of the «recovery of Russian public health» and providing of safety of patient.

**The keywords:** the quality of medical care, assessment of the obstetric clinic.

**Координаты для связи с авторами:** drnikonov@mail.ru

Повышение доверия населения к системе здравоохранения всецело зависит от эффективности и качества медицинской помощи, которое определяется тремя составляющими: структурой медицинской организации, организацией лечебного процесса и результатами лечения.

Структура организации подразумевает под собой наличие материально-технических условий и эффективного кадрового ресурса. Нельзя оказать помощь хорошо, если нет необходимого оборудования, а врачи не имеют необходимых навыков.

В настоящее время износ основных средств в лечебных учреждениях России превышает 50%, а, по данным Федерального регистра медицинских работников, около 100 тыс. врачей не повышали свою квалификацию более 5 лет, т.е. каждый 7-й врач. Средний возраст российского врача превышает 48 лет, при этом 92% всех медработников России – женщины.

Из-за существующих проблем в нормативно-правовом регулировании в сфере здравоохранения, больших расстояний и уже существующего кадрового голода обеспечить одинаково доступную и высококачественную медицинскую помощь гражданам на всей территории России представляется чрезвычайно сложной задачей.

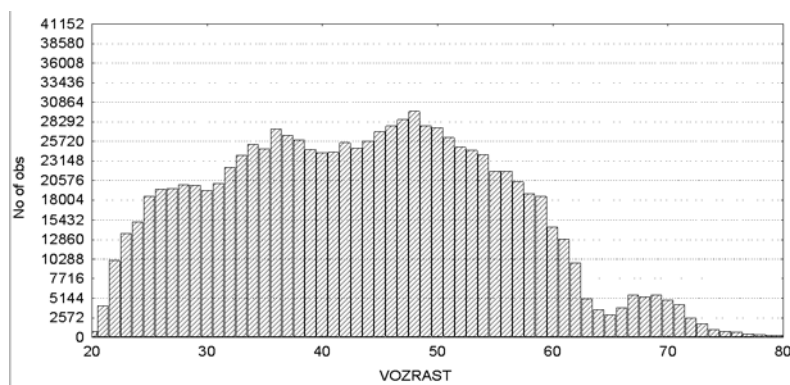
Вплоть до настоящего времени в сотнях российских сел трудятся фельдшера, получившие образование не в медицинских училищах, а на 2-месячных курсах Красного Креста и Красного Полумесяца, при этом большинство из них достигло пенсионного возраста и живет натуральным хозяйством. В этих условиях любые поездки на курс повышения квалификации для них попросту невозможны. Только 50% выпускников медицинских вузов работает по специальности.

Вместе с тем достаточно часто можно столкнуться с ситуацией, когда в только что построенных стенах клиники и на ультрасовременном оборудовании при наблюдении, осуществляемом профессорами и доцентами, имеют место серьезные осложнения в родах, предъявляются судебные иски.

В этих медицинских учреждениях страдает организация лечебного процесса: нет преемственности между приемным отделением и стационаром, нет четкой координации действий между врачами и медсестрами.

Многочисленными исследованиями было доказано, что клиники с числом коек более 600 практически неуправляемы, а численностью до 250 коек – являются экономически нестабильными. В клиниках с количеством коек менее 100, и, следовательно, небольшим бюджетом увеличивается риск того, что пациентам станут навязывать платные медицинские услуги, а специалисты не будут иметь должный уровень квалификации.

Но самая главная составляющая качества медпомощи – результаты работы клиники. Практически в любой газете и других средствах массовой информации можно найти материал о передовых клиниках, в котором основное внимание уделено методам лечения, оборудованию, научным званиям сотрудников, и крайне редко – результатам работы клиники. Применительно к родовспоможению, это такие показатели, как частота разрывов промеж-



**Диаграмма**  
**Распределение медработников по возрасту**  
(данные Федерального регистра медицинских и фармацевтических работников по состоянию на 01.01.2009, www.med-registr.ru).



ности, осложнений после планового кесарева сечения, материнская и младенческая смертность и т.д.

В Российской Федерации до настоящего времени практически ни одно лечебное учреждение не опубликовало в средствах массовой информации информацию о своей деятельности за год с учетом результативности.

Широкая информированность населения о качестве оказания медицинской помощи с позиций ее результативности является самой эффективной мерой по обеспечению надлежащего качества медицинской помощи.

Пирамида человеческих потребностей, основываясь на физиологических и материальных нуждах, заканчивается возможностью самореализации человека через его признание. Для врачей это наиважнейший стимул. Три года реализации национальных проектов в здравоохранении показали, что доплаты участковым врачам не отразились на качестве медпомощи, а вот любая публикация по фактам некачественной помощи, огласка судебного решения через средства массовой информации, введение института премий «Лучший врач года» оказались достаточно действенными рычагами.

Появление общероссийского рейтинга роддомов – уникальный инструмент по обеспечению должного качества медицинской помощи.

Впервые идея рейтингов роддомов появилась в Общественном совете по защите прав пациентов при Росздравнадзоре ([www.openmed.ru](http://www.openmed.ru), [www.roszdravnadzor.ru](http://www.roszdravnadzor.ru)) в 2006 г., а в 2008 г. был издан приказ Росздравнадзора от № 1027-Пр/08, определивший необходимость и порядок формирования такого рейтинга.

Несколько лет в российском интернете мамы объединяются в сообщества, пытаются самостоятельно составить рейтинги роддомов. Будущая мама и ее родственники, не имея специальных знаний в области акушерства, гинекологии и неонатологии, не могут реально оценить качество оказываемой им медицинской помощи. Пациенты конкретно могут высказаться о двух существенных составляющих оказания помощи: ее сервисной части и их информированности о медицинских услугах. Материнские рейтинги в основном и строятся на этих двух показателях. Доверять этим рейтингам нельзя – они субъективны, а представляющие их сайты не напрямую, но в полной мере финансируются некоторыми государственными и частными клиниками с целью обеспечения собственной рекламы.

Для формирования рейтинга Росздравнадзором были получены сведения обо всех государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию и участвовавших в программе «родовый сертификат». По данным Фонда социального страхования программой «родовый сертификат» в 2007 г. было охвачено 93% всех родов в Российской Федерации, следовательно, представленная выборка является репрезентативной.

Какие показатели учитывает данный рейтинг?

Показатели структуры организации:

- наличие в структуре организации детского реанимационного отделения, лаборатории экспресс-диагностики;
- возможность обеспечения совместного пребывания матери и ребенка;
- возможность присутствия мужа или родственников при родах;
- численность медработников, не повышавших свою квалификацию более 5 лет в процентах от общей численности медработников организации.

Среди этих показателей два принципиально важны:

наличие детского реанимационного отделения и возможность присутствия при родах родственников. Первый показатель говорит о достаточной инфраструктуре роддома, а второй характеризует его открытость, готовность к осуществлению внешнего контроля качества. Практически во всех зарубежных клиниках в операционных и родильных залах устанавливаются камеры постоянного видеонаблюдения или при родах присутствуют родственники. В присутствии посторонних врачи ведут себя осторожнее, тщательно выполняют свои обязанности, а роженица получает необходимую психологическую поддержку.

Возможность совместного пребывания матери и ребенка после родов в определенной мере демонстрирует готовность учреждения родовспоможения к обеспечению жестких современных требований в отношении необходимости немедленного после рождения прикладывания ребенка к груди матери, контакта ребенка с кожей матери, свободного режима вскармливания, включая исключительно грудное вскармливание по требованию ребенка без ночного перерыва.

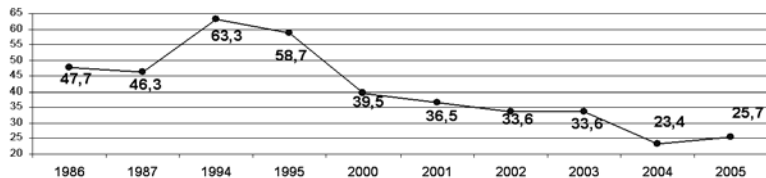
Ключевым условием для формирования рейтинга учреждений родовспоможения является наличие детского реанимационного отделения. Отсутствие такого подразделения в структуре организации не может гарантировать высокое качество оказания помощи. В этой связи все учреждения родовспоможения, не имеющие в своей структуре такого подразделения, не были включены в итоговую таблицу сведений об учреждениях родовспоможения, которые можно рассматривать как имеющие достаточные материально-технические и другие условия для обеспечения качественной помощи.

Наличие детской реанимации – необходимое условие выхаживания недоношенных и маловесных детей.

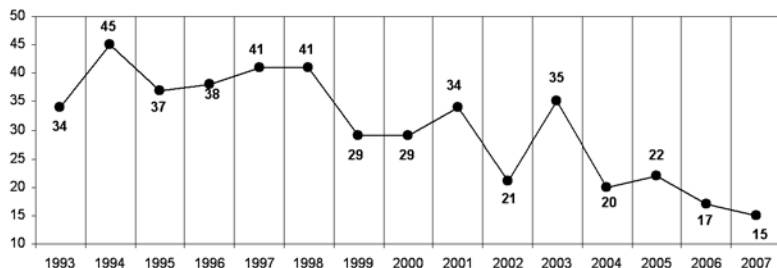
В России принято следующее понятие живорождения: «полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери независимо от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана пуповина и отделена ли плацента. Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный». Однако дети (плоды), родившиеся с признаками жизни, но весом менее 1000 г (или ранее 28 недель беременности) в официальную статистику рождаемости включаются в том случае, если они прожили более 168 часов (или полных 7 суток после рождения). Если такие дети умерли ранее 7 полных суток, они учитываются как поздние выкидыши (при сроке 22–27 недель беременности). Соответственно, чтобы построить реальный рейтинг в будущем необходимо собрать информацию о выхаживании ранорожденных детей с весом более 500 г, так, как это делается во всем мире.

Среди показателей качества организации лечебного процесса и результативности работы клиники учитывались следующие:

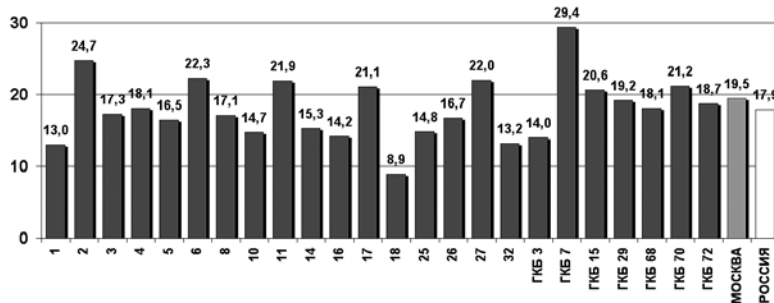
1. Материнская смертность.
2. Ранняя неонатальная смертность.
3. Количество случаев внутрибольничной инфекции.
4. Частота осложнений операций кесарева сечения, соотношение частоты плановых и экстренных кесаревых сечений, соотношение показателя кесарева сечения и перинатальной смертности.
5. Количество осложнений у новорожденных.
6. Случаи наложения акушерских щипцов.
7. Тяжелые разрывы промежности.



**Рис. 1.**  
**Показатель материнской смертности в России (на 100 000 живорожденных) по данным Минздравоохранения РФ (2005).**



**Рис. 2.**  
**Материнская смертность в Москве (по данным проф. О.В. Зайратьянца)**



**Рис. 3.**  
**Частота кесарева сечения в родовспомогательных учреждениях Москвы (% , 2006, данные В.Е.Радзинского)**

### 1. Материнская смертность

Материнская смертность — это смертность женщин во время беременности или в течение 42 дней после родов и связанная с беременностью/родами. По данным Минздравоохранения России, уровень материнской смертности в Российской Федерации в последние годы имеет ярко выраженную тенденцию к снижению, и за последние 7 лет он снизился с 40,3 (на 100.000 живорожденных) в 2000 г. до 22,0 в 2007 г. (рис. 1). Для сравнения, в Норвегии и Швейцарии этот показатель равен 6, Финляндии — 11, Франции — 15, а в странах Африки — 400-800. При этом, как и ранее, подавляющее большинство материнских смертей, исключая аборт, определяется 4 причинами: кровотечения, гестоз, экстрагенитальные заболевания и гнойно-воспалительные (септические) осложнения. Около 70% случаев материнских смертей относится к предотвратимым или условно предотвратимым.

По данным главного патологоанатома Москвы профессора О.В.Зайратьянца, в Москве ежегодно снижается число материнских смертей (рис. 2). Так же, как и по всей стране, основными причинами смерти (исключая аборт) были кровотечения, гестозы и экстрагенитальные заболевания (доля последних ежегодно растет и в 2007 г. составила 47%).

### 2. Ранняя неонатальная смертность

Ранняя неонатальная смерть — численность детей, умерших в первые полные 7 суток жизни (168 часов) на 1000 живорожденных. В структуре младенческой смертности преобладают врожденные аномалии, родовая травма, асфиксия, гипоксия, болезни органов дыхания, гемолитическая болезнь новорожденных.

### 3. Количество случаев внутрибольничной инфекции

По определению ВОЗ (1979), внутрибольничная инфекция — это любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или инфекционное заболевание медицинского работника вследствие его работы в данной больнице. Многие внутрибольничные инфекции можно предупредить, но термин «внутрибольничная инфекция» не следует считать эквивалентным понятию «ятрогенная инфекция», которое обозначает инфекцию, вызванную диагностическими или терапевтическими процедурами.

### 4. Частота осложнений операций кесарева сечения, соотношение частоты плановых и экстренных кесаревых сечений, соотношение показателя кесарева сечения и перинатальной смертности.

Каждую минуту в мире одновременно проводится 50 операций кесарева сечения. Частота кесарева сечения (КС) в мире имеет довольно широкий диапазон: Австрия, Болгария, Дания, Норвегия — менее 15%; Бразилия, Мексика, Таиланд, Чили — более 30%. Оптимальным считается, если частота выполнения кесарева сечения составляет до 15%, при этом соотношение плановых кесаревых сечений к экстренным 4 :1.

В некоторых регионах частота выполнения кесарева сечения составляет менее 10% (Алтай, Дагестан, Тыва), в других — более 20% (Алтайский край, Ивановская, Калининградская, Смоленская области, Ставропольский край).

По данным проф. В.Е.Радзинского и И.Н.Костина (Российский университет дружбы народов), в Российской

Федерации в сутки проводится 820 операций кесарева сечения (2007), при этом перинатальная смертность составляет 39 новорожденных в сутки (2007) (рис. 3).

Перинатальная смертность — число мертворожденных (дети, родившиеся мертвыми при сроке беременности более 28 недель) + число умерших в первую неделю жизни (6 дней 23 часа и 59 минут) на 1000 родившихся живыми и мертвыми.

#### 4. Количество осложнений у новорожденных

Среди осложнений у новорожденных без учета летальных случаев, как правило, наиболее значимыми являются родовые травмы и инфекции, включая пневмонии. В генезе родовых травм определенная роль, несомненно, принадлежит применению древнего акушерского приема, описанного в очень старых учебниках по акушерству и известному как метод Кристеллера или давление на живот. С 01.01.2007 во Франции сообщение о применении врачом этого «метода» лишает его права заниматься акушерской практикой пожизненно.

#### 5. Случаи наложения акушерских щипцов

Изобретение Гильома Чемберлена 1569 г. В России акушерские щипцы внедрил в практику основоположник русской акушерской школы Нестор Максимович-Амбодик. В 1786 г. в книге «Искусство повивания, или наука о бабичьем деле» он впервые в России дал подробное описание этой процедуры. Применение акушерских щипцов в большинстве случаев свидетельствует о неверной акушерской тактике или позднем обращении пациентки (когда головка уже вставилась).

#### 6. Тяжелые разрывы промежности

Разрывы промежности являются одним из самых частых осложнений родов, при этом у первородящих они встречаются в 2-3 раза чаще, чем у повторнородящих. Среди наиболее частых причин разрывов: неправильное оказание акушерской помощи (приемов защиты промежности); оперативные вмешательства в родах — наложение щипцов, вакуум-экстракция плода, извлечение плода за тазовый конец; крупный плод; быстрые и стремительные роды; разгибательные вставления головки плода. Различают несколько степеней разрыва промежности, наиболее тяжелые разрывы приводят к нарушению целостности кожи промежности, стенки влагалища и мышц промежности до сфинктера прямой кишки, иногда разрыв захватывает сфинктер прямой кишки, а в ряде случаев и ее стенку.

При расчете рейтинга нами на первых этапах использовались такие показатели, как количество судебных исков и жалоб, предъявленных в отношении клиники,

однако из-за отсутствия возможности получить достоверные сведения и избежать субъективизма, эти показатели в дальнейшем были исключены при расчете итоговых рейтингов.

Самое интересное для разработчиков рейтинга — это обеспечение достоверности полученной информации.

Рейтинг формировался на основании информации, полученной от региональных министерств здравоохранения, и, естественно, эти данные хотя и прошли проверку, но не могли быть досконально выверены сотрудниками территориальных управлений Росздравнадзора из-за большого объема информации. Статистическая информация, собираемая региональными министерствами или департаментами (управлениями) здравоохранения, зачастую не вполне соответствует действительности. Как происходит сбор этой информации? Электронные истории болезни отсутствуют более чем в 90% учреждений. Заведующий отделением или отдел медицинской статистики больницы, как правило, вручную считает показатели своей работы за отчетный период, затем главный врач имеет все возможности для произвольного внесения «небольших» правок. Затем информация передается в вышестоящую инстанцию, и там, как правило, срабатывает тот же механизм «улучшения» или корректировки данных. Для лиц, принимающих решения, информация приходит искаженной, а зачастую и с приписками.

Но даже публикация такой «официальной» информации о материнской и младенческой смертности в конкретных учреждениях несет в себе определенный политический подтекст для региональных руководителей, так как является реальной оценкой эффективности их работы. В период, когда здравоохранению государством уделяется огромное внимание, региональные чиновники стремятся показать только позитивные стороны своей работы, не информируя о существующих проблемах. В течение всего 2008 г. Росздравнадзор так и не получил от Департамента здравоохранения Москвы информацию о результатах работы роддомов Москвы в 2007 г. Но при этом наиболее громкие случаи по фактам смерти в роддомах происходят именно в столице. Аналогичная ситуация имела место и в некоторых других субъектах Российской Федерации.

Рейтинг роддомов Росздравнадзора представлен на сайте Общественного совета по защите прав пациентов — [www.openmed.ru](http://www.openmed.ru)

В целом, только транспарентность деятельности медицинских организаций должна стать основой «оздоровления» российского здравоохранения и обеспечения безопасности пациента.

# Правовые источники добровольного информированного согласия

А.В. Саверский

Общероссийская общественная организация «Лига пациентов», Москва

## Резюме

Краткий обзор законодательства в части практики использования в медицинских организациях информированного согласия.

**Ключевые слова:** информированное согласие, медицинская практика.

## Lawful sources of the voluntary informed agreement

A.V. Saverskiy

Russian public organization "League of patients", Moscow

## Summary

Brief survey of legislation in the part of the practice of use in the medical organizations of the informed agreement.

**The keywords:** the informed agreement, the medical practice.

**Координаты для связи с автором:** open@openmed.ru

В настоящее время право пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство закреплено на международном уровне, а также в законодательстве об охране здоровья большинства стран.

Согласно ст. 5 Конвенции «О защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины» от 19.11.1996<sup>1</sup> медицинское вмешательство может осуществляться лишь после того, как лицо, подвергающееся этому вмешательству, даст согласие на это информированное добровольное согласие.

В Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе 1994 подчеркивается, что «информированное осознанное согласие пациента является предварительным условием любого медицинского вмешательства»<sup>2</sup>.

Международные правовые акты по вопросам клинических исследований с участием человека – Нюрнбергский кодекс<sup>3</sup> и Хельсинкская декларация 1964 г.<sup>4</sup> определяют необходимость информирования участников эксперимента.

Ст. 9 Хельсинкской декларации 1964 г. гласит: «врач ... должен получить свободно данное информированное согласие объекта, предпочтительно в письменном виде».

Доктрина информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство начала формироваться в 50–60-х годах двадцатого столетия и сразу нашла свое отражение в законодательстве многих стран (Финляндии, Великобритании, Ирландии, США, Франции, Нидерландах, Польше, Литве, Украине, Белоруссии, России и т.д.)<sup>5</sup>

В США право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство закреплено как на федеральном уровне, так и в законодательных актах отдельных штатов (к примеру, в законодательстве об исследованиях и экспериментах, объектом которых является

человек)<sup>6</sup>, а также в Билле о правах пациента.

Доктрина информированного добровольного согласия опирается на право человека на телесную неприкосновенность, вытекающего из конституционных гарантий свободы и личной неприкосновенности (В России – это п.1 ст. 22 Конституции Российской Федерации)<sup>7</sup>.

В Российской Федерации обязательное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство находит свое отражение во многих нормативно-правовых актах, касающихся здравоохранения.

На вершине иерархической структуры правовых источников данного института права стоит Конституция Российской Федерации, которая в ч.2 ст. 21 определяет, что «Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам»<sup>8</sup>.

Согласно ст. 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан<sup>9</sup> необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина, а согласно ст. 33 тех же Основ у него есть право отказаться от вмешательства. Поскольку перечень необходимой информации о состоянии здоровья пациента включает в себя сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения (ст. 31 Основ), то пациент принимает решение об отказе или согласии на основании соответствующей перечисленной информации. В случае же недостаточности информации говорить об обоснованном согласии или отказе пациента на медицинское вмешательство невозможно, и в случаях такого рода нарушается право гражданина на информацию.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие пациента на медицинское вмешательство – последняя стадия согласования воли сторон – медицинской организации и пациента – для заключения договора (проведения вмешательства). При этом недостаточно получить согласие на медицинское вмешательство. Оно должно соответствовать некоторым требованиям.

В доктрине под информированным согласием на медицинское вмешательство понимают «добровольное, компетентное и осознанное принятие пациентом предложенного лечения или выбор из нескольких вариантов лечения, основанный на получении полной, объектив-

<sup>1</sup> Российский бюллетень по правам человека, Вып.10.-М., 1998, стр.106–112.

