

HEALTH CARE STANDARDIZATION PROBLEMS

*Научно-практический
рецензируемый журнал*

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук (редакция декабрь 2015 года)

Импакт-фактор РИНЦ на 2013 год 0,117

Адрес редакции:

*115446, Москва, Коломенский пр., а/я 2,
ООО МТП Ньюдиамед*

Тел./факс (495) 225-83-74

E-mail: mtpndm@newdiamed.ru

Internet: www.newdiamed.ru

Директор издательства:

Буланова В.А.

Технический редактор

Нерсесян М.Ю.

Компьютерная верстка:

ИП Прохоров О.В.

Индекс журнала 79284

по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ

«ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»

**5—6 2016
(Май—Июнь)**

*При перепечатке ссылка
на журнал обязательна*

© Издательство «НЬЮДИАМЕД»

Формат 60×90/8

Печ. листов 8,5. Заказ № PR05-0616

Отпечатано в ООО «Авансед солишнз»

ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ

Главный редактор А.И. Вялков

Редакционная коллегия:

В.А. Батурин

С.Г. Боярский

П.А. Воробьев
(зам. главного редактора)

А.П. Голубева

Е.В. Елисеева

Н.Н. Камынина

В.И. Кирина

В.В. Мадьянова

А.Ю. Мальи

Л.С. Краснова

А.П. Столбов

С.Ш. Сулейманов

С.В. Сушин

И.В. Тюрина

(научный редактор)

Редакционный совет:

Б.А. Айнабекова (Казахстан)

Ю.Б. Белоусов (Москва)

А.В. Быков (Москва)

В.В. Власов (Москва)

А.И. Воробьев (Москва)

В.К. Леонтьев (Москва)

М.Д. Смит (США)

Р.А. Хальфин (Москва)

Е.П. Какорина (Москва)

Издательство «НЬЮДИАМЕД», Москва, 2016

Редколлегия журнала «ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

просит авторов оформлять статьи, направляемые в редакцию,

в строгом соответствии с правилами.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

1. Журнал «Проблемы стандартизации в здравоохранении» публикует статьи, освещающие широкий круг проблем, связанных с управлением качеством в здравоохранении: лицензирование, аккредитация и сертификация, разработка и внедрение протоколов ведения больных и стандартов медицинской помощи, оценка качества медицинской помощи и мероприятия по повышению качества, клинико-экономический анализ (фармакоэкономика), медицина, основанная на доказательствах.
2. Статьи построены по традиционному для мировой научной периодики плану. Описание результатов оригинальных исследований должно быть структурировано по разделам: материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы.
3. Статья должна быть представлена в редакцию в распечатанном виде с подписью авторов и обязательно на электронном носителе (дискете или CD). Статьи, направленные в редакцию по электронной почте, должны быть продублированы письмом.
4. Текст должен быть набран в текстовом редакторе Word в системе Windows. Перенос слов не делать.
5. Объем статьи, включая таблицы, литературу, реферат и резюме, не должен превышать 10 страниц, набранных шрифтом Times New Roman, 14 кеглем через полтора интервала.
6. В каждой научной статье журнала должны быть указаны следующие данные: фамилия, имя, отчество автора (полностью); место работы каждого автора в именительном падеже, должность автора, звание; **контактная информация для публикации** (почтовый адрес, телефон, e-mail); название статьи; аннотация; ключевые слова. Все данные должны быть приведены на русском и английском языках.
7. Желательно предоставление авторами информации о наличии у них конфликта интересов (наличие личных интересов, противоречащих общественным интересам, которые могут повлиять на объективность публикации). Декларация конфликта интересов авторов публикуется после статьи. Также желательно предоставление для публикации информации об источниках финансирования работ, описанных в статье.
8. Статья должна быть тщательно выверена автором, так как редакция не высылает корректуру.
9. Таблицы должны быть компактными, иметь название и ссылку в тексте. Цифры в них не должны расходиться с цифрами в тексте. Обязательна статистическая обработка со ссылкой на рассчитываемые коэффициенты.
10. Математические и химические формулы должны быть написаны четко с указанием на полях букв алфавита (строчных, прописных, греческих, латинских), показателей степени, индексов надстрочных и подстрочных.
11. К статье может быть приложено минимальное количество рисунков. Они должны быть представлены на дискете в любом графическом редакторе и в распечатанном виде и **доступны для редактирования**. Сканированные рисунки принимаются только при условии их хорошего качества. Журнал публикуется в черно-белом варианте, в связи с чем диаграммы и графики должны быть оформлены так, чтобы различия между столбиками, секторами, линиями и пр. были ясны при печати без использования дополнительных цветов (рекомендуется использовать штриховку или градации серого цвета). Рисунки не должны содержать текстовых надписей и обозначений, которые можно поместить в текст или подрисовочные подписи. В тексте должна быть ссылка на каждый рисунок. Микрофотографии, фотографии и рентгенограммы должны быть размером 6 × 9 см и хорошего качества.
12. К статье должен быть приложен список использованной литературы **в порядке цитирования**. Библиографические ссылки в тексте должны даваться в квадратных скобках цифрами в соответствии с приставленным списком литературы. Список литературы должен быть составлен следующим образом: Иванов И.И. Лечение артериальной гипертензии // Клин. геронтол. 1995. № 6. С. 56—59 или Петров А.А. Актуальная пульмонология. М.: НЬЮДИА-МЕД, 2007. С. 241—246. Возможны ссылки на электронные ресурсы. Например: Вардосанидзе С.Л., Шикина И.Б. Управление качеством и стандартизация медицинской помощи — основа обеспечения безопасности пациентов в стационарных лечебно-профилактических учреждениях // Пробл. стандарт. в здравоохран. 2006. № 6. С. 3—18. URL: <http://www.zdrav.net/doc/pr/2006/prc06/pdf> или Закон РФ «О средствах массовой информации» от 27.12.91 № 2124-1 (ред. 25.12.2008). Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
13. Направление в редакцию работ, которые уже посланы в другие редакции или напечатаны в них, не допускается!
14. Все статьи рецензируются. Отрицательные рецензии и отзывы, содержащие замечания, требующие коренной или частичной переработки рукописи, пересылаются авторам, которые в кратчайший срок принимают решение либо об отзыве рукописи, либо о ее переработке. Исправленные рукописи также максимально быстро пересылаются в редакцию с комментариями авторов о выполнении рекомендуемых исправлений и (или) аргументированными возражениями по поводу замечаний рецензента. Рукопись, полученная позднее, чем через один месяц, будет считаться вновь поступившей.
15. Редакция журнала оставляет за собой право вносить стилистические изменения, включая названия статей, термины и определения, сокращать статьи, а также осуществлять литературное редактирование текста.
16. Публикация статей в журнале бесплатная.

Статьи следует направлять по адресу:
115446, Москва, Коломенский проезд, а/я 2,
редакция журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении»
E-mail: mtprndm@newdiamed.ru

Уважаемые коллеги!

Данный выпуск журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении» не случайно состоит из широкого спектра актуальных вопросов организации здравоохранения и общественного здоровья с акцентом на подготовку управленческих кадров для отрасли здравоохранения, поскольку приурочен к годовщине создания Высшей школы управления здравоохранением (ВШУЗ) Института профессионального образования Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.

Создание в ВУЗе такой многофункциональной структуры в виде Учебного Центра на базе пяти кафедр организационного профиля является целенаправленным шагом, так как в последнее время все чаще прослеживается опасная тенденция в подмене понятий и смещению акцентов в сторону приоритета экономики и менеджмента в здравоохранении над традиционной специальностью «организация здравоохранения и общественное здоровье». Но многие забывают о том, что прежде чем чем-то управлять, сначала это что-то необходимо создать или организовать, причем не просто, а грамотно, с учетом актуальных потребностей российского здравоохранения и изучения медико-демографических процессов и показателей здоровья населения. В этой связи, анализ профессиональных стандартов обучения специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья, имплементация компетентностной модели их подготовки на основе стандартов, является неотъемлемой частью актуальных вопросов стандартизации не только здравоохранения, но и медицинского образования.

В этом номере командой сотрудников ВШУЗ, состоящих из демографов, эпидемиологов, организаторов и политиков здравоохранения, специалистов по медицинской профилактике, юристов, экономистов, менеджеров, социологов, специалистов по доказательной медицине и оценке медицинских технологий, по информационно-коммуникационным технологиям, электронному и мобильному здравоохранению подготовлены и предложены Вашему вниманию статьи по различным проблемным вопросам, над которыми мы работаем.

Убежден, что данный выпуск журнала будет полезен широкому кругу читателей и надеемся на продолжение нашей совместной работы с профессиональным сообществом специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья!

**Директор Высшей школы управления здравоохранением,
д.м.н., профессор, Лауреат Премии Правительства РФ
в области науки и техники
Руслан Хальфин**

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОБУЧЕНИЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Р.А. Хальфин¹, В.В. Мадьянова

*Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова*

Начать надо с искусственно создаваемой понятийной путаницы, кто-то говорит об управлениях, как о специальности, кто-то о менеджменте. Прежде чем чем-то руководить или управлять, сначала это что-то надо создать или организовать! В основе лежит организация, а все остальное — производное.

Жалко смотреть на «менеджера», не знающего принципов организации и основ общественного здоровья. К нам обратился первый заместитель Министра одного из регионов, который до назначения заведовал отделением и, стесняясь, попросил рассказать о том, как формируется и рассчитывается показатель естественного прироста населения и почему он у них с минусовым знаком. До этого он уже учился в одном из заведений с устрашающими лейблами — «при Президенте», «при Правительстве», целые программы оплачиваются под этим флагом из федерального бюджета, а теперь с удовольствием переучивается у нас по индивидуальной программе.

Активных членов общества беспокоит существующая проблема недостаточно качественной подготовки врачей — как они будут лечить? А вдруг поставят неправильный диагноз? А еще хуже, не дай Бог, «зарезут» на операции. Эту опасность общество понимает, а вот доверять не подготовленному в организационном плане заведующему отделением целую отрасль в ре-

гионе, мы не боимся?! Научится? Да он пока научится — не одну реформу, да и не одну больницу «зарезет»...

В советские времена уж что-то, а кадровая политика у партийно-советских функционеров была на высоте! Преданность делу партии было на первом месте и тогда (куда же в медицине без идей марксизма-ленинизма), но и о профессионализме не забывали, думали о результате. Сейчас цели вроде бы те же, а назначения происходят на основе знакомства, родства, кумовства, короче, голимый протекционизм, даже без намека на профессионализм и дум о результатах! В реализацию взят самолетный принцип распознавания: «свой-чужой». Еще понятно, когда в городах и районах здравоохранением начинает руководить хирург, который оперировал главу или мэра (как вариант ездит с ним на охоту), эти действительно могут научиться руководить, если захотят, конечно, но на курсах переподготовки мы видим просто случайных людей. Такое впечатление, что они на станции метро получили рекламный буклет и пришли на работу в орган управления здравоохранением. Поэтому неотложной задачей отрасли, на наш взгляд, является создание единой, обязательной для всех кандидатов в начальники модели лично-компетентностного отбора, что-то типа «детектора здравоохранения», для того, чтобы хотя бы ограничить приток в отрасль этих не эффективных менеджеров. Пора все-таки понять, что не каждый врач может быть главным!

В начале 90-х годов на Западе управлением больниц занимались люди без медицинского образования, в лучшем случае, выпускники МБА или магистратуры. У нас тогда было строго на-

¹ Хальфин Руслан Альбертович — заслуженный врач Российской Федерации, д-р мед. наук, профессор, директор Высшей школы управления здравоохранением Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; 109004, Москва, ул. Александра Солженицына, д. 28; тел.: (499) 762-68-02; e-mail: rah@hsha.ru.

оборот. За с лишним лет все поменялось, в ряде стран, половиной, а то и более, больниц руководят энергичные врачи, а у нас появились директора, руководители, магистры и т.д.

Мы считаем, что руководить в этой сложной и чувствительной отрасли должны все-таки врачи, только их нужно планомерно учить, не выращивать в своих рядах самородков, а учить азам общественного здоровья, организации, управлению и экономике, то есть всем компетенциям, необходимым руководителям. Все понимают, что от организаторов-управленцев зависит своевременное решение основной массы проблем, но этому мы в ВУЗах не учим. Непростительно мало часов преподавания отведено нашей дисциплине на студенческой скамье, да и даем мы современную теорию управления по старинке. Грустно, когда пыльный преподаватель в мятых штанах, учит будущих врачей как стать эффективным менеджером в здравоохранении. Это производит обратный эффект.

Можно только одобрить решение Минобрнауки России ввести в новый федеральный государственный образовательный стандарт обучения клинических ординаторов преподавание интегративной дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» в объеме 72 ч, ведь именно они в итоге станут главными врачами.

Или, порадоваться долгожданному решению включить заведующих отделениями в перечень должностей, замещение которых требует сертификата организатора — это прямой резерв в медицинских организациях. Это хорошо, но недостаточно, надо имплементировать элементы организации и управления во все программы подготовки клиницистов и, конечно, надо кардинально пересматривать подходы, методы, формы и способы преподавания организации здравоохранения и общественного здоровья в ВУЗах.

Прежде всего, это касается самого профессорско-преподавательского состава. Следует отметить дефицит профессиональных преподавателей-организаторов здравоохранения федерального, регионального, муниципального уровней, имеющих собственный опыт организаторской деятельности на руководящих должностях. Большинство сотрудников кафедр, бороздящих образовательные просторы под флагом «организация здравоохранения и общественное здоровье», неважно преподают экономику, менеджмент, уп-

равление или организацию — это научные и педагогические работники, не имеющие опыта организационно-управленческой деятельности в медицинских организациях или органе управления здравоохранением, в результате происходит излишняя «теоретизация» обучения и разрыв между субстантивом лекций и нуждами практического здравоохранения.

Причем, престиж нашей специальности и всегда-то невысокий, опущен ниже плинтуса. Парадокс: главными врачами хотят стать многие, учиться хотят не все, но все готовы что-то «почитать» на тему менеджмента, маркетинга, управления и т.д.

Фактическое отсутствие реальных, интересных, *demand*-ориентированных практических занятий по программам профессиональной переподготовки и повышения квалификации, приводит к преобладанию чтения лекций, выполнению рефератов и дипломных работ при недостаточном развитии деловых игр, мастер-классов, практикумов по обмену опытом, стажировок, сетевых форм, дистанционных технологий.

Формальное преподавание ведет в том числе к уменьшению неформальной «обратной» связи со слушателями, прошедшими обучение и практически к отсутствию мониторинга эффективности реализации полученных знаний на практике, что крайне необходимо для постоянной актуализации образовательных программ и внедрения оценки их эффективности в практическом здравоохранении.

На наш взгляд глобальной задачей сообщества организаторов здравоохранения должно стать повышение престижа специальности, а для этого обучение по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» должно стать осознанным этапом в развитии профессиональной траектории.

Необходимо, с одной стороны, преодолеть бытующий миф о том, что выучиться на «главного врача» можно без особых усилий, а стать эффективным менеджером можно за несколько недель, а с другой — резко повысить ответственность образовательной организации за проведение итоговой аттестации обучающихся со сдачей всех необходимых этапов перед получением документов об образовании.

По факту экзамены должны быть реальными, а не формальными, с соблюдением всех требуе-

мых этапов: сдачей практических навыков в симуляционных зонах, проведением собеседования с участием работодателей, разбором кейсов из практики, защитой выпускных проектов.

Причем наш опыт показывает, что представителей работодателей также надо готовить к тому, что экзамены не будут проводиться в привычной форме по билетам с таким же привычным списыванием, или тыканьем в клавиатуру компьютера по заранее заготовленным ответам, а экзаменуемые будут вовлечены в деловую игру с ролевой демонстрацией полученных знаний и компетенций, с решением ситуационных задач и кейсов, созданием групповых командных презентаций и т.д. Экзамены являются важнейшим этапом мониторинга и оценки качества преподавания и осваиваемых компетенций и должны проводиться поэтапно на протяжении всего периода обучения.

К сожалению, мы часто идем на встречу обучаемым и облегчаем им этот процесс, а в результате сводим на нет всю проделанную работу и лишаем себя информации о том, как нам развиваться в дальнейшем.

Ломать сложившуюся модель сложно, но необходимо, так как формальное обучение, формальный экзамен и как следствие формальный допуск в специальность, приводит к формальному управлению и в итоге к формальному оказанию медицинской помощи пациентам.

Недавно в одной из территорий мы столкнулись с типичной ситуацией. Область когда-то была Всероссийской школой передового опыта развития здравоохранения, но руководство поменялось, и от прежних успехов осталась только плеяда седовласых, уважаемых главных врачей. Они почивали на лаврах, не хотели никаких изменений, хотя показатели, как состояния здоровья населения области, так и лечебной работы были хуже не только общероссийских, но и соседних территорий. Когда новое руководство здравоохранением области направило этих руководителей на усовершенствование, они еще не роптали, но, когда выяснилось, что учиться придется реально, с кейсами, квестами, групповой работой, освоением дистанционного обучения на едином образовательном портале, с итоговой аттестацией в виде подготовки проблемно-ориентированного выпускного проекта с медико-экономическим анализом — они подняли бунт. Как

же так, их Заслуженных врачей области и даже России, «как школьников» заставляют учиться с отрывом от работы, «больницы не проживут без них и дня», «это унижительно для них, вынесших на своих плечах все эти реформы здравоохранения, писать выпускную работу!». Пришлось давить на них авторитетом, привлекать орган управления здравоохранением, но в итоге сошлись на том, что учиться все же надо и многие сделали неплохие программы оптимизации своих медицинских организаций.

Все-таки сильны в нас «совковые» ощущения того, что прежние успехи позволяют в дальнейшем не развиваться и являются индульгенцией в будущее без всякой учебы. Этот стереотип вредит и преподавателям, и курсантам и от него надо жестко избавляться. Учиться должны все.

Три принципа, по нашему мнению, должны лежать в основе работы любой образовательной организации. Первое — это постоянное обучение и непрерывное развитие по всем мыслимым и немыслимым направлениям специальности. Развитие программ, подходов, способов обучения, развитие отношений, духовного и идейного единства коллектива, развитие и имплементация лучших отечественных и мировых практик и т.д.

Второй обязательный атрибут успеха — это акцент на молодых, причем молодыми могут быть не обязательно 20-, 30-летние люди, это, конечно, хорошо бы, но неплохие результаты работы могут быть и у «молодого» 40-, 50-летнего преподавателя. В итоге мы должны стараться воспитывать неравнодушных и активных лидеров здравоохранения, способных предвидеть и формировать тренды в управлении отраслью здравоохранения. Третье — все это должно развиваться в атмосфере сотрудничества и взаимодействия. Партнерство должно стать формой обучения, а преподаватели, ординаторы, магистры и курсанты должны быть партнерами и единомышленниками и деятельность их должна быть направлена на содействие позитивным изменениям в организации и управлении системой здравоохранения. Это тоже не просто, взять и уйти от привычной модели: я — учитель, ты — ученик, но только партнерские отношения могут привести к эффективным результатам.

Для того, чтобы подготовить полноценного руководителя по всем компетенциям, необходимо иметь полноценную интегративную команду

преподавателей. Как минимум, в ее состав должны входить: эпидемиологи, демографы, организаторы здравоохранения, специалисты по медицинской профилактике, специалисты по доказательной медицине и оценке технологий здравоохранения, отраслевые экономисты, юристы, политики здравоохранения, специалисты по глобальному здравоохранению, менеджеры здравоохранения, специалисты по современным информационным технологиям и социологи. Это, как минимум! Именно проблема отсутствия преподавателей приводит к тому, что только в ряде медицинских ВУЗов страны ведется подготовка по полному перечню необходимых компетенций. Реалии сегодняшнего дня диктуют необходимость перехода к новой модели управления образовательной программой — управление цепочкой формирования компетенций с привлечением подтвержденных компетенций различных ВУЗов. Для смягчения этой проблемы существует единственное, на наш взгляд, решение — это резкое повышение интенсивности сотрудничества и объединение ресурсов ВУЗов для предоставления более доступного, дешевого и качественного бизнес — образования в здравоохранении. Таким образом, чтобы оставаться успешными в глобальном образовательном пространстве, нынешние конкуренты должны стать партнерами и активно развивать межвузовское взаимодействие, в том числе и с помощью сетевых форм.

Важны и сами подходы к обучению, они должны быть актуальны. Естественно, определенный объем продолжают занимать академические лекции, которые должны читать в интерактивной форме преподаватели-практики с опытом работы в области организации и управления здравоохранением, как на федеральном, так и на региональном и желательно муниципальном уровнях.

Вызывают интерес у слушателей актуальные экспертные презентации со свежим цифровым материалом отраслевых и функциональных экспертов, но при этом варианте нужен постоянный контроль со стороны преподавателя, так как эти «говорящие головы» быстро утомляют обучающихся.

Основной упор должен делаться на групповую работу в разном ее приложении: ролевые игры, работа над проектами и бизнес-кейсы и симуляции и многое другое (квесты, тимбилдинги, вы-

ездные обучающие сессии в субъекты РФ, визиты в медицинские организации и т.д.).

Отдельным направлением в перечне подходов к преподаванию стоят мотивационные спикеры. Обучение современным бизнес-процессам в здравоохранении без них просто невозможно и штатные преподаватели не вызывают доверия у слушателей в отличие от бизнесменов здравоохранения, министров здравоохранения территорий, руководителей сети частных медицинских центров, главных врачей федеральных центров, директоров страховых компаний. Единственным минусом расширения этой формы, является проблема оплаты труда этих привлекаемых лекторов. Когда они слышат о типичном университетском тарифе 300—600 руб. за академический час, они, будучи людьми не бедными, как правило, читают бесплатно, но второй раз привлечь их бывает уже затруднительно, так, что вопрос о гибких формах оплаты высококвалифицированных спикеров требует решения.

Еще одна проблема — это отсутствие дифференцированного подхода к формированию программ обучения на переподготовке в зависимости от профессионального уровня будущих дипломированных управленцев. По формальному признаку вроде бы все правильно, все пришли за новой для себя специальностью «Организация здравоохранения и общественное здоровье» и должны обучаться 500 ч по единой программе. Вместе с тем, на наш взгляд, целесообразно поставить ряд вопросов: «кого учить?», «чему учить?», «как учить?» и наконец «сколько учить?». Разобьем всех пришедших слушателей на 500 часовую программу на уровни:

Первый уровень — административный. Сюда попадают государственные служащие — врачи, сотрудники органов различных управления здравоохранением. Они уже работают в органах управления здравоохранением, зачем их учить 500 ч, достаточно и 250 ч. Учить их надо по полной программе, а вот отвечая на вопрос: «как учить?» следует рекомендовать очно только практикумы, а лекции в виде дистанционных технологий плюс широко сетевые формы.

Второй — институциональный. Здесь главные врачи, их заместители и резерв — заведующие отделениями. Учить нужно опять же всем компетенциям, уже 500 ч, с очными практикумами и лекциями, хотя часть лекций можно

провести с использованием дистанционных образовательных технологий, ну и конечно, сетевая форма.

Третий — аналитический. Врачи-статистики, методисты, эксперты страховых компаний. Зачем им 500 ч, достаточно и 250 ч. Зачем им такие компетенции, как стратегия и политика, управление и глобальная экономика? Программа должна быть специальной, нацеленной на совершенствование компетенций в области информационно-аналитического обеспечения здравоохранения, лекции и практикумы в основном очно, плюс сетевые формы.

Ну и, конечно, *start-up* уровень. «Чистые» врачи, которые по последним разрешительным нормативным документам имеют право стать через 4 месяца главными врачами?! Вот их точно необходимо учить всему, все очно и все 500 ч, а то и 800 ч.

Какое все-таки разнообразие представляет активным членам общества Минобрнауки России. К руководству больницей врачу можно попасть через 3 года обучения (аспирантура), через 2 года (ординатура), через 1 год (интернатура), а можно через 4 месяца (переподготовка) и даже через 1,5—2 месяца. Но это хоть врачу, после 6 лет обучения в медицинском институте, а не врачу с любым высшим образованием, еще проще — 2 года магистратуры по общественному здравоохранению, а самое простое — юрист, экономист (2,5—4 года), и ты — директор лечебно-го учреждения.

Крайне важно для образовательной организации соответствовать современным методологическим подходам к преподаванию, при этом не ждать указаний Минздрава или Минобрнауки, а находиться в постоянном тренде развития здравоохранения, забегать вперед в этом процессе, не бояться что-то сделать «на корзину» при внедрении форсайт-технологий подготовки.

Приведу несколько примеров. Все мы видим темпы развития мобильных устройств. Это не просто вызовы времени, это по факту объективное изменение требований к качеству и количеству медицинских услуг. Люди с помощью гаджетов занимаются своим здоровьем, они профилируют заболевания, это то, чего мы добивались столько лет, и мы не должны, как многие организаторы здравоохранения просто ждать, чем это закончится и им пришлют указание о том, как ис-

пользовать гаджеты в профилактике и лечении. Мы, как учителя, должны быть впереди и активно внедрять обучение с использованием мобильных устройств и первым шагом может стать использование во время обучения собственных гаджетов, в том числе нателных технологий (умные часы, *Google glass*) — необходимо разрабатывать образовательный контент, совместимый со всеми типами таких устройств и обеспечивать информационную безопасность в Университетах.

Или технология, так называемых, перевернутых классов, а другими словами, перераспределение времени между аудиторной и самостоятельной работой, когда весь теоретический материал слушатели осваивают на рабочем месте с использованием массовых *on-line* курсов, а в образовательную организацию обучающиеся приходят только для участия в групповых проектах, деловых играх, разборе кейсов. Такая технология позволяет экономить время, обладает большей гибкостью и позволяет динамично мыслить и совместно прорабатывать поставленные задачи.

А если слушатель приходит на занятия в образовательную организацию, то нам следует уйти от привычных традиционных аудиторий в пользу открытых пространств (*open space*), зон для командной работы, мультимедийных и симуляционных пространств, обеспечивающих эффективную коммуникацию, в том числе для реализации квестов, виртуальных госпиталей, отработки практических навыков.

Конечной целью усилий образовательной организации применительно к обучению организаторов здравоохранения, должно стать не просто постоянное расширение компетенций, а внедрение форсайт-компетенций в процесс обучения.

Мы должны обучать тому, что организаторам сейчас так необходимо в работе и чему, к сожалению, не учат: широкому восприятию и комплексному мышлению; умению создавать коллектив и умению работать в команде; работе в режиме неопределенности и ограниченности финансирования; внутриотраслевой и межотраслевой интеграции; работе с информационно-коммуникационными технологиями, *m-health*, *e-health*; умению создавать и реализовывать проекты, способности к профессиональному творческому развитию и пациента-ориентированности, непрерывному обучению и надпрофессиональному развитию.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАУЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ МИНЗДРАВУ РОССИИ, ЗА ПЕРИОД 2009—2013 гг.

А.С. Анискевич¹, Р.А. Хальфин²

*Министерство здравоохранения Российской Федерации, Москва
Первый московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова*

Представлены результаты анализа деятельности научных организаций в сфере здравоохранения, подведомственных Минздраву России, за период 2009—2013 гг. На основании статистических данных рассмотрены такие оценочные критерии, как публикационная активность, созданные и использованные результаты интеллектуальной деятельности, показатели интеграции в мировое научное пространство, распространения научных знаний и повышения престижа науки.

Ключевые слова: результативность деятельности научных организаций, научные организации в сфере здравоохранения, публикационная активность

Целью проведения оценки результативности деятельности учреждений науки является формирование эффективной системы научных организаций, увеличение их вклада в социально-экономическое развитие страны, развитие международного сотрудничества в области науки, по-

¹ Анискевич Анна Сергеевна — зам. начальника отдела организации научной деятельности подведомственных учреждений, осуществляющих научные исследования и разработки Департамента инновационного развития и научного проектирования Министерства здравоохранения РФ; 127994, ГСП-4, Москва, Рахмановский пер, д. 3; e-mail: anna.aniskevich@yandex.ru.

² Хальфин Руслан Альбертович — заслуженный врач РФ, д-р мед. наук, профессор, директор Высшей школы управления здравоохранением Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; 109004, Москва, ул. Александра Солженицына, д. 28; тел.: (499) 762-68-02; e-mail: rah@hsha.ru.

вышение престижа российской науки в обществе и улучшение качества принятия управленческих решений.

В настоящее время завершается первый этап Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года (Стратегия), утвержденной распоряжением Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. № 2580-р, — инфраструктурный, проводимый в 2013—2016 гг. За это время сформированы научные платформы по приоритетным направлениям медицинской науки, создана необходимая нормативная правовая база, разработаны ведомственные планы реализации Стратегии [1].

К числу приоритетных задач Стратегии относятся развитие российской медицинской науки и ее интеграция в глобальное научное пространство, а также независимость экспертизы и оценки

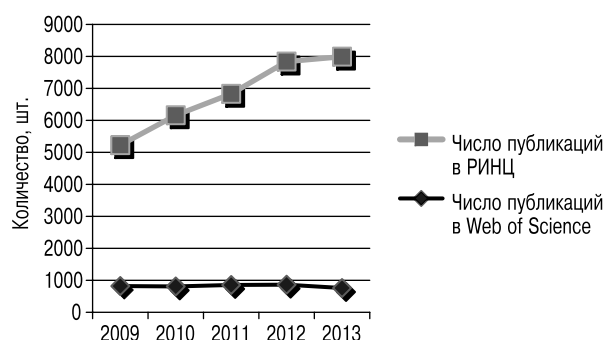


Рис. 1. Интегральный публикационный поток научных организаций в сфере здравоохранения, индексируемый международной базой данных *Web of Science* и национальной библиографической базой Российский индекс научного цитирования за 2009—2013 гг.

качества и результативности научных исследований.

Согласно Указу Президента РФ от 07 июля 2011 г. № 899 «Об утверждении приоритетных направлений развития науки, технологий и техники в Российской Федерации и перечня критических технологий Российской Федерации», деятельность научных учреждений в сфере здравоохранения должна в большей степени соответствовать приоритетным направлениям развития науки, технологий и техники в Российской Федерации [2].

В целях создания эффективной системной оценки научных организаций в сфере здравоохранения, необходимо учитывать специфику их деятельности и значимые отличия от других учреждений науки. На данный момент применяется классификационный подход, выделяющий подведомственные Минздраву России научные организации, имеющие (74,5%) и не имеющие коечного фонда (7,3%), экспертные и социально значимые учреждения (18,2%).

Для разработки эффективных критериев оценки деятельности медицинских научных учреждений, представляется актуальным проведение всестороннего анализа накопленных за последние годы данных. Анализ 5-летней динамики позволяет осуществить комплексное исследование деятельности научных организаций в сфере здравоохранения и способствует дальнейшему совершенствованию оценочных критериев. Одними из ключевых индикаторов результативности являются показатели публикационной активности организаций. Данная оценка основана на

учете числа публикаций, индексируемых преимущественно международными базами данных, в том числе *Web of Science*, и национальной информационно-аналитической системой Российский индекс научного цитирования (РИНЦ) (рис. 1).

Несмотря на постоянное повышение публикационной активности российских ученых в течение 2009—2013 гг., базой данных *Web of Science* индексируется не более 11% работ. Некоторыми исследователями отмечается, что только около 5% отечественных публикаций становятся доступными мировому научному сообществу [3]. Одновременно большинство научных организаций в сфере здравоохранения показывают последовательный осознанный подход в выборе научных изданий для публикаций, демонстрируя почти трехкратное повышение совокупного импакт-фактора выбранных журналов. Выявлено четырехкратное повышение за изучаемый период общего количества научных, конструкторских и технологических произведений в экспертных и социально значимых учреждениях и неуклонный рост показателя в научных организациях, имеющих коечный фонд.

За период 2010—2012 гг. наблюдалось увеличение числа созданных, а за 2009—2010 гг. и 2012—2013 гг. — количества использованных научными учреждениями результатов интеллектуальной деятельности (рис. 2).

Несмотря на предпринятые усилия для создания с участием организаций малых инновационных предприятий, реализация данных проектов удалась только 8 (14,5%) учреждений, имеющих коечный фонд. Оценка финансовой результативности научной организации по источникам

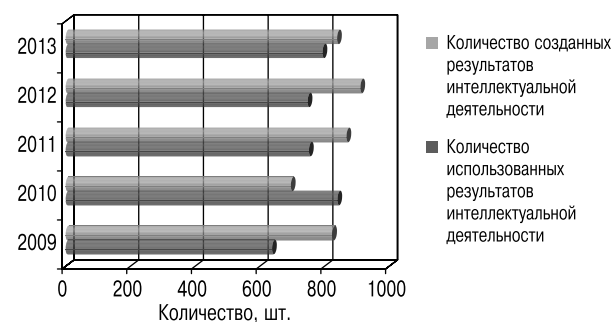


Рис. 2. Количество созданных и использованных результатов интеллектуальной деятельности научными организациями в сфере здравоохранения за 2009—2013 гг.

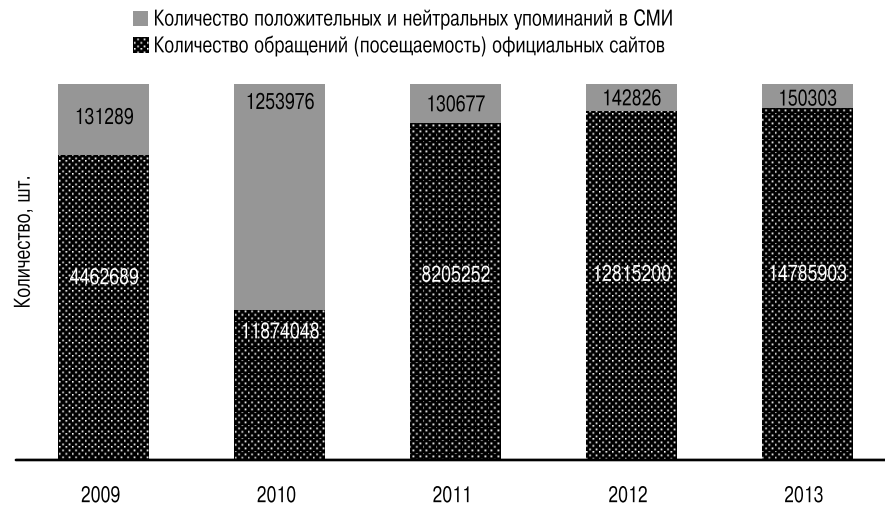


Рис. 3. Количество положительных и нейтральных упоминаний о научных организациях в сфере здравоохранения в средствах массовой информации и посещаемость официальных сайтов организаций в течение 2009—2013 гг.

дохода, видам выполненных работ и оказанных услуг является важной, но очень уязвимой сферой для большинства изучаемых учреждений науки. В течение последних лет практикуется подход, при котором отмечается снижение государственного и повышение частного финансирования по мере завершения создания продуктов интеллектуальной деятельности. Рядом исследователей продемонстрирована несопоставимость долей государственного бюджета, выделенного на научные исследования в США (более 50%) и в Российской Федерации (менее 5%), которая влияет на итоговый показатель финансовой результативности научных учреждений [3]. Для оценки кадрового потенциала научных организаций в сфере здравоохранения используется четыре показателя. Отсутствие качественных факторов, отражающих результативность деятельности учреждений научно-медицинской сферы, является препятствием эффективного системного анализа. Для объективной оценки, по мнению некоторых исследователей, следует ориентироваться на знания и навыки, формирующие профессиональную компетентность, обучаемость и способность к сотрудничеству [4, 5]. Комплексная оценка научных кадров относится к ведущим механизмам менеджмента по совершенствованию компетенций сотрудников организации в соответствии с запросами модернизации государственного сектора науки [6]. За исследуемый период показатель численности аспирантов и докторантов научных организаций

показал тенденцию к росту в течение 2009—2010 гг. и 2012—2013 гг. во всех изучаемых группах. При этом отмечается стабильно низкий уровень числа исследователей, направленных на работу в ведущие российские и международные научные и научно-образовательные организации.

С учетом вышеизложенного, для анализа кадрового потенциала необходимо создание новой информационно-аналитической системы для регулярного мониторинга развития компетенций сотрудников научных учреждений в области здравоохранения, учитывающей критически важные технологии, а также новой системы обучения научных кадров. В современных социально-экономических условиях, показатели, отражающие интеграцию в мировое научное пространство, распространение научных знаний и повышение престижа науки, являются одними из приоритетных при оценке научных организаций. Положительная динамика в данном направлении может способствовать улучшению финансирования, притоку молодых кадров, привлечению зарубежных специалистов и более плодотворному взаимодействию с международными научными сообществами [7, 8]. Несмотря на наблюдаемое уменьшение количества упоминаний научных организаций в средствах массовой информации в течение 2011—2013 гг., отмечается неуклонный рост посещаемости официальных сайтов учреждений науки (рис. 3). Подобная динамика, вероятно, свидетельствует о повышении активности заинтересованного населения. Одно-

временно наблюдается увеличение числа статей, подготовленных совместно с зарубежными организациями, в течение всего рассматриваемого периода, преимущественно за счет научной активности учреждений, имеющих коечный фонд.

Для комплексного анализа ресурсного обеспечения деятельности научных организаций следует учитывать способность учреждения привлекать и удерживать молодых научных сотрудников, сохранять накопленную научную базу и преемственность поколений и способствовать дальнейшему развитию российских научных школ [9]. Тем не менее, в большинстве научных учреждений численность молодых ученых в возрасте до 39 лет не превышает 20%, отмечается низкий процент использования нематериальных активов, невысокая оплата труда научных работников и несоответствующие поставленным задачам затраты на научные исследования и разработки. Однако на протяжении всего периода 2009—2013 гг. наблюдается повышение численности работников, выполнявших исследования и разработки, преимущественно в экспертных и социально значимых учреждениях.

Таким образом, необходимо создание новой системы оценки результативности деятельности научных организаций в сфере здравоохранения, которая будет учитывать мировые тенденции и реагировать на запросы современного общества и экономики. Разработка показателей объективной оценки позволит своевременно выявлять слабые сферы, поддерживать приоритетные направления, анализировать динамику и продолжать формирование единого интеллектуального пространства для научных организаций в сфере здравоохранения [3, 10]. Реализация данных мер позволит повысить результативность научной деятельности, удовлетворенность кадрового состава, привлечь и сохранить молодых специалистов, повлиять на статус и престиж профессии ученого, усилить инновационную составляющую, что найдет отражение в итоговой оценке деятельности научного учреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2580-р «Об утверждении Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140249/ (дата обращения: 12.05.2016).
2. Указ Президента Российской Федерации от 7 июля 2011 г. N 899 «Об утверждении приоритетных направлений развития науки, технологий и техники в Российской Федерации и перечня критических технологий Российской Федерации». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_116178/ (дата обращения: 12.01.2016).
3. Куракова Н.Г., Григорьев О.Г., Тихомиров И.А., Десяткин Д.А. Оценка соответствия мировому уровню исследований в условиях самоизоляции российской науки: проблемы и возможные решения // Экономика науки. 2015. № 1. С. 6—14.
4. Вялков А.И., Глухова Е.А., Мартыничик С.А. Модель мониторинга инновационных компетенций кадрового состава научной медицинской организации, ориентированного на создание критически важных технологий // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. Т. 42. № 2. С. 17.
5. Мартыничик С.А., Глухова Е.А., Галустова Л.Р. Требования к построению системы для оценки результативности и потенциала научной деятельности на уровне организации // Социальные аспекты здоровья населения. 2013. Т. 32. № 4 (32). С. 10.
6. Зубова Л.Г., Андреева О.Н., Антропова О.А. К вопросу о результативности деятельности государственных научных организаций (по оценкам социологического мониторинга 2005—2011 гг.) // Инновации. 2012. № 12 (170). С. 51—60.
7. Проничкин С.В., Тихонов И.П. Разработка системы критериев и методических подходов к экспертной оценке эффективности деятельности научных организаций // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. 2013. № 37. С. 13—18.
8. Стародубов В.И., Куракова Н.Г., Цветкова Л.А., Маркусова В.А. О новых критериях оценки российской академической и вузовской медицинской науки // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2011. № 1. С. 16.
9. Шарабчиев Ю.Т. Продуктивность ученых: инструменты оценки / Ю.Т. Шарабчиев // Наука и инновации. 2013. № 1 (119). С. 4—8.
10. Чернова А.А., Куршакова Н.Б. Подходы к оценке результативности системы менеджмента качества в научно-исследовательских организациях // Инновационная экономика и общество. 2015. № 3 (9). С. 90—95.

АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ «ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ» ЗАМЕСТИТЕЛЕЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИМ ВОПРОСАМ

Р.А. Хальфин¹, В.В. Мадьянова, Е.Е. Кобяцкая

*Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова*

Рассмотрена структура и функциональный состав программ повышения квалификации для руководителей экономических подразделений медицинских организаций. Дана характеристика аудитории таких программ. Обобщен опыт их практического применения и ближайшие результаты.

Ключевые слова: управление ресурсами в медицинской организации, обучение, подготовка, повышение квалификации, экономика медицинской организации

Происходящие процессы оптимизации деятельности медицинских организаций в Российской Федерации и связанные с ними задачи предъявляют повышенный спрос на экономистов и управленцев для отрасли здравоохранения. Такие специалисты должны иметь современные знания по отраслевой специфике финансово-экономических отношений, особенностях эффективного использования информационных, материальных, трудовых ресурсов системы здравоохранения.

Совершенствование компетенций, необходимых в области организации, управления и экономики здравоохранения, диктует необходимость повышения квалификации руководящих кадров медицинских организаций как с медицинским, так и с немедицинским образованием.

Высшая школа управления здравоохранением (ВШУЗ) Института профессионального об-

разования (ИПО) ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России с апреля по ноябрь 2015 г. в рамках государственного задания Минздрава России реализовала программу повышения квалификации «Эффективное управление ресурсами медицинской организации» для заместителей руководителей медицинских организаций по финансово-экономической деятельности, начальников планово-финансовых управлений, начальников планово-экономических отделов медицинских организаций, работающих в системе ОМС. Обучение было организовано в пяти субъектах РФ: Тверской, Тамбовской, Тульской, Саратовской и Ярославской областях.

Всего по программе повышение квалификации прошли обучение 235 человек, представляющих медицинские организации, работающие в системе ОМС и находящиеся в ведении субъекта Российской Федерации: областные, городские больницы, центральные районные больницы, диспансеры, имеющие стационар и оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь, родильные дома, городские больницы скорой медицинской помощи, поликлиники. Анализ контингента обучающихся показал, что 98% слу-

¹ Хальфин Руслан Альбертович — заслуженный врач Российской Федерации, д-р мед. наук, профессор, директор Высшей школы управления здравоохранением Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; 109004, Москва, ул. Александра Солженицына, д. 28; тел.: (499) 762-68-02; e-mail: rah@hsha.ru.

шателей курса имели высшее экономическое или финансовое образование по следующим специальностям: «экономика и управление на предприятии» (по отраслям), «экономика труда», «экономика и социология труда», «финансовый менеджмент», «финансы и кредит», «бухгалтерский учет, анализ и аудит». Средний возраст слушателей программы на момент обучения — 38 лет; средняя продолжительность работы в должности руководителя финансово-экономической службы — 8,5 лет; эффективный контракт заключен с 22% обучающихся по анализируемым пяти субъектам РФ.

Необходимость повышения квалификации управленцев данного профиля вызвана несколькими причинами. Прежде всего, Минздравом России обозначены и реализуются в 2015—2016 гг. основные направления изменений в отрасли: переход во всех регионах страны на единые принципы тарифной политики в системе ОМС, внедрение единых методов оплаты медицинской помощи (КСГ — в стационарах, подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической помощи); перевод работников учреждений здравоохранения на эффективный контракт. Успешное достижение поставленных задач предполагает освоение руководителями медицинских организаций и их заместителями по экономическим вопросам финансово-экономических методов управления для повышения эффективного использования финансовых, материальных и трудовых ресурсов медицинской организации; определения основных направлений оптимизации финансово-хозяйственной деятельности организации.

Актуальность реализации данной программы обучения для заместителей главных врачей по экономике состоит также и в том, что данный контингент управленцев здравоохранения в течение более 20 лет не имел реальной возможности повышения профессиональной квалификации. Несмотря на позитивные изменения в области экономического образования в стране, количество курсов по экономике здравоохранения для экономистов-практиков на сегодняшний день крайне ограничено, особенно в регионах. Из 235 обучающихся — только 10% менеджеров-экономистов указали на краткосрочное повышение квалификации, которое было более 6 лет назад в 2007—2010 гг. Следует также отметить,

что востребованными являются краткосрочные курсы обучения практических управленцев-экономистов не только по экономике здравоохранения, но и по современным проблемам организации и управления здравоохранением. За последние пять лет в здравоохранении РФ произошли значительные изменения в нормативно-правовой базе. Вступили в действие основополагающие законы: Федеральный закон № 326-ФЗ от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»; Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Помимо этого, функционирование бюджетного сектора страны в целом претерпело существенные изменения с принятием Федерального закона № 83-ФЗ от 8.05.2010 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» и Федерального закона Российской Федерации от 5.04.2013 г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

Для руководителей медицинских организаций законодательно предусмотрена необходимость непрерывного образования — повышение квалификации по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», в рамках которого они приобретают компетенции по современному управлению медицинской организацией в условиях изменившегося законодательства. Но для их заместителей по финансово-экономическим вопросам в настоящее время не определены условия и требования к подобному повышению квалификации. Точнее сказать — они вовсе отсутствуют. Однако, в современных условиях повышение эффективности деятельности учреждений здравоохранения невозможно без адекватного повышения профессионального уровня менеджеров-экономистов отрасли. Поэтому организованное Минздравом России обучение данного контингента управленцев в 85 субъектах РФ с привлечением 22 медицинских университетов страны, можно рассматривать как начало организации непрерывного профессионального образования работников здравоохранения с немедицинским образованием.

Тематическое усовершенствование в объеме 72 учебных часов реализовывалось ВШУЗ в три этапа:

— фасилитация экспертных видео-лекций ведущих специалистов Минздрава, Росздравнадзора и ФОМС;

— чтение лекций в рамках ВУЗовского компонента программы обучения, организация и проведение круглых столов, семинарских занятий профессорско-преподавательским составом ВШУЗ совместно с руководством ТФОМС и органов управления здравоохранением субъекта РФ по основным проблемам, изложенным в экспертных видео-лекциях;

— руководство подготовкой выпускных проектов и участие в итоговой аттестационной комиссии по защите работ слушателей.

Тематика экспертных видео-лекций отражала следующие актуальные вопросы: формирование и экономическое обоснование Территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; деятельность субъектов и участников системы ОМС, договорные отношения в системе ОМС; систему контроля объемов, сроков, условий и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках ОМС; тарифную политику в системе ОМС; методы оплаты амбулаторно-поликлинической, стационарной, скорой медицинской помощи в системе ОМС (КСГ, подушевое финансирование); учетная политика медицинской организации; контрактная система в сфере закупок, возможности использования централизованных закупок, проведение совместных конкурсов; основы рационального фармацевтического менеджмента; формирование оплаты труда в медицинских организациях, перевод медицинских работников на эффективный контракт; управленческий и бухгалтерский учет медицинской организации. В рамках семинарских занятий участники программы обучения имели возможность обсудить наиболее сложные проблемы с учетом особенностей их проявления в конкретном субъекте РФ.

В процессе подготовки выпускных проектов (дипломных работ), слушатели цикла обучения руководствовались Методическими рекомендациями по подготовке, содержанию и защите выпускного проекта по программе повышения квалификации «Эффективное управление ре-

сурсами медицинской организации (72 ч.)», разработанными ВШУЗ ИПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.

Выполнение выпускного проекта и его защита на заседании итоговой аттестационной комиссии являлись проверкой уровня подготовки слушателя к самостоятельной практической деятельности в сфере здравоохранения, его способности самостоятельно анализировать финансово-экономическую деятельность медицинской организации и разрабатывать необходимые предложения по повышению эффективности работы и оптимизации ее деятельности.

Тема выпускного проекта — «Основные направления оптимизации финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации» была единой для всех слушателей. Этот проект должен был содержать анализ фактических данных медицинской организации, в которой работает слушатель, и включать в себя следующие обязательные разделы: оценка выполнения плана финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации и определение направлений оптимизации ее финансово-хозяйственной деятельности, проект программы развития учреждения.

Анализ выпускных проектов слушателей по пяти субъектам РФ (в которых была реализована программа обучения ВШУЗ) позволил определить общие финансово-хозяйственные задачи учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС. Практически во всех работах проведен комплексный анализ хозяйственно-экономической деятельности учреждения, оценена экономическая эффективность работы подразделений, в том числе с разными источниками финансирования. Описан опыт работы с персоналом с целью выработки мотиваций для сокращения затрат. Даны обоснованные предложения по дальнейшей программе развития учреждения.

Наиболее распространенной организационно-правовой формой медицинской организации в рассматриваемых регионах, является государственное бюджетное учреждение здравоохранения (ГБУЗ), функционирующее как центральная районная больница (ЦРБ). Как правило, медицинская деятельность в таких учреждениях представлена доврачебной медицинской помощью; скорой медицинской помощью; амбулаторно-поликлинической медицинской помощью при

осуществлении первичной медико-санитарной помощи, медицинской помощью женщинам в период беременности, во время и после родов, специализированной медицинской помощью; стационарной медицинской помощью при осуществлении медико-санитарной помощи, медицинской помощи женщинам в период беременности, во время родов, специализированной медицинской помощи.