<sup>2</sup> Сборник официальных документов Ассоциации врачей России //под ред. В.Н. Уранова, М.: ПАИМС, 1995, с.88

<sup>3</sup> «Врач», 1993, № 7, стр. 56.

<sup>4</sup> «Врач», 1993, № 7, стр. 56–58.

<sup>5</sup> Шарабчиев Ю.Т. «Права пациентов в законодательных актах зарубежных стран//Медицинские новости, №2, 2000., стр.50

<sup>6</sup> Brazier M. Medicine, patient and the law-L; Penguin books, 1987, p. 24

<sup>7</sup> «Российская газета» от 25.12.1993, № 237.

<sup>8</sup> Российская газета, 25.12.1993, ст. 237

<sup>9</sup> Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации от 19 августа 1993 г., N 33 ст. 1318



ной и всесторонней информации по поводу предстоящего лечения, возможных осложнений и болевых ощущений, альтернативных методах лечения и возможных побочных эффектах»<sup>10</sup>.

Таким образом, выделяют три необходимых условия, которым должно отвечать согласие на медицинское вмешательство:

а) добровольность — т.е. принятие решения в отсутствии любых внешних факторов (давление со стороны врача, родственников; принуждение и т.д.)

б) компетентность — принятие решения в условиях действительно имеющихся у пациентов знаний о предстоящем медицинском вмешательстве, т.е. в условиях информированности пациента;

в) осознанность — то есть наличие ясного сознания на момент принятия решения о согласии на медицинское вмешательство.

В американской правовой доктрине право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство трактуется следующим образом... Пациент не обязан подвергаться какому-либо лечению. Чтобы дать согласие на проведение какой-либо процедуры, пациент должен быть проинформирован о своем состоянии и прогнозе развития заболевания, о сущности, назначении и характере процедуры, связанных с ней болевых ощущениях и неудобствах, вероятности благоприятного исхода, возможных рисках, альтернативах и последствиях отказа от лечения, знать имена и квалификацию персонала. Врач не имеет права осматривать, касаться или лечить пациента, пока не сообщит ему о своих намерениях и не получит согласие на соответствующее медицинское вмешательство<sup>11</sup>.

Основами законодательства Российской Федерации Об охране здоровья граждан предусматривается, как и во многих странах мира, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Таким образом, перед тем, как гражданин даст свое согласие на медицинское вмешательство, он должен получить необходимый объем информации, установленный законодательством.

Согласие на медицинское вмешательство — это сознательное решение, которое возможно только при получении в доступной для пациента (законного представителя) форме полной, достоверной и достаточной информации для принятия соответствующего решения. «Информация должна быть доступной, достоверной и достаточной, представленной своевременно», — пишет Тихомиров А.В.<sup>12</sup>

Можно согласиться с тем, что это достаточный и необходимый перечень критериев к предоставлению информации.

Для того чтобы определить, какая информация является достаточной для принятия пациентом решения о лечении или отказе от него, в американской судебной практике, например, применяются два критерия. В некоторых штатах суды обращаются к стандартам профессионального поведения: какие сведения врачи обычно предоставляют для получения согласия на подобные процедуры. Все большее распространение, однако, получает другой критерий: какую информацию желал бы получить разумный человек на месте пациента<sup>13</sup>.

Тогда возникает проблема с объемом информации. Некоторые авторы предлагают закрепить «фиксированный для каждого заболевания «минимальный стандарт» информации в сочетании с особенностями каждого конкретного клинического случая»<sup>14</sup>.

К примеру, такой стандарт в качестве главы может включаться в разрабатываемые в настоящее время клинические протоколы ведения больных.

Предлагается, чтобы стандарт информирования состоял из двух блоков: общего и частного<sup>15</sup>. Так, например, общий блок должен содержать информацию о сути патологии, общепринятых в настоящее время вариантах диагностики, принципах лечения, осложнениях самого заболевания и т.д. Частный блок отражает индивидуальный подход к данному конкретному больному, и содержание информации зависит от возраста пациента, пола, наследственности и т.д. Однако необходимо отметить, что последний не должен быть слишком емким, поскольку врач не должен большую часть своего времени тратить на информирование пациента.

В то же время, основным, что должно беспокоить пациента и врача — это риски возникновения вреда.

Согласно абзацу 3 ст.31 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан информация о состоянии здоровья гражданина не может быть предоставлена против его воли.

Как узнать волю пациента? и каким образом:

а) узнать у гражданина о его намерениях получить информацию или отказаться от получения таковой, не передав ему никакой информации (а любая информация, даже вопрос о том, хочет ли пациент знать о своей болезни или нет, насторожит кого угодно);

б) определить объем информации, которую пациент получить желает?

Кроме того, проблема возникает по поводу того, что последует за отказом от получения информации, и каким образом осуществлять лечение гражданина, если это ему необходимо. От пациента необходимо получить информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или информированный отказ от такового. Получается, что, либо лечение будет осуществляться без информированного согласия на таковое, но тогда абзац 3 ст.31 Основ будет нарушен, поскольку гражданин все равно получит сведения о заболевании только другим способом — догадается по виду и методу оказания медицинской помощи (например, при онкологических заболеваниях — химиотерапия в онкологическом центре); либо за отказом от получения информации о состоянии здоровья больного последует отказ от медицинского вмешательства, и опять будет нарушена правовая норма об информированности теперь уже в случае отказа (ст. 33 Основ).

Вывод: необходимо правовую норму об отказе в получении информации дополнить следующим образом: «Отказ пациента от получения информации лишает его права ссылаться на то, что выбор медицинского вмешательства осуществлен врачом без учета его мнения».

Как уже говорилось, ст. 32 Основ ставит условием медицинского вмешательства наличие информированного добровольного согласия гражданина.

<sup>10</sup> Например, Стеценко С.Г. «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство» // «Обеспечение и защита прав пациентов в РФ» под ред. О.П. Шепина, М.: ГРАНТЪ, 2003, стр. 70

<sup>11</sup> Veatch R.M. A theory of medical ethics — N.Y. Basic books Inc. Publishers, 1981. — p.69

<sup>12</sup> Тихомиров А.В. Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг. М.: «Статут», 2001. с. 91–104.

<sup>13</sup> Emanuel.E. Four models of the physician- patient relationship// JAMA—Chicago, 1992 — Vol, 27632

<sup>14</sup> Стеценко С.Г. «Право и медицина: проблемы соотношения», М.: «Международный Университет (в Москве)», 2002. с. 147.

<sup>15</sup> Стеценко С.Г. «Право и медицина: проблемы соотношения», М.: «Международный Университет (в Москве)», 2002. с. 148.



Однако понятие «информированного добровольного согласия» в законе надлежащим образом не раскрыто. Понятно лишь, что гражданин должен быть информирован, но в каком объеме, когда и как?

В Ст. 31 Основ говорится: «Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения».

Здесь правовое значение имеет слово «получить», то есть никто не обязан выдавать пациенту информацию, если он не спросил о ней.

Так же сказано, что информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли.

Интересно, что это касается только состояния здоровья, а не иных аспектов информации, хотя ясно, что по назначенному лечению можно догадаться о состоянии здоровья, но тут важно, что врач связан тем, что не может пациенту сказать: «Это лекарство действует так-то, и поможет Вам от того-то», — поскольку последние сведения нарушат волю пациента, если он не хочет об этом знать.

«В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация».

Это — единственная норма и случай, согласно которой родственники пациента имеют какие-то права, помимо случаев, когда пациент — не полностью дееспособное лицо, включая и совершеннолетних.

С учетом этих норм представляется единственно верным следующий алгоритм обмена информацией (пациент — полностью дееспособное лицо):

А. Вопрос врача пациенту: хотите ли Вы знать все, что знаю я, о состоянии Вашего здоровья, включая прогнозы?

А.1. Если ответ «нет, не хочу», — кому сообщить о прогнозах (в законе речь идет только о случаях информирования неблагоприятных прогнозах — остальное может расцениваться, как нарушение врачебной тайны)?

А.1.1. Если ответ «никому», — врач использует патерналистскую модель отношений, то есть только указывает пациенту, что делать, когда что-то должен делать пациент, ничего не объясняя, поскольку любое объяснение врача нарушит волю пациента. В этой ситуации под вопрос ставится даже право пациента на получение копий медицинских документов и право на ознакомление с оригиналами, поскольку эти документы содержат информацию, против получения которой пациент возражает. Тогда следует сомневаться в том, что пациент не хочет получать те листы (их копии) медицинских документов, где речь идет о состоянии его здоровья, включая и диагнозы. Отмечу, что информации, например, о назначенном лечении, если оно в явной форме не указывает на состояние здоровья, это не касается. В целом так же следует помнить, что пациент в любой момент может захотеть воспользоваться своим правом на информацию в полном объеме.

А.1.2. Если ответ «такому-то лицу», то дальнейшей стороной информационного обмена в части прогнозов

должно быть назначенное пациентом лицо. При этом закон не содержит сведений о том, что пациент должен дать, например, лицу, которому доверяет информацию о прогнозах, доверенность. Предполагается, что достаточно сообщить врачу о своем желании. Очевидно, что в этом случае врачу лучше сделать о желании пациента запись в медицинской карте, и еще лучше, чтобы там была подпись и должностного лица ЛПУ (это — не обязанность врача, а рекомендация на случай потенциального конфликта). В данном случае с самим пациентом врач так же использует патерналистскую модель.

А2. Если ответ «хочу знать, но не все», — то поинтересоваться, в какой части «хочу знать», а в какой «не хочу», и переходить к п. Б или В в части, где «хочу знать».

А3. Если ответ «хочу все знать», переходим к п. Б или В.

Б. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация об этом передается пациенту в деликатной форме — это касается формы сообщения, интонаций, последовательности, сообщения о шансах и т.п.

В. Вопрос врача пациенту: что именно Вы хотите знать? С этого момента пациент должен спрашивать врача (такова модель закона — «пациент вправе получить»), уточнять у него все, что его интересует конкретно в рамках ст. 31 Основ. Если круг вопросов исчерпан, врач переходит к п. Г.

Г. Вопрос врача пациенту: согласны ли Вы на медицинское вмешательство?

Г.1. Если ответ «да», то производится вмешательство.

Г.2. Если ответ «нет», то вступает в действие ст. 33 Основ, согласно которой врач должен информировать пациента о возможных последствиях отказа. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником. В случае отказа пациента от подписания отказа, врачу следует позаботиться о получении доказательств о том, что отказ имел место. Такими доказательствами могут служить аудио и видео записи, свидетельские показания, подпись должностного лица медицинской организации под документом.

В отличие от отказа от медицинского вмешательства, который дается в письменной форме с указанием возможных последствий, в законодательстве Российской Федерации об охране здоровья граждан не закреплена обязательная письменная форма согласия на медицинское вмешательство.

Необязательность письменного оформления согласия на медицинское вмешательство свидетельствует об отсутствии должного внимания законодателя к проблемам последствий медицинского вмешательства для пациента. Можно предположить, что речь идет в данном случае о двойных стандартах при подходе к согласию и отказу от медицинского вмешательства, что является недопустимым.

Говоря о форме отображения согласия на медицинское вмешательство пациента, следует отметить, что существуют сторонники устного варианта согласия и письменного.

Сторонники устного варианта оформления согласия на медицинское вмешательство связывают правомочность подобного варианта с самим фактом обращения человека за медицинской помощью. При этом, как бы предполагается, что пациент автоматически соглашается на предложенные способы диагностики и лечения<sup>16</sup>. Понятно, что

<sup>16</sup>Стеценко С.Г. «Право и медицина: проблемы соотношения», М.: «Международный Университет (в Москве)», 2002. с. 96

этот подход является отображением патерналистской модели взаимоотношения врача и пациента.

Второй подход сводится к следующему: «более оправданным и объективным является вариант письменного оформления согласия на предстоящее медицинское вмешательство, причем данное обстоятельство не должно зависеть от сложности вмешательства». Такого подхода, в частности, придерживается Стеценко С.Г.<sup>17</sup>

В настоящее время в законодательстве об охране здоровья граждан обязательная письменная форма согласия на медицинское вмешательство предусмотрена только на проведение отдельных видов вмешательств. Так, ст. 35 Основ устанавливает необходимость письменного согласия супругов (одинокой женщины) на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона; ст. 37 Основ предусматривает необходимость письменного заявления гражданина на медицинскую стерилизацию как метод контрацепции, ст. 43 Основ устанавливает обязательную письменную форму для согласия гражданина на использование в интересах излечения пациента методов диагностики, лечения и лекарственных средств, не разрешенных к применению, но находящихся на рассмотрении в установленном порядке, а также на участие в биомедицинском исследовании. Ст. 51 Семейного кодекса РФ предусматривает письменную форму согласия супругов на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания (суррогатной матери).

Законодательством США, также как и российским, обязательное письменное согласие на медицинское вмешательство предусмотрено только для ряда медицинских процедур, например, при изъятии трансплантата у донора, при проведении медицинского эксперимента.

Если информированное добровольное согласие рассматривать в качестве договора о предстоящем медицинском вмешательстве, то к нему применяются общие гражданско-правовые нормы о форме сделок.

Так, в силу статьи 161 ГК РФ сделки юридических лиц с гражданами должны совершаться в простой письменной форме, за исключением сделок, которые в соответствии со

статьей 159 Кодекса могут быть совершены устно. Следовательно, договоры о предстоящем медицинском вмешательстве по общему правилу заключаются в простой письменной форме с соблюдением правил, предусмотренных статьей 434 ГК РФ. Согласно ст. 159 ГК РФ сделка может заключаться в устной форме, если она исполняется при ее заключении, а также сделки во исполнение договора, заключенного в письменной форме.

Исходя из этого, можно сделать вывод о том, что такие медицинские услуги, как консультация врача, диагностическая процедура, могут быть заключены в устной форме. Однако, например, неправильная рекомендация приема лекарственных средств, а также неправильно поставленный диагноз могут в будущем иметь серьезные последствия для больного. В этом случае пациент будет ограничен в доказательствах подтверждения совершения сделки. Доказать наличие таковой он сможет, ссылаясь на записи в медицинской документации.

Под медицинской документацией принято понимать все документы, в которых медицинскими работниками зафиксированы ход и результаты медицинских обследований пациента в амбулаторных или стационарных условиях, применении к нему терапевтических мер, а также медицинские рекомендации относительно условий труда, противопоказаний по состоянию здоровья к отдельным видам деятельности и др.<sup>18</sup>

Если в медицинскую документацию (формы медицинской отчетности) внести подпись пациента в виде «с моих слов записано верно» под анамнезом, «С методом вмешательства согласен» под назначениями врача, «С диагнозами ознакомлен», то медицинская карта или история болезни приобретет форму письменного, длящегося (от действия к действию) договора.

Таким образом, согласие на медицинское вмешательство – это сознательное решение, которое возможно только при получении в доступной для пациента (законного представителя) форме полной, достоверной и достаточной для принятия соответствующего решения информации, прежде всего, о рисках медицинского вмешательства.

<sup>17</sup> Стеценко С.Г. «Право и медицина: проблемы соотношения», М.: «Международный Университет (в Москве)», 2002. с. 96

<sup>18</sup> Дмитриева Т.Б., Шишков С.Н. Медицинская документация и судебно-психиатрическая экспертиза// Российская юстиция. 1995. № 7 с. 27.

# ВИЧ-инфекция: оценка эффективности и качества лечения в социально-уязвимых группах населения

В.И. Чичигинов<sup>1</sup>, М.В. Терехова<sup>1</sup>, А.А. Ануфриева<sup>1</sup>, А.А. Собачевский<sup>1</sup>, Е.Л. Никонов<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Управление Росздравнадзора по Республике Саха (Якутия), Якутск

<sup>2</sup>МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва

## Резюме

Краткий анализ эффективности реализации программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Республике Саха (Якутия).

**Ключевые слова:** ВИЧ, эффективность лечения и диагностики.

## HIV-infection: the assessment of effectiveness and the quality of treatment in the socially-vulnerable population groups.

V.I. Chichiginarov<sup>1</sup>, M.V. Terekhova<sup>1</sup>, A.A. Anufrieva<sup>1</sup>, A.A. Sobachevskiy<sup>1</sup>, E.L. Nikonov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Region Department of Federal Service on Surveillance in Healthcare and Social Development Sphere on Republic of Sakha (Yakutiya), Yakutsk

<sup>2</sup>Lomonosov's Moscow State University, Moscow

## Summary

The brief analysis of the effectiveness of the realization of the programs of preventive maintenance and treatment of HIV-infection in the Republic of Sakha (Yakutiya).

**The keywords:** HIV, the effectiveness of treatment and diagnostics.

**Координаты для связи с авторами:** drnikonov@mail.ru

Проблема ВИЧ-инфекции/СПИДа остается одной из наиболее острых и актуальных проблем и представляет реальную угрозу социально-экономическому развитию страны. По экспертным оценкам Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу и ВОЗ, в мире в настоящее время насчитывается более 42 млн. ВИЧ-инфицированных, из них только за последние 2 года ВИЧ-инфекцией заразились 13 млн. человек, что составляет почти 30% всех случаев, зарегистрированных с начала эпидемии. Более 3,1 млн. человек уже умерло от СПИДа и 3,1 млн. из них включая 680 тысяч детей до 15 лет умерло за 2005 г.

Впервые в Республике Саха (Якутия) случай ВИЧ-инфекции зарегистрирован в 1996 году у иностранного гражданина, прибывшего в г. Якутск в составе бригады строителей.

В последующие годы начали сформировываться местные очаги ВИЧ-инфекции, связанные с вахтовыми рабочими, прибывшими из стран СНГ и других регионов страны в промышленные зоны Мирнинского, Нерюнгринского районов.

Эпидемический подъем выявляемости ВИЧ-инфицированных среди населения республики начался с 2000 года, когда темп прироста заболеваемости достиг 207,5%, показатель заболеваемости составил 17,2 случая на 100 тыс. населения.

Изменения в эпидемической ситуации ВИЧ-инфекции поставило ряд проблем требующих неотложных мер и комплексного подхода к ее решению. Комплекс организационных мероприятий в республике осуществляется посредством реализации межведомственных целевых

программ по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, вводимых поэтапно с 1991 года, в том числе и проведения антиретровирусной терапии. Особое внимание надо уделять проведению АРВТ у потребителей инъекционных наркотиков и больных, находящихся в системе исполнения наказаний. Эффективность лечебного процесса оценивается по следующим критериям:

1. Своевременное выявление ВИЧ-инфекции и постановки на диспансерный учет;
2. Своевременное назначение антиретровирусной терапии и химиопрофилактики перинатального и посконтактного заражения ВИЧ-инфекцией;
3. Оценка клинических и лабораторных показателей больного, согласно стандартам медицинской помощи больных ВИЧ-инфекцией и СПИДом;
4. Своевременное выявление, лечение и профилактика оппортунистических и вторичных заболеваний;
5. Формирование и удержание приверженности у пациентов к лечению.

Службу оказания специализированной медицинской помощи при ВИЧ инфекции должна отличать способность к привлечению пациентов и удержанию контакта с ними в течение времени, необходимого и достаточного для достижения измеримого терапевтического эффекта. Однако не всегда удается избежать определенных недостатков при ведении больного при жизни, а также медицинские работники сталкиваются с трудностями в диагностике после смерти больного.

Якутский республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД имеет два филиала: Мирнинский в г. Мирном и Алданский в г. Алдане.

С 2000 г. на территории РС (Я), согласно приказу МЗ РС(Я) № 01-8/4 – 62 от 09.03.2000 г., действует семигрупповая система наблюдения за ВИЧ инфицированными, больными СПИДом, и другими контингентами риска заражения.

Диспансерный учет и динамическое медицинское наблюдение всех подлежащих контингентов осуществляется по месту их жительства «доверенным» врачом в центральных районных больницах, в территориальных поликлиниках городов и поселков. Объем клинико-лабораторных исследований проводится согласно стандарту медицинской помощи: приказ МЗ и СР РФ №474 от 09.07.2007 г. «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека».

Лицам с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, независимо от стадии заболевания, предлагается диспансерное наблюдение, которое осуществляется доверенными врачами-инфекционистами КИЗов (кабинетов инфекционных заболеваний), при котором больной со всеми своими медицинскими проблемами обращается к конкретному врачу. К проведению диспансерного наблюдения привлекаются другие специалисты лечебно-профилактического учреждения. При отсутствии ин-

фекционистов, эту функцию осуществляют участковые терапевты, подготовленные для работы с больными ВИЧ-инфекцией. Работа осуществляется под методическим руководством специалистов Центра СПИД.

В Центре по профилактике и борьбе со СПИДом специалистами поликлиники и кабинета диспансерного наблюдения проводится централизованная диспансеризация. Оказывается методическая, консультативная помощь ЛПУ по организации лечебно-диагностического процесса и диспансерного наблюдения, проводится контроль за соблюдением сроков, кратности, объема и качества проведения диспансеризации.

Правильно организованное диспансерное наблюдение должно обеспечить выполнение следующих задач:

- подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции;
- определение клинической стадии и фазы ВИЧ-инфекции;
- выявление показаний к антиретровирусной терапии;
- выявление показаний к антиретровирусной терапии;
- выявление показаний к химиопрофилактике вторичных заболеваний;
- выявление вторичных заболеваний, определение их тяжести и необходимости лечения;
- выявление сопутствующих заболеваний (в том числе связанных с ВИЧ-инфекцией), определение их тяжести и необходимости лечения;
- психосоциальная адаптация пациента, формирование приверженности у больных, находящихся на лечении;
- обеспечение больному всех видов квалифицированной медицинской помощи при гарантированном соблюдении тайны диагноза.

Постановка пациента на диспансерный учет по ВИЧ-инфекции и последующее диспансерное наблюдение за ним осуществляется при добровольном согласии пациента.