В большинстве выпускных проектов руководителей финансово-экономических служб данного типа учреждений отмечалось наличие трех источников финансирования: бюджет, ОМС, доходы от приносящей доход деятельности и, соответственно, анализировалось выполнение как государственного задания на медицинскую помощь по социально-значимым заболеваниям (финансируемое из бюджета), так и план-задание в рамках программы ОМС. Основным источником финансирования учреждений являются средства ОМС, занимающие в структуре совокупных денежных поступлений около 80%.

Анализируя динамику показателей работы коечного фонда в выпускных проектах, слушатели программы обучения отмечали, что тенденция последних лет сводилась к сокращению круглосуточных коек и замене их части койками дневного пребывания. Во многих работах анализировались объективные причины данной оптимизации, такие как сокращение численности обслуживаемого населения, появление более современных лекарственных препаратов, что позволяет лечить часть больных амбулаторно и другие причины. К экономическим причинам авторы проектов отнесли дороговизну лечения в круглосуточном стационаре. Работа койки в анализируемом 2014 г., как правило, соответствовала показателю «дорожной карты» по региону. Также отмечалось снижение средней длительности пребывания в стационаре.

Для оценки работы медицинского персонала стационаров проведен прогноз работы койки на 2015 г. при соблюдении нормативной средней длительности лечения по каждой клинико-статистической группе (КСГ) в тех регионах, где уже были внедрены новые методы оплаты медицинской помощи (Тверь). Рассчитав необходимое количество коек по каждому источнику и по каждому профилю, был сделан вывод, что сокращение коек круглосуточного стационара оптими-

зирует затраты учреждения на лечение стационарных больных и стимулирует врачей придерживаться нормативной средней длительности лечения, так как превышение нормативной длительности лечения ведет к убыткам. В целом ряде работ отмечалось, что было принято управленческое решение о проведении разъяснительной работы с врачами стационара по выбору оптимальной схемы лечения.

Проведенный анализ выполнения плана дохода по приносящей доход деятельности в большинстве выпускных проектах показал, что в 2014 г. отмечалась тенденция к росту доходов от оказания платных медицинских услуг по сравнению с предыдущим периодом. В структуре доходов от деятельности, приносящей доход, выделены несколько источников поступления средств: обследование иностранных граждан для получения разрешения на работу и вида на жительство; прием врачей-специалистов; доходы от аренды; прием беременных, оплачиваемый по родовым сертификатам, производство лабораторный исследований.

В ряде работ были представлены комплексные программы сокращения и погашения дебиторской и кредиторской задолженности, намечены пути профилактики возникновения задолженности.

Анализ выпускных проектов показал и некоторые общие проблемы в функционировании экономических служб. Наиболее существенными из них являются отсутствие медико-экономического анализа в повседневной работе данных структурных подразделений; слабое владение методикой управленческого учета.

Наиболее актуальной задачей экономических служб учреждений здравоохранения в условиях перехода на единые методы оплаты медицинской помощи (КСГ, подушевое финансирование) является внедрение управленческого учета. Управленческий учет — это комплексная система измерения, накопления, анализа, подготовки, интерпретации и представления информации, необходимой для осуществления деятельности управленческого характера: принятия решений, планирования, оценки и контроля хозяйственной деятельности. Компонентами управленческого учета являются разработка бюджета (финансового плана) организации; учет затрат и ценообразование; определение «точки» самооку-

паемости; организация внутреннего контроля в учреждении. Анализ выпускных проектов по пяти субъектам РФ показал, что этот метод учета практически не используется учреждениями здравоохранения. О введении в своей организации элементов управленческого учета в выпускном проекте указали менее 8% управленцев-экономистов из 235 слушателей программы обучения. Тем не менее этот опыт имеет практическое значение для всех типов учреждений здравоохранения (бюджетных, автономных, казенных). Поэтому в процессе защиты данных проектов членами аттестационной комиссии были даны рекомендации о публикации имеющегося опыта внедрения управленческого учета в медицинских организациях.

Освоение методики управленческого учета и внедрение его в постоянную практику экономических служб учреждений здравоохранения позволит более компетентно решать задачу повышения эффективности деятельности медицинской организации как хозяйствующего субъекта. Учет и анализ затрат — важная часть принятия управленческих решений в здравоохранении. Для правильного учета затрат необходимо группировать затраты на постоянные и переменные, средние и предельные, прямые и косвенные затраты, основные и накладные. Классификация затрат на постоянные и переменные позволяет определять порог безубыточности (самокупаемости) учреждения здравоохранения. Поскольку условием финансовой устойчивости учреждений здравоохранения в современных условиях является самокупаемость, ее можно планировать, определяя порог рентабельности (самокупаемости) путем расчета количества медицинских услуг, реализовав которые организация возместит понесенные затраты. В выпускных проектах была отмечена необходимость внедрения единой медицинской информационной системы (ЕМИС) для реализации управленческого учета в учреждении. Действительно, объем информации, которую необходимо перерабатывать при любой системе управленческого учета (учитывая структурную сложность и разнообразие учреждений здравоохранения), настолько велик, что в современных условиях внедрение управленческого учета без его автоматизации практически невозможно.

В качестве направления оптимизации финансово-хозяйственной деятельности медицин-

ской организации в ряде работ оценивались возможности снижения накладных расходов организации.

В связи с тем, что размер финансирования в системе ОМС для стационаров непосредственно связан с объемами оказываемых услуг, учреждению экономически выгодно увеличение этого объема, а также повышение спроса на услуги за счет повышения их качества и доступности. Поэтому одной из основных профессиональных компетенций главного врача и его заместителя по финансово-экономическим вопросам в современных условиях является планирование объемов медицинской помощи в своем учреждении. На наш взгляд, в рамках профессионального образования менеджеров здравоохранения, целесообразно в дальнейшем разрабатывать и реализовывать совместные программы непрерывного обучения главных врачей и их заместителей по экономике, которые отражали бы наиболее актуальные финансово-хозяйственные задачи функционирования учреждений отрасли на современном этапе.

Таким образом, программу повышения квалификации руководителей экономических служб медицинских организаций, работающих в системе ОМС, следует считать состоявшейся, а саму идею обучения управленческих кадров здравоохранения по единым федеральным подходам — требующей дальнейшего развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон № 326-ФЗ от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании» (с изменениями и дополнениями). URL: <http://base.garant.ru/12180688/> (дата обращения: 05.03.2016).
2. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». URL: <http://rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html> (дата обращения: 05.03.2016).
3. Федерального закона № 83-ФЗ от 8 мая 2010 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений». URL: <http://base.garant.ru/12175589/> (дата обращения: 05.03.2016).
4. Федерального закона Российской Федерации от 5 апреля 2013 г. N 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_144624/ (дата обращения: 05.03.2016).

ТРАНСФОРМАЦИЯ ПОДХОДОВ К ПОДГОТОВКЕ МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В.В. Мадьянова¹

*Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова*

Проанализированы взаимоотношения между формальными требованиями к специалистам организации здравоохранения и реальными запросами повседневной практики медицинских организаций. Представлены возможные формы оптимизации подготовки специалистов, направленные на обеспечение эффективного разделения труда административного персонала в учреждениях здравоохранения.

Ключевые слова: обучение управленческих кадров в здравоохранении, менеджеры здравоохранения, профессиональные стандарты подготовки управленческих кадров, федеральные государственные образовательные стандарты

В последнее время все чаще разгораются споры о том, кто же должен быть тем самым «менеджером» для здравоохранения: врач, управленец с экономическим образованием или магистр; какими профессиональными компетенциями должен обладать современный руководитель медицинской организации и какие акценты должны быть расставлены в образовательной траектории подготовки качественного управленческого аппарата. Особую актуальность данный вопрос приобретает в условиях активной разработки профессиональных стандартов специалистов, над созданием которых работают профессиональные общества и профильные образовательные организации.

В соответствии с приказом Минздрава России № 321 от 26 июня 2014 г «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») по формированию системы повышения квалификации

административно-управленческого персонала медицинских и фармацевтических организаций государственной и муниципальной системы здравоохранения, в том числе непрерывного профессионального образования по вопросам организации управления здравоохранением», для подготовки специалистов по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» на базе ВУЗов рекомендовано создание сети Учебных центров и подчеркнута необходимость формирования модели административно-управленческого персонала для отрасли здравоохранения. Вместе с тем, до сих пор остается открытым вопрос на балансе каких компетенций должна строиться модель подготовки современных менеджеров здравоохранения.

Большое значение в последних нормативных и методических документах по подготовке руководителей медицинских организаций уделяется формированию управленческих и экономических компетенций, направленных на усиление их финансово-экономической грамотности. Так, в проекте профессионального стандарта специалиста в области организации здравоохранения, размещенного в 2015 г. на сайте www.regulation.gov.ru, к необходимым знаниям

¹ Мадьянова Виктория Вячеславовна — канд. соц. наук, доцент, профессор зам. директора по проектной и текущей деятельности, профессор Высшей школы управления здравоохранением Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, 109004, Москва, ул. Александр Соколовский, д. 28; тел.: 8 (910) 460-15-13; e-mail: vvm@hsha.ru.

главного врача медицинской организации отнесены:

- управленческий и статистический учет;
- теория управления и организация труда, включая основы проектного и программно-целевого управления;
- основы финансового, бухгалтерского и статистического учета медицинской организации;
- основы бизнес-планирования в медицинской организации;
- порядок заключения и исполнения хозяйственных и иных договоров;
- основы бюджетного и налогового законодательства;
- принципы бюджетирования и контроля расходов;
- теоретические основы управления персоналом, включая основы нормирования труда, оценки и мотивации персонала, организации оплаты и охраны труда;
- принципы всеобщего управления качеством;
- основы стратегического планирования и бизнес-планирования и т.д.

К необходимым знаниям в области общественного здоровья:

- критерии оценки и показатели, характеризующие состояние здоровья населения;
- современные методы охраны здоровья населения, включая методы организации медицинской помощи за рубежом.

Обращает на себя внимание тот факт, что в проекте профессионального стандарта отсутствуют необходимые знания и компетенции в области общественного здоровья, анализа состояния здоровья населения и групп риска, профилактической деятельности в том числе разработки комплекса мероприятий по предупреждению возникновения и распространения заболеваний и их основных факторов риска и т.д.

Таким образом, исходя из логики проекта профессионального стандарта специалиста в области организации здравоохранения, объектом профессиональной деятельности главного врача является медицинская организация. Вместе с тем анализ требований к предлагаемым необходимым знаниям главного врача медицинской организации показывает, что к занятию этой должности в большей степени будут готовы лица, получившие базовое высшее экономическое или

управленческое образование, нежели врачи, получившие высшее медицинское образование по специальности «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология», «медико-профилактическое дело» и закончившие обучение по программе ординатуры, интернатуры по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», либо прошедшие профессиональную переподготовку по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» в объеме не менее 250 ч.

В настоящее время наиболее профессиональную и углубленную подготовку по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», получают лица, обучающиеся в ординатуре в течение 2 лет. Именно из них формируется пул управленческих кадров для отрасли здравоохранения, в том числе готовых к организации и управлению деятельностью медицинской организации. Обучение по программе ординатуры регламентируется требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации) (ФГОС ВО). По специальности 31.08.71 «организация здравоохранения и общественное здоровье» ФГОС ВО утвержден приказом Минобрнауки России от 26 августа 2014 г. № 1114.

В соответствии с утвержденным ФГОС ВО объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» являются: *физические и юридические лица, население, совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для...* то есть существенно более широкий перечень, чем тот, который определен проектом профессионального стандарта.

Выпускник, освоивший программу ординатуры по организации здравоохранения и общественному здоровью должен быть готов решать следующие задачи, в том числе по важнейшему виду профессиональной деятельности — профилактический:

- — предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

- — проведение профилактических осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

— — проведение сбора медико-статистического анализа информации о состоянии здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья.

— психолого-педагогическая деятельность:

— — формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение своего здоровья и здоровья окружающих.

— организационно-управленческая деятельность:

— — применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

— — организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;

— — организация проведения медицинской экспертизы;

— — организация оценки качества оказания помощи пациентам;

— — ведение учетно-отчетной медицинской документации;

— — создание в медицинских организациях и (или) их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

— — соблюдение основных требований информационной безопасности.

К профессиональным компетенциям экономического профиля относится только одна — готовность к оценке экономических и финансовых показателей, применяемых в сфере охраны здоровья граждан (ПК-8).

Таким образом, в структуре образовательных программ ординатуры, разрабатываемых в медицинских ВУЗах на основе совокупности требований ФГОС ВО, не предусматривается развернутое преподавание вопросов бизнес-планирования, бухгалтерского, управленческого, статистического учета, финансового менеджмента, инвестиционного менеджмента, основ бюджетирования ориентированного на результат и как следствие, получение необходимых знаний в области экономики здравоохранения, необходимых для допуска к занятию должности главного

врача медицинской организации исходя из требований профессионального стандарта.

Исходя из этих требований, образовательная траектория для выпускника ординатуры должна дополняться дополнительным получением экономического образования. Таким образом, в совокупности, подготовка главного врача на основе базового медицинского образования (высшее медицинское — специалитет, высшее медицинское — ординатура) плюс дополнительное финансово-экономическое образование составит более 8 лет.

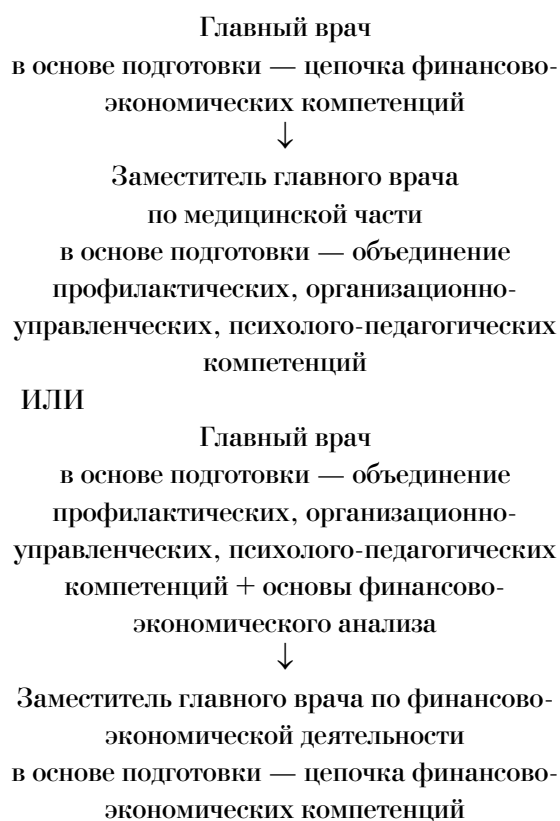
В связи с этим возникает вопрос: насколько целесообразно перегружать главного врача медицинского центра большим объемом нагрузок, связанным с получением дополнительных видов финансово-экономического образования? Не целесообразнее ли его функции усиливать эффективными, хорошо обученными заместителями по экономике, готовыми брать на себя эту нагрузку и успешно решать финансово-экономические вопросы, в том числе эффективное использование бюджета и финансовое управление медицинской организацией?

Вместе с тем, в соответствии с Федеральным законом № 83-ФЗ от 8 мая 2010 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений», именно на руководителя медицинской организации распространяется «принцип первого лица», который должен нести ответственность за распоряжение имуществом медицинской организации и эффективное управление ее ресурсами.

С 2007 г. на базе Высшей школы управления здравоохранением Первого МГМУ им. И.М. Сеченова ведется обучение как по программам дополнительного профессионального образования — профессиональной переподготовки по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» для главных врачей, заместителей главных врачей, врачей-статистиков, врачей-методистов так и по программам высшего образования: ординатуры, интернатуры, магистратуры. За почти 10-летний период преподавания, по данной программе прошли обучение 1062 специалиста из 14 субъектов РФ. Проведенное анкетирование показало, что только у 24,6% респондентов имеется дополнительное

финансово-экономическое образование, в том числе дипломы МВА, в основном эти специалисты работали в медицинских организациях частной форм собственности и имели молодой возраст (76% находились в возрастной группе 25—35 лет).

Таким образом, исходя из анализа данных нормативных документов, можно констатировать что, наличие на сегодня как минимум двух принципиально разных моделей формирования команды управленческих кадров внутри медицинской организации:



Необходимо отметить, что квалификационные требования к подготовке специалиста — социал-гигиениста-организатора здравоохранения были сформированы почти 30 лет назад и уже тогда знание финансово-экономических вопросов были установлены на федеральном уровне. Согласно приказу Минздрава СССР от 21 июля 1988 г. № 579 «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов» к общим знаниям и умениям были отнесены в том числе: организация планово-экономической и финансовой деятельности медицинских организаций, основы хозрасчета, разработка и составление сметы учреждения, организация деятель-

ности медицинского учреждения по НОТ и внедрению передового опыта работы. Однако, большая часть знаний и умений лежала в плоскости общественного здоровья, профилактики, скрининга, организации санитарного просвещения, гигиенического воспитания населения и пропаганды здорового образа жизни, организации оказания различных видов помощи, в том числе сельскому населению, информационно-аналитическому обеспечению здравоохранения и т.д.

Таким образом, для повышения эффективности подготовки современных менеджеров здравоохранения необходимо установить оптимальный баланс между всеми доменами компетенций, включающими основные направления специальности «общественное здоровье и здравоохранение» и связанные с ними виды профессиональной деятельности, адекватно расширять границы необходимых знаний и навыков главного врача и в качестве первоочередной меры, необходимо гармонизировать между собой нормативные документы, определяющие требования к их подготовке и последующей профессиональной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26.06.2014 № 321 «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») Министерства здравоохранения Российской Федерации по формированию системы повышения квалификации административно-управленческого персонала медицинских и фармацевтических организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, в том числе непрерывного профессионального образования по вопросам организации управления здравоохранением». URL: <http://base.garant.ru/70710544/> (дата обращения: 15.13.2016).
2. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 26.08.2014 № 1114 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье (уровень подготовки кадров высшей квалификации)». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_169389/2ff7a8c72de3994f30496a0ccbb1ddafdadfd518/ (дата обращения: 15.13.2016).
3. Федеральный закон от 08.05.2010 № 83-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений». URL: <http://base.consultant.ru/cons/CGI/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=100193> (дата обращения: 15.13.2016).

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СИМУЛЯЦИОННОМУ ОБУЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ (Часть 1)

И.И. Косаговская¹, В.В. Мадьянова, Ю.В. Королева

*Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова*

Практические навыки клинической работы до применения их на реальных пациентах медики должны приобретать в специальных центрах, оснащенных высокотехнологичными тренажерами и компьютеризированными манекенами, компьютерными играми и программами, позволяющими моделировать клинко-организационные ситуации. Одной из важных предпосылок в реализации данного принципа является создание современных симуляционных центров. В статье обсуждаются проблемы, которые необходимо решить для успешного и эффективного внедрения симуляционного обучения в медицинское профессиональное образование.

Ключевые слова: симуляционное обучение в медицине, симуляционные технологии, симуляционный центр, симуляционный тренинг, имитационные методы, формирование практических компетенций

Подготовка высококвалифицированных кадров управления здравоохранением, от деятельности которых во многом зависит состояние системы здравоохранения России, охрана и укрепление здоровья населения, на сегодняшний день является одной из приоритетных задач государственной политики в области развития и совершенствования сферы здравоохранения. В «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года», утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 г. № 1662-р, одной из основных задач развития здравоохранения, направленных на улучшение здоровья граждан РФ, является развитие медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, повышение квалификации медицинских работников и созда-

ние системы повышения мотивации к качественному труду, в том числе: обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров на основе непрерывного образования, повышения профессионального уровня и внедрения передовых медицинских технологий, разработка стандартов подготовки управленческих кадров в системе здравоохранения и реализация образовательных программ [1].

Во исполнении Указа Президента РФ от 7.05.2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [2] разработан и утвержден распоряжением Правительства РФ от 15 апреля 2013 г. № 614-р «Комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года» [3], в котором предусмотрено формирование системы повышения квалификации административно-управленческого персонала медицинских и фармацевтических организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, в том числе непрерывного профессионального образования по

¹ Косаговская Ирина Игоревна — канд. мед. наук, доцент Высшей школы управления здравоохранением Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; 109004, Москва, ул. Александра Солженицына, д. 28; тел.: (499) 762-68-02; e-mail: kosagovskaya@gmail.com.

вопросам организации управления здравоохранением. Развитие высокими темпами в современном мире высокотехнологичной медицины предъявляет повышенные требования к качеству оказания медицинских услуг. Качество медицинской помощи и качество жизни пациентов должны лежать в основе оценки профессиональной деятельности как отдельных специалистов и учреждений, так и уровня здравоохранения в целом. В США 98 000 предотвратимых смертей в год происходит от врачебных ошибок [4]. По РФ такой официальной статистики нет, но проблема формирования практических компетенций врача стоит также достаточно остро. Так, по данным опроса выпускников медицинского ВУЗа 2012 г., только 12 % из них оценивают свои знания практических навыков как хорошие [5]. Кроме того, недостаточный уровень развития нетехнических навыков (в т.ч. работа в команде, лидерство, эффективная коммуникация, уровень знаний и умение принимать правильные решения) — часто встречающиеся причины врачебных ошибок [6—8].

Очевидно, что и современное медицинское образование должно соответствовать происходящей технологической революции и изменению окружающей информационной среды. Высокие современные требования к освоению практических навыков медиками, к актуализации учебного материала и приближению образовательной среды к новой среде практического здравоохранения делают виртуальные технологии в медицинском образовании ключевым направлением развития высшей медицинской школы. Классическая система клинического медицинского образования уже не способна в полной мере решить проблему качественной практической подготовки врача. Главными препятствиями к этому являются отсутствие непрерывной обратной связи между учащимся и педагогом, невозможность практической иллюстрации всего многообразия клинико-организационных ситуаций, а также морально-этические и законодательные ограничения в общении учащихся с пациентом. Поэтому ключевой задачей современного среднего, высшего и последипломного медицинского образования является создание условий для развития у обучающихся широкого спектра компетенций и прочно закрепленных практических навыков без риска нанесения вреда пациенту. Сюда относится развитие способности быстрого принятия решений,

работа в команде и безупречного выполнения ряда манипуляций или вмешательств, особенно при неотложных состояниях [9]. Очевидно, что подготовка специалистов, ответственных за жизнь и здоровье людей, в современном мире просто не может строиться без важнейшего симуляционного компонента. Уже накоплен большой опыт, доказывающий эффективность симуляционного обучения. Получены многочисленные доказательства, свидетельствующие об успешном переносе приобретенных врачом навыков работы на пациента [10—13], что не могло не привести к экстенсивному развитию сети симуляционных центров. Так, за пять лет с 2003 по 2008 гг. в США резко возросло количество резидентур, где используется симуляционное обучение врачей, специализирующихся по неотложной медицине. Так, в 2003 г. симуляционное обучение существовало в 33 (29 %) резидентурах из 134 опрошенных, а в 2008 — в 114 (85 %) [14].

В начале 2012 г. было создано Российское общество симуляционного обучения в медицине (РОСОМЕД), в котором объединили свои усилия энтузиасты и единомышленники — профессионалы в области подготовки медицинских кадров без риска для пациента и врача, с помощью симуляционных технологий. За этот небольшой срок начаты и успешно реализованы совместно с ведущими мировыми и отечественными производителями разработки симуляционного оборудования, коллективом авторов было написано первое отечественное руководство «Симуляционное обучение в медицине» [15—18]. Весной 2013 г. при Министерстве здравоохранения РФ создан Комитет по Непрерывному медицинскому образованию. Сделаны первые шаги по разработке отечественных стандартов симуляционного тренинга, предложены новые классификации оборудования и симуляционно-аттестационных центров [19—21].

Проведены исследования, доказывающие необходимость повышения эффективности обучения медицинских кадров, которая может быть достигнута за счет активного внедрения в процесс непрерывного профессионального образования симуляционных тренингов [22]. Одним из основных мероприятий подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» государственной программы РФ «Развитие здравоохранения», утвержденной Постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 г. № 294 [23],

является «Развитие сети обучающих симуляционных центров». Реализация указанного мероприятия предусматривает создание и модернизацию 80 обучающих симуляционных центров, представляющих собой комплекс связанных между собой и работающих по единым стандартам и технологиям обучения структурных подразделений образовательных организаций, способных обеспечить повышение качества подготовки медицинских специалистов; повышение качества оказываемой медицинской помощи; соответствие уровня практических навыков медицинских работников современным потребностям практического здравоохранения.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 26.06.2014 г. № 321 [24] утвержден план мероприятий («дорожная карта») по формированию системы повышения квалификации административно-управленческого персонала медицинских и фармацевтических организаций государственной и муниципальной системы здравоохранения, в том числе непрерывного профессионального образования по вопросам организации управления здравоохранением.