Постановка пациента на диспансерное наблюдение, определение его в группу учета, а также перевод и снятие с учета производится решением врачебной комиссии (ВК) ЛПУ, в состав ВК входят доверенный врач-инфекционист или терапевт, эпидемиолог с ТО ТУ Роспотребнадзора в РС(Я) или ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии», заместитель главного врача ЛПУ, как ответственный за профилактику ВИЧ/СПИД в данном учреждении. Осмотр больного и осмотр его специалистами проводится согласно действующих стандартов оказания медицинской помощи ВИЧ инфицированным и больным СПИДом. Затем 25 числа каждого месяца на основании данных с ЛПУ республики проводится заключительное заседание КЭК поликлиники Республиканского Центра СПИД, где решается вопрос о постановке или снятии с учета.

Лица, состоящие по II, III, IV, V группам учета подлежат централизованному наблюдению – медицинское наблюдение за ними дублируется в диспансерном кабинете поликлиники Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД. После каждого очередного осмотра состоящего на централизованном диспансерном учете с мест наблюдения в Центр высылается подробная выписка его объективного статуса с приложениями лабораторных и других диагностических исследований. Полученная выписка рассматривается специалистами Центра СПИД для клинической оценки состояния состоящего на централизованном диспансерном учете. При необходимости отдел Центра запрашивает с мест дополнительные сведения. При определенных показаниях консультант выезжает в лечебное учреждение по месту диспансеризации пациента. В случае, если ВИЧ инфицированный пациент временно заключен под стражу или находится в местах лишения свободы сведения о его перемещении передаются медицинским отделом УФСИН в Республиканский Центр СПИД. В случае невозможности проведения дополнительных необходимых методов диагностики на местах (исследование на ПЦР на ВИЧ, вирусные гепатиты, маркеры гепатитов и др.) организуется доставка сыворотки в лабораторию Центра СПИД на соответствующее исследование.

Первичные показания к назначению антиретровирусной терапии определяются врачом, наблюдающим больного, затем после дополнительной консультации со специалистами поликлиники Центра СПИД, решением ВК Центра СПИД выносится окончательное решение о начале терапии или прекращении.

Лекарственные средства, входящие в перечень ДЛО, для лечения сопутствующих заболеваний у ВИЧ инфицированных отпускаются по рецепту врача бесплатно, согласно постоянного места проживания. Приказом МЗ РС(Я) №01-8/4-195 от 05.04.2006 и ТУФС Роспотребнадзора по РС(Я) №61д от 31.03.2006 «Об организации обеспечения лекарственными препаратами больных ВИЧ инфекцией» определен порядок лекарственного обеспечения АРВ (антиретровирусными) препаратами и диагностики.

Передача АРВ препаратов в ЦРБ проводится на основании заявки с ЛПУ на имя главного врача. При этом в обязательном порядке заполняется, подписывается и высылается в течение 3 дней. Составляется акт приема передачи лекарственных препаратов, которые ставятся на учет в ЛПУ.

По данным на 01.05.2008 антиретровирусную терапию получили 82 человека. Из них: прекратили прием АРВТ 30

#### Число пациентов, получавших АРВТ, по годам

	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	На 1.05. 2008
Всего	5	1	1	10	7	5	13	38	43
Начали							12	30	13
Продолжают							1	8	30

#### Период, прошедший с момента выявления ВИЧ инфекции и взятия на ДУ до назначения АРВТ (43)

	10 лет	8 лет	7 лет	6 лет	5 лет	4 года	3 года	2 года	В течение 1 года	Сразу при постановке на учет
Число пациентов	1	2	8	9	4	3	2	5	7	2 ребенка



пациентов, из них: самостоятельно отказались от терапии – 18 пациентов, выехали за пределы республики на фоне проводимой АРВТ – 2, умерли – 5, прекратили прием из-за развития побочных эффектов – 5.

В течение 2007 года АРВТ получили 38 человек, из них терапия была назначена впервые 30 ВИЧ инфицированным. В 2007 году завершили лечение 7 человек (из них: самовольно прекратили – 4 чел, выезд за пределы республики – 1 чел, умерли – 2 чел).

На конец 2007 года на антиретровирусной терапии находились 31 человек (24 чел., начавшие терапию в 2007 г., 6 человек – с 2006 г., 1 – с 2005 г.). Из них по Национальному проекту – 30 человек, по Республиканской программе – 1 человек.

Общими критериями назначения АРВТ были: наличие вторичных заболеваний, ухудшение общего состояния, снижение уровня CD4+ лимфоцитов, высокий уровень РНК ВИЧ. Лечение назначается с учетом приверженности и рассчитано на пожизненный прием.

Терапевтические схемы:

- комбивир+стокрин – 14 чел.
- комбивир+реатаз – 3 чел.
- эпивир+стокрин+видекс – 3 чел.
- калетра+комбивир – 3 чел.
- тимазид+Эпивир+стокрин – 3 чел.
- калетра+Эпивир+тимазид – 2 чел.
- Эпивир+Зерит+калетра – 2 чел.
- Эпивир+Зерит+стокрин – 1 чел.

Разбор случаев самовольного прекращения лечения: Самовольно прекратили лечение 7 мужчин, на стадии 4 Б – 2, 4А – 2 (1 человек прервал лечение 2 раза), 3 стадия – 3. Пути заражения ВИЧ у 5- в/в наркотический, половой – 2.

Схемы и продолжительность АРВТ:

- реатаз+комбивир – 28 нед. (с перерывами в несколько дней)
- комбивир+стокрин – 12 нед.
- Эпивир+никавир+криксиван – 12 нед.
- калетра+комбивир – 2,5 нед. и 8 нед.
- Эпивир+тимазид+стокрин – 12 нед., затем перерыв около двух месяцев и возобновление курса на 12 нед.

В I квартале 2008г АРВТ назначена 13 пациентам, в том числе 1 девочке 3 лет. Из них по Республиканской программе получают АРВТ 2 человека, по Национальному проекту – 11 человек.

Всего на 01.05.08 АРВТ получают 43 пациента. В том числе по Республиканской программе получают – 3 чел, по Национальному проекту – 40 чел. Из них половой путь передачи имеют 22 чел (45,3%), внутривенный наркотический – 18 чел (41,8%), при переливании крови – 1 чел (2,1%), от ВИЧ инфицированной матери к ребенку при кормлении грудью – 1 чел (2,1%), не установленный – 1 чел (2,1%). Один из пациентов, получающих АРВТ, является активным наркоманом. Работающих 24 чел, не работающих – 19 чел (из них пенсионер – 1 чел, по уходу – 2 чел, дети – 2 чел.), мужчин – 25, женщин – 18. По возрастному составу – 3 года – 1 девочка, 9 лет – 1 девочка, 20 – 29 лет – 17, 30 – 39 лет – 20, 40 и старше – 4.

Период, прошедший с момента выявления ВИЧ инфекции и взятия на ДУ до назначения АРВТ (43).

Для оценки эффективности и безопасности проводимой терапии, с целью ее своевременной коррекции, в ходе лечения проводится плановое обследование пациентов согласно существующих стандартов оказания медицинской помощи ВИЧ инфицированным и больным СПИДом.

Для оценки эффективности антиретровирусной терапии используются клинические и лабораторные критерии (иммунологические и вирусологические).

Из лабораторных критериев оценки эффективности лечения наиболее информативными считаются определение в крови уровня CD4-лимфоцитов и «вирусной нагрузки».

Клинические критерии – оценка прогрессирования ВИЧ-инфекции и течения вторичных заболеваний являются наиболее доступными показателями клинической эффективности лечения и наиболее объективными.

#### I. Иммунологические критерии (оценка качества лечения по уровню CD4-клеток)

Уровень CD4-клеток определялся у 27 человек (г. Якутск, Нерюнгринский и Ленский районы). В других районах определение уровня CD4 не проводится из-за отсутствия иммунологических лабораторий.

##### До АРВТ

Уровень CD4-клеток	Количество пациентов
Менее 200 клеток/мкл	11 чел.
200–350 клеток/мкл	5 чел.
350 клеток/мкл и выше	11 чел.

#### Иммунологические показатели эффективности лечения

CD4 до АРВТ	На фоне АРВТ											
	Повыш на 50–100 кл/мкл			200–350 кл			Выше 350 кл			Выше 450 кл		
	Через 1 месяц	Через 3 месяца	В более поздние сроки	Через 1 месяц	Через 3 месяца	В более поздние сроки	Через 1 месяц	Через 3 месяца	В более поздние сроки	Через 1 месяц	Через 3 месяца	В более поздние сроки
менее 200 (11 чел)	1 чел	3 чел		3 чел	2 чел	1 чел			1 чел			
200-350 (5 чел)	2 чел	1 чел					2 чел					
350 -450 (11 чел)	1 чел			На трех пациентов нет данных						2 чел	3 чел	2 чел



Из таблицы следует, что у пациентов с уровнем CD4 до АРВТ менее 200 с началом приема препаратов количество CD 4 повышалось до 200–350 клеток (у 6 человек), у пациентов с уровнем CD 4 до АРВТ 200–350 у 3 человек из 5 количество CD 4 повышалось только на 50–100 клеток, и в группе пациентов с CD 4 до АРВТ 350–450 уровень CD 4 с началом АРВТ у 7 человек из 11 стал выше 450 клеток.

Исходя из этого, можно сделать вывод о достаточно хорошем иммунологическом ответе пациентов на АРВТ и о хорошем качестве лечения.

## II. Вирусологические критерии (оценка качества лечения по вирусной нагрузке)

Вирусная нагрузка была до начала АРВТ определена у 31 пациента, у 9 человек вирусная нагрузка не определялась из-за нахождения пациентов на отдаленных участках. Контрольное определение вирусной нагрузки проведено у 21 человека (у 8 чел. с вирусной нагрузкой до АРВТ до 100 тыс.копий/мл, у 7 чел. с нагрузкой 100 тыс.–500 тыс. копий/мл, у 6 чел. с нагрузкой более 500 тыс.копий/мл).

В группе пациентов с вирусной нагрузкой до 100 тыс. через 1 месяц после начала АРВТ у 3 пациентов вирусная нагрузка на ВИЧ снизилась до неопределяемых значений (менее 400 копий/мл), у 1 пациента вирусная нагрузка стала менее 1000 копий/мл, у 1 – менее 2000 копий/мл. через 3 месяца после начала АРВТ вирусная нагрузка стала неопределяемой (менее 400 копий/мл) у 3 пациентов.

В группе пациентов с вирусной нагрузкой от 100 тыс. до 500 тыс. копий/мл через 1 месяц после начала АРВТ у

4 человек количество ВИЧ снизилось до неопределяемых значений (менее 400 копий/мл), у 1 чел. вирусная нагрузка стала менее 3000 копий/мл, у 1 – менее 1000 копий/мл. в этой же группе через 3 месяца после начала АРВТ у 1 пациента количество РНК ВИЧ стало неопределяемым (менее 400 копий/мл).

В третьей группе пациентов (с вирусной нагрузкой до АРВТ более 500 тыс. копий/мл) через месяц АРВТ у 1 пациента количество ВИЧ снизилось до неопределяемых значений (менее 400 копий/мл), у 1 – менее 5000 копий/мл, у 1 – менее 2000 копий/мл, через 3 месяца АРВТ у 2 человек вирусная нагрузка стала неопределяемой, у 1 – менее 1000 копий/мл.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что у большинства пациентов, находящихся на АРВТ, независимо от количества ВИЧ до АРВТ, уже через 1-3 месяца приема антиретровирусных препаратов значительно снижается вирусная нагрузка, что говорит об эффективности АРВТ.

Таким образом, в целом, с помощью проводимых мероприятий, в том числе АРВТ, решаются следующие задачи: увеличение численности трудоспособного населения, уменьшения числа детей, потерявших родителей от последствий ВИЧ инфекции, освобождение больничных коек, преодоление негативного отношения населения к больным, предотвращение развития лекарственной устойчивости.

### Динамика вирусологического ответа

До АРВТ		Через 1 месяц АРВТ		Через 3 месяца АРВТ		В более поздние сроки	
Вирусная нагрузка	Количество пациентов	Вирусная нагрузка	Количество пациентов	Вирусная нагрузка	Количество пациентов	Вирусная нагрузка	Количество пациентов
До 100 000 к/мл	15 чел.	Менее 1000 к/мл Менее 400 к/мл Менее 2000 к/мл	1 чел. 3 чел. 1 чел.	Менее 400 к/мл	3 чел.	–	–
100 000 – 500 000 к/мл	8 чел.	Менее 1000 к/мл Менее 400 к/мл Менее 3000 к/мл	1 чел. 4 чел. 1 чел.	Менее 400 к/мл	1 чел.	–	–
Более 500 000 к/мл	8 чел.	Менее 5000 к/мл Менее 2000 к/мл Менее 400 к/мл	1 чел. 1 чел. 1 чел.	Менее 400 к/мл Менее 1000 к/мл	2 чел. 1 чел.	–	–

## Основные положения впервые разработанных национальных стандартов в информатизации здравоохранения

Г.С. Лебедев

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрав, Москва

### Резюме

Излагается текущее состояние стандартизации в области информатизации здравоохранения. Раскрываются основные положения новых национальных стандартов, действующих в Российской Федерации.

**Ключевые слова:** стандартизация, медицинская информатика, здравоохранение.

### Basic regulations for the first developed national standards in health informatics

G.S. Lebedev

Central Public Health research Institute of Ministry of Health Care and Social Development of Russian Federation, Moscow

### Summary

The current status of standardization in the health informatics is stated. Basic regulations of the new national standards operating in the Russian Federation are explained.

**The keywords:** standardization, medical information theory, public health.

**Координаты для связи с авторами:** geramail@rambler.ru

Текущее состояние информатизации здравоохранения характеризуется существенным вниманием со стороны государства. Не случайно в Перечне поручений Президента Российской Федерации по итогам заседания Президиума Государственного совета Российской Федерации 17 июня 2008 г. (от 01 августа 2008 г. № Пр-1572ГС) важное место занимает поручение о создании и развитии государственной информационной системы персонализированного учета оказания медицинской помощи гражданам РФ. В приказе Минздравсоцразвития России [1] сформулированы основные принципы создания такой системы. Нормативную же основу системы должна составлять система национальных стандартов в области информатизации здоровья [2].

В настоящей статье раскрываются основные положения новых национальных стандартов, которые начали действовать в Российской Федерации или начнут действовать в самое ближайшее время.

### 1. Состояние национальной стандартизации в области информатизации здоровья

Стандартизация в Российской Федерации проводится в соответствии с нормами Федерального закона «О техническом регулировании» [3]. В национальной стандартизации в области информатизации здоровья существенным было создание национального Технического комитета

ТК-468 «Информатизация здоровья» в сентябре 2005 г. ТК-468 проводит интенсивную работу по разработке национальных стандартов и их гармонизации с международными стандартами.

Важным результатом деятельности технического комитета явилась разработка четырех базовых стандартов информационного обмена [4,5,6,7], которые представляют из себя единую справочную информационную модель и являются основой выполнения Поручения Президента Российской Федерации. Эти стандарты введены в действие с 01 мая 2009 г. Стандарты определяют требования к системе информационного обмена между учреждениями здравоохранения, в том числе входящими в систему обязательного медицинского страхования.

Для проектирования и визуального представления состава информационных объектов используются диаграммы классов UML. В результате проектирования создается платформенно-независимая спецификация состава классов объектов, которая при необходимости может быть преобразована в описания информационных объектов на языке абстрактной синтаксической нотации версии один (ASN.1), в схемы на языке XML и в другие спецификации состава данных.

Диаграммы классов на языке UML используются для иллюстрации нормативного описания состава данных. Классы информационных объектов показаны в виде прямоугольников, состоящих из двух частей: верхняя содержит имя класса, а нижняя – список полей этого класса с указанием типа и кратности множества значений поля. Обозначение кратности  $n..m$  означает, что множество значений поля может содержать от  $n$  до  $m$  однотипных элементов. Символ \* означает произвольно большое число. Поля с кратностью 0..1 и 0..\* являются обязательными. Информационный объект может не содержать ни одного значения такого поля.

Классы могут соединяться между собой с помощью отношения обобщения и ассоциативных отношений. Последние могут быть ненаправленными, однонаправленными и двунаправленными. Если ассоциативное отношение направлено от класса А к классу Б, то в определении класса А появляется поле типа Б с кратностью, равной кратности отношения.

Ранее принятый стандарт [8], в дополнение к указанным, определяет общие положения электронной медицинской карты пациента.

В настоящее время разработан и представлен в Ростехрегулирование после проведения публичного обсуждения стандарт «Информатизация здоровья. Общие положения», который определяет понятие комплекса национальных стандартов информатизации здоровья и его структуру.

Отрадно, что в сфере информатизации здравоохранения появились впервые разработанные национальные стандарты, не имеющие аналогов в международной стандартизации, но совместимые с ними. Представляется целесообразным довести до широкой общественности их положения.

Национальный стандарт «Электронная история болезни. Общие положения» достаточно широко представлен в литературе, например [9,10] и не нуждается в дополнительном обсуждении. Ниже рассмотрим новые стандарты, принятые ТК-468.

## **2. Стандарт «Информатизация здоровья. Общие положения»**

Стандарт устанавливает общие для Российской Федерации положения комплекса национальных стандартов информатизации сферы здравоохранения и определяет для этого комплекса основные цели и задачи стандартизации, организацию работ по стандартизации и структуру комплекса стандартов и их обозначение.

В стандарте вводится понятие «комплекс национальных стандартов информатизации здоровья» – совокупность взаимоувязанных стандартов, устанавливающих требования, нормы и правила, способы и методы, направленные на применение информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) в сфере здравоохранения.

Комплекс стандартов информатизации здоровья подразделяется на группы стандартов:

- 0 – Общие положения;
- 1 – Информация о состоянии здоровья и медицинской помощи;
- 2 – Электронный обмен данными;
- 3 – Терминологические ресурсы и представление медицинских знаний;
- 4 – Безопасность;
- 5 – Идентификация участников и применение персональных электронных носителей информации;
- 6 – Идентификация лекарственных средств и изделий медицинского назначения, описание их назначения и применения;
- 7 – Взаимодействие с медицинскими приборами;
- 8 – Требования к электронной истории болезни;
- 9 – Гармонизация стандартов информатизации здоровья и профили;
- 10 – Резерв.

Стандарт определяет основные цели и задачи стандартизации, организацию работ по стандартизации и структуру комплекса стандартов и их обозначение. Применение стандарта позволит классифицировать любой новый стандарт в рассматриваемой области и определить его характерные особенности.

## **3. Стандарт «Информатизация здоровья. Состав данных сводного регистра застрахованных граждан для электронного обмена этими данными. Общие требования».**

Стандарт [4] введен в действие приказом Ростехрегулирования с 01 мая 2009 г.

Стандарт устанавливает общие требования к составу данных сводного регистра застрахованных граждан в системе медицинского страхования для обеспечения электронного обмена этими данными при информационном взаимодействии автоматизированных информационных систем.

Стандарт распространяется на автоматизированные информационные системы, формирующие или использу-

ющие данные сводного регистра застрахованных граждан в системе медицинского страхования.

Понятие электронного обмена используется с целью распространения области применения стандарта только на данные сводного регистра застрахованных граждан, используемые для взаимодействия автоматизированных информационных систем.

В стандарте представлены 16 вспомогательных классов и 5 сущностей основных классов. Стандарт вводит основные сущности: договор страхования, сведения о застрахованном лице, сведения о постановке на учет, сведения о медицинском страховании, сведения о близком лице.

Стандарт является основой построения единой системы персонализированного учета в здравоохранении.

## **4. Стандарт «Информатизация здоровья. Состав данных о взаиморасчетах за пролеченных пациентов для электронного обмена этими данными. Общие требования».**

Этот стандарт [5] введен в действие приказом Ростехрегулирования с 01 мая 2009 г.

Стандарт устанавливает требования к составу данных при организации взаиморасчетов между субъектами системы медицинского страхования для обеспечения электронного обмена при информационном взаимодействии автоматизированных систем.

Стандарт распространяется на автоматизированные информационные системы, формирующие или использующие данные взаиморасчетов за пролеченных пациентов по программе медицинского страхования.

Понятие электронного обмена используется с целью распространения области применения стандарта только на данные взаиморасчетов за пролеченных пациентов по программе медицинского страхования, используемые при взаимодействии автоматизированных информационных систем.

Структура данных разбивается на вспомогательные классы и данные организации взаиморасчетов. Структура вспомогательных классов включает 35 классов, которые используются в таблицах основных данных.

Основные данные включают в себя четыре сущности, характеризующих процесс информационного обмена: счет на оплату, данные пациентов, случай медицинской помощи, источник оплаты. Полностью детализированный состав сущностей позволяет ввести унификацию во все медицинские информационные системы, использующие этот стандарт.

## **5. Стандарт «Информатизация здоровья. Состав данных о лечебно-профилактическом учреждении для электронного обмена этими данными. Общие требования».**

Стандарт [6] введен в действие приказом Ростехрегулирования с 01 мая 2009 г.

Стандарт устанавливает общие требования к составу данных электронного паспорта лечебно-профилактического учреждения для обеспечения электронного обмена этими данными при информационном взаимодействии автоматизированных информационных систем.

Стандарт распространяется на автоматизированные информационные системы, формирующие или использующие данные электронного паспорта лечебно-профилактического учреждения.

Понятие электронного обмена используется с целью распространения области применения стандарта только на данные электронного паспорта лечебно-

профилактического учреждения, используемые для взаимодействия автоматизированных информационных систем.

В стандарте вводятся 19 вспомогательных классов и четыре основных раздела.

Данные об ЛПУ, где вводятся две сущности: электронный паспорт ЛПУ и обособленное подразделение.

Структура ЛПУ, в которой определены сущности: отделение, профиль отделения, профильная койка, штатная должность, занимаемая должность, штатный медицинский работник.

Лицензия на медицинскую деятельность, где определена сущность лицензия.

Оснащение ЛПУ, где вводятся сущности: медицинское оборудование, транспортное средство, отделение, площадка, информационная система.

#### **6. Национальный стандарт «Информатизация здоровья. Состав первичных данных медицинской статистики лечебно-профилактического учреждения для электронного обмена этими данными. Общие требования».**

Стандарт [7] введен в действие приказом Ростехрегулирования с 01 мая 2009 г.

Стандарт устанавливает общие требования к составу данных медицинской статистики лечебно-профилактического учреждения для обеспечения электронного обмена этими данными при информационном взаимодействии автоматизированных информационных систем.

Стандарт распространяется на автоматизированные информационные системы, формирующие или использующие данные медицинской статистики лечебно-профилактического учреждения.

Понятие электронного обмена используется с целью распространения области применения стандарта только на данные медицинской статистики лечебно-профилактического учреждения, используемые для взаимодействия автоматизированных информационных систем.

Структура данных разбивается на вспомогательные классы и первичные данные медицинской статистики. Вспомогательные классы включает 19 классов, которые используются в таблицах основных данных.

Основные данные первичной медицинской статистики включают в себя шесть сущностей, характеризующих процесс информационного обмена: пациент, данные амбулаторного лечения, данные стационарного лечения, документ временной нетрудоспособности, операция, медицинская услуга. Полностью детализированный состав сущностей позволяет ввести унификацию во всем медицинские информационные системы, использующие этот стандарт.

#### **Заключение**

Применение рассмотренных новых стандартов в сочетании с системой сертификации программных продуктов позволит интегрировать все информационные системы, установленные в ЛПУ в единое информационное пространство здравоохранения и социального развития и внесет весомый вклад в реализацию поручений Президента Российской Федерации.

#### **Литература**

1. Приказ Минздравсоцразвития России от 16.10.2006 г. № 713 «Об утверждении принципов создания единой информационной системы в сфере здравоохранения и социального развития».

2. Лебедев Г.С., Якимов О.С., Емелин И.В., Дунин-Барковская Е.Ю., Ванин В.П. Концепция развития стандартизации в области информатизации здоровья и программа работ по ее реализации // Материалы всероссийской конференции «Информационные технологии в медицине», Москва, РАГС 16–17 октября 2008, М.: «Консэф», 2008, с. 27–40.

3. Федеральный закон от 27.12.2002 г. № 184-ФЗ «О техническом регулировании» (в ред. Федерального закона от 09.05.2005 № 45-ФЗ).

4. ГОСТ Р 52979-2008 «Информатизация здоровья. Состав данных сводного регистра застрахованных граждан для электронного обмена этими данными. Общие требования».

5. ГОСТ Р 52977-2008 «Информатизация здоровья. Состав данных о взаиморасчетах за пролеченных пациентов для электронного обмена этими данными. Общие требования».

6. ГОСТ Р 52978-2008 «Информатизация здоровья. Состав данных о лечебно-профилактическом учреждении для электронного обмена этими данными. Общие требования».

7. ГОСТ Р 52976-2008 «Информатизация здоровья. Состав первичных данных медицинской статистики лечебно-профилактического учреждения для электронного обмена этими данными. Общие требования».

8. ГОСТ Р 52636-2006 «Электронная история болезни. Общие положения».

9. Зингерман Б. В., Шкловский-Корди Н. Е. Национальный стандарт «Электронная история болезни. Общие положения» и его роль в создании медицинских информационных систем и Единого информационного пространства здравоохранения. // Врач и информационные технологии. Научно-практический журнал. № 1, 2009.

10. Зингерман Б. В., Шкловский-Корди Н. Е. Национальный стандарт «Электронная история болезни. Общие положения» // PC Week Doctor № 2 (2), июнь 2008.



# Возможности использования автоматизированной системы «Канцер-регистр»

С.В. Одинцов, Д.В. Рубинштейн, В.М. Бунин, Н.Н. Виноградова В.В. Тарасов, А.В. Юдин, Т.М. Портнова

Главный научно-исследовательский вычислительный центр Управления делами Президента Российской Федерации

## Резюме

В статье представлен опыт создания и развития программного обеспечения по ведению ракового регистра для сети лечебных учреждений Управления делами Президента Российской Федерации.

**Ключевые слова:** раковый регистр, медицинские организации, информационные технологии.

## Possibilities of using the automated system "Cancer-register"

S.V. Odintsov, D.V. Rubenstein, V.M. Bunin, N.N. Vinogradov, V.V. Tarasov, A.V. Yudin, T.M. Portnova

Main Scientific Research Computer Center of the Department of affairs management of President of Russian Federation, Moscow.

## Summary

In the article is represented the experience of creation and development of software on conducting of cancer register for the network of the medical organizations of the Department of affairs management of President of Russian Federation.

**The keywords:** cancerous register, medical organizations, the information technologies.

**Координаты для связи с авторами:** tarasov@pmc.ru

В современных условиях в России и за рубежом проблемы, связанные с онкологической патологией, сохраняют особую актуальность. В значительной степени неблагоприятное воздействие факторов внешней среды, политической и социальной нестабильности в России оказывают влияние на здоровье населения, в том числе на негативные тенденции заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований.

В структуре смертности населения России злокачественные новообразования занимают третье место после болезней сердечно-сосудистой системы, травм и отравлений. Среди умерших в трудоспособном возрасте (15–59 лет) доля умерших от злокачественных новообразований составила 14,1%. Потери от злокачественных новообразований в репродуктивном возрасте (20–44 года) в женской популяции составили 15,6% (М.И. Давыдов, Е.М. Аксель, 2007).

В связи с внедрением современных информационных технологий во все области медицины, с повсеместным использованием и доступностью компьютеров многие вопросы противораковой борьбы, связанные с планированием и оценкой проводимых мероприятий в настоящее время пересматриваются. С учетом формирования локальных компьютерных сетей при накоплении и анализе информации становится реальным процесс оценки факторов риска, влияния методов диагностики и лечения на заболеваемость, выживаемость и смертность от злокачественных новообразований в рамках отдельного медицинского центра, региона, и страны в целом.

Высокая стоимость лечения больных со злокачественными новообразованиями в сочетании с затратами на социальное обеспечение больных, с учетом неблагоприятного прогноза многих нозологических форм, а также утрата трудоспособной части населения ведет к значительным экономическим потерям со стороны общества. В связи с этим нужна как программа профилактики злокачественных новообразований, адаптированная к современным условиям и возможностям, так и измененная стратегия борьбы с онкологическими заболеваниями в России.

Создание раковых регистров, подразумевающих длительный мониторинг злокачественных новообразований, изучение выживаемости больных, эффективности различных методов лечения и профилактики дает возможность получения полной и качественной информации. Формирование единой системы автоматизированных раковых регистров на основе корпоративной сети онкологических учреждений является одной из первоочередных задач в области совершенствования организации здравоохранения.

Онкологический регистр аккумулирует информацию обо всех случаях злокачественных новообразований в массиве определенной популяции с учетом персональных параметров пациентов, а также клинических и морфологических характеристик новообразований.

Цель и задачи современного ракового регистра – оперативное получение необходимой информации для принятия решений и контроля за их выполнением, оптимизация лечебного процесса и диспансерного наблюдения онкологических больных, формирование информационной базы для проведения научных исследований в области изучения злокачественных новообразований.

Автоматизированная информационная система «Канцер-регистр» предназначена для сбора, хранения и анализа данных об онкологических пациентах медицинских учреждений Управления делами Президента Российской Федерации. Система функционирует с 1980 года и в настоящее время содержит данные о 23,5 тыс. пациентов, представляющих 27,5 тыс. случаев онкологических заболеваний. Сбор данных осуществляется по 6 поликлиникам и 3 стационарам.

База данных системы содержит для каждого пациента его демографические данные, характеристики заболевания (локализация опухоли, ее морфология и т.д.), данные динамического наблюдения и лечения. В целом в базе данных представлено более 80 параметров пациента. Мониторинг данных пациента производится пожизненно.

Формализация, ввод и последующий анализ данных с момента создания регистра выполнялись сотрудниками кабинета канцер-регистра ЦКБ (рис.1).

Основными источниками информации являлись эпикризы пациентов, а также другие утвержденные формы медицинской документации. Однако с 2000 года, в связи с появлением в больнице новых версий информационных систем «Пациент», «Биопсия», «Протоколы вскрытий» была



Характеристика заболевания (№ истории болезни: 00000)

Порядк.№ эпиз. заболевания: 1 из 2. Дата установления д-за: 15.11.2001

Посл. возникновения: неизменно. Стадия заболевания: III

Окончательный д-з: Мочевому пузырю неуточненной м. Исследования: B

Сторона поражения: неизвестно. Гистологической д-з: переходно-клеточный рак

Форма роста: неизвестно. Д-з поликлиники: Мочевому пузырю неуточненной м.

Система TNM: Tх0. Методы подтверждения д-за: [ ]

Причины злокачественности: [ ]

Код: Неопределено. Код: 8.У.3.И. Код: 14 гистологическое первичной опухоли

Обст. выявления: плановая диспансеризация. Рецидив (метаст.) стационар. Дата: 05.09.2002

Место установления д-за: поликлиника. Причины расхождения д-за: нет. Добавить. Изменение. Удалить.

Причина смерти: прогр. опухолевого процесса. Следующая? [ ]

Заболевание учтено в 2001 году. Пациенты. Лечение.

19110

Рис. 1. Пример экранной формы для ввода данных

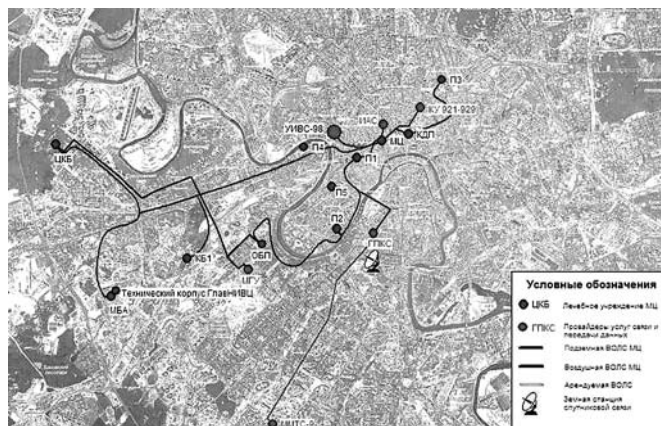


Рис. 5. Пример экранной формы для ввода данных

Онкологический регистр МЦ УДП РФ. Рабочая База Данных

Выбор. Эпикриза. Внести в отчет

Рег. №: [ ] ФИО: [ ] Год рождения: 1921. Пол: Мужской

Контингент: [ ] № истории болезни: [ ] № поликлиники: [ ] № участка: [ ] Взят на учет: [ ] Открыт: [ ]

Основной: [ ] п-ка №1 (См.): [ ] 29. Дата смерти: 24.12.2001

Дата смерти: 24.01.2009. № протокола: [ ] Место смерти: [ ] Результат вскрытия: [ ]

1842. Добавить. Изменение. Опухоли...

Результаты исследований:

- 05.04.2006
- 20.11.2007
- 21.06.2006
- 07.10.2005
- 21.02.2005

Центральная клиническая больница МЦ УДП РФ  
Биопсия исследование: 454 ЦКБ  
Главная  
Церулия

ИИВ: [ ] Поликлиника МЦ. Возраст: 84(1921) Пол: М  
Дата рег. вид биопсии: 09.09.2005 Диагностическая  
Объект опухоли: простатического отдела уретры  
Кл. диагн: Рак мочевого пузыря, рецидив  
Плечевой вран: [ ]  
Микроскопически: фрагменты умереннодифференцированного переходноклеточного рака. Малый фрагмент паравоножлочной папилломы ворончатого строения, с признаками хронического воспаления.

Рис. 2. Просмотр протокола гистологического исследования

Онкологический регистр МЦ УДП РФ. Рабочая База Данных

Выбор. Эпикриза. Внести в отчет

Рег. №: [ ] ФИО: [ ] Год рождения: 1932. Пол: Женский

Контингент: [ ] № истории болезни: [ ] № поликлиники: [ ] № участка: [ ] Взят на учет: [ ] Открыт: [ ]

Илиев севья: [ ] п-ка №3 (Грех.): [ ] 09.09.1999. Дата смерти: 28.01.2009

Дата смерти: 28.01.2009. № протокола: 23. Место смерти: [ ] Результат вскрытия: [ ]

1848. Добавить. Изменение. Опухоли...

Результаты исследований:

- 23.01.2009

ФГУ Центральная клиническая больница с поликлиникой УДП РФ  
Патологоанатомическое отделение

ВЫПИСКА ИЗ ПРОТОКОЛА ВОСКРЫТИЯ № 001.001.2009 года

ФИО: [ ] Поликлиника №3  
ИИВ: 2000. Поликлиника №3  
Дата поступления: 28.01.2009. Дата смерти: 28.01.2009  
Кор. Г. Главный Отд. Интенсивной неврологии

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ  
Основное заболевание: Рак правой молочной железы 4 стадии, прогрессирование процесса с метастазами в головной мозг, легкие, ребра, подковообразную клетчатку области послеоперационного рубца. Осложнения: Отек головного мозга с отягощенной дислокацией и

Рис. 3. Просмотр выписки из протокола вскрытия

ЛЭД Клинический анализ крови №304 от 15.04.2005

Блж Капиллярная кровь взята 14:30

Анализ	Результат	Норма	Ед-цы изм.
Пейкоциты	* 13,6	4-8,8	10 <sup>9</sup> /л
Нейтрофилы	* 97	48-78	%
Нейтрофилы (кол-во)	* 13,192	2,04-5,8	10 <sup>9</sup> /л
Палочкоядерные	2	1-6	%
Сегментоядерные	* 95	47-72	%
Лимфоциты	* 1	19-37	%
Лимфоциты (кол-во)	* 0,136	1,2-3	10 <sup>9</sup> /л
Моноциты	* 2	3-11	%
Моноциты (кол-во)	0,272	0,09-0,6	10 <sup>9</sup> /л

Гистограмма

01.04.05 07:00 04.04.05 08:00 11.04.05 09:10 11.04.05 12:45 15.04.05 14:30

Рис. 4. Просмотр результатов лабораторных исследований

поэтапно реализована автоматическая передача результатов гистологических исследований, протоколов вскрытий, а также информации о движении больных в электронном виде непосредственно из указанных систем (рис. 2,3).

Для результатов лабораторных исследований в качестве источника информации выступает лабораторная информационная система (рис.4).

Интеграция с другими информационными системами позволила ускорить и упростить ввод данных в систему «Канцер-регистр», снизить вероятность возможных ошибок. Основной для такой интеграции систем послужила созданная к тому времени корпоративная информационно-вычислительная сеть ЦКБ, объединяющая все корпуса и отделения. Обеспечение такого взаимодействия систем потребовало решения ряда проблем, связанных с однозначной идентификацией больного, информация о котором представлена в разных системах, проблемы совместимости медицинских классификаторов и систем кодирования, применяемых в разных системах, и ряда других. Все эти задачи были успешно решены совместно сотрудниками ГлавНИВЦ и кабинета канцер-регистра ЦКБ.

С 2003 года была запущена в эксплуатацию так называемая сетевая версия канцер-регистра [1], что позволило начать подключение к системе других медицинских учреждений Управления делами Президента Российской Федерации. Первым внешним подразделением, получившим доступ к системе, стало онкологическое отделение Поликлиники № 1. Персонал отделения стал выполнять функции ввода данных об онкологических пациентах поликлиники, получать необходимую аналитическую и отчетную документацию непосредственно на рабочих местах в поликлинике. Такой порядок работы существенно уменьшил бумажный документооборот, существовавший ранее между поликлиникой и больницей, ускорил и повысил достоверность ввода данных в регистр. Несколько лет эксплуатации сетевой версии системы показали эффективность ее использования. Предлагается распространить этот успешный опыт сетевого использования системы на другие медицинские учреждения Управления делами Президента Российской Федерации.

Подключение новых учреждений целесообразно продолжить с поликлиник и стационаров, непосредственно подключенных к корпоративной информационно-вычислительной сети медицинских учреждений Управления делами Президента Российской Федерации. Это Поликлиники № 2, № 3, стационары ОБП, Клиническая больница № 1 (рис.5).

Что касается учреждений, не имеющих пока непосредственного доступа к корпоративной сети (Поликлиники

№ 4, 5, Клиническая больница), то для их подключения можно использовать имеющиеся там Интернет-каналы с обеспечением защищенной передачи данных, например, по технологии VPN.

Другим направлением развития системы «Канцер-регистр» может служить ее интеграция с системами персонализированного учета лекарств, которые функционируют в ЦКБ, в Клинической больнице и других учреждениях. Это позволит отслеживать курсы химиотерапии, проводимые онкологическим больным, анализировать их эффективность не только с клинической, но и с экономической точки зрения. В качестве первого шага было бы целесообразно предоставить доступ сотрудникам кабинета канцер-регистра к указанным системам для получения справок и отчетов по использованию химиотерапевтических препаратов для лечения онкологических больных.

Система «Канцер-регистр» реализована в сетевой операционной среде Windows с использованием системы управления базами данных SQL Server и средства разработки приложений Delphi. Современная реляционная СУБД в сочетании с мощным средством разработки приложений позволяет быстро и эффективно расширять со-

став информации об онкологических больных, создавать новые выходные формы, обеспечивает целостность и надежность базы данных, защиту информации от несанкционированного использования. Построенная на базе архитектуры «клиент-сервер» система обеспечивает быстрый доступ к данным при минимальной загрузке сетевых ресурсов. Система обеспечивает функциональный, интуитивный интерфейс, характерный для среды Windows, что особенно важно в связи с постоянным расширением числа работающих с ней пользователей.

Данная информационная система предоставляет дополнительные возможности по вводу и получению информации, связанной с проведением множественных повторных курсов и видов лечения, анализу первично-множественных форм рака. Все выдаваемые отчеты стандартизованы, что позволило расширить их номенклатуру и углубить анализ.

Ведение и эксплуатация параллельно в одной информационной базе госпитального и поликлинического регистров создает с одной стороны предпосылки к полноте информации о пациентах, а с другой – трудности, связанные с различными задачами взаимодействия двух регистров.

Таблица 1

**Динамика и структура заболеваемости злокачественными новообразованиями в Главном медицинском управлении за 1999–2003 и 2004–2008 гг. и прогноз на 2006–2010 гг. (мужчины, на 100 тыс.)**

Локализация	1999–2003 гг.	2003–2008 гг.	% прироста	Прогноз* на 2006–2010 гг.
Прямая кишка	20,8	23,1	+11,1	20,3
Почка	70,6	62,1	-12,0	58,8
Мочевой пузырь	53,4	41,3	-20,8	49,1
Ободочная кишка	70,1	52,6	-25,0	57,8
Предстательная железа	171,2	308,8	+80,4	274,5
Желудок	80,4	70,3	-12,6	65,3
Легкое	85,9	77,2	-10,1	70,1
Базалиома	255,2	263,6	+3,3	263,3
Печень, желчный пузырь	16,2	14,4	-11,1	12,1
Щитовидная железа	14,6	14,8	+1,4	11,0
Меланома	17,2	15,7	-8,7	14,2
Поджелудочная железа	29,5	23,6	-20,0	18,8
ВСЕГО	1041,2	1107,3	+6,3	1219

\* прогноз показателей заболеваемости был сделан в 2007 году и ко времени написания данной статьи не менялся

Таблица 2

**Динамика и структура заболеваемости злокачественными новообразованиями в Главном медицинском управлении за 1999–2003 и 2004–2008 гг., и прогноз на 2006–2010 гг. (женщины, на 1000 тыс.)**

Локализация	1999–2003 гг.	2004–2008 гг.	% прироста	Прогноз* на 2006–2010 гг.
Шейка матки	28,5	22,1	-22,5	25,8
Печень, желчный пузырь	11,5	9,7	-15,7	16,1
Поджелудочная железа	18,4	21,2	+15,2	8,7
Ободочная кишка	48,4	44,7	-7,6	47,1
Меланома	16,2	18,6	+14,8	15,8
Тело матки	37,5	52,5	+40,0	32,2
Мочевой пузырь	8,9	7,8	-12,4	10,6
Яичник	29,4	28,3	-3,7	26,3
Молочная железа	175,2	150,8	-13,9	234,9
Почка	24,7	26,7	+8,1	16,6
Желудок	40,3	32,2	-20,0	23,5
Щитовидная железа	30,2	20,5	-32,1	14,7
Базалиома	146,6	177,7	+21,2	166,8
Прямая кишка	10,2	13,4	+31,4	9,8
Легкое	21,3	22,4	+5,2	16,1
ВСЕГО	748,2	746,4	-0,3	801,5

\* прогноз показателей заболеваемости был сделан в 2007 году и ко времени написания данной статьи не менялся

## Активная выявляемость злокачественных новообразований в Главном медицинском управлении за период 1999–2003 и 2004–2008 гг. (%)

Локализация	Период 1999–2003	Период 2004–2008	Российская Федерация 2007
Желудок	55,2	59,8	4,0
Ободочная кишка	52,9	57,6	1,8
Прямая кишка	39,4	54,8	7,2
Печень, желчный пузырь	29,6	41,5	-
Поджелудочная железа	19,7	29,5	-
Легкое	51,7	58,5	17,7
Кожа	Меланома	49,8	55,9
	Рак	73,9	79,7
Молочная железа	65,8	74,9	17,8
Шейка матки	87,6	95,5	24,9
Тело матки	70,8	69,8	10,6
Яичники	37,8	47,9	8,1
Предстательная железа	77,8	89,7	4,8
Мочевой пузырь	65,8	69,9	2,2
Почка	65,9	88,5	-
Щитовидная железа	77,0	95,8	12,3
Лимфомы	42,7	43,9	2,9
Лейкемии	64,8	78,6	2,8
Все злокачественные новообразования	60,8	67,4	9,9

Таблица 4

## Структура злокачественных новообразований, выявленных у контингента в 2004–2008 годы (в %)

Ранг	МУЖЧИНЫ	ЖЕНЩИНЫ	ОБА ПОЛА
1	Кожа 28,6	Кожа 22,8	Кожа 25,8
2	Предстательная железа 14,3	Молочная железа 22,4	Молочная железа 10,6
3	Легкое 9,5	Лимфопролиферативные заболевания – 7,9	Лимфопролиферативные заболевания – 8,1
4	Лимфопролиферативные заболевания – 8,2	Толстый кишечник 6,7	Предстательная железа 7,5
5	Желудок 8,1	Желудок 5,3	Легкое 6,9
6	Толстый кишечник 6,6	Легкое 4,0	Желудок 6,8
7	Почка 5,6	Почка 4,0	Толстый кишечник 6,7
8	Панкреатодуоденальная зона – 4,6	Панкреатодуоденальная зона – 3,9	Почка – 4,9
9	Мочевой пузырь 4,4	Яичник 3,7	Панкреатодуоденальн. зона – 4,3
10	Меланома 1,7	Тело матки 3,5	Мочевой пузырь 2,8
11.	Прочие – 8,4	Прочие – 15,8	Прочие – 15,6
Всего	100%	100%	100%

Создание единой информационной базы данных регистра рака предусматривает использование:

- унифицированных методов сбора информации;
- систематизации, хранения и анализа информации;
- жесткую регламентацию направления потоков информации.