Как сказано в документе: «Современному руководителю необходимо владеть такими вопросами как: эффективное управление; механизмы финансирования медицинских и фармацевтических организаций, включающих порядок формирования финансовых потоков на всех уровнях, проведение финансовых расчетов по выполнению медицинских услуг, эффективное использование финансовых средств медицинскими организациями, сочетание административных и мотивационных форм управления»¹.

Создание общеевропейского пространства высшего образования и науки после подписания Россией Болонской декларации потребовало реформирования высшей школы с целью улучшения качества образования. Со временем возникла проблема организации единого образовательного пространства, в том числе и в системе

высшего последиplomного медицинского образования. К концу 2012 г. Министерством здравоохранения РФ была разработана Концепция создания системы непрерывного медицинского образования (Концепция) [25].

О терминологии

В настоящее время существуют различные определения понятия «симуляционного обучения». Если говорить об этом подходе безотносительно к профессиональной деятельности, то чаще всего симуляционное обучение рассматривается как обязательный компонент в профессиональной подготовке, использующий модель профессиональной деятельности с целью предоставления возможности каждому обучающемуся выполнить профессиональную деятельность или отдельные ее элементы в соответствии с профессиональными стандартами и/или порядками (правилами) [18].

Таким образом, симуляция — это имитация, моделирование, реалистичное воспроизведение процесса. А симуляция в медицинском образовании — это современная технология обучения и оценки практических навыков, умений и знаний, основанная на реалистичном моделировании, имитации клинико-организационной ситуации или отдельно взятой физиологической системы, для чего могут использоваться биологические, механические, электронные и виртуальные (компьютерные) модели.

Разными авторами представлены различные классификации активных методов обучения. На наш взгляд, самой полной является следующая классификация, основанная на факторе наличия имитируемой деятельности. В предлагаемой классификации такие популярные в системах образования западного образца методы, как компьютерные симуляции и бизнес-симуляции представлены соответственно, как игровые занятия на машинных моделях и игровое моделирование (рис. 1) [26].

Подготовка современного специалиста в области организации здравоохранения и общественного здоровья должна охватывать три уровня обучения:

1. Приобретение знаний об отрасли, ее задачах, функциях, основных применяемых методах, технологиях, объектах управления и т.д.

¹ Приказ Минздрава России № 321 от 26.06.2014 г. «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») по формированию системы повышения квалификации административно-управленческого персонала медицинских и фармацевтических организаций государственной и муниципальной системы здравоохранения, в том числе непрерывного профессионального образования по вопросам организации управления здравоохранением».



Рис. 1. Классификация активных методов обучения [26]

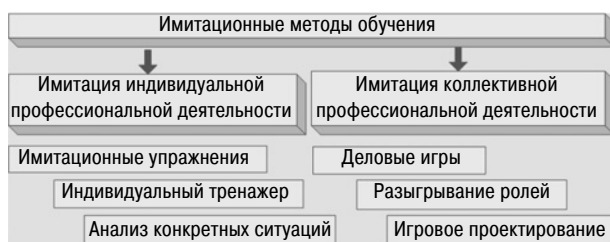


Рис. 2. Классификация имитационных методов обучения в зависимости от характера имитации профессиональной деятельности [27]

2. Умение решать отдельные профессиональные практические задачи.

3. Приобретение навыков предстоящей профессиональной деятельности, которая, как правило, носит коллективный характер, т.е. большинство реальных решений принимается в процессе взаимодействия с руководством, коллегами и другими участниками, интересы которых могут противоречить друг другу.

Традиционные формы обучения, за исключением производственной практики, практически не затрагивают третий уровень подготовки специалиста.

Симуляционные (имитационные) методы позволяют использовать имитационную модель предстоящей профессиональной деятельности, которая может быть как индивидуальной, когда условно не учитывается взаимодействие с другими участниками процесса, так и коллективной,

требующей от участников обучения принятия на себя ролей (должностей), сходных с реальными и имитации их взаимодействия. Исходя из этого имитационные методы обучения можно классифицировать на две группы (рис. 2) [27].

Одним из важных этапов симуляционного обучения является дебрифинг. Дебрифинг (от англ. *debriefing* — обсуждение после выполнения задания) — следующий вслед за выполнением симуляционного упражнения его разбор, анализ плюсов и минусов действий обучаемых и обсуждение приобретенного ими опыта [28—30].

Методологические подходы к симуляционному обучению

Для эффективного применения имитационного обучения необходимо соблюдение основных методологических и организационных принципов:

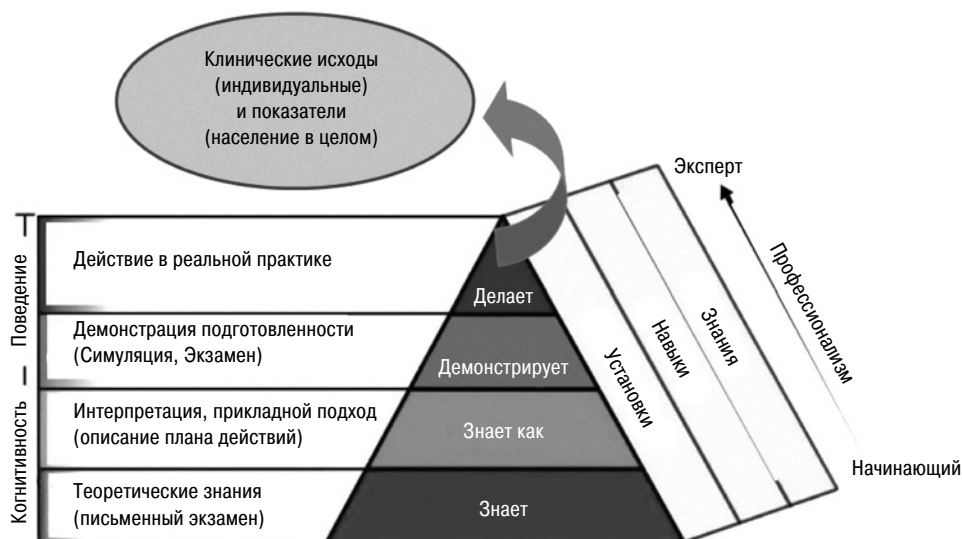
1. Интеграция симуляционного обучения в действующую систему профессионального образования на всех уровнях.

2. Наличие законодательной базы, в которой содержится норма о допуске к работе (обучению) с пациентами, а также перечень обязательных компетенций по специальностям, требующих первоочередной организации имитационного обучения. В результате должно стать нормой недопущение (отстранение) к обучению (работе) с пациентами лиц, не прошедших аттестацию с помощью симуляционных методик в соответствии с перечнем компетенций по своей специальности (уровню образования). Законодательная база должна быть гибкой и совершенствоваться по мере развития этого направления.

3. Интенсивная организация учебного процесса, модульное построение программы имитационного обучения и возможности для одновременного обучения разных категорий медицинского персонала (по виду и по специальности).

4. Объективность аттестации на основе утвержденных стандартов (правил), на соответствие критериям и с проведением документирования и видеорегистрации процесса и результатов педагогического контроля, в ходе которого воздействие личности экзаменатора должно стремиться к нулю.

5. Присутствие независимых экспертов и наблюдателей при процедурах государственной аттестации обязательно из числа работодателей



Based on work by Miller GE. *The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance*; Acad. Med. 1990; 65 (0): 63–67
Adapted by Drs. R. Mehay & R. Burns. UK (Jan 2009)

Рис. 3. Пирамида Миллера [31]

(профессиональных сообществ), а также двух членов обществ, связанных с защитой прав пациентов (каждый раз меняющихся).

6. Единая система оценки результатов симуляционного обучения (для всех организаторов, использующих данные симуляционные методики).

7. Наличие системы государственного учета результатов прохождения соответствующих модулей имитационного обучения специалистами (реестр специалистов).

8. Наличие системы подготовки персонала (преподавателей, инструкторов), обеспечивающего симуляционное обучение [18].

Существует наглядный инструмент — пирамида Миллера (рис. 3) для оценки прогресса обучающегося — от новичка до эксперта.

На самом низшем уровне, у студента есть освоенное знание, которое он может использовать для решения тестов и письменных или устных экзаменов. В стадии «знает как» (*Know how*), они могут использовать свои знания в более сложных по форме проведения экзаменах, которые требуют применения знания. В стадии «показывает как (демонстрирует)» (*Show how*), они могут продемонстрировать свои навыки в симулированных условиях или на сертификационных экзаменах. Но только в стадии «делает» (*Does*) они используют свои навыки в реальной практике [31]. Эта простая модель ступеней оценки про-

фессиональной компетентности свидетельствует о том, что анализ профессиональной компетентности с помощью симуляционных технологий проводится на ступени «показывает как (демонстрирует)», «делает» и при этом оценивается выполнение или активное участие в проведении того или иного навыка.

Стандартный учебный модуль или стандартный имитационный модуль (СИМ) [18, 32] — единица учебного процесса имитационного обучения равная трем часам рабочего времени Учебного центра, отведенного на непосредственное взаимодействие обучающихся со средствами обучения (практическую подготовку), сопровождаемое педагогическим контролем. Каждая такая единица имеет сформулированный конечный результат подготовки и определенную стоимость. Наличие такой единицы учебного процесса будет позволять производить расчеты потребности подготовки специалистов. СИМ необходим для организации учебного процесса, и каждый из них включает в себя перечень практических навыков, которые будут сформированы (проконтролированы) у обучающихся в течение этого времени.

В настоящее время обязательность симуляционного обучения и/или контроля определена:

— для студентов в приказе Минздравсоцразвития РФ от 15.01.2007 г. № 30 «Об утверждении порядка допуска студентов высших и сред-

них медицинских учебных заведений к участию в оказании медицинской помощи гражданам», где упоминаются муляжи (фантомы), но объемы и правила их использования никак не регламентируются [36];

— для интернов и ординаторов в приказах Минздравсоцразвития РФ от 05.12.2011 г. № 1475н [37] и № 1476н [38] «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (ординатура, интернатура)» утверждается, что обучающий симуляционный курс должен составлять 108 академических часов (3 зачетные единицы) для ординаторов и 72 академических часа (2 зачетные единицы) для интернов;

— в письме Минздравсоцразвития РФ от 18.04.2012 г. № 16-2/10/2-3902 [39] уточняется, что подготовка по программам послевузовского профессионального образования в интернатуре и ординатуре в соответствии с вышеуказанными приказами осуществляется с 2012/13 г., к практике могут быть допущены лица, успешно освоившие дисциплины образовательной программы и завершившие обучающий симуляционный курс.

Таким образом, законодательно утверждено, что использование симуляционного обучения обязательно для программ среднего, высшего и послевузовского непрерывного медицинского образования и должно предшествовать практике. Тем не менее, необходимо определить, как должно функционировать это направление для грамотного использования всех его преимуществ.

ЛИТЕРАТУРА

1. «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года», утвержденная Распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р. URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=82134> (дата обращения: 15.04.2016).
2. Указ Президента РФ от 7.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». URL: <http://base.garant.ru/70170948/> (дата обращения: 15.04.2016).
3. Распоряжение Правительства РФ от 15.04.2013 № 614-р «Комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70260340/> (дата обращения: 15.04.2016).
4. To Err is Human: Building a Safer Health System / Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S., eds. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
5. Выпускникам медвузов не хватает медицинской практики // Урология сегодня. 2013. № 4. URL: <http://urotoday.ru/issue/4-2013> (дата обращения: 15.04.2016).
6. Gawande A.A., Zinner M.J., Studdert D.M., Brennan T.A. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*. 2003. Vol. 133. P. 614—21.
7. Christian C.K., Gustafson M.L., Roth E.M., et al. A prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery*. 2006. Vol. 139. P. 159—173.
8. Jason R. Frank, Rani Mungroo, Yasmin Ahmand. The first comprehensive systematic review of the medical education literature related to Competency-Based Education definitions // *Medical Teacher*. 2010. Vol. 32. № 8. P. 631—638.
9. Jason R. Frank, Linda Shell. Competency-Based medical education theory of practice // *Medical Teacher*. 2010. Vol. 32. № 8. P. 638—646.
10. Hallikainen H., Väisänen O., Randell T. et al. Teaching anaesthesia induction to medical students: comparison between full-scale simulation and supervised teaching in the operating theatre // *Eur. J. Anaesth*. 2009. Vol. 26. P. 101—104.
11. Hassan I., Sitter H., Schlosser K., Zielke A., Rothmund M., Gerdes B. A virtual reality simulator for objective assessment of surgeons laparoscopic skill. *Chirurg*, 2005. Vol. 72 (2). P. 151—155.
12. Munz Y. et al. A structured curriculum based approach for teaching complex laparoscopic skills using VR simulators. *Surg. Endosc.* 2004 (18) suppl 232, presented as a poster in SAGES 2004.
13. Murin S., Stollenwerk N.S. Simulation in procedural training: at the tipping point // *Chest*. 2010. Vol. 137. P. 1009—1011.
14. Okuda Y., Bond W., Bonfante G. et al. National growth in simulation training within emergency medicine residency programs, 2003—2008 // *Acad. Emerg. Med*. 2008. Vol. 15. P. 1113—1116.
15. Белобородова Е.В., Сырцова Е.Ю. Симуляционные методики при изучении «немедицинских дисциплин» в медицинском вузе. В кн.: II Съезд Российского общества симуляционного обучения в медицине РОСОМЕД-2013. Москва, 2013. URL: http://www.laparoscopy.ru/doktoru/view_thesis.php?theme_id=43&event_id=16 (дата обращения: 15.04.2016).
16. Зарипова З.А., Лопатин З.В., Чернова Н.А. Концепция создания единого информационного пространства в сфере симуляционного обучения в структуре медицинского образования на территории Российской Федерации. В кн.: II Съезд Российского общества симуляционного обучения в медицине РОСОМЕД-2013. Москва, 2013. URL: http://www.laparoscopy.ru/doktoru/view_thesis.php?theme_id=43&event_id=16 (дата обращения: 15.04.2016).
17. Найговзина Н.Б., Филатов В.Б., Горшков М.Д., Гущина Е.Ю., Кольш А.Л. Общероссийская система симуляционного обучения, тестирования и аттестации в здравоохранении. В кн.: II Съезд Российского общества симуляционного обучения в медицине РОСОМЕД-

2013. Москва, 2013. URL: http://www.laparoscopy.ru/doktoru/view_thesis.php?theme_id=43&event_id=16 (дата обращения: 15.04.2016).
18. Симуляционное обучение в медицине. Под ред. Свистунова А.А. Составитель Горшков М.Д.М.: Из-во Первого МГМУ им. И.М. Сеченова; 2013. 288 с.
 19. Горшков М.Д. Три уровня симуляционных центров. В кн.: II Съезд Российского общества симуляционного обучения в медицине РОСОМЕД-2013. Москва, 2013. URL: http://www.laparoscopy.ru/doktoru/view_thesis.php?theme_id=43&event_id=16 (дата обращения: 15.04.2016).
 20. Новикова О.В., Черников И.Г., Давыдова Н.С. Технологии симуляционного обучения в Уральском Государственном Медицинском Университете на современном этапе и перспективы развития. В кн.: II Съезд Российского общества симуляционного обучения в медицине РОСОМЕД-2013. Москва, 2013. URL: http://www.laparoscopy.ru/doktoru/view_thesis.php?theme_id=43&event_id=16 (дата обращения: 15.04.2016).
 21. Павлов В.Н., Викторов В.В., Садритдинов М.А., Шарипов Р.А., Лешкова В.Е. Четырехэтапная система симуляционного обучения в медицинском вузе. В кн.: II Съезд Российского общества симуляционного обучения в медицине РОСОМЕД-2013. Москва, 2013. URL: http://www.laparoscopy.ru/doktoru/view_thesis.php?theme_id=43&event_id=16 (дата обращения: 15.04.2016).
 22. Авдеева В.Г. Опыт использования учебно-тренировочного оборудования при подготовке специалистов, работающих в условиях догоспитального периода, в Пермском крае. В кн.: Сборник тезисов конференции по симуляционному обучению в медицине критических состояний (СИМОМЕДИКС 2012, 01 ноября 2012 г.). Москва, 2012. URL: <http://www.aribris.ru/matters.php?print&id=49> (дата обращения: 15.04.2016).
 23. Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения», утвержденная Постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 № 294. URL: <http://base.garant.ru/70643470/#help> (дата обращения: 15.04.2016).
 24. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26.06.2014 № 321 «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») по формированию системы повышения квалификации административно-управленческого персонала медицинских и фармацевтических организаций государственной и муниципальной системы здравоохранения, в том числе непрерывного профессионального образования по вопросам организации управления здравоохранением». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?base=EXP&n=594065&req=doc> (дата обращения: 15.04.2016).
 25. Проект Концепции развития непрерывного медицинского образования (НМО) с участием профессиональных медицинских организаций в РФ. URL: www.msmsu.ru/userdata/manual/doc/pro.pdf (дата обращения: 15.04.2016).
 26. Зарукина Е.В., Логинова Н.А., Новик М.М. Активные методы обучения: рекомендации по разработке и применению: учеб.-метод. пособие. СПбГИЭУ, 2010. 128 с.
 27. Вульферт В.Я. Имитационные методы активного обучения: учеб. пособие / Новосибир. гос. аграр. ун-т. Инженер. ин-т. 2-е изд., испр. Новосибирск, 2011. 96 с.
 28. Peters V.A.M., Vissers G.A.N. A Simple Classification Model for Debriefing Simulation Games // Simulation Gaming March. 2004. Vol. 35. N. 1. P. 70—84.
 29. Savoldelli G.L., Naik V.N., Park J. et al. Value of debriefing during simulated crisis management: oral versus video-assisted oral feedback // Anesthesiology. 2006. Vol. 105. P. 279—285.
 30. Morgan P.J., Tarshis J., LeBlanc V. et al. Efficacy of high-fidelity simulation debriefing on the performance of practicing anaesthetists in simulated scenarios // Br. J. Anaesth. 2009. Vol. 103. P. 531—537.
 31. Miller G.E. The assessment of clinical skills / competence / performance. Academic Medicine. 1990. Vol. 65 (9). P. 63—67.
 32. Свистунов А.А., Грибков Д.М., Шубина Л.Б., Коссович М.А. Дефицит компетентности или кадровый голод. В кн.: II Съезд Российского общества симуляционного обучения в медицине РОСОМЕД-2013. М., 2013.
 33. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.01.2007 № 30 «Об утверждении порядка допуска студентов высших и средних медицинских учебных заведений к участию в оказании медицинской помощи гражданам». URL: <http://www.referent.ru/1/102654> (дата обращения: 15.04.2016).
 34. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 05.12.2011 № 1475н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (ординатура)». URL: <http://www.rg.ru/2011/12/30/ordinatura-dok.html> (дата обращения: 15.04.2016).
 35. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 05.12.2011 № 1476н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (интернатура)». URL: <http://www.rg.ru/2011/12/30/vuzi-dok.html> (дата обращения: 15.04.2016).
 36. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 18.04.2012 № 16-2/10/2-3902. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_130443/ (дата обращения: 15.04.2016).

ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРЕЧНЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЛЬГОТНИКОВ

О.Ю. Александрова¹, М.Н. Бурцева², О.А. Нагибин³

*Первый Московский государственный медицинский университет
им И.М. Сеченова
Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия), г. Якутск
Городская поликлиника № 2, г. Рязань*

Рассмотрены проблемы формирования групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия в соответствии с законодательством Российской Федерации отпускаются по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой. Проанализированы проблемы применения в субъектах РФ федеральных нормативных правовых актов по данному вопросу.

Ключевые слова: льготное лекарственное обеспечение, льготные категории граждан

Федеральным Законом от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ФЗ «Об основах охраны здоровья») статьей 16 определены полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья [2].

В части 1 статьи 16 сказано:

«1. К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья относятся:

...3) разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных

гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования...»

В соответствии со статьей 81 ФЗ «Об основах охраны здоровья»:

«2. В рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации устанавливают:

5) перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой...».

Льготные группы населения, указанные в п. 5) ч. 2 статьи 81 ФЗ «Об основах охраны здо-

¹ Александрова Оксана Юрьевна — д-р мед. наук, профессор; профессор кафедры основ законодательства в здравоохранении ГБОУ ВПО Первый МГМУ им И.М. Сеченова; г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; тел. 8 (499) 766 83 46; aou18@mail.ru.

² Бурцева Марфа Николаевна — главный специалист отдела лекарственного обеспечения населения и медицинской техники Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия).

³ Нагибин Олег Александрович — канд. мед. наук, главный врач ГБУЗ «Городская поликлиника № 2 г. Рязани».

ровья» относятся к так называемым «региональным льготникам».

Обращаем внимание, что в данном п. 5) ч. 2 ст. 81 ФЗ «Об основах охраны здоровья» нет указания на то, что «Перечень групп населения и категорий заболеваний» утверждается Правительством РФ. В отличие, например, от норм федеральных законов, определяющих полномочия Правительства РФ по формированию различных Перечней лекарственных препаратов, когда обеспечение лекарственными препаратами (ЛП) из данных перечней отнесено к полномочиям федеральных органов государственной власти.

Например.

Федеральный закон от 17.07.1999 г. № 178 «О государственной социальной помощи» (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ) определил меры социальной поддержки в виде предоставления дополнительной бесплатной медицинской помощи, предусматривающей обеспечение необходимыми ЛП по рецептам врача для отдельных категорий граждан (так называемых «федеральных льготников») за счет средств федерального бюджета (программа ОНЛП (ДЛО)) [2].

В соответствии со статьей 6.1. Закона № 178-ФЗ Перечень лекарственных средств, в том числе перечень лекарственных средств, назначаемых по решению врачебных комиссий лечебно-профилактических учреждений... утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим выработку государственной политики и нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения и социального развития.

Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врачей (фельдшеров) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи, впервые утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 02.12.2004 г. № 296 «Об утверждении Перечня лекарственных средств». С 2015 г. действует Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций, утвержденный Распоряжением Правительства РФ от 30.12.2014 г. № 2782-р [3].

Средства на финансовое обеспечение мер социальной поддержки федеральных льготников, проживающих в регионах, перечисляются из федерального бюджета в регионы в виде субвенций и межбюджетных трансфертов в соответствии с расчетами потребности, произведенными в зависимости от количества граждан, сохранивших право на набор социальных услуг в части лекарственного обеспечения.

Таким образом, на федеральном уровне утверждается перечень льготных категорий граждан, перечень лекарственных препаратов для обеспечения этих льготников, и финансирование этого льготного лекарственного обеспечения происходит из средств федерального бюджета.

По такому же принципу на федеральном уровне утверждается так называемая «Программа 7 нозологий». При этом закупку ЛП для больных в настоящее время проводит централизованно Минздрав России с последующим распределением по регионам в соответствии с утвержденной заявкой.

Начало данной программе дал приказ Минздравсоцразвития России от 9.03.2007 г. № 159 «О мерах по обеспечению отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами» [4].

В соответствии с данным приказом Минздравсоцразвития России наиболее затратные с точки зрения лекарственного обеспечения заболевания (7 нозологий), были выведены из программы ДЛО (ОНЛП), основанной на принципе социального страхования, и переведены на непосредственное финансирование из федерального бюджета РФ. Соответственно, были выведены и дорогостоящие препараты для лечения указанных 7 наиболее высокочатых нозологий.

В вышеуказанном Минздравсоцразвития России был сформирован список больных с определенными заболеваниями (гемофилия, муковисцидоз, гипопизарный нанизм, болезнь Гоше, некоторые злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянный склероз, лица после трансплантации органов и (или) тканей), для которых обеспечение лекарственными средствами происходит из средств федерального бюджета.

Распоряжением Правительства РФ от 30.12.2014 г. № 2782-р также утвержден Перечень препаратов, предназначенных для обеспе-

чения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, некоторые злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей.

Средства на реализацию Программы «7 нозологий», также как и Программы ОНЛП предусмотрены в федеральном бюджете.

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи сказано:

«За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

— закупки лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Российской Федерации, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных препаратов, утверждаемому Правительством Российской Федерации и сформированному в установленном им порядке;

— предоставления в установленном порядке бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура субвенций на оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан в виде набора социальных услуг в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов в соответствии с пунктом 1 части 1 статьи 6 Федерального закона «О государственной социальной помощи»...