Наиболее ответственной является задача идентификации больного в базе данных и исключение случаев дублирования информации о состоящих на учете лицах. Поэтому при регистрации нового больного система выступает в качестве ассистента, предоставляя врачу список однофа-

мильцев с указанием имени и отчества, номера истории болезни, номера поликлиники, года рождения.

Вслед за вводом общей информации о больном регистрируется информация об опухолевом заболевании и лечении пациента. Опухоли нумеруются, для каждого больного, причем при первично-множественной форме рака регистрируются все случаи опухолевых заболеваний.

Онкологическое заболевание, имеющееся в анамнезе при прикреплении пациента к поликлинике, также подлежит регистрации в системе и дальнейшему контролю. Число регистрируемых курсов лечения в системе не огра-



ничено. Лекарственное лечение при каждой госпитализации подробным образом вводится в базу данных, и мы имеем возможность комплексной оперативной оценки эффективности его применения.

В сетевой версии «Канцер-регистр» разработаны и реализованы широкие возможности взаимодействия с больничными и поликлиническими автоматизированными информационными системами, функционирующими в медицинских учреждениях Управления делами Президента Российской Федерации. Это необходимо для полного прослеживания как стационарного, так и амбулаторного этапов лечения пациента со злокачественным новообразованием.

За счет интеграции систем на базе поликлинического модуля регистра в настоящее время реализованы следующие возможности анализа:

- расчет интенсивных показателей заболеваемости, смертности, а также их динамики;
- анализ показателей качества онкологической помощи;
- анализ методов первичного и повторного лечения;
- выживаемости;
- формирование форм для государственной отчетности.

В последние годы в Главном медицинском управлении используются ряд новых эффективных химиотерапевтических препаратов, применяются новые алгоритмы диагностики и лечения, улучшающие качество жизни онкологических больных. Все это должно быть оценено не только с позиций эффективности лечения и улучшения качества жизни пациентов, но и с экономических позиций.

Для расчета показателей выживаемости данные экспортируются из базы «Канцер-регистр» в статистический программный пакет «Statistica», с помощью которого и производятся необходимые расчеты и графические иллюстрации.

Показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями контингента зависят, прежде всего, от структуры, численности и возрастного состава обслуживаемого населения. Далее эти показатели связаны с качеством, надежностью и «степенью охвата» диспансерными или скрининговыми программами обследования.

В той или иной мере они зависят от качества лечения и мониторинга контингента уже имеющего диагноз злокачественной опухоли (поскольку в настоящее время актуально развитие первично-множественных форм злокачественных новообразований). Все это в значительной мере затрудняет прогноз любых показателей, связанных с онкологической патологией. Тем не менее, мы попытались дать некоторые цифры для перспективного планирования ситуации, связанной с данной проблемой (на пять лет – 2006–2010 гг.).

Как видно из представленных данных, наибольший прирост заболевших составил рак предстательной железы (+8,0%). Высокие темпы прироста отмечены для базально-клеточного рака у женщин (+21,2%), рака прямой кишки (+31,4%).

Вместе с тем значительно снижается число больных раком шейки матки и щитовидной железы у женщин (-22,5% и 32,1%), раком желудка (-20,0%), и, что очень важно раком легкого у мужчин (дорогостоящее лечение диссеминированных форм).

Полученные данные очень важны с точки зрения планирования бюджетных средств по лечению, особенно химиотерапии указанных выше категорий больных. Дело в том, что последние 5–7 лет отмечен значительный прогресс в лечении и улучшении отдаленных результатов выживаемости больных раком простаты, раком мочевого пузыря, колоректальным раком и онкогематологических больных.

Благодаря высоким диагностическим возможностям скрининговых программ, онкологические заболевания распознаются у 78% больных в поликлиниках Главного медицинского управления, у 22% пациентов диагноз устанавливается при углубленном обследовании в стационаре.

Среди диагностированных злокачественных новообразований в Главном медицинском управлении к периоду 2004–2008 годов активная диагностика возросла и составила для рака молочной железы, шейки матки, щитовидной и предстательной железы – 80–100%; рака мочевого пузыря, почки, тела матки – 70–80%; а ободочной кишки, желудка и легкого – 50–60% (табл.3). Это связано с широким применением при скрининге всех видов лучевой диагностики (УЗИ, КТ, МРТ, ПЭТ) и других современных диагностических методов обследования на поликлиническом этапе.

Первые три ранговых места заболеваемости занимают у мужчин злокачественные новообразования кожи (28,6%), предстательной железы (14,3%) и рак легкого (9,5%). Надо отметить значительное увеличение в последние годы у наблюдаемого контингента Главного медицинского управления доли рака предстательной железы, и выход этой локализации на второе ранговое место. У женщин первые три места занимают соответственно рак кожи (22,8%), молочной железы (22,4%) и лимфопролиферативные заболевания (7,9%) (табл.5).

Необходимо отметить, что впервые в 2005 году рак предстательной железы вышел на первое ранговое место, составив 30% заболевших.

Многолетний опыт работы доказал целесообразность использования сетевой версии автоматизированной системы канцер-регистра для оценки деятельности онкологической службы, а также эффективность его интеграции с информационными системами медицинских учреждений Главного медицинского управления.

Не являясь «коммерческим модулем» медицинской информационной системы «Практика» нельзя недооценить значения данного программного продукта. Результаты обработки данных канцер-регистра легли в обоснование открытия онкологического отделения на базе ФГУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, которая также в ближайшее время будет подключена в единую информационную систему сбора и обработки данных по данному заболеванию.

### Литература

1. Видманов В.И., Виноградова Н.Н., Одинцов С.В., Тарасов В.В., Бунин В.М., Зыско А.В., Юдин А.В. Возможности и перспективы развития сетевой версии автоматизированной системы «Канцер-регистр» Медицинского центра. Вопросы онкологии, 2003, т. 49, № 4, С. 427–433.
2. Грецова О.П. Разработка и внедрение системы государственного ракового регистра на территориальном уровне. Канд. диссерт., Москва, 2003.
3. Дарьялова С.Л., Чиссов В.И. Диагностика и лечение злокачественных опухолей. – М.: Медицина, – 1993. 255 с.
4. Двойрин В.В. Интегральная оценка состояния онкологической помощи в России // Проблемы современной онкологии. IV Всероссийский съезд онкологов. – Ростов-на-Дону. – 1995. – С. 30–31
5. Старинский В.В., Грецова О.П., Петрова Г.В., Харченко Н.В. Развитие системы автоматизированного мониторинга злокачественных новообразований в России // Всероссийский симпозиум «Новые информационные технологии в онкологической статистике». – С-Пб. – 2001. – С. 104–105.

# Особенности внедрения и дальнейшего развития комплексной медицинской информационной системы «Практика»

Д.В. Рубинштейн

Главный научно-исследовательский вычислительный центр Управления делами Президента Российской Федерации

## Резюме

Приводится описание основных подсистем и функций Комплексной медицинской информационной системы «Практика», предназначенной для автоматизации обработки медицинских данных в лечебно-профилактическом учреждении. Рассматриваются вопросы интеграции подсистем, использования новых информационных технологий и безопасности данных.

**Ключевые слова:** госпитальная информационная система, информационные технологии.

## Special features of introduction and further development of integrated medical information system "PRAKTIKA"

D.V. Rubenstein

Main Scientific Research Computer Center of the Department of affairs management of President of Russian Federation, Moscow

## Summary

The description of basic subsystems and functions of the integrated medical information system "PRAKTIKA", intended for the automation of processing medical data in the medical organizations. Questions of the integration of subsystems, use of new information technologies and data security are examined.

**The keywords:** hospital information system, the information technologies.

Координаты для связи с авторами: drubin@pmc.ru

## I. Подсистемы для стационара

№	Подсистема	Функции	Внедрение	Программная платформа
1	«Пациент»	Учет движения пациентов и коечного фонда стационара: регистрация пациентов в приемном отделении с выдачей сопроводительной документации, регистрация данных о движении пациентов и коечного фонда в клинических отделениях, выдача оперативных справок и статистических сводок о движении пациентов и использовании коечного фонда, включая выполнение плановых показателей работы больницы	ЦКБ, ОБП, Больница с поликлиникой, Центр реабилитации,	Windows Server 2003/XP, Visual FoxPro 9.0
2	«Клиническая информационная система»	Ввод заказов на лабораторные исследования из клинических отделений и их передача в лабораторную систему, передача результатов лабораторных исследований в клинические отделения, выдача справок о пациентах, включая результаты исследований; ввод заказов на медикаменты в клинических отделениях и их передача в аптечную систему, персонифицированный учет лекарств в клинических отделениях, выдача справок о расходе медикаментов в клинических отделениях	ЦКБ, удаленные рабочие места в Поликлинике №1 и аппарате ГМУ	Windows Server 2003, XP, SQL Server 2005, Delphi 7.0



№	Подсистема	Функции	Внедрение	Программная платформа
3	«Статкарта»	Учет результатов лечения пациентов в объеме карты выбывшего из стационара, выдача годовых отчетов больницы по срокам и исходам лечения, включая учетные формы Минздравсоцразвития РФ	ЦКБ, ОБП, Больница с поликлиникой, Центр реабилитации	Windows Server 2003, XP, Visual FoxPro 9.0
4	Информационная система больничной аптеки	Предметно-количественный и финансовый учет лекарственных препаратов на складе больничной аптеки, учет потребления медикаментов отделениями больницы, автоматизированный контроль за сроками годности медикаментов на складе аптеки и в отделениях, оформление заказа на внешний склад, прием электронных заказов из клинических отделений, обеспечение инвентаризации	ЦКБ, ОБП, Больница с поликлиникой	Windows Server 2003, XP, SQL Server 2005, Delphi 7.0, Crystal Reports
5	«Договор»	Учет коммерческих пациентов и услуг: оформление договоров на лечение пациентов, ввод оказанных услуг, формирование счетов за лечение, ведение прейскуранта медицинских услуг, выдача справок и отчетов	ЦКБ	Windows Server 2003, XP, Visual FoxPro 9.0
6	«Диета»	Автоматизация учета питания больных в стационаре, включая регистрацию заказов на питание, формирование технологической и отчетной документации, ведение нормативно-справочной информации (картотек продуктов, блюд, комплексов, диет)	ЦКБ	Windows Server 2003, XP, SQL Server 2005, Delphi 7.0, Crystal Reports
7	«Выписки из протоколов вскрытия»	Оформление выписок из протоколов вскрытий умерших пациентов в патологоанатомическом отделении, электронная передача протоколов в клинические отделения стационара	ЦКБ	Windows Server 2003, XP, MS Office 2003, SQL Server 2005

## II. Подсистемы для поликлиники

№	Подсистема	Функции	Внедрение	Программная платформа
8	«Регистр пациентов»	Автоматизированный учет контингента поликлиники, ведение договоров со страховыми компаниями и физическими лицами, оформление сопроводительных документов на прикрепляемых пациентов, формирование справок и отчетов о структуре и движении контингента	Поликлиника № 1	Windows Server 2003, XP, C#, SQL Server 2005
9	«Регистратура»	Автоматизированная запись на прием к врачам поликлиники, ведение расписаний приема, регистрация визитов пациентов, анализ нагрузки врачей и кабинетов	Поликлиника № 1	Windows Server 2003, XP, C#, SQL Server 2005
10	«Учет услуг»	Ведение договоров на медицинское обслуживание с корпоративными клиентами и физическими лицами, персонализированный учет оказанных медицинских услуг, включая учет услуг по себестоимости, ведение программ медицинского обслуживания, формирование счетов-фактур и статистической отчетности по количеству и номенклатуре оказанных услуг, ведение реестра и прейскуранта медицинских услуг	Поликлиника № 1	Windows Server 2003, XP, C#, SQL Server 2005

№	Подсистема	Функции	Внедрение	Программная платформа
11	«Регистратура платных услуг»	Учет разовых обращений пациентов за платной медицинской помощью и оказанных им медицинских услуг, оформление счетов за лечение, выдача статистической отчетности по количеству и номенклатуре оказанных услуг	Поликлиника № 1	Windows Server 2003, XP, C#, SQL Server 2005
12	«Скорая помощь»	Автоматизированный учет работы отделения скорой и неотложной помощи	Поликлиника № 1	Windows Server 2003, XP, SQL Server, Delphi 7.0
13	«Активное наблюдение»	Планирование и контроль обследования и лечения пациентов, находящихся на активном наблюдении, в соответствии с методиками ГМУ	Поликлиника № 1	Windows Server 2003, XP, SQL Server 2005, Delphi 7.0
14	«Диспансерное наблюдение»	Планирование и контроль прохождения диспансеризации пациентами поликлиники, определение объемов обследования по методикам ГМУ, учет посещений врачей-специалистов, выдача отчетов	Поликлиника № 1	Windows Server 2003, XP, SQL Server 2005, Delphi 7.0
15	«Поликлиника»	Учет визитов, заболеваемости, нетрудоспособности, госпитализаций пациентов, учет льготных рецептов, формирование статистической отчетности по формам Минздравсоцразвития и ГМУ УДП РФ	Поликлиника № 1, Поликлиника ЦКБ	Windows Server 2003, Mumps
16	«Регистр смертности»	Учет умерших пациентов в поликлинике, формирование статистических отчетов	Поликлиника № 1	Windows Server 2003, XP, SQL Server 2005, Delphi 7.0
17	«Вакцинация»	Планирование и учет прохождения вакцинации пациентами поликлиники	Поликлиника № 1	Windows Server 2003, XP, SQL Server 2005, Delphi 7.0

### III. Подсистемы для стационаров, поликлиник и других медицинских учреждений

№	Подсистема	Функции	Внедрение	Программная платформа
18	«Вся информация о пациенте (ВИП)»	Интеграция и предоставление информации о пациенте из различных подсистем в объеме медицинской карты пациента	Поликлиника № 1	Windows Server 2003, XP, SQL Server 2005, C#
19	Лабораторная информационная система	Автоматизация выполнения исследований в многопрофильной лаборатории, включая ввод данных с автоанализаторов, автоматизированный прием заказов из клинических отделений, выдача результатов исследований в клинические отделения, передача оказанных услуг в подсистему учета услуг, формирование отчетности	ЦКБ, Клиническая больница № 1	Windows Server 2003, XP, SQL Server 2005, Delphi 7.0, Crystal Reports
20	«Учет химреактивов»	Автоматизация предметно-количественного и финансового учета химреактивов и расходных материалов на складе лаборатории	ЦКБ	Windows Server 2003, XP, SQL Server 2005, Delphi 7.0
21	«Банк крови»	Автоматизированное ведение банков доноров и доз замороженных эритроцитов, автоматизированный подбор доноров по характеристикам крови, учет результатов лабораторных исследований доноров, выдача отчетов о работе банка крови	ЦКБ	Windows Server 2003, XP, SQL Server 2005, Delphi 7.0
22	«Канцер-регистр»	Автоматизированное ведение регистра онкологических пациентов медицинских учреждений УДП РФ: регистрация пациентов, опухолей, методов лечения, выдача отчетных и аналитических данных по заболеваемости, смертности, выживаемости пациентов, эффективности методов лечения, выдача эпикризов онкологических больных	ЦКБ, Поликлиника № 1	Windows Server 2003, XP, SQL Server 2005, Delphi 7.0

№	Подсистема	Функции	Внедрение	Программная платформа
23	«Эндоскопия»	Ведение протоколов эндоскопических исследований пациентов, учет оказанных услуг, выдача отчетов о работе отделения и персонала, электронная цифровая подпись (ЭЦП) протоколов исследований	ЦКБ, ОБП, Клиническая больница № 1, Поликлиника № 1, Поликлиника № 3	Windows Server 2003, XP, MS Office 2003, SQL Server 2005
24	«Биопсия»	Ведение протоколов гистологических исследований пациентов с использованием диктофонной технологии и ЭЦП, учет оказанных услуг, выдача отчетов по работе отделения и персонала, передача результатов исследований в клинические отделения	ЦКБ, ОБП, Клиническая больница № 1	Windows Server 2003, XP, MS Office 2003, SQL Server 2005
25	«Цитология»	Ведение протоколов цитологических исследований, в т.ч. с использованием ЭЦП, учет оказанных услуг, формирование отчетов о работе отделения и персонала	Клиническая больница № 1	Windows Server 2003, XP, MS Office 2003, SQL Server 2005
26	Информационная система службы лучевой диагностики	Ведение протоколов исследований лучевой диагностики, в т.ч. с использованием ЭЦП, учет оказанных услуг, учет расходных материалов, формирование отчетов о работе отделения и персонала	Поликлиника № 1, Поликлиника №3	Windows Server 2003, XP, MS Office 2003, SQL Server 2005
27	Система шлюзов и архив медицинских изображений	Передача цифровых изображений лучевой диагностики между отделениями и учреждениями, ведение архива медицинских изображений	ЦКБ, Больница с поликлиникой, Поликлиника № 3	Windows Server 2003, XP, Conquest, EFilm

Таким образом, несмотря на то, что многочисленные прикладные модули, автоматизирующие работу врачей и среднего медицинского персонала имеют долгую историю разработки и внедрения, до последнего времени они представляли собой разрозненные программы, не зарегистрированные в установленном законодательством порядке, с незащищенным авторским правом, без должной сопроводительной документации. Вышеперечисленные недостатки организационной работы исключали возможность коммерциализации выполненных научных исследований: любая из информационных подсистем не могла быть поставлена на баланс организации, предложена для внедрения по соответствующему лицензионному договору. Другими словами, данный вид интеллектуальной собственности не мог быть введенным в хозяйственный оборот ГлавНИВЦ, любой другой организации или медицинского учреждения.

В 2008 г. была проведена ревизия всех ранее выполненных разработок сотрудниками ГлавНИВЦ, работающих в разные периоды и отобраны модули, до настоящего времени востребованные и актуальные для применения в амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских учреждениях. Была восстановлена сопроводительная документация (инструкции пользователей и инструкции администраторов) крайне необходимая для тиражирования информационного продукта.

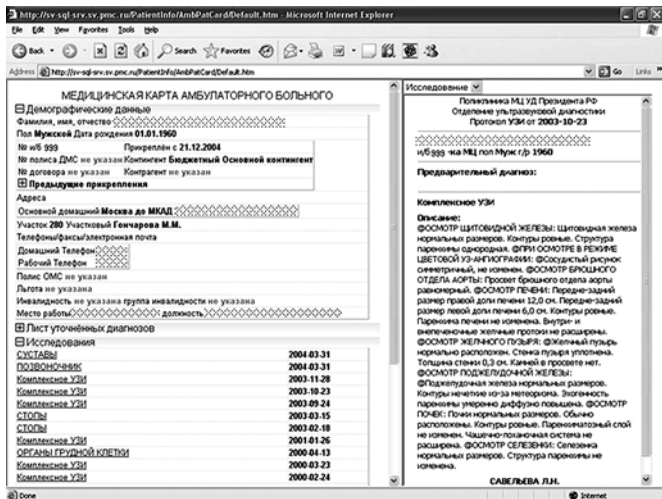
Итогом проделанной работы стала Комплексная медицинская информационная система «Практика», зарегистрированная Федеральной службой по интеллектуальной собственности патентам и товарным знакам

(Свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ от 15 июля 2008 г. №2008613545).

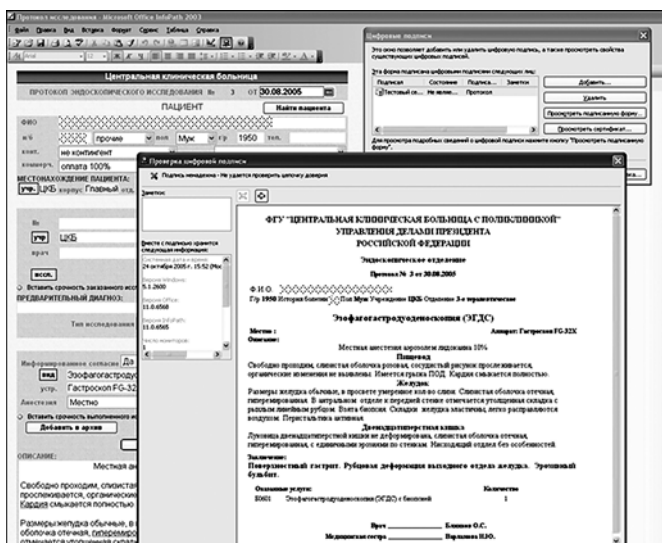
Комплексная медицинская информационная система «Практика» включает 27 подсистем, которые можно разделить на 3 группы. Подсистемы первой группы предназначены для стационара. Наиболее значимыми из них являются подсистемы учета госпитализированных больных и коечного фонда, учета медикаментов в больничной аптеке, учета питания пациентов и другие [4,5,10,11,18,19]. Подсистемы второй группы специфичны для поликлиники. К числу таких подсистем относятся подсистемы регистрации и учета пациентов поликлиники, записи на прием, контроля диспансеризации, активного наблюдения и т.п. [7,17]. Подсистемы третьей группы могут применяться в поликлиниках, стационарах, в диагностических центрах, лабораториях и других медицинских учреждениях. Это подсистемы, автоматизирующие деятельность диагностических отделений, лаборатории, а также отраслевые медицинские регистры [2,3,6,8,9,14–16,20,21,23]. При развертывании в медицинском учреждении КМИС «Практика» может комплектоваться конкретным набором подсистем в зависимости от потребностей учреждения в решении тех или иных задач.