Таким образом, снова, на федеральном уровне утверждается перечень высокочрезвычайно затратных нозологий, перечень лекарственных препаратов для лечения этих заболеваний, и финансирование этого лекарственного обеспечения происходит из средств федерального бюджета.

То есть за перечнями лекарственных препаратов, утвержденными на федеральном уровне, следуют финансовые потоки из федерального бюджета РФ.

С региональными льготниками совсем иная ситуация.

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи 2016 (утв. Постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 г. № 1382) [5] (далее — ПГТ), как и в ПГТ предыдущих лет в разделе V «Финансовое обеспечение Программы» сказано:

«За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется:

...обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия в соответствии с законодательством Российской Федерации отпускаются по рецептам врачей бесплатно;

обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой...»

Соответственно, ЛП для обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях региональным льготникам закупаются за счет средств бюджета субъекта РФ.

В разделе VIII ПГТ «Требования к территориальной программе в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи» сказано:

«Территориальная программа в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать:

...перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой...»

В территориальных программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи данные перечни лекарственных препаратов для «региональных

льготников» являются приложением к территориальной программе госгарантий.

Таким образом, ФЗ «Об основах охраны здоровья» и постановлением Правительства РФ полномочия по формированию вышеуказанного перечня лекарственных препаратов и полномочия по финансированию обеспечения ЛП в соответствии с данным перечнем отнесены к полномочиям субъектов РФ.

Вместе с тем, не отменено постановление Правительства РФ от 30.07.1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (Постановление № 890) [6].

Как следует из названия Постановления № 890, принятие данного постановления Правительством РФ направлено, прежде всего, на развитие фармацевтической промышленности в РФ в целях улучшения обеспечения населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения.

Из названия Постановления № 890 следует еще и цель обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения учреждений здравоохранения, хотя с повсеместным введением системы ОМС с 1994 г. ЛП в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, финансируются из средств ОМС.

В тексте Постановления № 890 имеются еще нормы, касающиеся поддержки аптечных организаций, и другие нормы, совершенно не соответствующие действующей на сегодняшний день идеологии разделения полномочий и финансовых потоков.

Например:

«5. Рекомендовать органам государственной власти субъектов Российской Федерации за счет средств соответствующих бюджетов и иных источников:

понижать для производств, выпускающих лекарственные средства и изделия медицинского назначения, тарифы на услуги водоснабжения и водоотведения (в ред. Постановления Правительства РФ от 27.12.1997 г. № 1629);...

...осуществлять финансовую поддержку предприятий аптечной сети, испытывающих недостаток в оборотных средствах...»

Также Постановлением № 890 в 1994 г. на федеральном уровне для субъектов РФ (при отсутствии на тот период времени разделения полномочий в области лекарственного обеспечения населения) утвержден Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно (приложение № 1), и Перечень групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой (приложение № 2).

В приложении № 1 к Постановлению № 890 в виде таблицы представлены группы населения и перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отпускаемых по рецептам врачей бесплатно.

При формировании групп региональных льготников субъекты РФ, по-прежнему, ориентируются на Постановление № 890, которое официально не было отменено.

В связи с этим возникает ряд вопросов.

1. Должны ли субъекты РФ, реализуя свои полномочия в области лекарственного обеспечения «региональных льготников» руководствоваться вышеуказанным Постановлением Правительства РФ № 890 от 1994 г. То есть иметь в региональных льготниках только те категории граждан и группы заболеваний, и, соответственно, только те ЛП, которые указаны в постановлении Правительства РФ? Или субъекты РФ, реализуя собственные полномочия за счет собственных региональных бюджетов, должны (могут) формировать собственные перечни региональных льготников и ЛП для их обеспечения?

2. В случае, если Постановление Правительства РФ № 890 обязательно для исполнения, что считать под обеспечением «всеми лекарственными средствами».

По первому вопросу эксперты высказывают противоположные позиции.

Ряд экспертов считает формирование перечня региональных льготников и ЛП, закупаемых из региональных бюджетов, полномочием субъектов РФ на основании норм части 1 статьи 16 и п. 5) ч. 2 статьи 81 ФЗ «Об основах охраны здоровья». С учетом требований статьи 73 Конституции РФ, в соответствии с которой «вне пределов ведения Российской Федерации и полномочий

Российской Федерации по предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации субъекты Российской Федерации обладают всей полнотой государственной власти», субъекты РФ должны самостоятельно реализовывать полномочия по предметам ведения субъектов РФ [7].

Другие же эксперты считают, что регионы должны формировать Перечни на основании не отмененного федерального нормативного правового акта (Постановления № 890).

Если придерживаться второй точки зрения, то есть обязательного исполнения требований Постановления № 890, то возникает еще ряд вопросов.

Перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения, которые отпускаются по рецептам врачей бесплатно (графа 2 таблицы в Приложении № 1) состоит из определений: «все лекарственные средства»; «в соответствии с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств»; «лекарственные средства для лечения данной категории заболеваний»; и при отдельных категориях заболеваний указаны перечни групп ЛП.

Практически для всех льготных категорий граждан по критерию «группы населения» (39 групп населения, включая детей первых трех лет жизни, а также детей из многодетных семей в возрасте до 6 лет, инвалидов I группы, неработающих инвалидов II группы, детей-инвалидов в возрасте до 18 лет), а также ряда льготников по критерию «категория заболевания» (СПИД, ВИЧ-инфицированные; онкологические заболевания; лепра; диабет; психические заболевания (инвалиды I и II групп, а также больные, работающим в лечебно-производственных государственных предприятиях для проведения трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях, шизофрения и эпилепсия), предусмотрено обеспечение граждан с формулировкой «всеми лекарственными препаратами». Надо полагать, всеми ЛП, зарегистрированными на территории РФ.

Например, дети первых трех лет жизни и дети из многодетных семей в возрасте до шести лет в соответствии с Постановлением 890 имеют право на выписку врачами бесплатного рецепта на все лекарственные средства.

Таким образом, в принципе, не может быть никакого регионального перечня лекарственных препаратов для данных категорий граждан. Любой региональный перечень ЛП, состоящий не из всех зарегистрированных в РФ ЛП, будет ограничительным. А, следовательно, будет нарушать права граждан.

Но и это не все вопросы.

В соответствии со статьей 29 Федерального закона № 323-ФЗ организация охраны здоровья осуществляется путем обеспечения определенных категорий граждан РФ ЛП в соответствии с законодательством РФ. А законодательство РФ предусматривает возможность обеспечения граждан не только зарегистрированными, но и незарегистрированными на территории РФ лекарственными препаратами.

Обеспечение пациентов необходимыми лекарственными средствами, не зарегистрированными на территории РФ, регламентируется Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», Федеральным законом от 05.04.2013 г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», Постановлением Правительства РФ от 29.09.2010 г. № 771 «О порядке ввоза лекарственных средств для медицинского применения на территорию Российской Федерации», приказом Минздрава России от 2.08.2012 г. № 58н «Об утверждении Административного регламента Министерства здравоохранения Российской Федерации по предоставлению государственной услуги по выдаче разрешений на ввоз на территорию Российской Федерации конкретной партии зарегистрированных и (или) незарегистрированных лекарственных средств, предназначенных для проведения клинических исследований лекарственных препаратов, конкретной партии незарегистрированных лекарственных средств, предназначенных для проведения экспертизы лекарственных средств в целях осуществления государственной регистрации лекарственных препаратов, конкретной партии незарегистрированных лекарственных средств для оказания медицинской помощи по жизненным показаниям конкретного пациента».

В соответствии со статьей 47 Федерального закона от 12.04.2010 г. N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» допускается ввоз в Российскую Федерацию конкретной партии незарегистрированных лекарственных средств, предназначенных для оказания медицинской помощи по жизненным показаниям конкретного пациента на основании разрешения, выданного уполномоченным федеральным органом исполнительной власти [8].

Например, на территории Республики Саха (Якутия) с 2014 г. получают лечение незарегистрированным ЛП «по жизненным показаниям» за счет средств регионального бюджета двое детей с редкими «орфанными» заболеваниями. Обеспечение больных орфанными заболеваниями ЛП, также, как и региональных льготников, осуществляется за счет бюджетов субъектов РФ.

Таким образом, региональные списки ЛП для региональных льготников не могут быть ограничены даже зарегистрированными в РФ лекарственными препаратами.

Региональные перечни ЛП, поскольку ЛП в данных перечнях представлены единым списком для всех групп региональных льготников, должны содержать в себе все ЛП, зарегистрированные на территории РФ, да еще при необходимости, по жизненным показаниям, регион обязан обеспечить пациента не зарегистрированным ЛП.

Вывод: обязательность исполнения Постановления № 890 предполагает отсутствие какого-либо списка ЛП для обеспечения ЛП региональных льготников.

Возникает следующий вопрос: «Достаточно ли у регионов денежных средств для выполнения подобных обязательств?». Конечно же, нет. Если субъекты РФ жестко придерживаются требований Постановления Правительства № 890, то у них нет средств на реализацию всех своих полномочий.

Но есть риски и признания необязательности требований постановления 890.

Если субъекты РФ будут формировать исключительно самостоятельно свои группы региональных льготников и категории заболеваний в условиях дефицитных бюджетов, есть вероятность, что льготные категории граждан в регионах будут сведены к минимуму. Выводы представлены в таблице.

Необходимо обсудить еще одну проблему.

В нормативных правовых актах федерального уровня однозначно сказано, что перечень ЛП для региональных льготников должен содержать ЛП для оказания медицинской помощи «в амбулаторных условиях». Оказание медицинской помощи «в амбулаторных условиях» подразумевает назначение врачом ЛП и принятие ЛП самостоятельно, без непосредственного контроля со стороны врача во время приема ЛП. Врач определяет дозировку ЛП для конкретного пациента, пациент самостоятельно принимает ЛП. Такое применение ЛП возможно для таблетированных препаратов, а также для ЛП, которые могут вводиться в условиях процедурного кабинета поликлиники или самостоятельно пациентом.

<p>Позиция 1. Постановление Правительства № 890 обязательно для исполнения субъектами РФ при реализации полномочий субъекта РФ по обеспечению ЛП при амбулаторном лечении отдельных групп населения и категорий заболеваний</p>	<p>Позиция 2. Субъекты РФ реализуют полномочия субъекта РФ по обеспечению ЛП при амбулаторном лечении отдельных групп населения и категорий заболеваний самостоятельно</p>
<p>Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой дублирует Перечни в Постановлении Правительства РФ № 890</p>	<p>Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой формируется самостоятельно в каждом субъекте РФ</p>
<p>Перечень ЛП должен включать в себя все ЛП, зарегистрированные в РФ (по жизненным показаниям — и не зарегистрированные ЛП)</p>	<p>Перечень ЛП для региональных льготников формируется в субъекте РФ самостоятельно</p>
<p>Регионального перечня ЛП не должно быть</p>	

Приказ Минздрава России от 20.12.2012 г. № 1175н «Об утверждении Порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» пунктом 6 запрещает выписывать медицинским работникам рецепт на ЛП, не зарегистрированные на территории РФ и на ЛП, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению используются только в медицинских организациях.

Таким образом, Перечень ЛП, выписываемых по рецептам врача для региональных льготников, в принципе не может содержать ЛП, которые в соответствии с инструкцией вводятся пациенту только в медицинской организации (при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара или стационара).

Если жестко следовать нормам Приказа № 1175н, необходимо исключить из перечней ЛП для региональных льготников все ЛП, применяемые в соответствии с инструкциями в медицинских организациях. По-сути, данные перечни должны содержать исключительно ЛП в таблетированной форме. В данном случае региональные льготники лишатся значительного количества ЛП, предоставляемых им сегодня в качестве мер социальной поддержки на бесплатной основе.

Таким образом, на сегодняшний день существует серьезная проблема реализации Постановления № 890. Данная проблема является не только финансовой, но и правовой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный Закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_121895/ (дата обращения: 12.12.2015).
2. Федеральный закон от 17.07.1999 № 178 «О государственной социальной помощи». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_23735/ (дата обращения: 12.12.2015).
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 02.12.04 № 296 «Об утверждении Перечня лекарственных средств». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_50623/ (дата обращения: 12.12.2015).
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 9.03.2007 № 159 «О мерах по обеспечению отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=396149;dst=100001/> (дата обращения: 12.12.2015).
5. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи 2016 (утв. Постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382). URL: <http://www.consultant.ru/law/hotdocs/45185.html> (дата обращения: 12.12.2015).
6. Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения». URL: <http://base.consultant.ru/cons/CGI/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=4208> (дата обращения: 12.12.2015).
7. Конституция Российской Федерации (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о рамках Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 12.12.2015).
8. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99350/ (дата обращения: 12.12.2015).

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СФЕРЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В БЮДЖЕТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЕТИ МОСКВЫ

В.В. Мадьянова¹, А.А. Арестова², В.Г. Винокуров, А.М. Алленов

*Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова*

Городская поликлиника № 210 Департамента здравоохранения города Москвы

Рассмотрены и проанализированы исторические аспекты нормативно-правовой базы в сфере организации платных медицинских услуг в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Москвы. Описана современная проблематика при организации платных медицинских услуг. Представлены результаты ССВУ-анализа оказания платных медицинских услуг медицинской организацией.

Ключевые слова: платные медицинские услуги, государственные бюджетные учреждения здравоохранения, нормативно-правовая база, возможности развития, проблемы организации

Современное здравоохранение в Российской Федерации включает в себя элементы трех основных «классических» систем — исторически основываясь на советской системе здравоохранения (система Семашко—Бевеиджа), страховую (система Бисмарка) и частную медицину. Несмотря на то, что подобное сочетание является частым в мировой практике, особенности эволюции нашей системы здравоохранения не позволяют напрямую использовать опыт зарубежных стран [1] в организации платных медицинских услуг. Кроме того, преобразования, произошед-

¹ Мадьянова Виктория Вячеславовна — канд. соц. наук, доцент, профессор зам. директора по проектной и текущей деятельности, профессор Высшей школы управления здравоохранением Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, 109004, Москва, ул. Александр Соколенкина, д. 28; тел.: 8 (910) 460-15-13; e-mail: vvm@hsha.ru.

² Арестова Анна Алексеевна — аспирант Высшей школы управления здравоохранением Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, заведующий отделением платных медицинских услуг ГБУЗ «ГП № 210 ДЗМ», 115211, Москва, Каширское шоссе, д. 57, корп. 1; тел.: 8 (925) 197-73-76; e-mail: anna.arestova@mail.ru.

шие за последние годы в различных сферах здравоохранения, заставляют государственные и частные медицинские организации значительно пересмотреть свои стратегии развития платных медицинских услуг (ПМУ).

Во времена Советского Союза медицинское обслуживание населения осуществлялось бесплатно, что обеспечивало его доступность для всех граждан страны. Здравоохранение полностью финансировалось из государственного бюджета. В настоящее время ситуация изменилась, и бюджетное финансирование здравоохранения становится все более ограниченным, поэтому государственные бюджетные учреждения попали в вынужденное положение и стали оказывать ПМУ, используя их как дополнительный источник финансирования.

Нормативно-правовая база: некоторые исторические аспекты и современность

Значительные изменения в сфере оказания ПМУ начались в начале 90-х годов, когда в 1991 г. был принят «Закон о медицинском страховании граждан в РСФСР» [2], указывающий на новый подход к финансированию медицинских учреж-

дений. Был создан Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования и региональные фонды, за счет средств которых, помимо средств государственного бюджета, стало проводиться финансирование здравоохранения.

Медицинская помощь населению стала предоставляться в виде профилактических мер и медицинской помощи, которые оказывались гражданам России бесплатно в рамках федеральных и территориальных программ государственных гарантий (ПГГ).

В то же время стали развиваться платные медицинские услуги, которые не входили в программы государственных гарантий. В части 2 статьи 41 Конституции РФ указывается значимость наличия платных услуг в секторе здравоохранения: «...в Российской Федерации принимаются меры по развитию не только государственной и муниципальной, но и частной систем здравоохранения» [3]. Законы и Постановления Правительства, принятые в 1991—1993 гг. [4—6], лишь в некоторой степени регламентировали деятельность медицинских учреждений, оказывающих ПМУ населению. Проблемы того периода состояли в том, что не существовало документа, в котором прописывался бы единый порядок, определяющий работу бюджетных медицинских учреждений, оказывающих ПМУ, не были закреплены законодательно правомерность, порядок оказания услуг, правовые отношения между производителями услуг и их потребителями.

90-е годы стали переломным моментом в развитии платных медицинских услуг. В 1996 г. вышло Постановление № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» [7], принятое Правительством РФ 13.01.1996, а также Приказ Минздравмедпрома России от 29.03.1996 № 109 «О Правилах предоставления платных медицинских услуг населению» [8]. В этих документах четко определялись порядок и условия оказания платных медицинских услуг, а также закреплялся порядок установления цен на медицинские услуги. ПМУ стали предоставляться в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, а также протезно-ортопедической и зубопротезной помощи. Бюджетные медицинские учреждения получили возможность предоставлять платные услуги при наличии у них сертификата и лицензии, а также

разрешения, выданного соответствующим органом управления здравоохранением.

Таким образом, правила предоставления ПМУ, утвержденные Постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 [7], стали основным и важнейшим документом в нормативно-правовой базе системы здравоохранения, регулирующей правовые отношения в сфере платных услуг, и действовали в течение длительного времени.

В настоящее время нормативно-правовая база в сфере оказания ПМУ представлена следующими основными документами: Федеральный Закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ, Федеральный Закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Федеральный Закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ, Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 [9, 10, 11, 12].

Одним из основных законов, ознаменовавших изменения рынка платных услуг, стал Федеральный Закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статья 84 данного закона посвящена оказанию ПМУ, где наряду с платными медицинскими услугами впервые определены и немедицинские услуги, которые могут быть представлены дополнительно при оказании медицинской помощи, и ряд положений из других статей.

С 1 января 2013 г. были введены новые Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, которые были утверждены постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006. Данные правила четко разграничивают порядок и условия оказания платных медицинских услуг и медицинских услуг без взимания платы с пациентов в рамках Программы государственных гарантий.

Ценообразование в рамках ПМУ, предоставляемых федеральными бюджетными учреждениями здравоохранения, регламентировано приказом Минздрава России от 29.12.2012 № 1631н «Об утверждении порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации» [13].

Сейчас основные документы, регулирующие условия оказания ПМУ в бюджетных медицинских организациях Москвы — приказ Департамента здравоохранения города Москвы от

14.12.2011 № 1743 «Об утверждении порядка определения платы за оказание государственными учреждениями всех типов департамента здравоохранения города Москвы гражданам и юридическим лицам за плату государственных услуг (выполнение работ), относящихся к их основным видам деятельности, оказываемых сверх установленного государственного задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного задания» [14] и приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 2.10.2013 № 944 «Об утверждении Правил оказания платных услуг гражданам и юридическим лицам государственными учреждениями всех типов департамента здравоохранения города Москвы» [15]. В соответствии с этими документами перечень оказываемых медицинской организацией ПМУ согласовывается с Департаментом здравоохранения города Москвы, а цены медицинские учреждения имеют право устанавливать самостоятельно в соответствии с предложенной методикой [14]. Доходы, полученные от оказания ПМУ автономными и бюджетными лечебными учреждениями, поступают в распоряжение учреждения для самостоятельного распределения и могут быть использованы для приобретения имущества или направлены в фонд заработной платы.

Одним из основных положений, отличающих приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 2.10.2013 № 944, является пункт 9, согласно которому при предоставлении ПМУ не должны ухудшаться доступность, качество и объем медицинских услуг, оказываемых в рамках территориальной ПГГ оказания бесплатной медицинской помощи населению Москвы. На практике это означает возможность организации предоставления ПМУ только специально образованными подразделениями с разнесением по времени платных услуг с приемом, оплачиваемым по программе ОМС.

Важным для оказания ПМУ в Москве стало принятие 18.02.2014 Правительством Москвы Постановления № 59-ПП «О признании утратившим силу Постановления Правительства Москвы от 28.12.1999 № 1228» [16]. Так, до февраля 2014 г. в соответствии с Постановлением Правительства Москвы от 28.12.1999 № 1228 проведение предварительных и периодических медицинских осмотров для бюджетных учреждений (школы, детские сады, специализированные поликлиники и т.д.) по приказу Минздравсоц-

развития России от 12.04.2011 № 302н [17] осуществлялось городскими поликлиниками амбулаторно-поликлинического профиля на безвозмездной основе (бесплатно) с возмещением затрат за счет средств бюджетного финансирования. С 2014 выполнение предварительных и периодических медицинских осмотров стало платным для всех организаций. Таким образом, значительно возросла потребность в предоставлении данных услуг за плату для организаций с бюджетным типом финансирования.

Влияние новейших преобразований в системе оказания первичной медико-санитарной помощи на оказание ПМУ в Москве

За последние несколько лет в системе здравоохранения Москвы произошли значительные изменения, повлиявшие на организацию ПМУ. К ним относятся масштабное изменение нормативно-правовой базы (как на федеральном, так и на уровне субъекта РФ), переоснащение медицинских организаций в рамках Программы модернизации, создание трехуровневой системы оказания первичной медико-санитарной помощи, введение подушевого финансирования, проведение кадровой оптимизации в 2014—2015 гг., закрытие стоматологических отделений на базе городских поликлиник, мероприятия по оптимизации деятельности клиничко-диагностических лабораторий. В результате сложились новые условия для организации ПМУ.

Поставки в поликлиники современного оборудования (компьютерных и магнитно-резонансных томографов, цифровых рентгеновских аппаратов, ультразвуковых аппаратов скринингового и экспертного класса, эндоскопического оборудования, лабораторных анализаторов, комплектов для оборудования различных кабинетов и др.) предоставили государственным учреждениям значительные преимущества по сравнению с частными центрами. С 2011 по 2014 гг. в медицинские организации Москвы поставлено оборудования на сумму порядка 103 млрд руб. При этом высокотехнологичное оборудование стало доступно и для использования при оказании ПМУ. В структуре дохода многих поликлиник Москвы значительную часть стали составлять услуги отделений лучевой диагностики (компьютерная и магнитно-резонансная томографии).

В результате внедрения в 2014 г. подушевого финансирования произошло снижение доходов

городских поликлиник на 30% и более. Таким образом, введение подушевого финансирования (с уровнем тарифов 2014—2015 гг.) создало предпосылки для расширения сферы платных медицинских услуг.

Неоднозначно сказалось на возможности оказания ПМУ проведение кадровой оптимизации в 2014—2015 гг. Существенно увеличился рынок труда. Было освобождено некоторое количество кабинетов, которые можно использовать для оказания ПМУ. При этом значительно выросла загруженность специалиста на приеме. Оказание ПМУ одновременно с оказанием услуг по территориальной ПГГ стало практически невозможным, хотя некоторые авторы [18] отмечают возможность существования двух вариантов организации — с созданием в составе учреждений здравоохранения специализированных подразделений, на базе которых оказываются ПМУ, и вариант без образования специальных подразделений (платная медицинская помощь оказывается штатным персоналом на собственных рабочих местах и в соответствии с занимаемой должностью).

В соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 12.12.2014 № 1051 [19], в 2015 г. происходит централизация выполнения большинства лабораторных исследований, которые ранее выполнялись непосредственно в лабораториях учреждений первичного звена Москвы, что обуславливает необходимость и целесообразность заключения догово-

ров на оказание большего объема лабораторных услуг со сторонними организациями.

Огромное влияние на структуру доходов поликлиник оказало закрытие в 2015 г. стоматологических отделений на базе амбулаторно-поликлинических учреждений общего профиля и централизация соответствующей помощи для населения в стоматологических поликлиниках. С одной стороны, объем средств, получаемых отделениями ПМУ за счет стоматологических услуг, значительно увеличился, а с другой, участились случаи обращений граждан с жалобами на ограничение их прав в получении бесплатной медицинской помощи.

Также очень важным остается морально-нравственный аспект оказания ПМУ в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения — использование зданий, оборудования, персонала, изначально предназначенного для оказания бесплатной медицинской помощи.

Таким образом, ПМУ в поликлиниках Москвы могут являться существенным источником внебюджетного финансирования благодаря:

- относительно невысокой стоимости услуг по сравнению с услугами, предоставляемыми коммерческими медицинскими учреждениями;
- наличием опытного и высококвалифицированного персонала в поликлиниках;
- наличием новейшего, высокоточного оборудования для лечения и диагностики, предоставленного по Программе модернизации.

Приведенная выше информация обобщена, а виде ССВУ-анализа (таблица).

ССВУ-анализ оказания платных медицинских услуг медицинской организацией

<p>Сильные стороны</p> <ul style="list-style-type: none"> — в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения есть сложившаяся инфраструктура оказания ПМСП — здания, снабжение, оборудование, специалисты; — люди привыкли обращаться в поликлиники за медицинской помощью. 	<p>Возможности</p> <ul style="list-style-type: none"> — использовать высококачественное новое оборудование, поставленное по Программе модернизации; — использовать ситуацию с закрытием стоматологических кабинетов в поликлиниках; — оказывать услуги, не доступные по программе госгарантий; — «Кадровая оптимизация» (2014—2015) (сокращения персонала) уменьшила доступность ПМСП для населения, освободила кабинеты и создала условия для развития платных медицинских услуг.
<p>Слабые стороны</p> <ul style="list-style-type: none"> — люди привыкли, что помощь в учреждениях первичного звена — низкого качества; — сложности начального этапа — в поликлиниках нет начальных средств для организации ПМУ => медленное развитие ПМУ; — нормативно-правовая база накладывает ограничения; недостаток свободных площадей для организации обособленных отделений ПМУ; — неоднозначная морально-нравственная сторона вопроса. 	<p>Угрозы</p> <ul style="list-style-type: none"> — изменение в нормативно-правовой базе; недостаточное количество квалифицированного персонала для работы на новом оборудовании; — возможное повышение количества жалоб на ограничение прав граждан в получении бесплатной медицинской помощи; — возможное уменьшение доступности услуг по программе госгарантий.

Таким образом, остается большое количество нерешенных вопросов, препятствующих оказанию платных услуг в государственных бюджетных медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Однако значительные изменения, произошедшие в сфере здравоохранения в Москве в последнее время такие как изменение законодательной базы, поставка новейшего высокотехнологического оборудования по Программе модернизации, некоторое снижение доступности первичной медико-санитарной помощи населению в результате кадровой оптимизации, создали необходимые условия для быстрого роста рынка ПМУ и участия в нем государственных поликлиник.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cox M., Pacala J.T.V., Vercellotti G.M., Shea Health J.A., Health care economics, financing, organization, and delivery // *Fam. Med.* 2004. Vol. 36. P. 20—30.
2. Закон о медицинском страховании граждан в РСФСР. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_1817/, (дата обращения: 26.02.2016)
3. Конституция РФ. URL: <http://constitution.garant.ru/rf/chapter/2/> (дата обращения: 26.02.2016).
4. Закон РФ от 22.07.1993 № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_2413/ (дата обращения: 26.02.2016).
5. Закон РФ от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». URL: <http://base.garant.ru/10164242/> (дата обращения 26.02.2016).
6. Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». URL: http://www.consultant.ru/document/Cons_doc_LAW_305/ (дата обращения: 26.02.2016).
7. Постановление № 27 Правительства РФ от 13.01.1996 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями». URL: <http://base.garant.ru/105880/> (дата обращения: 26.02.2016).
8. Приказ Минздравмедпрома России от 29.03.1996 № 109 «О Правилах предоставления платных медицинских услуг населению». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=317792> (дата обращения: 26.02.2016).
9. Федеральный Закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=law;n=107289> (дата обращения 26.02.2016).
10. Федеральный Закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: <http://base.garant.ru/57746916/#help> (дата обращения: 26.02.2016).
11. Федеральный Закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_113658/ (дата обращения: 26.02.2016).
12. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг». URL: <http://base.garant.ru/70237118/> (дата обращения: 26.02.2016).
13. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 № 1631н «Об утверждении порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации». URL: <http://base.garant.ru/70365858/>, (дата обращения: 26.02.2016).
14. Приказ Департамента здравоохранения Москвы от 14.12.2011 № 1743 «Об утверждении порядка определения платы за оказание государственными учреждениями всех типов департамента здравоохранения города Москвы гражданам и юридическим лицам за плату государственных услуг (выполнение работ), относящихся к их основным видам деятельности, оказываемых сверх установленного государственного задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного задания». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70013890/> (дата обращения: 26.02.2016).
15. Приказ Департамента здравоохранения Москвы от 2.10.2013 № 944 «Об утверждении Правил оказания платных услуг гражданам и юридическим лицам государственными учреждениями всех типов департамента здравоохранения города Москвы». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70387886/> (дата обращения: 26.02.2016).
16. Постановление № 59-ПП Правительства Москвы от 18.02.2014 «О признании утратившим силу постановления Правительства Москвы от 28.12.1999 № 1228». URL: <http://base.garant.ru/70598860/>, (дата обращения: 26.02.2016).
17. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда». URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/12191202/paragraph/1:1> (дата обращения: 26.02.2016).
18. Пущкова С.И. Научное обоснование оказания платных медицинских услуг в условиях стационара крупной многопрофильной больницы: дис. ... канд. мед. наук. 2014.
19. Приказ Департамента здравоохранения Москвы от 12.12.2014 № 1051 «О мероприятиях по оптимизации деятельности клиничко-диагностических лабораторий медицинских организация государственной системы здравоохранения города Москвы, выполняющих лабораторные исследования населению, получающему первичную медико-санитарную помощь». URL: <http://base.garant.ru/70850456/> (дата обращения: 26.02.2016).

ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ СТАНДАРТИЗАЦИИ

АНАЛИЗ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЦЕЛЯХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

З.В. Исакова¹, Р.А. Хальфин²

Министерство здравоохранения Чеченской Республики
Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова

Исследования, посвященные совершенствованию мероприятий по охране материнства и детства, разработке и внедрению новых путей повышения качества медицинской помощи женщинам и детям, не теряют своей актуальности для системы здравоохранения Чеченской Республики и являются чрезвычайно своевременными и важными. Здоровье людей как важнейший элемент человеческого потенциала любого региона формируется посредством деятельности системы здравоохранения, а ряд демографических показателей справедливо может быть отнесен к целевым показателям качества функционирования системы здравоохранения. Именно поэтому в настоящее время наблюдается активизация процессов управления качеством работы системы здравоохранения, а одним из приоритетных направлений стратегии развития Чеченской Республики является как улучшение здоровья населения в целом так и отдельных групп — женщин и детей.

Ключевые слова: демографические показатели, качество медицинской помощи, охрана материнства и детства

Демографические показатели представляют собой статистические показатели, характеризующие состояние населения и его воспроизводст-

¹ Исакова Зарема Вахаевна — заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики, 364051 Чеченская Республика, г. Грозный, ул. Чехова, дом 4; e-mail: is.zara2017@yandex.ru.

² Хальфин Руслан Альбертович — заслуженный врач Российской Федерации, д-р мед. наук, профессор, директор Высшей школы управления здравоохранением Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; 109004, Москва, ул. Александра Солженицына, д. 28; тел.: (499) 762-68-02; e-mail: rah@hsha.ru.

во. К демографическим показателям относятся показатели естественного движения населения — рождаемость, смертность (общую, младенческую, по причинам смерти), среднюю продолжительность предстоящей жизни, а также показатели численности и структуры населения, плотность населения, уровень образования, этническую и семейную структуру. Наибольшую важность для планирования, организации, обеспечения и управления медицинской помощью в целях повышения ее качества представляют показатели естественного движения населения.

С момента начала реализации Национального проекта «Здоровье» (2006) и с 2007 г., когда состоялось назначение Рамзана Кадырова главой Чеченской Республики, в регионе по инициативе руководителя проделан значительный объем работ по восстановлению народного хозяйства в целом и системы здравоохранения в частности: основные усилия были направлены на создание врачебного потенциала первичного звена здравоохранения, а также на оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений диагностическим оборудованием и автотранспортом.

Длительный период дезорганизации работы системы здравоохранения Чеченской Республики являлся прямым следствием боевых действий на территории региона, экологических проблем, возникших как следствие нелегитимного использования инженерных коммуникаций нефтегазового комплекса, не отвечающего элементарным требованиям экологической безопасности, что объясняло, как неблагоприятные последствия экологического влияния на окружающую среду и здоровье населения, так и необходимость восстановления разрушенной инженерной и социальной инфраструктуры Чеченской Республики. Описанные события естественным образом отразились в выборе тематики научных исследований рядом авторов: С.В. Русевой (2004), С.А. Косаревым (2005), И.Х. Байсултановым (2006), С.М.Н. Межидовым (2006), М.С. Хациевой (2006), В.И. Петлах (2008) и др. [1—6].

Вместе с тем, проблемы совершенствования медицинской помощи беременным женщинам и детям также нашли свое отражение в проведенных в тот период диссертационных исследованиях, в частности, М.Б. Сатуевой (2006) [7].

Таким образом, исследования, посвященные совершенствованию мероприятий по охране материнства и детства, разработке и внедрению новых путей повышения качества медицинской помощи названным контингентам, не теряют своей актуальности для системы здравоохранения Чеченской Республики и являются чрезвычайно своевременными и важными.

Цель исследования: научно-методическое обоснование путей повышения качества медицинской помощи женщинам и детям в условиях модернизации системы здравоохранения Чеченской Республики.

В задачи исследования входило проведение анализа социально-демографических показателей в Чеченской Республике в сравнении с аналогичными данными по Российской Федерации за период 2007—2013 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ социально-демографических показателей проводился в соответствии с общепринятым алгоритмом, адаптированным к цели и задачам настоящего исследования:

- 1) рассчитывались показатели удельного веса мужского и женского населения, в том числе женского населения репродуктивного возраста, детского населения в возрасте 0—17 лет, а также населения в возрасте 0—14 лет, 15—49 лет, 50 лет и старше;
- 2) определялся тип структуры населения;
- 3) оценивались показатели по уровню;
- 4) оценивалась динамика демографических показателей (снижение, рост, стабилизация);
- 5) проводилась сравнительная оценка со среднестатистическими данными по российской Федерации за анализируемый период (2007—2013);
- 6) определялись факторы, влияющие на показатели.

Для определения типа структуры населения использовались критерии, приведенные в табл. 1.

Анализ укрупненного распределения населения на три возрастные группы (0—14 лет, 15—49 лет, 50 лет и старше) использовался для оценки общих структурных сдвигов, так как по возрастному составу тип населения республики мог быть отнесен к прогрессивному, регрессивному или стационарному.

Прогрессивный тип населения традиционно характеризуется долей детей в возрасте 0—14 лет, превышающей долю населения в возрасте 50 лет и старше.

Таблица 1

**Критерии типирования
возрастной структуры населения**

Тип структуры	Удельный вес возрастных групп в общей численности населения		
	до 15 лет	15—49 лет	50 лет и старше
Прогрессивный	30	50	20
Стационарный	25	50	25
Регрессивный	20	50	30

Таблица 2

Оценка уровня рождаемости

Общий коэффициент рождаемости	Оценка уровня рождаемости
До 10	Очень низкий
10—14,9	Низкий
15—19,9	Ниже среднего
20—24,9	Средний
25—29,9	Выше среднего
30—39,9	Высокий
40 и более	Очень высокий

Регрессивный тип населения характеризуется долей лиц в возрасте 50 лет и старше, превышающей долю населения от 0—14.

Стационарный тип характеризуется примерно одинаковым соотношением вышеназванных групп населения.

В процессе исследования важными с демографической точки зрения считались показатели численности и доли женщин репродуктивного возраста (15—49 лет). Для определения интенсивности процесса рождения использовались показатели рождаемости. Число рождений на 1000 женщин в возрасте того или иного генеративного периода (15—19, 20—24, 30—34, 35—39, 40—44, 45—49 лет) соответствовало коэффициентам повозрастной рождаемости (плодовитости).

Суммарный коэффициент рождаемости интерпретировался как показатель, отражающий сколько детей, родила бы одна женщина в среднем на протяжении всей своей жизни при условии сохранения в каждом возрасте существующего уровня рождаемости. Суммарный коэффициент рождаемости традиционно вычислялся как сумма возрастных коэффициентов рождаемости, рассчитанных по одногодичным возрастным группам, не зависит от возрастного состава населения и характеризует средний уровень рождаемости в данный календарный период.

Так как практически в процессе рождаемости участвует не все население, а рождения реально происходят у женщин в определенном возрасте, то более точное представление о том, сколько в среднем детей родила бы одна женщина, дают специальные коэффициенты рождаемости (плодовитости). Так, число рождений на 1000 женщин репродуктивного возраста (15—49 лет) соответствует общему показателю рождаемости.

Число рождений до и после возрастного интервала 15—49 лет незначительно, и им можно пренебречь. Однако в сумме с общим показателем рождаемости число рождений до и после возрастного ин-

тервала 15—49 лет создают суммарный показатель рождаемости.

Показатель рождаемости является важнейшим критерием (не только демографическим, но и социально-гигиеническим) оценки жизнеспособности и воспроизводства населения. Для оценки уровня рождаемости использовались оценочные критерии, приведенные в табл. 2.

Все полученные результаты исследования статистически обработаны с использованием компьютерных средств.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ демографической ситуации установил, что в Чеченской Республике в период 2007—2013 гг. наблюдался рост численности населения: с 1 183 745 человек в 2007 г., 1 209 040 в 2008 г., 1 238 452 в 2009 г., 1 268 989 в 2010 г., 1 275 113 в 2011 г., 1 302 165 в 2012 г. до 1 324 767 человек в 2013 г.

В целом по Российской Федерации в тот же период численность населения менялась: убывль показателя отмечалась с 2007 по 2009 гг. (соответственно 142 220 968 чел. в 2007 г., 142 008 838 в 2008 и 141 903 979 человек в 2009 г.), а с 2010 г. наметился рост численности населения (соответственно 142 856 536 чел. в 2010 г., 142 865 433 в 2011 г., 143 056 383 в 2012 г. и 143 347 059 человек в 2013 г.).

За анализируемый период времени численность женщин детородного возраста в Чеченской Республике также варьировалась и составила 365 885 чел. в 2007 г., 362 424 в 2008 г., 368 779 в 2009 г., 338 785 в 2010 г., 336 781 в 2011 г., 334 444 в 2012 г. и 343 195 человек в 2013 г.

При этом показатель рождаемости в Чеченской Республике в 2007 г. в 2,43 раза превышал общероссийский аналог и составил 27,4 против 11,28, в 2008 г. — в 2,47 раза и составил 29,7 против 12,01, в 2009 г. — в 2,39 раза и составил 29,5 против 12,33, в 2010 г. — также в 2,39 раза и составил 29,9 против 12,52, в 2011 г. — в 2,32 раза и составил 29,2 против 12,56, в 2012 г. — в 1,97 раза и составил 26,1 против 13,27, в 2013 г. — в 1,82 раза и составил 24,0 против 13,20 (табл. 3).

Суммарный коэффициент рождаемости в Чеченской Республике в анализируемые периоды также превышал общероссийский показатель: в 2007 г. в 2,25 раза и составил 3,18 против 1,416,

в 2008 г. — в 2,29 раза и составил 3,444 против 1,502, в 2009 г. — в 2,21 раза и составил 3,411 против 1,542, в 2010 г. — в 2,20 раза и составил 3,453 против 1,567, в 2011 г. — в 2,13 раза и составил 3,362 против 1,582, в 2012 г. — в 1,82 раза и составил 3,08 против 1,691, в 2013 г. — в 1,71 раза и составил 2,925 против 1,707.

Таким образом, в 2007—2012 гг. в Чеченской Республике на фоне снижения численности женского населения детородного возраста наблюдалась вариабельность показателя рождаемости: отмечался рост показателя с 27,4 в 2007 г. до 29,9 в 2010 г. с последующим снижением до 26,1

в 2012 г. В 2013 г. на фоне роста численности женского населения 15—49 лет до 343 195 чел. снижение показателя рождаемости продолжилось и достигло 24,0, что требует дополнительно анализа влияния различных факторов на решение иметь детей.

Анализ динамики некоторых показателей наглядности социально-демографической ситуации в Чеченской Республике в 2007—2013 гг. позволил установить, что темп роста численности населения Чеченской Республики опережал темп роста численности населения Российской Федерации [8—10] (табл. 4).

Таблица 3

Динамика некоторых социально-демографических показателей

Показатель	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Численность населения ЧР	1 183 745	1209 040	1 238 452	1 268 989	1 275 113	1 302 165	1 324 767
Численность населения РФ	142 220 968	142 008 838	141 903 979	142 856 536	142 865 433	143 056 383	143 347 059
Численность женщин детородного возраста ЧР	365 885	362 424	368 779	338 785	336 781	334 444	343 195
Показатель рождаемости в ЧР	27,4	29,7	29,5	29,9	29,2	26,1	24,0
Показатель рождаемости в РФ	11,28	12,01	12,33	12,52	12,56	13,27	13,20
Суммарный коэффициент рождаемости в ЧР	3,18	3,444	3,411	3,453	3,362	3,08	2,925
Суммарный коэффициент рождаемости в РФ	1,416	1,502	1,542	1,567	1,582	1,691	1,707

Таблица 4

Динамика некоторых показателей социально-демографической ситуации в Чеченской республике (2007—2013 гг.)

Показатель	Темп роста (убыли), %					
	2007—2008	2008—2009	2009—2010	2010—2011	2011—2012	2012—2013
Численность населения ЧР	102,14 ± 0,09	102,43 ± 0,09	102,47 ± 0,09	100,48 ± 0,09	102,12 ± 0,09	101,74 ± 0,09
Численность населения РФ	99,85 ± 0,01	99,93 ± 0,01	100,67 ± 0,01	100,01 ± 0,01	100,13 ± 0,01	100,20 ± 0,01
Численность женщин детородного возраста	99,05 ± 0,16	101,75 ± 0,17	91,87 ± 0,05	99,41 ± 0,17	100,70 ± 0,17	102,62 ± 0,17
Показатель рождаемости в ЧР	108,39 ± 1,97	99,33 ± 1,82	101,36 ± 1,84	97,66 ± 1,80	89,38 ± 1,74	91,95 ± 1,87
Показатель рождаемости в РФ	106,47 ± 3,06	102,66 ± 2,91	101,54 ± 2,86	100,32 ± 2,82	105,65 ± 2,89	99,47 ± 2,72
Суммарный коэффициент рождаемости в ЧР	108,30 ± 5,81	99,04 ± 5,34	101,23 ± 5,42	97,36 ± 5,28	91,61 ± 5,19	94,97 ± 5,52
Суммарный коэффициент рождаемости в РФ	106,07 ± 8,61	102,66 ± 8,34	101,62 ± 8,08	100,96 ± 7,99	106,89 ± 8,18	100,95 ± 7,69

Однако, темп роста показателя рождаемости в Чеченской Республике опережал темп роста аналогичного показателя в Российской Федерации лишь в 2007—2008 гг., в последующие годы темп роста показателя рождаемости в целом по Российской Федерации оказался выше.

Таким образом, при опережающих темпах роста численности населения в Чеченской Республике в сравнении с общероссийским показателем в 2007—2013 гг. темп роста показателя рождаемости в республике в тот же период отставал от общероссийского аналога, а в 2012—2013 гг. отмечалась убыль показателя на сравнимых территориях, более выраженная в Чеченской Республике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Русева С.В. Организация физиотерапевтической помощи пострадавшим во время вооруженного конфликта в Чеченской Республике (1999—2000 гг.): дис. канд. мед. наук. СПб., 2004. 133 с.
2. Косарев С.А. Состояние здоровья и оценка эффективности медико-социальной реабилитации участников вооруженного конфликта в Чеченской Республике: дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 139 с.
3. Байсултанов И.Х. Организация службы скорой медицинской помощи сельского района в условиях дезорганизации здравоохранения вследствие боевых действий и проведения контртеррористических операций: дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 116 с.
4. Межидов С.М.Н. Оказание медицинской помощи пострадавшим с повреждениями опорно-двигательной системы в условиях пролонгированной чрезвычайной ситуации силами местного здравоохранения: дис. ... д-ра мед. наук. М., 2006. 203 с.
5. Хациева М.С. Медико-социальные проблемы мигрантов на территории России (на примере вынужденных переселенцев из Чеченской Республики): дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 153 с.
6. Петлах В.И. Организация и оказание хирургической помощи в полевом педиатрическом госпитале (на опыте работы в Чеченской республике): дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008. 247 с.
7. Сатуева М.Б. Особенности течения и профилактика гестоза в сельском районе Чеченской Республики: дис. канд. мед. наук. Р. н/Д., 2006. 150 с.
8. Рыбаковский Л.Л. Половозрастная структура населения и ее показатели // Демография для практических работников. URL: <http://rybakovsky.ru/uch1/7.html> / (дата обращения: 28.03.2016).
9. Аксенова Н.А. Анализ изменения возрастных показателей рождаемости и смертности в России // Молодой ученый. 2015. № 23. С. 839—845.
10. Куркин М.А., Чумакова Е.Ю. Анализ показателей качества медицинской помощи в регионе // Молодой ученый. 2015. № 10. С. 708—712.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА БАЗЕ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

В.Г. Полушкин¹, Р.А. Хальфин²

*Городская клиническая больница № 17 Департамента здравоохранения города Москвы
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова*

Представлены правовые и организационные основы ведения научно-исследовательской работы в городских больницах. Предложена классификация научной деятельности учреждений здравоохранения с позиций управленческого учета. Описана методика организации поддержки научной деятельности в городских стационарах.

Ключевые слова: научно-исследовательская деятельность, клинические исследования, испытания лекарственных препаратов, управленческий учет

Исследовательская работа не является приоритетным направлением деятельности городских больниц в Российской Федерации. Вместе с тем, ряд причин в настоящий момент побуждают руководство бюджетных учреждений здравоохранения к развитию научной сферы. К их числу относятся:

— финансирование исследовательских проектов со стороны разработчиков лекарственных средств и медицинских изделий;

— продвижение больницы как клинического центра с сильной научной составляющей — способ привлечения платных больных и расширения сотрудничества с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

¹ Полушкин Виталий Глебович — начальник научно-исследовательского отдела ГКБ № 17; 119620, Москва, ул. Вольнская, д. 7; тел.: 8 (916) 590-40-96; e-mail: polushkin@hsha.ru.

² Хальфин Руслан Альбертович — заслуженный врач Российской Федерации, д-р мед. наук, профессор, директор Высшей школы управления здравоохранением Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; 109004, Москва, ул. Александра Солженицына, д. 28; тел.: (499) 762-68-02; e-mail: rah@hsha.ru.

— возможность клинической апробации новых препаратов, медицинских средств и приборов в лечении больных;

— привлечение кафедральных сотрудников к работе в клинике.

Перечисленные задачи отличаются разнообразием форм и методов реализации, нуждаются в привлечении собственно научного, административного, финансового и кадрового ресурса, а также требуют активного внешнего взаимодействия с коммерческими и некоммерческими структурами.

Вместе с тем, механизмы научной деятельности учреждений здравоохранения зачастую не рассматриваются ни в специализированной литературе для организаторов здравоохранения, ни в циклах подготовки научных сотрудников. Организационно-правовая база для них также отсутствует. В данной статье на основании опыта организации отдела научных исследований сформулированы подходы организации научной деятельности в городских бюджетных учреждениях и даны рекомендации по их упорядоченному функционированию.

**Формы научной деятельности
в городской клинической больнице**

Хотя научные исследования часто воспринимаются руководителями здравоохранения как некоторое единое пространство деятельности, с точки зрения управления клинической деятельностью имеются существенные различия между типами исследований. Для удобства управленческого учета предлагаем классификацию, основанную на типе научной активности (исследовательская, изобретательская, организация мероприятий) и возможности получения больницей прямой выгоды от исследования либо же несения ей затрат на организацию исследований (таблица).

Данные выше представленной таблицы показали, что все виды научной деятельности в больнице, являющиеся для нее прибыльными, требуют правовой проработки. При этом практика показывает малую осведомленность административных сотрудников о том, какие конкретно действия приводят к ожидаемому результату, что диктует необходимость изложить правовой аспект данного вопроса.

*Клинические испытания
лекарственных средств*

Испытания лекарственных препаратов в форме клинических исследований являются наиболее регулируемой формой научной деятельности в Российской Федерации, и, вместе с тем, наиболее прибыльной для лечебно-профилактических учреждений.

С юридической точки зрения, проводимые клинические исследования регулируют три ос-

новных нормативно-правовых акта: приказ Минздрав России от 9 января 2014 г. № 2н [1]; Постановление Правительства РФ от 27 декабря 2012 № 1416 (ред. от 17.07.2014) [2]; приказ Минздрава России от 16 мая 2013 г. № 300н [3].