#### Подсистемы и функции КМИС «Практика»

В приведенных ниже таблицах описываются основные функции трех групп подсистем КМИС «Практика», указаны учреждения УДП РФ, в которых эти подсистемы используются, приведены программные платформы реализации.



**Рис. 1. Подсистема «ВИП»: справка о пациенте поликлиники (демография, протокол исследования)**



**Рис. 2. Электронная цифровая подпись: проверка подписи**

Базовым медицинским учреждением по использованию больничных подсистем является Центральная клиническая больница, ряд подсистем КМИС «Практика» функционируют в ОБП, Больнице с поликлиникой, Центре реабилитации, а также в аппарате Главного медицинского управления.

Базовым медицинским учреждением по использованию поликлинических подсистем является Поликлиника № 1.

### Интеграция подсистем КМИС

Подсистемы КМИС «Практика» информационно тесно связаны между собой. Например, система «Пациент» [5] служит источником паспортных и других данных о госпитализированных пациентах для клинической информационной системы. В свою очередь клиническая информационная система формирует заказы на медикаменты и лабораторные исследования и передает их в аптечную и лабораторную подсистемы, получая обратно из этих подсистем данные о выданных в отделения медикаментах и результатах исследований соответственно [18,19] и т.д.

Источником данных для других подсистем КМИС о прикрепленных к поликлинике пациентах служит «Регистр пациентов» [7]. Подсистема «ВИП» интегрирует медицинские данные пациентов, получаемые из других

подсистем, и предоставляет их пользователю в форме электронной медицинской карты (истории болезни) пациента. Разделы медицинской карты могут при необходимости раскрываться и закрываться. При этом правая часть экрана служит для более подробного просмотра данных о выбранном событии (рис.1).

Подсистема «ВИП» фактически является прообразом электронной истории болезни пациента [5,7].

При обмене информацией между подсистемами КМИС «Практика» используются общепринятые стандарты представления и передачи медицинских данных: международный стандарт передачи медицинской информации HL7, стандарт передачи медицинских изображений DICOM, формат представления структурированных данных XML и другие [2,5,12]. Передача данных между подсистемами осуществляется с использованием технологии web-сервисов, что обеспечивается сервис-ориентированной архитектурой используемых в подсистемах приложений.

### Использование электронной цифровой подписи

Одним из требований, предъявляемых к истории болезни, является признание юридической силы входящих в неё документов. Поэтому избежать бумажного дублирования документов в электронной истории болезни можно только в том случае, если источником любых данных о пациенте будут хранящиеся в системе электронные документы, имеющие юридическую силу. В соответствии с действующим Федеральным законом об электронной цифровой подписи от 10.01.2002 №1-ФЗ, при выполнении перечисленных в законе условий электронная цифровая подпись в электронном документе признаётся равнозначной собственноручной подписи в документе на бумажном носителе.

В ряде подсистем КМИС «Практика» (подсистемы лучевой диагностики, эндоскопии и других) предусмотрено использование электронной цифровой подписи [5,9,21], что позволяет придать формируемым электронным документам юридическую значимость.

При формировании электронного протокола в этих системах вместе с подписью сохраняется изображение подписываемого документа и дата подписи. При просмотре протокола можно проверить электронную подпись. При этом будет показано изображение подписанного документа (рис. 2) независимо от того, какую форму примет протокол при просмотре.

При подписи электронных медицинских документов используются криптографические алгоритмы, сертифицированные в России.

### Защита информации

Для защиты информации от несанкционированного доступа в КМИС «Практика» используется авторизация доступа с применением паролей и профилей пользователей, позволяющих не допускать доступ в систему лиц, не имеющих соответствующих полномочий, и ограничивать пользователям системы доступ к информации только теми данными, которые необходимы для выполнения их служебных обязанностей.

### Перспективы

Как показал многолетний опыт, внедрение КМИС «Практика» в деятельность медицинских учреждений способствует улучшению использования ресурсов (количества фонда, оборудования, персонала, расходных материалов), повышению доходов от хозрасчетной медицинской



деятельности, сокращению сроков лечения пациентов, повышает производительность труда медперсонала, качество диагностики и лечения пациентов.

Перспективы развития КМИС «Практика» связаны с реализацией основных направлений развития информационных технологий в медицинских учреждениях УДП РФ, ранее сформулированных в [13, 22], и впоследствии развитых в аналитической целевой программе [1]. Ближайшие задачи по развитию системы предусматривают:

1. Обеспечение соответствия системы требованиям федерального закона «О персональных данных», сертификация системы на информационную безопасность.

2. Обновление подсистем, находящихся на заключительной стадии жизненного цикла.

3. Развитие подсистемы учета медицинских услуг:  
- интеграцию подсистемы учета услуг с внешними системами финансового и материального учета в целях получения данных о финансовых и материальных затратах учреждения и контроля за оплатой счетов за оказанные медицинские услуги;

- совершенствование персонифицированного учета медицинских услуг.

### Литература

1. Аналитическая целевая программа «Создание единой медицинской информационной системы управления комплексом лечебно-профилактических учреждений Управления делами Президента Российской Федерации» (2008–2011 годы), М., 2008.

2. Аведьян Э.Д., Башлай Д. М., Емелин И. В., Емельянов А.В. // Кремлевская медицина. – 2007. – № 2. – С. 94–96.

3. Аведьян Э.Д., Башлай Д.М., Латков О.Е., Ноников В.Е.// Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2003 – № 3. – С.85–90.

4. Антонов Р.В.// Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2002 – № 1.– С.84–86.

5. Бронтвейн А.Т., Губин И.М., Емелин И.В., Тарасов В.В.// Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2005. – № 4. – С.12–18.

6. Бунин В.М., Виноградова Н.Н., Одинцов С.В., Тарасов В.В., Титов И.Г.// Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2001. – № 3. – С.81–86.

7. Бунин В.М., Горев А.В.// Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2005. – № 4. – С. 8–12.

8. Видманов В.И., Виноградова Н.Н., Одинцов С.В., Тарасов В.В., Бунин В.М., Зыско А.В., Юдин А.В. Возмож-

ности и перспективы развития сетевой версии автоматизированной системы «Канцер-регистр» Медицинского центра. // Вопросы онкологии. – 2003. – №49(4). – С. 427–433.

9. Грибунов Ю.П., Глинянов Г.Н., Песков Д.Ю., Перов Ю.Л. 20-летний опыт использования информационной системы «Биопсия» в работе патолого-анатомического отделения.// Архив патологии. – 2006г. – № 6. – С. 34–36.

10. Губин И.М., Тарасов В.В., Антонов Р.А., Зыско А.В., Дзюбина О.В.// Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2000. – №4. – С. 51–54.

11. Дехтяр И.У., Иванов А.И.// Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2005. – №4. – С.19–24.

12. Емелин И.В. // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2000. – №4. – С. 68–76.

13. Миронов С.П., Эльчиан Р.А.// Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2005. – № 4. – С. 6–8.

14. Назаров А.А. // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2005. – № 4. – С.38–43.

15. Назаров А.А.// Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2007. – № 4 – С. 86–87.

16. Николаев А.П., Крючков М.И., Е.В.Никушкин Е.В., Тарасов В.В., Лутошкин С.Ф.// Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2002. – № 1. – С. 76–82.

17. Полубоярова Н.М., Волкова Н.А., Орлеанский В.В.// Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2005. – № 4. – С. 32–34.

18. Попова Ф.И., Осадчая И.Н., Зыско А.В.// Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 1999. – № 1. – С. 74–79.

19. Тарасов В.В., Баринов В.Г., Никушкин Е.В., Глинянов Г.Н., Дзюбина О.В., Назаров А.А. // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2005. – № 2. – С. 91–96.

20. Тарасов В.В., Лутошкин С.Ф., Дзюбина О.В., Назаров А.А., Сучков К.В.// Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2006. – № 2. – С. 89–95.

21. Тарасов В.В., Платинин И.В., Лебидько Л.М., Строганов П.А., Поткин С.Б.// Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2004. – № 1. – С. 91–95.

22. Эльчиан Р.А., Емелин И.В., Тарасов В.В., Губин И.М.// Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2007. – № 3. – С.92–95.

23. Tarasov V, Stroganov P, Nosenko E. A. Pilot Study of Use of Microsoft InfoPath 2003 for Medical Reports // Proceedings of the 11th World Congress on Medical Informatics. – San Francisco: 2004. – P.1879.



## Учебно-методический центр в системе непрерывного обучения среднего медицинского персонала

О.В. Логвинова, Ю.П. Бойко

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

### Резюме

Изучалась роль учебно-методического центра лечебно-профилактического учреждения с собственной разработкой образовательных программ, пособий, методических рекомендаций и инструкций в системе непрерывного профессионального обучения специалистов со средним медицинским образованием на модели городской клинической больницы. Позитивными индикаторами деятельности учебно-методического центра явились: высокая оценка постоянного обучения среди 83,4% медицинских сестер лечебного учреждения, увеличение сертифицированных средних медицинских работников до 72,9% и с высшей квалификационной категорией до 36,1%, отличная оценка пациентами качества сестринского ухода до 73,8% и степени доверия их профессионализму до 67,0%. Организация учебно-методических центров для сестринского персонала в лечебных учреждениях может служить дополнительной формой к существующей системе последипломного сестринского образования.

**Ключевые слова:** учебно-методический центр, непрерывное образование, методический материал, медицинские сестры, пациенты, сертифицированные специалисты, квалификационная категория.

### Summary

**Educational methodological center in the CME system for nurses**

O. V. Logvinova, Yu.P.Boyko

Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow

The article describes the role of training centers of healthcare institutions with development of proprietary educational programs, methodical recommendations and instructions in system of continuous vocational training of nursing personnel in a clinical hospital setting. The following positive indicators of training centre work were acknowledged: high grades of continuous education among 83,4% of nursing personnel, higher levels of certified nursing personnel up 72.9%, higher grades of patient acknowledgement of nursing care quality up to 73.8% and vocational reliability up to 67%. Organisation of training centres for nursing staff in healthcare institutions can play an important role in the existing system of postgraduate education of nursing personnel.

**Key words:** training centre, continuous education, methodical recommendation, nursing staff, patients, certified specialists, qualification.

**Координаты для связи с авторами:** boykoyp@mail.ru

Совершенствование профессиональной подготовки средних медицинских специалистов является приоритетным направлением в реализации реформ здравоохранения [3, 6]. Обеспечение высокого качества оказания сестринской помощи предполагает наличие определенного теоретического уровня профессиональных знаний медицинских сестер, практическое владение современными технологиями ухода за пациентами, грамотное выполнение сестринских манипуляций. Поэтому на данном этапе развития сестринского дела приоритет отдается непрерывному профессиональному обучению медицинских сестер [1, 7, 10, 12]. Современное здравоохранение испытывает потребность в специалистах, способных к непрерывному обучению и постоянному профессиональному росту [8, 11]. В связи с этим изменяются подходы к организации и осуществлению системы непрерывного профессионального обучения сестринского персонала. Оптимальным представляется интеграция и рациональное сочетание различных образовательных программ: от обучения в учреждениях последипломного образования до индивидуальных стажировок и самообразования. При обучении в государственных образовательных учреждениях последипломного образования, законодательно закреплённом один раз в пять лет, специалисты имеют возможность прослушать обязательный регламент, однако, в связи с высоким темпом прироста научных знаний и медицинских технологий для регулярного профессионального повышения и усовершенствования медицинских сестер этого недостаточно [5]. Реальные условия не позволяют руководителям лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) широко использовать возможности существующей системы повышения квалификации общего и тематического усовершенствования с отрывом от производства. Проблема постоянного (непрерывного) повышения профессионального уровня среднего медицинского персонала и необходимость создания внутренней системы обучения средних медицинских работников в условиях, приближенных к постоянной производственной деятельности в пределах лечебного учреждения определяет поиск новых образовательных форм [2, 9]. Оптимальным вариантом является создание учебно-методических центров (УМЦ) в ЛПУ для непрерывного обучения медицинских сестер, что решает проблемы своевременного повышения квалификации и обучения без отрыва от производства с учетом непосредственных профессиональных обязанностей и оценки теоретической и практической подготовленности средних медицинских работников.

Цель настоящей работы состояла в изучении роли учебно-методического центра лечебно-профилактического учреждения в системе непрерывного профессионального обучения специалистов со средним медицинским образованием.

## Материал и методы

Исследование было проведено в Городской клинической больнице № 64 (ГКБ № 64) Департамента здравоохранения города Москвы, в которой в 2000 году был создан УМЦ, что позволило проводить обучение сотрудников, исходя из их непосредственных производственных задач.

Основная цель создания УМЦ состояла в непрерывном повышении уровня теоретических знаний и совершенствовании практических умений среднего медицинского персонала, быстрой и успешной адаптации молодых и вновь принятых специалистов, внедрении инновационных технологий в практику сестринского дела. Основными разделами работы были: организационная, методическая и учебная деятельность.

Организационный раздел включал: подготовку и контроль мероприятий по обучению среднего медицинского персонала в учреждениях последиplomного образования, организацию на базе ЛПУ выездных циклов повышения квалификации, управление качеством сестринской помощи. Методический раздел обеспечивал методическое сопровождение непрерывного обучения средних медицинских работников, формирование единых алгоритмов выполнения сестринских манипуляций в соответствии с современными медицинскими технологиями.

Методическое обеспечение деятельности медицинских сестер включает разработку методических материалов и последующее их использование в практической работе. Учебно-методическим центром в ГКБ № 64 разработаны и утверждены – программы и пособия для обучения сестринского персонала: программа «Современная концепция сестринского дела», пособие «Трансфузиология»; методические рекомендации, инструкции для различных групп сестринского персонала по выполнению функциональных обязанностей: рекомендации по работе постовой медицинской сестры, сестры процедурного, перевязочного кабинетов, по проведению сестринских манипуляций, для молодых специалистов кардиореанимационного отделения. Приоритетным направлением деятельности УМЦ является организация и проведение научно-практических конференций, семинаров для медицинских сестер с привлечением ведущих специалистов сестринского дела Московского медицинского колледжа № 1, членов Московской ассоциации медицинских сестер, Харфордского медицинского колледжа и практикующих юристов медицинских сестер США, клиники Университета Мартина Лютера (Галле, Германия).

Учебный раздел включал: непрерывное обучение сестринского медицинского персонала по программам, разработанным руководителем или специалистами УМЦ и утвержденным руководителем ЛПУ; контроль теоретических знаний и практических навыков. Организация УМЦ, как структурного подразделения формировалась из штатов ЛПУ. Занятия в УМЦ проводились руководителями сестринской службы, которыми могут быть: заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом, главная медицинская сестра (приказ Минздрава России от 16.08.02 № 267 «О внесении дополнений в приказ Минздрава России от 27.08.99 № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»), старшими медицинскими сестрами (членами Совета медицинских сестер), освобожденными специалистами – сотрудниками УМЦ. «Положение об учебно-методическом центре лечебно-профилактического учреждения» было создано после экспертной проработки 20 руководителями

сестринских служб ЛПУ города Москвы городского и федерального подчинения.

## Проведены мероприятия:

1. Одномоментный опрос в 2003 году по унифицированной анкете 157 медицинских сестер из 355 физических лиц, занимающих должности среднего медицинского персонала в 19 структурных подразделениях ГКБ № 64. Выборочная совокупность формировалась методом простой случайной выборки. Выборочное отношение составило 44,2%, что для небольшой совокупности (менее 1000) является достаточным и может обеспечить высокую степень точности исследования [4]. Выяснялись: стаж работы в своей профессии, мотив при выборе профессии, стимулы и удовлетворенность в работе, оценка потребности в обучении.

2. Ретроспективный и проспективный мониторинг сертификации медицинских сестер за 2000–2007 годы; 12 выездных циклов повышения квалификации медицинских сестер; аттестации специалистов со средним медицинским образованием в ГКБ 64 Департамента здравоохранения города Москвы. За 8 лет исследования количество специалистов составило – 2977 (320–432 в год).

3. Ретроспективный и проспективный мониторинг сертификации и аттестации медицинских сестер в ЛПУ Департамента здравоохранения города Москвы за период 2000–2007 годы. За 8 лет исследования количество специалистов составило – 537342 (74239–82645 в год).

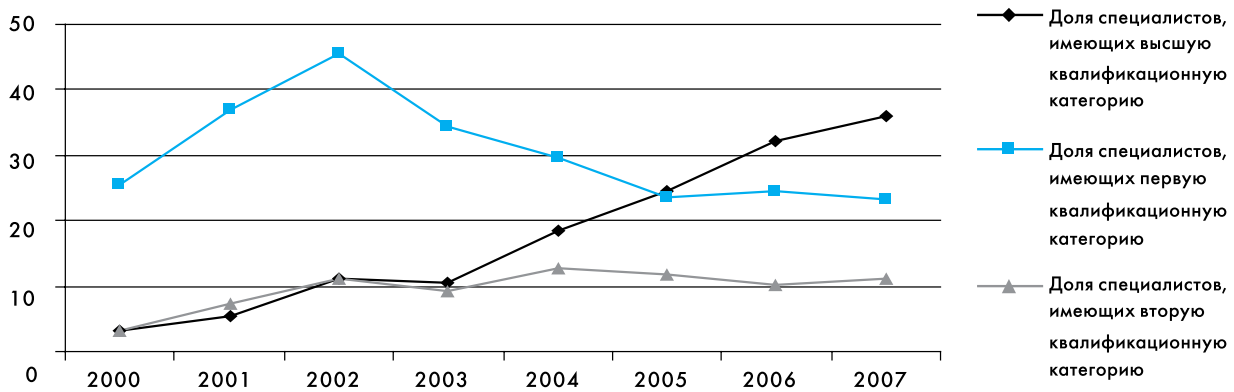
4. Ретроспективный анализ документов в ГКБ № 64 (приказы, заявления о приеме на работу и увольнении) молодых специалистов 2001–2007 годы. За 7 лет их количество составило – 140 (10–30 в год). Изучались причины увольнения.

5. Проспективный мониторинг (2001–2006 годы) по дифференцированным унифицированным анкетам («пациенты – уход» и «пациенты – доверие») 1244 пациентов ГКБ № 64.

## Результаты и обсуждение

По результатам одномоментного исследования среди 157 медицинских сестер из 19 структурных подразделений больницы изучалась деятельность и потребность в обучении среднего медицинского персонала. Достаточный опыт работы по специальности (от 6 и более 20 лет) имели 73,9% медицинских сестер, 63,1% медсестер выбор профессии осуществляли по призванию и семейной традиции, избирательно важными стимулами в работе считали – комфортный климат в коллективе (63,1%) и позитивные клинические результаты (47,1%), 94,9% были удовлетворены своей работой. Потребность в обучении была у 80,0% сестер, которые интересовались различными формами обучения (семинары, конференции, мастер-класс, конкурсы) и 83,4% дали позитивную оценку постоянному обучению, отмечали необходимость регулярного получения и усовершенствования современных профессиональных знаний.

Для контроля своевременности регламентированного повышения квалификации с периодичностью один раз в пять лет (Постановление Правительства РФ от 10.03.2000 № 213 «О внесении изменений и дополнений в типовое положение об образовательном учреждении дополнительного профессионального обучения») и оптимального планирования обучения в УМЦ был создан банк данных среднего медицинского персонала в программе Microsoft Office Access 2003, в котором указаны паспортные данные



**Рис. 1. Мониторинг аттестации медицинских сестер в ГКБ № 64 (%)**

Таблица 1

**Характеристика специалистов со средним медицинским образованием, имеющих сертификат специалиста и квалификационные категории**

Год	ГКБ № 64			ЛПУ Департамента здравоохранения г. Москвы		
	n (абс.)	Сертификат (%)	категория (%)	n (абс.)	сертификат (%)	категория (%)
2001	326	46,3	49,7	74483	37,9	22,3
2002	353	62,9	68,0	74607	46,2	26,0
2003	358	67,1	53,6	74337	51,5	29,0
2004	363	70,8	62,3	74239	55,2	31,9
2005	397	68,0	59,7	76398	57,5	34,7
2006	428	70,3	66,4	80633	61,9	37,6
2007	432	72,9	70,8	82645	69,1	40,9

о специалистах, специальность, сведения по сертификации и аттестации.

За период проспективного исследования количество сертифицированных специалистов значительно увеличилось с 38,8% при открытии УМЦ в 2000 году до 72,9% в 2007, что указывает на эффективность управления УМЦ в своевременности повышения и подтверждения профессионального уровня у средних медицинских работников ЛПУ.

Одним из направлений работы УМЦ является организация обучения среднего медицинского персонала в ЛПУ (по месту работы) на выездных циклах образовательных учреждений. На выездных циклах общего и тематического усовершенствования за период 2000–2007 годы обучилось 66,3% медицинских сестер. Количество специалистов, повысивших свою квалификацию, значительно увеличилось: в 2000 году – 25 специалистов, а в 2006 и 2007 годы по 51 специалисту.

Ретро- и проспективный анализ показателей аттестации специалистов со средним медицинским образованием, а также о доле специалистов с I, II, высшей квалификационной категорией в общей структуре среднего медицинского персонала ГКБ № 64, свидетельствуют о позитивном росте количества аттестованных с первых лет работы УМЦ. Количество специалистов, имеющих квалификационные категории, в 2000 году составляло

31,9%, в 2002 – 68,0%. Это обусловлено проведением первичной аттестации специалистов, ранее не имевших квалификационных категорий. В последующие годы наблюдается стабильное увеличение, как количества среднего медицинского персонала, так и доли аттестованных специалистов от 61,2 % в 2004 году до 70,8% в 2007 году.

В период исследования с 2000 по 2007 годы изменилось соотношение специалистов, имеющих высшую, первую и вторую квалификационные категории. В 2000 году доля специалистов, имеющих первую квалификационную категорию, составляла 25,6,4%, на долю специалистов со второй и высшей категорией приходилось по 3,1%.

За период работы УМЦ наблюдалось стабильное увеличение среднего медицинского персонала с высшей квалификационной категорией и по итогам 2007 года они составляют 36,1% (2000 год – 3,1%). Это является одним из показателей, подтверждающих оптимальность и эффективность обучающей деятельности УМЦ.

Мониторинг специалистов, аттестованных на квалификационные категории за годы наблюдения (2000–2007) представлен на рис. 1.

Для уточнения роли УМЦ в образовательной деятельности проведен сравнительный анализ показателей аттестации и сертификации среднего медицинского персонала

## Оценка пациентами сестринского ухода (5 бальная шкала) (%)

Оценка (баллы)	Годы					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
5	47,4	72,0	72,0	54,0	59,0	73,8
4	26,3	19,0	24,0	38,0	25,0	18,8
3	18,8	3,0	2,4	5,2	9,0	6,4
2	3,4	2,7	0,8	1,4	4,5	0,5
1	4,1	3,3	0,8	1,4	2,5	0,5
	100	100	100	100	100	100

Таблица 3

## Оценка пациентами доверия медицинским сестрам (5 бальная шкала) (%)

Оценка (баллы)	Годы					
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
5	37,1	69,1	70,8	58,6	66,2	67,0
4	25,3	16,4	23,2	34,5	28,5	29,2
3	28,7	12,5	5,4	5,5	4,5	3,7
2	3,0	1,0	0,3	0,7	0,5	0,1
1	5,9	1,0	0,3	0,7	0,3	-
	100	100	100	100	100	100

ла в ГКБ № 64 и в ЛПУ Департамента здравоохранения города Москвы (табл. 1).

Доля аттестованных специалистов со средним медицинским образованием в ГКБ № 64 значительно выше, чем количество среднего медицинского персонала, имеющего сертификат специалиста и квалификационные категории, в целом по городу. В 2001 году в ГКБ № 64 аттестованных специалистов было 49,7% (учебно-методический центр был открыт в 2000 году), в ЛПУ Департамента здравоохранения г. Москвы – 22,3%. В последующие годы (до 2007 года) регистрируется рост количества аттестованных специалистов как в ГКБ № 64, так и ЛПУ Департамента здравоохранения г. Москвы, но при существенном отличии. В 2007 году в ГКБ № 64 количество средних медицинских работников с квалификационными категориями было – 70,8%, а в ЛПУ Департамента здравоохранения г. Москвы – 40,9%.

Регистрируются также различия, но менее выраженные среди сертифицированных специалистов в период с 2001 по 2007 годы в ГКБ № 64 и в ЛПУ Департамента здравоохранения г. Москвы. В 2001 году сертифицированных специалистов в ГКБ № 64 было 46,3% и 37,9% в ЛПУ г. Москвы и в 2007 году соответственно 72,9% и 69,1%. Выраженные различия показателей аттестованных работников и менее выраженные сертифицированных в ГКБ № 64 и ЛПУ г. Москвы обусловлены эффективностью работы УМЦ в ГКБ № 64. В ЛПУ Департамента здравоохранения города Москвы часть учреждений не имела УМЦ, либо их закрыли.

Задачами исследования определялось изучение профессиональной адаптации молодых специалистов. За ис-

следуемый период (2001–2007 годы) к работе в ГКБ № 64 по окончании средних медицинских учебных заведений приступили 140 молодых специалистов. Выявляется позитивная тенденция к снижению увольнения молодых специалистов за последние годы – 17,6% в 2006 году и 10,0% в 2007. До 2006 года увольнялось молодых специалистов в разные годы от 30,0% до 61,5%.

Основные причины увольнения были: невозможность совмещения работы с учебой в учреждениях высшего профессионального образования – 24,4%, смена на работу, не связанную с профессиональным образованием – 19,6%, низкая заработная плата и тяжелые условия труда – 16,1%, негативные взаимоотношения в коллективе – 16,1%.

ГКБ № 64 является клинической базой для производственной практики медицинских училищ №№ 37, 13, 5 и медицинских колледжей №№ 1 и 2 города Москвы. Эффективная организации профессионального практического обучения студентов УМЦ обеспечила привлекательность для трудоустройства в ГКБ № 64 89,9% молодых специалистов из МУ №№ 37, 13 и 5 за годы исследования.

Для выявления взаимосвязи между уровнем обучением сестринского персонала и качеством последующей работы, независимыми экспертами проводился мониторинг мнения 1244 пациентов как потребителей сестринских услуг.

Дифференцированная оценка сестринского ухода за период 2001–2006 годы показала позитивную динамику (табл. 2).

В 2001 году пациенты оценили качество сестринского ухода на 5 баллов 47,4% пациентов, в 2006 году – 73,8%.

Снизилось количество удовлетворительных оценок пациентов с 18,8% в 2001 году до 6,4% в 2006 году. Неудовлетворительно (1–2 балла) оценивают сестринский уход в 2006 году по 0,5% пациентов, что вероятнее всего связано с недобросовестностью некоторых медицинских сестер.

Среди пациентов проведен опрос по дифференцированной оценке степени их доверия профессионализму медицинских сестер (табл. 3).

Выявлена позитивная динамика в степени оценки доверия профессионализму медицинских сестер. В 2001 году профессиональные качества сестринского персонала оценивали «на отлично» 37,1% пациентов, в 2007 году такую оценку дали 67,0%.

При изучении мнения пациентов как основного потребителя сестринских услуг, выявлены положительные изменения в оценке ими качества сестринского ухода и степени доверия их профессионализму, что является подтверждением эффективности непрерывного обучения сестринского персонала и необходимости его проведения в ЛПУ.

Таким образом, учебно-методический центр в лечебно-профилактическом учреждении обеспечивает технологическую составляющую непрерывного обучающего процесса средних медицинских работников. Позитивными индикаторами деятельности учебно-методического центра являются стабильное увеличение сертифицированных средних медицинских работников, персонала с высшей квалификационной категорией. Высокая оценка пациентами качества сестринского ухода и степени доверия их профессионализму является подтверждением эффективности непрерывного обучения сестринского персонала и необходимости его проведения в ЛПУ. Создание и последующая работа Учебно-методических центров, является комплексной формой непрерывного последипломного образования специалистов со средним медицинским образованием на рабочих местах. Деятельность Учебно-методического центра охватывает многие стороны работы медицинских сестер: повышение квалификации, адаптация молодых специалистов, подготовка учебно-методических материалов, формирование профессиональных групп, контроль качества оказания медицинской помощи. Таким образом, очевидна необходимость совершенствования системы непрерывного обучения медицинских сестер. Организация учебно-методических центров для сестринского персонала в ЛПУ может служить дополнительной формой к существующей системе последипломного сестринского образования.

## Литература

1. Бахтина, И. С. Новые направления в совершенствовании непрерывного медицинского образования / И.С.Бахтина // Сестринское дело. — 2006, № 4. — 11 с.
2. Григорьев, Владимир Григорьевич. Медицинские и социальные аспекты гериатрической помощи в стационарных отделениях сестринского ухода / В.Г. Григорьев. — Дис. ...канд. мед. наук. — Самара, 2005. — 176 с.
3. Двойников, С. И. Управление развитием сестринского персонала [Текст]: Учебное пособие / С.И. Двойников, Л.А. Карасева. — М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2006. — 119 с.
4. Организация и проведение исследований в области сестринского дела / Г.М. Перфильева, Н.Н. Камынина, Н.В. Туркина и др. — Т-во научных изданий КМК, Москва, 2007. — 163 с.
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 10.03.2000 № 213 «О внесении изменений и дополнений в типовое положение об образовательном учреждении дополнительного профессионального обучения»
6. Рытязева В.И. Повышение квалификации медицинского персонала среднего звена / В.И. Рытязева, Д.Н. Малкова // Медицинская сестра. — 2007. — № 8. — С. 38–42.
7. Саркисова, В. А. Управление качеством сестринской помощи. Состояние, проблемы, пути ее решения / В.А. Саркисова // Доклады участников II съезда средних медицинских работников на пленарном и секционном заседаниях. — М. — 2004. — С. — 244–248.
8. Соловьева А.В. Подготовка менеджеров сестринского дела к формированию корпоративной культуры [Текст] / Соловьева А. В. // Проблемы управления здравоохранением. — 2008. — № 2. — С. 36–40.
9. Трофимова Г.А. Совершенствование организации сестринского дела в лечении и реабилитации больных с нарушениями мозгового кровообращения / Г. А. Трофимова. — Дис. ...канд. мед. наук. — Иваново, 2004. — 249 с.
10. Туркина Н.В. Факультеты высшего сестринского образования. Проблемы и перспективы развития / Н.В. Туркина, Н.Н. Камынина // Здравоохранение Чувашии. — 2006, № 2. — С. 23–26.
11. Туркина, Н. В. Сестринское дело — особая специальность / Н.В. Туркина // Медицинская сестра: научно-практический и публицистический журнал. — 2008, № 4. — С. 41–42.
12. Sudge, K. America's uninsured and underinsured / K. Sudge // BMS. — 1991. — V. 302. — P. 1163–1164.



# Подготовка и переподготовка медицинских кадров первичного звена в ходе реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в Республике Саха (Якутия)

В.И. Чичигинов

Управление Росздравнадзора по Республике Саха, Якутск

## Резюме

Информация о ходе реализации программ постдипломного образования для специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в Республике Саха (Якутия).

**Ключевые слова:** постдипломное образование, федеральный регистр медработников, первичная медико-санитарная помощь.

## V.I. Chichiginarov

**The CME programs for the primary medical care's specialists in the Republic of Sakha (Yakutiya) during national project "Health"**

Region Department of Federal Service on Surveillance in Healthcare and Social Development Sphere on Republic of Sakha (Yakutiya), Yakutsk

## Summary

Information about the CME programs for the primary medical care's specialists in the Republic of Sakha (Yakutiya).

**The keywords:** CME, the federal register of medical workers, the primary medical care.

**Координаты для связи с автором:** drnikonov@mail.ru

Приоритетным национальным проектом в сфере здравоохранения в разделе дополнительные выплаты медицинским работникам первичного звена предусмотрены задачи, требующие проведения активной кадровой политики и повышения уровня заработной платы труда медицинских работников первичного звена здравоохранения для привлечения высокопрофессиональных кадров и снижения коэффициента совместительства. За период с 1.01.2006 по 31.12. 2007 года управлением проведены по данному разделу 82 проверок, выписано 36 протоколов об административном правонарушении по факту нарушения п.5 Постановления Российской Федерации от 22.01.2007 г. № 30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности».

По состоянию на 01.01.2008 г. в Федеральный регистр медицинских работников в качестве получателей денежных выплат за оказание дополнительной медицинской помощи включено 3268 человек, из них врачей 643 (врачей терапевтов участковых 347, врачей педиатров участковых 250, врачей общей практики 46), медицинских сестер 717 (медицинских сестер участковых врачей терапевтов 400, медицинских сестер врачей педиатров участковых 259, медицинских сестер врачей общей практики 58). Достоверность, внесенных в регистр сведений проверялись по выезду и камерально. Например, при камеральной проверке по состоянию на 01.12.2006 г. из 1380 работников первичного звена у 775 (56%) отсутствовали сведения или просрочены сроки прохождения повышения квалифика-

ции каждые 5 лет, а по состоянию на 01.12.2007г. из 1350 работников – 92 (6,8). Таким образом, в результате мер воздействия управления Росздравнадзора главными врачами обучены специалисты и улучшилось качество ведения регистров медицинских работников.

Укомплектованность врачами терапевтами участковыми повысилась с 70% до 81%.

29,4% центральных районных больниц имеют 100% укомплектованность врачами участковыми терапевтами.

Повысилась укомплектованность в МУ «Усть-Алданская ЦРБ» с 58% до 95%, в МУ «Мегино-Кангаласская ЦРБ» с 58,2% до 81,2%, в МУ «Сунтарская ЦРБ» с 50% до 77,7%.

Низкая укомплектованность остается в МУ «Абыйская ЦРБ» 42,8%, МУ «Ленская ЦРБ» 62%.

Укомплектованность медицинскими сестрами участковых врачей терапевтов повысилась с 91,4% до 94,5%.

Укомплектованность врачами педиатрами участковыми повысилась с 89,2% до 95,4%.

73,5% центральных районных больниц имеет 100% укомплектованность врачами педиатрами участковыми.

Укомплектованность медицинскими сестрами участковых врачей педиатров повысилась с 91,5% до 95,8%.

79,4% центральных районных больниц имеют 100% укомплектованность медицинскими сестрами участковых педиатров.

Низкая укомплектованность в МУ «Ленская ЦРБ» – 62%, МУ «Нижнеколымская ЦРБ» – 66,6%.

Укомплектованность врачами общей врачебной практики повысилась с 96,2% до 97,3%.

Укомплектованность медицинскими сестрами участковых врачей терапевтов повысилась с 91,4% до 94,5%.

Проведена большая работа по приведению в соответствие с приказами численности прикрепленного населения на обслуживаемых участках.

В республике всего 817 участков, в том числе 484 терапевтических, 285 педиатрических и 48 ВОП.

В начале 2006года в республике отмечались 92 терапевтических участка с населением от 2000 до 3000 человек, от 3000 до 3500 4 участка и более 3500 1 участок (в основном по г. Якутску). За 2 года отмечается разукрупнение 25 участков с населением от 2000 до 3000 человек, с более 3000 населением участков на сегодня нет.

Остается проблема малокомплектных участков, что связано с малым количеством населения в населенных пунктах, при больших расстояниях между ними и сложной транспортной схемой. Всего малокомплектных участков 345, где работают 237 врачей и 284 медицинских сестер. Укрупнение участков практически остается невозможным.

Мужчины составляют 15 % от общего числа медицинских работников, получающих выплаты.

Количество лиц пенсионного возраста участковых врачей мужчин составляет 16,7% (по РФ 1,5%), женщин 14,5

Укомплектованность кадрами первичного звена в Республике Саха (Якутия) в %

По состоянию на	Врачи				Медсестры			
	ВОП	Педиатр	Терапевт	всего	ВОП	Педиатр	Терапевт	Всего
01.06.2006	96%	89,2%	70%	85%	95,8%	91,5%	91,4%	92,3%
01.01.2008	97,3%	95,4%	81%	91,2	96,6%	94,3%	95,8%	95,1%

О структуре врачебных участков Республики Саха (Якутия)

Участки	Отчетная дата	Численность прикрепленного населения								Всего участков
		Менее 500	500-1000	1000-1500	1500-2000	2000-3000	3000-3500	Более 3500	Комплексные участки	
Терапевтические										
	01.01.2007	75 15,6%	83 17,3%	60 12,5%	164 34,2%	92 19,2%	4 0,8%	1 0,2%	0	479
	01.01.2008	28 5,7%	97 20,0%	98 20,2%	222 45,8%	67 13,8%	0	0		484
Педиатрические		Менее 200	200-400	400-600	600-1000	1000-1500	1500-2000	Более 2000		
	01.01.2007	8 2,5%	14 4,4%	35 11,0%	191 60,2%	64 20,1%	3 0,9%	0		317
	01.01.2008	4 1,4%	44 15,4%	56 19,6%	204 71,5%	19 196,6%	2 0,7%	0		285
ВОП		Менее 500	500-1000	1000-1700	1700-2000	2000-3000	3000-3500	Более 3500	Комплексные участки	
	01.01.2007	12 29,2%	4 9,7%	3 7,3%	22 53,6%	0	0	0	0	41
	01.01.2008	8 16,6%	10 20,8%	3 6,2%	26 54,1%	1	0	0	0	48

Динамика изменения численности медицинских работников участковой службы, получающих дополнительные выплаты в Республике Саха (Якутия)

По состоянию на	Врачи				Медсестры			
	ВОП	Педиатр	Терапевт	Всего	ВОП	Педиатр	Терапевт	Всего
01.07.2006	19	204	277	500	20	199	298	517
01.01.2007	37	249	369	655	45	266	425	736
01.07.2007	27	203	271	501	37	199	314	550
01.09.2007	26	203	285	514	47	214	345	606
01.01.2008	46	250	347	643	58	259	400	717

Поло-возрастная структура специалистов первичного звена Республики Саха (Якутия)

Должность	Численность	Поло-возрастная структура (в скобках указаны %)					
		мужчины			Женщины		
		До 30 лет	30–60 лет	пенсионеры	До 30 лет	30–55 лет	пенсионеры
Врач-терапевт участковый		15,0			85,0		
	53,4	7,4	78,1	14,5	11,5	61,5	27,0
	38059	423	4464	832	3729	19886	8725
Врач-педиатр участковый		5,7			94,3		
	37,7	11,7	78,4	9,9	9,4	71,9	18,7
	26897	180	1204	152	2395	18231	4735
Врач общей практики		22,7			77,3		
	8,9	4,8	88,7	6,5	6,8	78,6	14,6
	6373	70	1285	94	333	3870	721
Итого участковых врачей		12,2			87,8		
		0,9	9,7	1,5	9,1	58,9	19,9
	71329	673,0	6953	1078	6457	41987	14181

**Поло-возрастная структура специалистов первичного звена Республики Саха (Якутия) (продолжение)**

Медсестра врача-терапевта участкового	53,9	0,4			99,6		
		52,2	44,1	3,7	20,4	68,9	10,7
	43134	84	71	6	8775	29613	4585
Медсестра врача-педиатра участкового	35,4	0,1			99,9		
		26,8	65,9	7,3	12,6	68,1	19,3
	28374	11	27	3	3567	19302	5464
Медсестра ВОП	10,7	0,7			99,3		
		39,3	55,4	5,4	16,5	75,6	7,9
	8585	22	31	3	1409	6449	671
Итого медсестер участковых врачей		0,3			99,7		
		0,1	0,2	0,0	17,2	69,1	13,4
	80093	117	129	12	13751	55364	10720

**Численность работников участковой службы Республики Саха (Якутия), нуждающихся в повышении квалификации по состоянию на 1 января 2008 года**

Республика Саха (Якутия)	Врачи				Медсестры			
	ВОП	Педиатр	Терапевт	Всего	ВОП	Педиатр	Терапевт	Всего
01.01.2006	0	58(28,4%)	211(76,1%)	269(53,8%)	0	53(26,6%)	129(43,2%)	182(35,2%)
01.01.2008	0 (0%)	7 (2%)	27 (7%)	34 (5%)	3 (5%)	22 (8%)	41 (10%)	66 (6,8%)
Российская Федерация 01.01.2008	336 (4%)	2486 (7%)	3734 (8%)	6556 (7%)	701 (7%)	4703 (13%)	7727 (14%)	13131 (13%)

(по РФ 19,9), медицинских сестер 7,6% (по РФ 13,4%).

В ходе реализации проекта проведена большая работа по подготовке и переподготовке медицинских кадров. Подготовлено 46 врачей общей практики и 58 медицинских сестер врачей общей практики. Количество нуждающихся в повышении квалификации значительно врачей снизилось с 53,8% до 5%, медицинских сестер с 35,2% до 6,8%.

Ведение регистра медицинских работников позволяет контролировать процесс оптимизации лечебной сети республики, оценить потребность медицинских работников в обучении на циклах повышения квалификации.

Таким образом, реализация направлений национального проекта «Здоровье» позволила:

-повысить укомплектованность медицинскими кадрами с 88,6% до 93,25%;

- снизить коэффициент совместительства с 1,2 до 1,1;

- повысить уровень заработной платы врачей с 15000 до 25400, медицинских сестер с 8000 до 15000;

- снизить число лиц нуждающихся в повышении квалификации у врачей с 53,8% до 5%, у медицинских сестер с 35% до 6,8%.

С реализацией национального приоритетного проекта «Здоровье» повышается доступность и качество оказания медицинской помощи.

## Определение мотивации курения и выявление риска развития пристрастия к табаку у школьников

К.Г. Гуревич, В.В. Червина, А.В. Червяков, А.А. Морозов, Д.А. Бобринева, Т.А. Морозова

ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Росздрава, Москва

### Резюме

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) число курящих в мире составляет 1,1 млрд. человек. Для адекватной профилактики курения необходимо начинать её как можно раньше и проводить более адресно. Цель работы - разработка анкеты для экспресс-анализа мотивация курения у школьников и выяснения относительного риска развития пристрастия к табаку. Материалы и методы. Исследование проводилось три года, включило 324 школьника. Курящими оказались 140 человек (43,22%). Средний возраст всех респондентов – 15,67±0,08 лет; 52,97% мальчиков. В результате получена анкета, которая может использоваться в общеобразовательных учреждениях для раннего и достоверного выявления подростков с мотивационной предрасположенностью к началу и продолжению курения, с целью последующей адресной профилактики курения. Данная анкета применима для расчета коэффициента риска возникновения зависимости. Выявлены гендерные различия в мотивациях курения. Достоверность информации возрастает при использовании анкет, содержащих 15–20 вопросов, вместо анкет, содержащих 65–70.

**Ключевые слова:** табакокурение, мотивация, подростки, зависимость.

### Summary

**The definition of tobacco smoking motivation and risk exposure of smoking addiction development in a group of schoolchildren**

K.G. Gurevich, V.V. Chervina, A.V. Cherviakov, A.A. Morozov, D.A. Bobrineva, T.A. Morozova

Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow

There are 1.1 billion smokers in the world according to the World Health Organization. In order to be adequate efficient smoking prevention program should start as early as possible and have narrow target-groups. The aim is to prepare the questionnaire for the express analysis of smoking motivation and the risk of development of tobacco addiction in a group of schoolboys. Materials and methods. The research lasted three years and included 324 schoolboys. 140 persons (43,22%) turned out to be smokers. Average age of all respondents – 15,67±0,08 years; 52,97% are boys. As a result the questionnaire for express analysis of tobacco smoking motivation was worked out. It can be used for reliable and early detection of schoolboys with motivational disposition to tobacco smoking for the purpose of elaborating individual preventive measures. The questionnaire can also be used to calculate the index of addiction development risk. The reliability of the information increases when using questionnaires containing 15–20 questions instead of those with 65–70 questions.

**Key words:** tobacco smoking, motivation, teenagers, addiction.

**Координаты для связи с авторами:** kgurevich@mail.ru

В России, как и в большинстве европейских стран, главенствующее положение среди социально-значимых заболеваний, влияющих на демографические показатели,

занимают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), вклад которых в 2006 году в общую смертность составил 57% [6]. В 60-х годах прошлого столетия разработана концепция факторов риска (ФР), ставшая научной основой для профилактики ССЗ [8]. Распространенность ССЗ в основном зависит от распространенности ФР и особенностей образа жизни. В ряду ФР, таких как нерациональное питание, недостаточная физическая активность, употребление алкоголя, биохимические характеристики, особое значение имеет курение. Среди 7 ведущих ФР курение стоит на 3-м месте (17,1%), уступая лишь артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии [8, 20]. Курение вносит весомый вклад в потери ожидаемой продолжительности жизни [16]. Благодаря отказу от курения можно существенно снизить риск смерти от ССЗ [7].