Основное содержание этих документов касается самого характера проводимых испытаний лекарственных препаратов и медицинских изделий и порядка оформления сопроводительной документации исследований, что является компетенцией исследователей, а не их клинической базы. Однако существует ряд четких требований к самому месту проведения исследования. Пункт «в» статьи 38 приказа Минздрава России № 2н от 9 января 2014 г. указывает, что разрешение на проведение клинических испытаний выдается Росздравнадзором. Уточняет данное требование статья 27 Постановления Правительства РФ № 1416б от 27 декабря 2012 г., в которой четко оговаривается необходимость проведения клинических исследований препаратов в организациях согласно перечню, формируемому регистрирующим органом на официальном сайте в сети «Интернет». В приказе Минздрава России № 300н от 16 мая 2013 г. перечисляются конкретные требования к осуществляющим клинические исследования медицинским организациям:

- наличие лицензии на осуществление медицинской деятельности в соответствии с ожидаемым перечнем исследуемых препаратов и изделий;
- наличие в уставе сведений об осуществлении научной деятельности и о проведении клинических испытаний;

**Классификация научной деятельности учреждения здравоохранения
с позиций управленческого учета**

Научная деятельность	Финансово производительные	Финансово нейтральные	Финансово затратные
Научные исследования	Клинические испытания лекарственных средств	Апробация новых препаратов и средств	Проведение экспериментальных исследований за счет средств больницы
Научные разработки	Создание интеллектуальной собственности во владении больницы	Создание интеллектуальной собственности во владении сотрудника-изобретателя	Создание интеллектуальной собственности на базе ЛПУ во владении третьих лиц
Научные мероприятия	Проведение спонсируемых научных мероприятий		Самостоятельная организация конференций

- наличие отделения или палаты интенсивной терапии;
- обеспечение информационной безопасности исследований.

Также существует обширный список копий документов (уставная документация, штатное расписание, санитарно-эпидемические заключения), которые должны быть приложены к заявлению. В тексте приказа дан образец заявления и порядок его подачи лично, по почте или в форме электронного документа с электронной подписью.

После того, как документы поданы, в 20-дневный срок Росздравнадзор принимает решение о возможности включения больницы в список медицинских организаций, проводящих испытания лекарственных препаратов, направляет соответствующее оповещение в больницу и обновляет список на официальном сайте. С этого момента больница может стать базой для проведения клинических исследований лекарственных препаратов.

Сам процесс формирования протокола исследования, его юридической регистрации, создание и ведение медицинской документации по исследованию, решение вопросов, связанных с защитой персональных данных по действующему российскому законодательству, а также мониторинг клинического исследования требует значительного привлечения человеческого ресурса и использования специфических компетенций. По этой причине указанные функции в большинстве случаев передаются специализированной компании, осуществляющей комплексную организацию медицинского исследования. Со стороны медицинской организации необходимо провести комплексную оценку предлагаемого договора на предмет соответствия уставным документам больницы и достаточности выплат по исследовательскому проекту.

Фактический доход за проведение исследований может складываться из двух источников: оплаты за оказание медицинской помощи и оплаты за проведение исследования как такового. При этом существует особенность, связанная с исследовательской деятельностью: вне зависимости от канала оплаты первичного обращения (ОМС, ДМС или прямая оплата за оказанные медицинские услуги) последующие посещения больным стационара с целью наблюдения или взятия ана-

лизов не должны оплачиваться за счет больного. Компенсация затрат на данные посещения должна проводиться в соответствии с договором о проведении исследования, хотя зачастую, если такая возможность присутствует, посещения квалифицируются как оплачиваемые госпитализации в системе ОМС.

Также следует отметить, что до недавнего времени в структуре заказчиков исследования большинство составляли иностранные фармацевтические структуры. Так, по данным реестра Росздравнадзора в 2013 г. на 526 зарегистрированных исследований пришлось 124 (23,6%) отечественных. Однако, 1 октября 2015 г. вышло Постановление Правительства РФ № 1045 [4].

Оно предполагает предоставление значительных субсидий российским фармацевтическим и биомедицинским производителям на проведение клинических испытаний препаратов по восьми приоритетным направлениям научных исследований, включающим в себя кардиологию, поиск онкомаркеров, лечение сахарного диабета типа 2 и сердечно-сосудистые средства. Как ожидается, данное постановление повысит интенсивность клинических испытаний в Российской Федерации.

Создание интеллектуальной собственности во владении больницы

Порядок определения владельца интеллектуальной собственности регулируется индивидуальным трудовым договором сотрудника. При этом бюджетные учреждения здравоохранения зачастую оказываются в невыгодном положении по отношению к федеральным исследовательским институтам, которые являются в большинстве случаев основным местом работы для научных сотрудников и, следовательно, могут включать в трудовой договор положения о передаче результатов научной работы в собственность учреждения. В свою очередь, городская клиническая больница часто привлекает научных работников — сотрудников исследовательских лабораторий и кафедр — в качестве внешних совместителей, в то время как их трудовые договоры по основному месту работы уже предполагают передачу результатов научной работы в собственность работодателя — высшего учебного заведения или научно-исследовательского института.

Ожидать же от сотрудников больницы на полной врачебной ставке систематического создания интеллектуальной собственности не приходится. Наиболее вероятными кандидатами на создание таких разработок являются сотрудники диагностических подразделений, которые имеют меньшую загрузку на работе, больше объема наблюдений и свободного времени для ведения исследований.

Проведение спонсируемых научных мероприятий

Спонсируемые научные мероприятия — конференции, семинары, мастер-классы и т.д. — являются самыми простыми в правовом отношении формами получения прибыли в городской клинической больнице. Для их проведения требуется лишь заключение договора на проведение соответствующего мероприятия со спонсором, в роли которого в часто выступают коммерческие структуры. При этом наиболее ценными в условиях работы системы непрерывного образования являются мероприятия, проводимые под эгидой профессиональных медицинских обществ, так как они позволяют участникам (в том числе — сотрудникам больницы, которые могут посетить мероприятие без отрыва от лечебного процесса) набирать образовательные баллы для прохождения сертификации. Дополнительно к финансовым выгодам, предоставление больницы как площадки для образовательных семинаров может способствовать направлению больных на лечение в это ЛПУ, особенно когда существующее предложение по лечению носит уникальный или ограниченный характер.

Вместе с тем, проведение научных мероприятий требует привлечения значительных площадей. Минимально необходимы три зоны: для регистрации участников, для проведения докладов и для проведения перерывов конференции. При этом крайне желательно, чтобы все три зоны были изолированы от основных пациентопотоков больницы. Легко заметить, что данные требования практически невыполнимы в ЛПУ типовой застройки, в которых помещения и без того крайне ограничены. Таким образом, даже при наличии кадровых возможностей по организации научных мероприятий, практическая реализация данных положений затруднена.

Неприбыльная и финансово затратная научная деятельность

Большинство научно-исследовательских проектов и разработок в городских клинических больницах являются непроизводительными с финансовой точки зрения. В основном эта деятельность или состоит в оценке производимых в рамках текущей деятельности больницы лечебно-профилактических мероприятий с клинической точки зрения или происходит при апробации новых материально-технических средств.

Хотя указанная деятельность чаще всего не приносит прямых доходов, ее косвенные дивиденды могут быть весьма значительными. К их числу относятся:

- привлечение кафедральных сотрудников к деятельности больницы (потенциальные исполнители коммерческих клинических исследований);
- внедрение в клиническую практику более эффективных и менее затратных методов лечения и тактических алгоритмов;
- повышение числа сотрудников больницы с научными степенями, что в известном смысле является рекламой для учреждения;
- наработка уникальных способов лечения, создающих больнице конкурентное преимущество на рынке платных медицинских услуг.

Таким образом, хотя порой прямая выгода от научной деятельности и отсутствует, она является компонентом многих маркетинговых стратегий в сегменте платных медицинских услуг и средством совершенствования методов оказания медицинской помощи по ОМС.

Общая стратегия действий по стимулированию научной активности в городской клинической больнице

Таким образом, задачи по стимулированию продуктивной и прибыльной научной деятельности в больнице носят разнородный характер и требуют постановки большого числа задач различным структурным подразделениям, как административным, так и клиническим. Кроме того, проведение исследований в городских больницах было и остается добровольной активностью вне основной работы. Однако практический опыт показывает, что возможна реализация комплексной программы поддержки научной активнос-

ти в формате деятельности одного профильного отдела.

Предлагаемая нами стратегия основывается на трех базисных целях, перекрестно охватывающих большую часть спектра задач научной работы в городской больнице:

1. Единая база научно-исследовательской активности

Научная работа в многопрофильных городских больницах часто носит несистематизированный характер. Ретроспективный характер многих исследований и сопутствующее ему отсутствие отдельных форм согласия пациента на участие в исследовании приводят к тому, что один и тот же пациент в одну и ту же госпитализацию становится участником двух исследований в двух отделениях одновременно. Кроме того, в значительном числе случаев больным проводятся различного рода послеоперационные консультации, заборы крови «по договоренности» и иные виды деятельности, вовлекающие мощности больницы, но не имеющие под собой ни легального основания, ни плана-графика. Отчет о проделанной на базе больницы научной работе также представляет немалую трудность, так как многие работы проводятся врачами практически «индивидуально» с привлечением тех пациентов, которых находятся в их непосредственном ведении.

С целью облегчить сбор и анализ сведений о проводимой научной работе, а также для оптимизации административных мер и загрузки отделений, связанной с амбулаторными посещениями больных и нестандартными процедурами и манипуляциями, целесообразно ведение базы данных текущих научных исследований. Минимальной информацией, заносимой в базу, должны быть сведения об исследователе, базовом отделении исследователя, типе исследования (проспективное или ретроспективное, наблюдательное, рандомизированное и т.д.), группе больных с критериями включения и объемом выборки, предполагаемых сроках исследования и о необходимости амбулаторных визитов больных. Безусловно, указанная база касается, в первую очередь, не коммерческих испытаний лекарственных препаратов, документация по которым подчиняется строгой отчетности, а «добровольных» научных исследований, составляющих большую часть научной активности отделений.

2. Централизованные меры поддержки научной работы

Поскольку основным двигателем научной деятельности сотрудников является энтузиазм, крайне важно обеспечить им поддержку со стороны администрации в вопросах проведения клинических исследований. При этом необходимо учитывать избирательную эффективность этих мер. Так, незначительные финансовые бонусы за написание статей могут стать отличной мотивацией для начинающих сотрудников, но на научной производительности врачей старшего поколения они почти не сказываются. В целях выявления наиболее интересных для самих потенциальных ученых форм стимулирования, рекомендуется проведение опроса. Предлагаемый нами опросник должен содержать следующие обязательные пункты:

- сведения о специальности и стаже в ней;
- сведения о том, каков нынешний научный статус респондента;
- сведения о желании сотрудника вести научную работу;
- сведения о том, что мешает респонденту публиковаться и получать научную степень;
- сведения о том, какие меры администрации могли бы мотивировать сотрудника на проведение научной деятельности.

В результате подобного опроса формируются основные фокусные группы. Лиц, не мотивированных на проведение научной работы, а также лиц, предъявляющих заведомо невыполнимые требования, следует сразу исключить из анализа.

На втором этапе рекомендуется исследовать предложения сотрудников с точки зрения возможностей администрации. Наиболее распространенные пожелания включают в себя просьбы о финансовой поддержке исследований, о премиях за научную работу о возможности получать отгул на ограниченное число дней в период подготовки к защите ученой степени.

При наличии эффективного контракта показатели научной деятельности также должны быть включены в систему оценки результативности работника.

Необходимо отметить, что многие формы научной деятельности создают не только индивидуальную, но и коллективную нагрузку на сотрудников, как минимум в рамках отделения. Поэтому в случаях, когда распределение премий

проводится на основании балльной оценки работы отделения, следует давать баллы и за научную деятельность.

3. Дополнительная научная подготовка сотрудников

В рамках подготовки врачей в ВУЗе и в ходе постдипломной подготовки обучение основным вопросам организации, проведения и анализа результатов научных исследований не проводится. По нашему мнению, в программу подготовки сотрудников необходимо включить следующие вопросы:

- поиск научной информации в сети Интернет;
- формулировка целей и задач исследования;
- построение дизайна исследования;
- создание и использование основных баз данных;
- анализ результатов клинических исследований;
- правила написания и оформления статей.

Подобный «набор» позволяет сотруднику самостоятельно подготовить материал по исследованию, сформулировать его дизайн, провести его и опубликовать результаты. Безусловно, знание указанных вопросов облегчает и взаимодействие между сотрудниками в ходе проведения клинических исследований. Однако надо помнить, что при проведении коммерческих клинических испытаний их участники часто проходят многоступенчатую систему стандартизации, включающую в себя многие из перечисленных вопросов.

ВЫВОДЫ

1. Выполнение научно-исследовательской работы — возможный источник прямых и косвенных доходов городской клинической больницы.

2. Наиболее значимой, с коммерческой точки зрения, формой научной работы является проведение испытаний лекарственных препаратов в форме клинических испытаний.

3. Для полноценного проведения научной работы необходимо:

- пройти регистрацию в качестве медицинской организации, осуществляющей клинические исследования, в Росздравнадзоре;
- внести в Устав учреждения сведения о проведении научной, образовательной и исследовательской деятельности, а также предусмотреть

широкий спектр возможных источников и форм поступления финансовых средств.

4. В трудовые договоры сотрудников, для которых больница является основным местом работы, рекомендуется вносить положение о передаче прав на интеллектуальную собственность больнице.

5. Меры поддержки научной деятельности в городских больницах целесообразно осуществлять и на уровне эффективного контракта, и при распределении премий на уровне клинических и параклинических подразделений.

6. Перечень конкретных мероприятий, которые могут способствовать увеличению научной активности сотрудников, целесообразно формировать после проведения опросов целевого контингента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 января 2014 г. № 2н «Об утверждении Порядка проведения оценки соответствия медицинских изделий в форме технических испытаний, токсикологических исследований, клинических испытаний в целях государственной регистрации медицинских изделий» URL: <http://www.respectrb.ru/node/7176> (дата обращения: 05.03.2016).
2. Постановление Правительства РФ от 27 декабря 2012 г. № 1416 (ред. от 17.07.2014) «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий» (в ред. Постановления правительства № 930 от 17 октября 2013 г.) URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_140066/ (дата обращения: 05.03.2016).
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 мая 2013 г. № 300н «Об утверждении требований к медицинским организациям, проводящим клинические испытания медицинских изделий, и порядка установления соответствия медицинских организаций этим требованиям». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70485522/> (дата обращения: 05.03.2016).
4. Постановление Правительства Российской Федерации № 1045 «Об утверждении Правил предоставления субсидий из федерального бюджета российским организациям на возмещение части затрат на реализацию проектов по организации и проведению клинических исследований лекарственных препаратов в рамках подпрограммы «Развитие производства лекарственных средств» государственной программы Российской Федерации «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013—2020 гг.». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_186903/ (дата обращения: 05.03.2016).

НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РИСК-МЕНЕДЖМЕНТА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ СКОРИНГОВЫХ МОДЕЛЕЙ НА ПРИМЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПОЧЕК

К.С. Мильчаков¹

*Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова*

Общепопуляционные проблемы старения и, в частности, прогрессирования хронических болезней почек сами по себе затрагивают миллионы пациентов в нашей стране, что ухудшает качество жизни таких пациентов, увеличивает смертность, создает серьезную нагрузку на систему социального обеспечения. Таким образом, существует большая проблема менеджмента нефрологических пациентов с хроническими заболеваниями как на популяционном, так и на индивидуальном уровнях в связи с частой неэффективностью терапевтических схем, необходимостью подразделения пациентов на субгруппы и т.д. Все это создает запрос на организацию систем централизованных баз данных и как следствие на удобные механизмы интерпретации результатов их анализа, понятные для широкого круга медицинских специалистов. Одним из таких интерфейсов могут стать скоринговые-карты — удобные балльные системы оценки рисков, способные решать целый спектр клинических и управленческих задач.

Ключевые слова: хронические болезни почек, скоринговые системы

С развитием информационных технологий в последние годы открываются перспективы для создания новых отраслевых решений в различных сферах медицины. Помимо использования инструментов, основанных на эмпирических данных, становится возможным применение методов математического моделирования, статистики и анализа данных для создания новых инструментов оценки рисков. Кроме того, с 2008 г.

¹ Мильчаков Кирилл Сергеевич — ассистент Высшей школы управления здравоохранением ИПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; 109004, Москва, ул. Александра Солженицына, д. 28; тел. +7 (499) 763-68-26; e-mail: Mks13.09@ya.ru.

активно развивается концепция «Big Data», позволяющая накапливать, оптимально хранить и обрабатывать очень большие объемы данных [1].

Практическое приложение научных изысканий при работе с базами данных в системе здравоохранения может кардинально изменить подходы ведения пациентов с позиций персонализированной медицины и рационализации предоставления медицинских услуг (доставка услуги в правильном объеме и по экономически оправданной цене). Таким образом, в перспективе можно говорить о создании медицинской цифровой среды, где накопление исчерпывающих данных о пациентах будет служить инструментом

для принятия индивидуальных клинических решений, а также помогать решать проблемы здравоохранения на уровне медицинских организаций и популяции в целом [2].

Для создания таких систем требуется мультидисциплинарный подход и кооперация врачей-экспертов и специалистов в области математического анализа. Однако для внедрения таких систем необходимы удобные в использовании, понятные врачу интерфейсы: именно на данном этапе часто отвергаются результаты разработок большинства математических моделей. В такой ситуации перспективными и удобными могут оказаться интерфейсы скоринговых карт (*scoring cards*), используемые, к примеру, для расчета финансовых рисков в банковской практике [3—6]. В таких системах каждому фактору риска (предиктору) наступления какого-либо события или его интервалу соответствует некоторое количество баллов, а заключительное решение по проблеме принимается по сумме баллов. Представление систем оценки в таком виде не требует от конечного пользователя специальных знаний в области статистики и анализа данных, поэтому может быть широко использовано рядовыми медицинскими специалистами.

Современный статус прогностических систем в медицине

Представляется перспективным использование методов статистики и добычи данных (*data mining*) для создания систем управления рисками и повышения эффективности оказания медицинской помощи и функционирования медицинских объектов. Традиционно прогностические системы в комбинации с экспертным подходом используются в диагностике заболеваний, при создании протоколов лечения многих нозологий, прогнозировании вероятности наступления тех или иных исходов. Однако на протяжении долгого времени использование математических методов для управления клиническим процессом приводило лишь к частным результатам в контексте определенных нозологий [7]. В практике отсутствовали многомерные системы для оценки множества показателей одновременно, созданные с использованием больших объемов информации и, соответственно, обладающие высокой степенью точности.

Многочисленные скоринговые системы уже широко используются в системе здравоохранения для оценки тяжести заболеваний [8, 9], оценки наступления какого-либо события [10, 11], дифференциальной диагностики заболеваний [12, 13] или выявления факторов риска [14, 15]. На основании интерпретации выходных данных таких систем медицинский специалист может принять то или иное клиническое решение, которое будет оптимальным.

Точность скоринговых систем, независимо от метода их создания, в большой степени зависит от объема исходной выборки, на которой создавалась модель. Чем больше объем выборки, тем потенциально больше там находится информации о связях между различными показателями и тем выше точность коэффициентов модели (например, коэффициентов регрессионных уравнений или связей между слоями нейронных сетей). Большинство существующих систем создано на основе относительно небольших выборок данных, количество записей в них измеряется сотнями и тысячами. Для оценки конкретной нозологии в небольшой популяции, например, на базе одного отделения или ЛПУ, точность таких моделей достаточна. Но для создания крупных многомерных систем и/или для оценки данных, значительно превышающих по объему выше названные (например, для оценки распространенности заболевания в масштабах страны), требуется гораздо большая точность коэффициентов и, соответственно, большие объемы исходных выборок.

Сам факт накопления медицинских баз данных у различных ЛПУ логически подводит к необходимости их комплексного использования: в данном случае речь идет не только о примитивных отчетах структуры заболеваемости в половозрастных срезах, а о поиске глубинных взаимосвязей, которые могут дать возможность для создания экономически целесообразных систем здравоохранения с высокой эффективностью [16]. Объем уже существующих медицинских баз данных, а также тот факт, что они постоянно прирастают новыми данными, позволяет использовать в данном случае концепцию «*Big Data*» [1].

По данным агентства *McKinsey*, накопление больших объемов данных должно сочетаться с пятью принципами: правильная жизнь, правильные медицинская помощь, медицинский персо-

нал и объем оказания помощи, правильные инновации [17].

Под правильной жизнью подразумевается всестороннее информирование пациента о факторах риска, необходимых изменениях в образе жизни пациента, активное вовлечение потребителя медицинских услуг в мониторинг собственного здоровья. Правильная медицинская помощь включает в себя использование только тех манипуляций и терапевтических схем, которые прошли оценку с позиций доказательной медицины. Парадигма правильного медицинского персонала предполагает рациональное использование медицинских кадров на каждом из этапов системы обслуживания пациента в системе здравоохранения. Правильный объем оказания медицинской помощи должен включать в себя подход, подразумевающий использование лекарственных средств для ведения больного только в необходимой для него дозировке. При этом используется анализ индивидуальной восприимчивости пациента к веществам на основании не только общепопуляционных данных, но и субрегистров по определенным генетическим полиморфизмам пациентов. Правильные инновации должны заключаться в анализе слабых мест существующей системы и модификации имеющихся механизмов, а также в поиске новых знаний [17].

Место шкал в современной нефрологии

Как было изложено выше, скоринговые системы используются во многих областях медицины, в том числе и в нефрологии. Основной проблемой здесь, как и в других областях медицины, является оценка тяжести состояния больных — с острой (ОПН) [18—20] или хронической почечной недостаточностью (ХПН) [15, 21]. Важными проблемами также являются поиск предикторов и прогнозирование летальности больных с острыми повреждениями почек [22, 23], прогнозирование вероятности развития хронических болезней почек [24, 25], прогнозирование потребности в диализе [26, 27] оценка влияния донорских показателей на летальность больных с трансплантированными почками [28], попытки метаболического прогнозирования [29] оценка влияния показателей догоспитального этапа оказания помощи на функцию почек у пострадавших от травм [30], проблемы конкретных нозологий, на-

пример, волчаночного нефрита [31], IgA-нефропатии [32] и т.д.

Часто для оценки тяжести состояния нефрологических пациентов используются общие неспециализированные шкалы — APACHE [33], SAPS [34], MPM [35], SOFA [36]. В ряде исследований эти системы показывают хорошую разрешающую способность при оценке именно нефрологических пациентов. Так, например, MPM24 II при оценке исхода у больных с ОПН показал лучшую разрешающую способность по сравнению с APACHE II и SAPS 2, площадь под ROC-кривой составила 0,85 [37]. В исследовании *Costa e Silva* и соавт. [38] доказана высокая разрешающая способность шкалы SAPS 3 при оценке тяжести состояния больных с острыми повреждениями почек, площадь под ROC-кривой составила 0,80. Тем не менее, общие шкалы не могут давать полноценную оценку таких пациентов, так как они разрабатывались на наборах данных с различными, не только нефрологическими, патологиями и не являются специфичными.

С 80-х годов 20 века предпринимаются попытки создать специфичные нефрологические шкалы [20, 39, 40]. Например, шкала Mehta и соавт. (Mehta et al. 2002) была представлена в 2002 г. для прогнозирования вероятности летального исхода при ОПН. Анализировались данные 605 пациентов с ОПН, в качестве метода анализа использовалась логит-регрессия. Показателями-предикторами были возраст в годах, концентрации азота мочевины и креатинина в крови, частота сердечных сокращений, объем выделяемой мочи в качестве количественных показателей, а также мужской пол, наличие гематологических нарушений, печеночной и дыхательной недостаточностей в виде качественных бинарных показателей. В оригинальном исследовании площадь под ROC-кривой составила 0,832, однако при последующих валидациях, в том числе в многонациональном мультицентровом исследовании [41] была показана недостаточная разрешающая способность этой шкалы с площадью под кривой 0,670.

Шкала SHARF (*Stuivenberg Hospital Acute Renal Failure*) I была создана в 2000 г. для прогнозирования госпитальной летальности при ОПН. В этом случае выполнялось две оценки — первая на момент постановки диагноза ОПН,

вторая — через 48 ч от момента постановки диагноза. В 2004 те же авторы представили модифицированную версию шкалы — SHARF II. Показателями модифицированной версии шкалы являлись возраст в десятилетиях, концентрация альбумина в крови и протромбиновое время как категориальные признаки, использование респираторной поддержки, наличие сердечной недостаточности, гипотензии и сепсиса как бинарные признаки и концентрация билирубина в крови как количественный признак. Модифицированная шкала показала лучшие результаты — площади под ROC-кривыми для начальной оценки и оценки через 48 ч составили 0,82 и 0,83 соответственно. Тем не менее, авторы рекомендовали использовать модифицированную версию для сравнения групп пациентов или разных клиник, а не для индивидуальных прогнозов для пациентов.