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), число курящих в мире составляет 1,1 млрд. человек. В России постоянно курит 40–45 млн. человек, и если число курящих среди мужского населения страны растет медленно, то рост числа курящих среди женского населения стремителен – более, чем в 3,5 раза за последние 10 лет [15]. С 1990 года возраст начинающих курить уменьшился с 15 до 10 лет [2]. В 2001–2002 годах в рамках международного исследования HBSC показано, что в среднем к 15 годам курят 24% подростков. В России в 2004 году ВОЗ провела исследование GYTS на 14112 учащихся 8–10 классов. Установлено, что более половины школьников России уже пробовали курить, причем каждый второй из них впоследствии стал курильщиком [2, 22].

Ситуация осложняется ещё и тем, что, по данным ряда авторов, к 15–16 годам у всех курящих школьников формируется никотиновая зависимость средней и среднетяжелой степени. При этом лишь 20% курящих подростков, имеющих зависимость, готовы признать её наличие. [2]. В последнее время появляются работы, показывающие возможность формирования такой зависимости после минимальных доз никотина, эквивалентных одной сигарете [18]. Следовательно, предотвращать начало употребления табака значительно эффективнее и экономически выгоднее, чем впоследствии лечить сформированную зависимость. Формирование аддикции происходит посредством взаимовлияния личности, среды и поведения [11].

В нашей стране и во всем мире приняты и действуют программы по профилактике курения. В 2003 году принята Рамочная Конвенция ВОЗ по Борьбе против табака [23], к которой присоединилась и Россия. В школах проводится профилактика употребления психоактивных веществ (ПАВ) по различным программам [9], внедрение которых позволяет снизить прирост частоты курения на 10% [1]. Тем не менее, опираясь на статистические данные по распространенности и динамике табакокурения, можно заключить, что профилактические программы оказываются, по крайней мере, недостаточно эффективными. По мнению исследователей для адекватной профилактики курения необходимо, во-первых, начинать профилактику как

можно раньше (проводить на школьниках), а, во-вторых, индивидуализировать, то есть проводить её более адресно [9]. Данный подход является физиологически обоснованным. Формирование любой зависимости начинается с возникновения мотивации с последующим каскадом биохимических реакций, приводящих к окончательному становлению аддикции [10]. Следовательно, важнейшим звеном в генерации профилактических программ является выявление возможной мотивации школьника к началу курения с последующей попыткой её устранения.

Мотивация – вызванное той или иной потребностью эмоционально окрашенное состояние организма, избирательно объединяющее нервные элементы различных уровней мозга. На основе мотивации формируется поведение, ведущее к удовлетворению исходной потребности [10]. Помимо «естественных» мотиваций, формирующихся на основе естественных биологических и социальных потребностей (пищевых, половых, оборонительных), выделяют также патологические мотивации. К ним относятся искусственно созданные влечения (наркомания, алкоголизм, курение).

По данным Lee К. (1997) основным мотивом к началу курения у мальчиков (52,1%) является банальное любопытство [19]. К другим причинам начала курения относят влияние средств массовой информации, боязнь оказаться несовременным, отстать от сверстников, неуверенность в собственных силах и умениях, курение друзей и позитивное их отношение к курению, курение родителей. По всеобщему мнению самым значимым мотивационным фактором является широкое распространение курения среди ближайшего окружения подростка [4, 14, 17, 21, 23]. Мотивации к началу курения у девочек и мальчиков различны. Ведущая причина курения юношей – желание снять напряжение (46,6%), на втором месте – пример окружающих (36,4%), следующие места занимают, соответственно, желание самоутвердиться, повзрослеть, похудеть. У девочек пример окружающих доминирует (49,5%), второе место занимает желание снять напряжение (37,9%). [12]. Важную роль в формировании отношения к курению играет семья. Среди девушек, живущих в неполноценных семьях или семьях с ухудшенным микроклиматом существенно выше число курящих, снижается возраст приобщения к вредным привычкам по сравнению со сверстниками [12].

Таким образом, проблема табакокурения требует незамедлительных мер и поиска новых подходов к профилактике. Одним из таких подходов может стать индивидуализация программ профилактики посредством раннего определения мотиваций школьников и относительного риска начала курения.

Цель работы разработать анкету для экспресс-анализа мотивации курения у школьников и выяснения относительного риска развития пристрастия к табаку.

### Материалы и методы

Настоящая работа представляет собой трехлетнее исследование, включившее 324 школьника, из которых ку-

рящими оказались 140 человек (43,22%). Средний возраст всех респондентов – 15,67±0,08 лет; 52,97% мальчиков. Работа проводилась на базе государственных образовательных учреждений средних общеобразовательных школ № 182, 1001, 1002 и школы коррекции № 6 города Москвы. Данное исследование стало возможным благодаря содействию Департамента образования г. Москвы, социальной организации ГУ МЦ «Дети улиц» ЗАО (дир. – к.пед.н. Полисадова М.Н.), Московскому бюро ЮНЕСКО и гранту Президента РФ МД 3065.2008. Э.

Работа проводилась в три этапа (табл. 1):

**Первый этап (n=97)** – первичная апробация и модификация анкеты (72 вопроса). На основании полученных данных из 72 утверждений исходной анкеты были отобраны 17 утверждений, вошедших в новый вариант анкеты экспресс-анализа мотивации курения, применяемой на последующих этапах.

**Второй этап (n=120)** – апробация анкеты экспресс-анализа, выявление основных мотиваций к началу и продолжению курения у школьников (анкета экспресс-анализа, 17 вопросов).

**Третий этап (n=107)** – применение анкеты экспресс-анализа, расширение аудитории испытуемых за счет школьников из особых социальных групп, попытка оценки риска начала и продолжения табакокурения школьниками, изучение мотивации курения у школьников из особых социальных групп. Группы исследования на всех этапах работы были сопоставимы по полу и возрасту (табл. 1), опрос школьников проводился анонимно.

Обозначенная анкета включала два раздела: общий раздел, содержащий вопросы о непосредственном отношении школьников к курению (курит, не курит, как часто); второй раздел, представляющий собой список утверждений, своё отношение к которым предлагалось выразить респонденту.

На первых двух этапах работы (2005–2006 гг.) в качестве респондентов выступали учащиеся ГОУ СОШ № 182 ЦАО. В 2008 году мы решили расширить наше исследование и провели анкетирование учащихся средних школ № 1001 и 1002 и отдельно школы коррекции № 6, в которой обучаются дети из неблагополучных семей и подростки, стоящие на учете в милиции.

Для обработки результатов применялись методы параметрической и непараметрической статистики (Критерий Манна-Уитни, метод доверительных интервалов. Корреляция Спирмера –  $p \leq 0,05$ ). Все расчеты проводились в программе Statistica 6,0 StatSoft Inc.

### Результаты и обсуждение

На первом этапе работы (2005 год) стало ясно, что школьникам сложно заполнять анкеты, содержащие большое число вопросов. Из 97 фактически полученных анкет пригодными для обработки оказались лишь 54 (62,10%). Остальные анкеты (43) были отсеяны по двум причинам: содержание недостоверных ответов; выборочное, непол-

Распределение по возрасту, полу, отношению к курению исследуемых школьников

Таблица 1

Этап работы	Год работы	Число респондентов (чел.; n)	Средний возраст (лет)	Распределение по полу (%)		Отношение к курению (%)		Курящие подростки, гендерные различия (%)	
				М	Ж	Курящие	Некурящие	М	Ж
1	2005	97	16,01±0,08	52,23	47,77	47,04	52,96	27,78	72,22
2	2006	120	15,25±0,07	46,39	53,61	37,50	62,50	57,14	42,86
3	2008	107	15,74±0,09	60,28	39,72	45,13	54,87	35,37	56,18
ИТОГО:		324	15,67±0,08	52,97	47,03	43,22	56,78	40,10	59,90



ное заполнение респондентами некоторых пунктов анкеты (рис. 1). Поэтому была поставлена и выполнена основная задача – адаптировать (сократить) к применению в школе предложенную анкету из 72 вопросов, не потеряв при этом её необходимой значимости и достоверности.

В результате анализа анкет из 72 вопросов были выбраны 17 вопросов для составления новой анкеты (табл. 2). Вопросы для новой анкеты подразделялись на три группы и отбирались в соответствии со следующими критериями:

- **Активные** – это утверждения, на которые больше 60% курящих и менее 40% некурящих подростков отвечали положительно. Таких утверждений было 9.

- **Проблемные** – это утверждения (их 4), на которые более 50% как курящих, так и некурящих подростков отвечали положительно:

- Во время курения легче переживаются отрицательные эмоции;

- Курение снимает стресс;

- Чаще всего люди не бросают курить в силу сложившихся стереотипов;

- Курение в состоянии повлиять на настроение;

Эти вопросы, обнажившие самые большие заблуждения обеих категорий подростков, могут являться опорными точками для разработки профилактических программ.

- **Контрольные** – это утверждения, проверяющие достоверность ответов респондента. Данные пары утверждений различаются по форме, но близки по содержанию; предполагается, что респондент должен высказывать одинаковое мнение по таким вопросам. В новую анкету были включены две пары контрольных вопросов, а именно: 7 и 15, 10 и 17, соответственно из таблицы 2.

В результате, была получена новая анкета из 17 вопросов, адаптированная для применения в школе и достовер-

но отражающая мотивации школьников к началу и продолжению курения (табл. 2).

На втором этапе работы в 2006 году новая анкета была вновь предложена 120 школьникам. Высказанное предположение об обратной взаимосвязи количества вопросов в анкете и достоверности ответов полностью подтвердилось (рис.1).

При использовании сокращенной анкеты (17 вопросов) из 120 фактически полученных анкет непригодными оказались лишь 13 (10,80%), а разница между количеством пригодными и непригодными анкетами возросла более чем в три раза с 24,20% до 78,40%.

При проверке новой анкеты на адекватное выявление мотиваций к курению было установлено, что все утверждения опросника достоверно отражают мотивации школьников к началу и продолжению курения (Критерий Манна-Уитни,  $p \leq 0.05$ ).

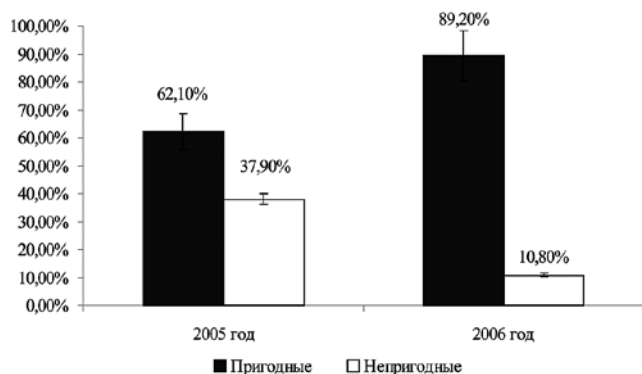
В соответствии с данными Королевского колледжа Великобритании, выделяют три фактора, способствующих к приобщению подростков к курению: психологический, социальный, физиологический [24]. В нашем исследовании все утверждения были условно отнесены к двум группам мотивационных факторов: социальным и психологическим (эмоциональным) факторам. Социальные факторы – утверждения, в которых прослеживается желание подростка самоутвердиться, занять своё место в обществе при помощи курения. Психологические (эмоциональные) факторы – утверждения, связанные с позитивным влиянием курения на эмоциональное состояние подростка.

Были также проанализированы гендерные особенности мотивации курения. Оказалось, что, исходя из описанного распределения утверждений по факторам, для мальчиков более значимым является самоутверждение, в то время как

Таблица 2

Анкета на выявление мотивации курения у школьников (17 вопросов)

№	Вопрос	Совершенно верно	Скорее, верно	Скорее, неверно	Совершенно неверно
1	Курение доставляет удовольствие				
2	Во время курения легче переживаются отрицательные эмоции				
3	Запах изо рта курильщика можно удалить при помощи жевательной резинки				
4	Курение снимает стресс				
5	Большинство положительных киногероев курит				
6	Курение позволяет скоротать время				
7	Человек начинает курить не в силу собственного решения, а из-за внешних обстоятельств				
8	Когда не о чем говорить, можно просто покурить				
9	Чаще всего люди не бросают курить в силу сложившихся стереотипов				
10	Большинство моих знакомых курят				
11	Процесс курения является одним из способов времяпрепровождения				
12	Курение в состоянии повлиять на настроение				
13	Курение помогает поддержать беседу				
14	Курение позволяет испытать новые чувства				
15	Люди обычно начинают курить под влиянием окружающих				
16	Курение облегчает общение				
17	Курение – признак взрослости, самостоятельности				
Год рождения _____ Пол _____ Дата заполнения _____ Количество сигарет, обычно выкуриваемых в день (обведите номер ответа):					
0 1–2 4–5 примерно 1/2 пачки			примерно 1 пачка 1–2 пачки 2 пачки и более другое (уточните) _____		



**Рис. 1. Отбор пригодных анкет для исследования. 2005 год – 72 вопроса в анкете; 2006 год – 17 вопросов. Метод доверительных интервалов,  $p=0,001$**

для девочек положительная эмоциональная составляющая курения (Критерий Манна-Уитни,  $p \leq 0,05$ ). Некоторые ранее приведенные данные [12] с результатами нашего исследования не совпадают. Горанская С.В. (1999) же отмечает, что доминирующим мотивом курения девочек является снижение веса, успокоение нервов, презентация своего нового имиджа. Мальчики хотят казаться взрослее, увереннее, независимее [3]. Такое расхождение в результатах может быть связано с разными методиками исследования.

Если рассматривать средние школы № 1001, № 1002 единым блоком, и сравнивать с ними школу коррекции, то достоверных отличий в доле курящих/некурящих нет. При анализе всех трех образовательных учреждений в отдельности видно, что доля курящих достоверно меньше в школе № 1002 (28,00%), по сравнению с школой коррекции (58,9%), но не отличается от школы № 1001 (48,5%) (рис. 2).

У подростков из школы коррекции выявлено достоверно большее фактическое число мотивационных факторов предрасполагающих к зависимости. Подавляющая доля этих мотиваций относится к группе социальных (11% – для общеобразовательных школ; 55% – школа коррекции;  $p \leq 0,05$ ).

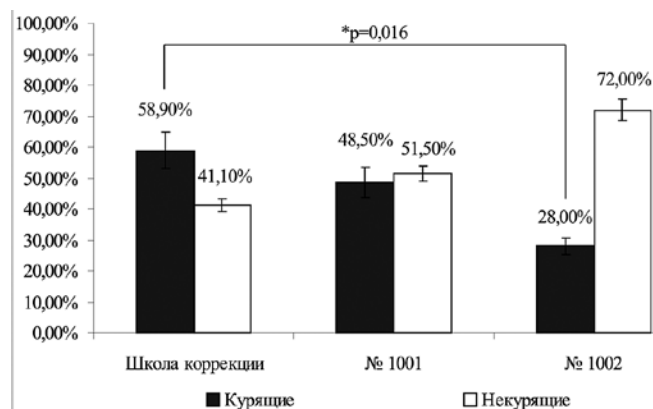
Полученные результаты свидетельствуют не только о весомом вкладе социального фактора в формирование пагубной привычки, что согласуется с данными ряда авторов по обследованию курящих подростков из неблагоприятной социальной среды [5, 12], но также подчеркивает важность других факторов в формировании зависимости.

Завершающей задачей нашего исследования явилась попытка применения анкеты для определения степени риска начала и продолжения курения. Для каждого испытуемого был рассчитан специальный коэффициент риска (К), равный отношению суммы ответов к количеству ответов (среднее арифметическое).

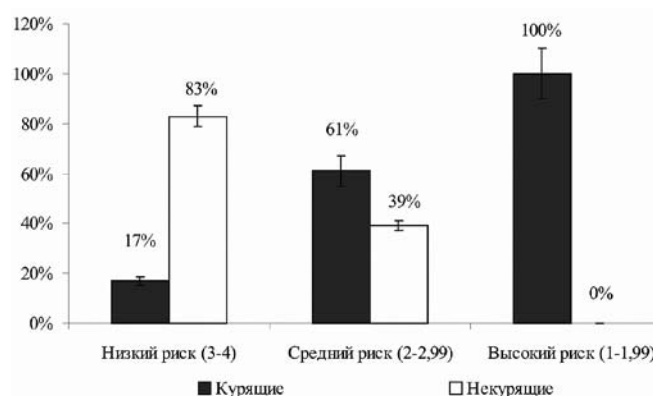
Сумма ответов рассчитывалась в соответствии с отношением респондентов к утверждениям анкеты (табл. 2): от «Совершенно верно» – 1 балл, до «Совершенно неверно» – 4 балла.

Оказалось, что данный коэффициент зависит от приверженности подростков к курению (Критерий Манна-Уитни,  $Z=-3,49$ ;  $p=0,0005$ ). Для курящих подростков  $K=2,42 \pm 0,06$ , для некурящих  $K=2,92 \pm 0,07$ . Установлена отрицательная корреляция между значением К и количеством сигарет выкуриваемых в день ( $r=-0,48$ ,  $p=0,00001$ ). Все эти факты свидетельствуют об обратной зависимости значения коэффициента К и приверженности подростка к курению: чем выше значение К, тем ниже зависимости подростка от табака.

Значение коэффициент зависит от принадлежности подростков к социальной группе. Для учеников школы коррекции  $K=2,40 \pm 0,08$ , что было достоверно меньше, чем



**Рис. 2. Доля курящих/некурящих в исследуемых школах. \* - достоверные отличия. Критерий Вальда-Вольфовица,  $Z=-2,68$ ,  $p=0,016$**



**Рис. 3. Зависимость приверженности подростков к курению от расчетного коэффициента и степени риска. Критерий Манна-Уитни,  $Z=-2,61$ ,  $p=0,009$**

для учеников общеобразовательных школ  $K=2,81 \pm 0,06$  (Критерий Манна-Уитни,  $Z=-3,49$ ;  $p=0,0005$ ).

Для оценки относительного риска начала и продолжения курения респонденты в зависимости от значения К были разделены на три группы: 1 – Высокий риск ( $K=1-1,99$ ); 2 – Средний риск ( $K=2-2,99$ ); 3 – Низкий риск ( $K=3-4$ ).

Статистический анализ показал, что все вышеописанные закономерности для значений К соответствуют указанным группам. Распределение курящих в зависимости от степени риска представлено на рис. 3. Для более достоверной оценки возможности анкеты в случае определения степени зависимости от никотина требуются дополнительные исследования. Указанные факты подтверждают возможность применения разработанной анкеты для оценки риска возникновения пагубной привычки табакокурения при существующей аддикции и, предположительно, до её появления без использования прямых вопросов.

### Выводы

Получена анкета, которая может использоваться в общеобразовательных учреждениях, для раннего и достоверного выявления подростков с мотивационной предрасположенностью к началу и продолжению курения, с целью проведения последующей адресной профилактики табакокурения (таблица 2). Данная анкета применима для расчета коэффициента риска возникновения зависимости.

Равномерное адекватное воздействие на все звенья формирования аддикции, с учетом мотивации, позволит эффективно бороться с табакокурением как фактором риска в возникновении социально-значимых заболеваний, приводящих к увеличению смертности и снижению демографических показателей.

## Правила оформления статей в журнале «Кремлевская медицина»

Статья должна быть представлена в редакцию в распечатанном виде с подписями всех авторов и на электронном носителе (дискете, CD или по электронной почте), набранная в текстовом редакторе Word для Windows. Не архивировать.

В выходных данных указываются название работы, инициалы и фамилии авторов, название учреждения, в котором выполнена работа, город. Название статьи и место работы авторов набираются без сокращений.

Описание результатов оригинальных исследований должно быть структурировано по разделам: цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы.

Все сокращения и аббревиатуры, использованные в тексте статьи, должны быть расшифрованы (либо при первом употреблении в тексте статьи в скобках, либо в конце статьи в списке сокращений). Расшифровка сокращений и аббревиатур иноязычных терминов должна быть представлена на языке оригинала и на русском языке. Все имена собственные в обязательном порядке проверяются автором в соответствии со справочными изданиями (атласы, биографические справочники, энциклопедии).

Интервал между словами должен составлять строго один пробел, перенос слов не допускается. Названия лекарственных средств следует писать со строчной буквы на русском языке с обязательным указанием международного непатентованного названия, а при его отсутствии – группировочного или химического названия. Сокращать: год – г., годы – гг.

К статье могут быть приложены таблицы и рисунки для лучшего восприятия текста. Все таблицы и рисунки должны иметь номер и название, текст статей должен содержать ссылку на них.

Рисунки выполняются в любом графическом редакторе, представляются в распечатанном и в электронном виде. К статье необходимо приложить список всей цитируемой литературы в алфавитном порядке. Библиографические ссылки в тексте статьи должны даваться в квадратных скобках цифрами в соответствии с пристатейным списком литературы. Для журнальных статей указываются фамилия и инициалы авторов, название журнала, год, том, выпуск, номера страниц. Для книг и сборников указываются точные заглавия по титульному листу, место и год издания, страницы. Для нормативных документов – тип документа и принявший его орган, дата утверждения и номер, точное название.

Направление в редакцию работ, которые уже переданы в другие редакции или напечатаны, не допускается. Редакция журнала подтверждает возможность опубликования статьи только после ознакомления с материалом.

Все материалы, поступающие в редакцию, рецензируются, редактируются и при необходимости сокращаются. Полученный редакцией оригинал статьи не возвращается. Копия не высылается.

### Адрес редакции:

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр»  
Управления делами Президента Российской Федерации  
Адрес: 121359, Москва, улица Маршала Тимошенко, дом 21  
Тел.: +7 (495) 140-20-78, +7 (495) 149-5831  
Факс: +7 (495) 149-5827  
e-mail: unc@pmc.ru