Авторы руководства «*Critical Care Nephrology*», проанализировали ряд общих и специфичных нефрологических шкал и сформулировали главные проблемы их применения при оценке тяжести нефрологических пациентов [42]. Общие шкалы оценки тяжести — APACHE II, APACHE III, SAPS 2, SAPS 3, MPM — по результатам многих независимых оценок показали хорошую разрешающую способность с площадями под ROC-кривой более 0,8, однако они плохо калиброваны и обычно рекомендуется рекалибровать их под использование в конкретной стране или даже клинике. Специфичные нефрологические шкалы — Mehta'sscore, SHARF II — имеют либо хорошую калибровку, либо хорошую разрешающую способность. Многочисленные независимые оценки этих шкал показывают, что площади под ROC-кривой обычно меньше 0,7, а значит их разрешающая способность недостаточна для клинического применения.

Одной из главных причин такого различия между шкалами авторы считают сильную разницу в размерах выборок, использованных при создании общих и специфичных шкал. Общие шкалы создавались на базах данных, содержащих наблюдения более 5000 пациентов, тогда как специфичные почечные шкалы использовали базы с менее, чем 700 пациентов.

Для создания точных специфичных нефрологических систем оценки авторы рекомендуют использовать большие выборки, собранные на базе

нескольких клиник или стран. Также они указывают ряд показателей-предикторов, которые, по их мнению, должны присутствовать в каждой такой системе: возраст, факт использования респираторной поддержки, наличие олигурии, сепсиса или септического шока, высокий уровень билирубина и факт развития ОПН во время нахождения пациента в ОРИТ [42].

В нашей стране с повсеместным развитием прикладных статистических пакетов также предпринимались попытки прогнозирования нефрологических патологий. Наиболее заметны работы Е.В. Горшковой, Е.В. Тетюшкиной и Н.В. Короткой — все они сосредоточены на хронических болезнях почек, а последним автором предпринята попытка построения экспертной системы для поддержки принятия клинических решений [43].

Стоит отметить, что существует тенденция объединения данных с нескольких шкал (мультишкалы) для более полного информированного принятия клинических решений при объединении данных о генетике, клеточных, тканевых процессов и, наконец, клинических данных [44].

Государства сталкиваются с проблемами старения населения, увеличением болезненности популяций неинфекционными заболеваниями которые создают дополнительную нагрузку на здравоохранение и требуют системных средств для оптимизации принятия клинических решений как на индивидуальном, так и популяционном уровне. Такими системными решениями могут стать алгоритмы, основанные на комплексном использовании электронных баз данных вместе с экспертной оценкой. Мы рассмотрели созданные комплексы решающих правил на примере клинической нефрологии. Богатство существующих алгоритмов доказывает их эффективность и потребность самих клиницистов в использовании шкал для оптимизации решений.

Однако оптимизация действий на индивидуальном уровне — лишь первая ступень в цепи управления качеством медицинской помощи. Также мы предлагаем использовать скоринговые системы для оптимизации общественного здоровья, как возможного подхода к риск-менеджменту в условиях медицинской организации. Система скоринга активно используется в финансовой отрасли, но ранее не применялась для управления показателями общественного здоровья на

уровне организованных сообществ, что создает потенциальный интерес к данной теме у организаторов здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

- Lynch C. Editorial. Community cleverness required. [Электронный ресурс] / С. Lynch. Электрон. текст. дан. 2008. Режим доступа: <http://www.nature.com/nature/journal/v455/n7209/full/455001a.html>
- Costa F.F. Big data in biomedicine / F.F. Costa // *Drug Discov. Today*. 2014. № 19 (4). С. 443—440.
- Киблицкий С.А. Скоринг-методика оптимизации банковской деятельности при кредитовании физических лиц: дис. ... канд. экон. наук. Москва, 2011. 124 с.
- Погорлецкая Ю.И. Кредитный скоринг в системе банковского риск-менеджмента: дис. ... канд. экон. наук. СПб., 2009. 161 с.
- Уланов С.В. Скоринговые модели и средства управления рисками для поддержки принятия кредитных решений: дис. ... канд. экон. наук. Ижевск, 2007. 152 с.
- A. Donabedian. Evaluating the Quality of Medical Care. / Donabedian A. // *Milbank Q.* 2005. № 83 (4). С. 691—729.
- Гельфанд И.М., Розенфельд Б.И., Шифрин М.А. Очерки по совместной работе математиков и врачей. М.: Наука, 1989. 272 с.
- Lins R.L., Elseviers M.M., Daelemans R., Arnouts P. et al. Re-evaluation and modification of the Stuivenberg Hospital Acute Renal Failure (SHARF) scoring system for the prognosis of acute renal failure: an independent multicentre, prospective study // *Nephrol. Dial. Transplant.* 2004. № 19 (9). С. 2282—2288.
- Zolnoori M., Zarandi M.H., Moin M., Teimorian S.J. Fuzzy rule-based expert system for assessment severity of asthma // *Med. Syst.* 2012. № 36 (3). С. 1707—1717.
- Гайнуллина Ю.И. Фармакоэпидемиологическое и фармакоэкономическое обоснование периоперационной антибиотикопрофилактики при остром аппендиците: дис. ... канд. мед. наук. Владивосток, 2004. 136 с.
- Григорьев С.Г. Многомерное математико-статистическое моделирование сложных медицинских систем [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2003. 42 с.
- Реброва О.Ю. Математические алгоритмы и экспертные системы в дифференциальной диагностике инсультов: дис. ... д-ра мед. наук. Москва, 2003. 325 с.
- Ермакова Н.В. Нейроиммунные аспекты патогенеза лихорадочной и менингеальной форм клещевого энцефалита: дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 2007. 173 с.
- Зелтынь-Абрамов Е.М. Тромболитическая терапия и разрывы сердца в остром периоде инфаркта миокарда: дис. ... д-ра мед. наук. Москва, 2011. 225 с.
- Тетюшкина Е.В. Клинико-морфологические предикторы прогрессирования хронического гломерулонефрита: дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2008. 158 с.
- Yoo I., Alafaireet P., Marinov M., Pena-Hernandez K., Gopidi R., Chang J.F., Hua L. Data mining in healthcare and biomedicine: A survey of the literature // *J. Med. Syst.* 2012. T. 36. P. 2431—2448.
- Groves P., Kayyali B., Knott D., Van Kuiken S. The «big data» revolution in healthcare. URL. http://www.imagesetreseaux.com/sites/default/files/medias/blog/2013/12/mckinsey_131204_-_the_big_data_revolution_in_healthcare.pdf.
- Lins R.L., Elseviers M.M., Daelemans R., Arnouts P., Billiow J.M., Couttenye M., Gheuens E., Rogiers P., Rutsaert R., Van der Niepen P., De Broe M.E. «Re-evaluation and modification of the Stuivenberg Hospital Acute Renal Failure (SHARF) scoring system for the prognosis of acute renal failure: an independent multicentre, prospective study» // *Nephrol. Dial. Transplant. Sep.*, 2004. Vol. 19, № 9. P. 2282—8.
- Lins R.L., Elseviers M., Daelemans R., Zachée P., Gheuens E., Lens S., De Broe M.E. Prognostic value of a new scoring system for hospital mortality in acute renal failure // *Clin. Nephrol. Jan.* 2000. Vol. 53. N. 1. P. 10—7.
- Mehta R.L., Pascual M.T., Gruta C.G., Zhuang S., Chertow G.M. Refining predictive models in critically ill patients with acute renal failure. // *J. Am. Soc. Nephrol. May* 2002. Vol. 13. no. 5, P. 1350—7.
- Hwang S.J., Yang W.C., Lin M.Y., Mau L.W., Chen H.C. Impact of the clinical conditions at dialysis initiation on mortality in incident haemodialysis patients: a national cohort study in Taiwan // *Nephrol. Dial. Transplant. Vol. 25. no. 8. P. 2616—24. Aug.* 2010.
- Xie Q., Zhou Y., Xu Z., Yang Y., Kuang D., You H., Ma S., Hao C., Gu Y., Lin S., Ding F. The ratio of CRP to prealbumin levels predict mortality in patients with hospital-acquired acute kidney injury // *BMC Nephrol. Vol. 12. № 1. P. 30. Jan.* 2011.
- Ponce D., Zorzenon C. de P.F., Santos dos N.Y., Balbi A.L. Early nephrology consultation can have an impact on outcome of acute kidney injury patients. // *Nephrol. Dial. Transplant. Vol. 26. № 10. P. 3202—6. Oct.* 2011.
- Cerqueira D.C., Soares C.M., Silva V.R., Magalhães J.O., Barcelos I.P., Duarte M.G., Pinheiro S.V., Colosimo E.A., Simões A.C., Silva E., Oliveira E.A. A predictive model of progression of CKD to ESRD in a predialysis pediatric interdisciplinary program // *Clin. J. Am. Soc. Nephrol. Vol. 9. № 4. P. 728—35. Apr.* 2014.
- Johnson E.S., Thorp M.L., Platt R.W., Smith D.H. Predicting the risk of dialysis and transplant among patients with CKD: a retrospective cohort study // *Am. J. Kidney Dis. Vol. 52. № 4. P. 653—60. Oct.* 2008.
- Harel Z., Bell C.M., Dixon S.N., McArthur E., James M.T., Garg A.X., Harel S., Silver S., Wald R. Predictors of progression to chronic dialysis in survivors of severe acute kidney injury: a competing risk study. // *BMC Nephrol. Vol. 15. № 1. P. 114. Jan.* 2014.
- Wijesundera D.N., Karkouti K., Dupuis J.Y., Rao V., Chan C.T., Granton J.T., Beattie W.S. Derivation and validation of a simplified predictive index for renal replacement therapy after cardiac surgery. // *JAMA, Vol. 297. № 16. P. 1801—9. Apr.* 2007.

28. Massie A.B., Luo X., Chow E.K.H., Alejo J.L., Desai N.M., Segev D.L. Survival Benefit of Primary Deceased Donor Transplantation With High-KDPI Kidneys // *Am. J. Transplant.* Vol. 14. № 10. P. 2310—6. Oct. 2014.
29. Гапунин В.Н., Зубрицкий В.И., Мухин И.В. О методике метаболического прогнозирования медико-биологических процессов с помощью компьютерной системы «Statistica 5.5A» // *Вестник новых медицинских технологий.* 2001. № 3. С. 26—27.
30. World M.J. Renal function after trauma // *J.R. Army Med. Corps.* Vol. 159. № 2. P. 94—7. Jun. 2013.
31. Kojo S., Sada K., Kobayashi M., Maruyama M., Maeshima Y., Sugiyama H., Makino H. Clinical usefulness of a prognostic score in histological analysis of renal biopsy in patients with lupus nephritis // *J. Rheumatol.* Vol. 36. № 10. P. 2218—23. Oct. 2009.
32. Geddes C.C., Fox J.G., Allison M.E., Boulton-Jones J.M., Simpson K. An artificial neural network can select patients at high risk of developing progressive IgA nephropathy more accurately than experienced nephrologists // *Nephrol. Dial. Transplant.* Vol. 13. № 1. P. 67—71. Jan. 1998.
33. Zimmerman J.E., Kramer A.A., McNair D.S., Malila F.M. Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) IV: hospital mortality assessment for today's critically ill patients // *Crit. Care Med.* Vol. 34. № 5. P. 1297—310. May 2006.
34. Moreno R.P., Metnitz P.G.H., Almeida E., Jordan B., Bauer P., Campos R.A., Iapichino G., Edbrooke D., Capuzzo M., Le Gall J.R. SAPS 3 — From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 2: Development of a prognostic model for hospital mortality at ICU admission // *Intensive Care Med.* Vol. 31. № 10. P. 1345—55. Oct. 2005.
35. Higgins T.L., Teres D., Copes W.S., Nathanson B.H., Stark M., Kramer A.A. Assessing contemporary intensive care unit outcome: an updated Mortality Probability Admission Model (MPM0-III) // *Crit. Care Med.* Vol. 35. № 3. P. 827—35. Mar. 2007.
36. Vincent J.L., Moreno R., Takala J., Willatts S., Mendonça A.De., Bruining H., Reinhart C.K., Suter P.M., Thijs L.G. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine // *Intensive Care Med.* Vol. 22. № 7. P. 707—10. Jul. 1996.
37. Fiaccadori E., Maggiore U., Lombardi M., Leonardi S., Rotelli C., Borghetti A. Predicting patient outcome from acute renal failure comparing three general severity of illness scoring systems // *Kidney Int.* Vol. 58. № 1. P. 283—92. Jul. 2000.
38. Costa V.T. e Silva, de Castro I., Liaño F., Muriel A., Rodríguez-Palomares J.R., Yu L. Sequential evaluation of prognostic models in the early diagnosis of acute kidney injury in the intensive care unit // *Kidney Int.* Vol. 75. № 9. P. 982—6. May 2009.
39. Liaño F., Gallego A., Pascual J., García-Martín F., Teruel J.L., Marcén R., Orofino L., Orte L., Rivera M., Gallego N. Prognosis of acute tubular necrosis: an extended prospectively contrasted study // *Nephron.* Vol. 63. № 1. P. 21—31. Jan. 1993.
40. Bullock M.L., Umen A.J., Finkelstein M., Keane W.F. The assessment of risk factors in 462 patients with acute renal failure // *Am. J. Kidney Dis.* Vol. 5. № 2, P. 97—103. Feb. 1985.
41. Uchino S., Bellomo R., Morimatsu H., Morgera S., Schetz M., Tan I., Bouman C., Macedo E., Gibney N., Tolwani A., Doig G.S., Oudemans H. Straaten Van, Ronco C., Kellum J.A. External validation of severity scoring systems for acute renal failure using a multinational database. // *Crit. Care Med.* Vol. 33. № . 9. P. 1961—7. Sep. 2005.
42. Ronco C., Bellomo R., Kellum J.A. *Critical care nephrology.* 2nd ed. Saunders, 2009.
43. Гороткова Н.В. Оптимизация диагностики, прогнозирования течения и лечения хронического гломеруло-нефрита (ХГН) с использованием экспертных систем: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2003. 25 с.
44. Phan J.H., Quo C.F., Cheng C., Wang M.D. Multiscale integration of -omic, imaging, and clinical data in biomedical informatics // *IEEE Rev. Biomed. Eng.* Vol. 5. P. 74—87. Jan. 2012.

ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Л.В. Сухачева¹, В.В. Мадьянова

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Проанализированы сведения о состоянии стоматологического здоровья детей на основании проводившихся в Российской Федерации исследований. Представлены данные по существующим программам стоматологической профилактики на федеральном и региональном уровне, а также по оригинальным «малым» программам, действующим вне рамок государственных программ. Показаны перспективы развития детской профилактической стоматологии и трудности, стоящие на пути решения задачи по ее организации.

Ключевые слова: стоматологическая профилактика, профилактика кариеса, организация стоматологической помощи, детская стоматология

Высокая стоматологическая заболеваемость детского населения остается одной из актуальных проблем отечественного здравоохранения. Целенаправленное снижение стоматологической заболеваемости детского населения возможно путем реализации комплексной программы, включающей вопросы организации стоматологической помощи, профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний [1].

Существующая Федеральная государственная программа первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России, разработанная в соответствии с Концепцией развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г., учитывает накопленный в России опыт профилактической работы и построена на основе рекомендаций ВОЗ по профилактике стоматологических заболеваний [2].

Программа по укреплению здоровья полости рта включена в План действий по профилактике

и борьбе с неинфекционными заболеваниями в европейском регионе ВОЗ на 2016—2025 гг. Борьба с болезнями полости рта требует доступных систем охраны здоровья полости рта, при этом необходимо ориентироваться на первичное звено медико-санитарной помощи и на меры профилактики, способные снизить риск заболеваний [3]. Осуществление данных мероприятий предусматривает совместную работу Министерства здравоохранения РФ, органов здравоохранения регионов и Министерства образования и науки РФ. Вместе с тем, конкретные результаты реализации этой программы до настоящего момента трудно признать окончательно удовлетворительными, что связано с рядом организационных и административных особенностей и отсутствием мультисекторального подхода к решению проблемы.

Структура детской стоматологической заболеваемости в РФ за период 1996—2008 гг.

Анализ стоматологической заболеваемости у детей в различных регионах России, по данным эпидемиологического обследования населения,

¹ Сухачева Лилия Викторовна — ординатор Высшей школы управления здравоохранением Первый МГМУ им. И.М. Сеченова; 109004, Москва, ул. Александра Солженицына, д. 28; тел 8-909-919-72-50; e-mail: Lilia7807@mail.ru.

проведенного в 1996—1998 г. в соответствии с приказом Минздрава России от 06.05.1996 г. № 181 показал, что 78% детей в возрасте 12 лет имеют пораженные кариесом постоянные зубы (интенсивность кариеса по индексу КПУ равна 2,91). В 15-летнем возрасте средняя распространенность кариеса достигает 88% (средняя величина КПУ — 4,37). Более половины 15-летних подростков имеют признаки поражения тканей пародонта.

Результаты второго национального эпидемиологического стоматологического обследования по критериям ВОЗ, проведенное в 2007—2008 гг., показали следующие данные, представленные в табл. 1—4.

Средние показатели распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний — кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта среди детского населения РФ в 2008 г. представлены в табл. 2—4.

Полученные результаты свидетельствуют, что распространенность кариеса зубов у детей остается высокой: кариес временных зубов выявлен у 84% 6-летних детей, кариозное поражение постоянных зубов регистрируется у 72% 12-летних детей. Признаки воспаления тканей пародонта выявлены более, чем у 40% 15-летних подростков.

Таблица 3
Распространенность признаков поражения тканей пародонта (%)

Возраст, годы	Здоровый	Кровоточивость десен	Зубной камень	Карман 4—5 мм	Карман 6 мм и больше	Исключенные
12	66	23	11	0	0	0
15	59	22	19	0	0	0

Таблица 4
Среднее количество секстантов с признаками поражения тканей пародонта

Возраст, годы	Секстанты					Исключенные
	здоровые	с кровото-чивостью десен	с зубным камнем	с пародонтальным карманом		
				4—5 мм	6 мм и больше	
12	4,86	0,90	0,24	0,00	0,00	0,00
15	4,58	0,92	0,50	0,00	0,00	0,00

донта выявлены более, чем у 40% 15-летних подростков.

Анализ динамики заболеваемости у детского населения продемонстрировал стабильность средних показателей интенсивности кариеса временных зубов у 6-летних детей за 10-летний период. У 12-, 15-летних — снизились на 13,7 и 12,8% соответственно. Так же у детского населения отмечается тенденция к снижению распространенности признаков поражения тканей пародонта. В возрастных группах 12 и 15 лет количество детей со здоровыми тканями пародонта стало соответственно на 14% и 16% больше, чем в 1998 г.

Динамика основных показателей стоматологического статуса за период с 1998—2008 гг. свидетельствует о некотором улучшении состояния твердых тканей постоянных зубов и тканей пародонта у детского населения. Это можно объяснить осуществлением в регионах программ профилактики стоматологических заболеваний [2].

Таблица 1
Количество обследованного городского и сельского населения ключевых возрастных групп

Возраст, годы	Общее количество обследованных, абс.	Городское население		Сельское население	
		абс.	%	абс.	%
6	12 017	9568	79,6	2449	20,4
12	13 023	10 363	79,6	2660	20,4
15	12 231	9889	80,9	2342	19,1

Таблица 2
Распространенность и интенсивность кариеса зубов в ключевых возрастных группах

Возраст, годы	Распространенность кариеса зубов, %	Интенсивность кариеса зубов			
		К	П	У	КПУ
Временные зубы					
6	84	2,94	1,48	0,36	4,78
Постоянные зубы					
6	13	0,20	0,10	0,00	0,30
12	72	1,17	1,30	0,04	2,51
15	82	1,57	2,15	0,09	3,81

Примечание. К — количество кариозных зубов; П — количество пломбированных зубов; У — количество удаленных зубов; Индекс КПУ — сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов у одного индивидуума.

Реализация профилактических программ в общеобразовательных заведениях Российской Федерации

Основным форматом программ стоматологической профилактики были и остаются до настоящего момента программы в рамках средних общеобразовательных учреждений. Ниже приведен ряд примеров того, как реализуются на разных этапах меры профилактики.

В 1994 г. в России была разработана и успешно внедрена Школьная образовательная Программа профилактики стоматологических заболеваний. Планирование и реализация Программы осуществлялись на федеральном, региональном и учрежденческом уровнях. За 12 лет Программой охвачено около 7 млн первоклассников в 123 городах России и в ней приняли участие 6 тыс. стоматологов. 38 тыс. учителей в 14 тыс. школ. Клиническое изучение профилактической эффективности этой Программы за 2,5 года у 9-, 12-летних детей показало прекращение прироста кариеса на 57% на фоне контролируемой гигиены, которая осуществлялась в школах под контролем медперсонала.

Профилактическая программа «Ослепительная улыбка на всю жизнь» (санитарно-гигиеническое воспитание учеников 1—3 классов), проводившаяся во всех школах Волгограда с 1997 г. способствовала улучшению гигиены полости рта у 85,7% 9-летних детей, снижению распространенности воспалительных заболеваний пародонта в 1,7 раза, распространенности кариеса постоянных зубов в 1,4 раза, интенсивности кариеса, по КПУ, в 3,1 раза.

В Пскове на протяжении 10 лет внедрялась программа профилактики стоматологических заболеваний среди детей начальной школы с использованием фторидсодержащих полосканий для полости рта. Это привело к редукции прироста кариеса на 36%.

Профилактическая программа, разработанная на кафедре детской терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, начала реализовываться в 2006 г. в образовательных учреждениях Москвы. Через год после начала исполнения программы мотивация к проведению профилактических мероприятий с 39 до 72% увеличилось число школьников, которые осуществляют чистку зубов 2 раза в день.

Лечебно-профилактическая программа, реализованная в гимназии № 56 Санкт-Петербурга (2700 детей) с участием гигиенистов стоматологических в рамках благотворительного проекта, проводилась с 1999 г. Через 5 лет после реализации программы определено улучшение гигиенического состояния полости рта на 27,78% у 12-летних детей и на 52,17% у 17-летних. Интенсивность заболеваний пародонта снизилась на 40,85 и 68,47% соответственно. Интенсивность кариеса постоянных зубов на 57,6 и 32,40% со-

ответственно. Общее количество детей с осложненными формами кариеса уменьшилось на 82,32% [4].

В Москве — Центр профилактической стоматологии, при Стоматологической Ассоциации России при участии Московской торговой компании «ДЕНТЕКС» разработали и внедрили долгосрочную Программу Профилактики для детей на базе школы № 137 ЮАО Москвы в период 2004—2008 гг. Для реализации профилактических мероприятий было проанкетировано и с информированного согласия родителей обследовано 430 детей 6—17 лет учащиеся с 1 по 11 классы школы. На фоне постоянно проводимой профилактической работы и обучения детей гигиене полости рта под контролем медицинского персонала выявлено повышение уровня гигиены у детей 7—9 лет на 51,5%, 10—12 лет на 42,75%, 13—15 лет на 61,9% [5].

Организационные и профилактические мероприятия, предусмотренные региональными программами, наиболее эффективно проводятся в республиках Адыгея и Татарстан, а также в Самарской, Смоленской, Воронежской и Псковской областях. Следует признать, что негативными факторами во внедрении данных программ в большинстве других регионов страны являются необоснованные противодействия со стороны чиновников ряда региональных и муниципальных органов власти. Именно в их компетенции лежат права и обязанности за сохранение здоровья населения, и они определяют возможность выдачи разрешительных нормативно-правовых документов на проведение мероприятий по профилактике и снижению стоматологической заболеваемости [6].

Успешная реализация долгосрочных профилактических программ возможна лишь при предоставлении профилактической помощи детям на протяжении длительного времени, начиная с антенатального периода и продолжая до юношеского возраста [7]. Однако в целом программы стоматологической профилактики не имеют четкой организационной, правовой и финансовой основы, а на государственном уровне их регулирование является недостаточным. В будущем в стране необходимо разработать, утвердить и внедрить единую Программу профилактики стоматологических заболеваний с учетом особенностей России и ее регионов. В настоящее время наиболее важными и реальными разделами профилактики должны стать региональная, межре-

гиональные и местные программы стоматологической профилактики. Ведущую роль в них надо отвести коммунальным методам как наиболее эффективным и наименее зависимым от активности населения. Такие программы должны развивать регионы по мере создания экономических, политических и профессиональных возможностей для их разработки и претворения в жизнь. Реалистичными подходами для разработки и внедрения коммунальных методов должны быть политические и социальные аспекты работы с региональной властью, партиями, здравоохранением, населением, в которых бы ставились проблемы повышения стоматологического здоровья и снижения стоматологической заболеваемости населения [8].

Роль школьного стоматологического кабинета, как ведущего звена в профилактике основных стоматологических заболеваний

Одним из наиболее весомых звеньев профилактической стоматологической помощи является школьная стоматология. Это важнейший раздел детской стоматологии, направленный на сохранение и укрепление стоматологического здоровья детей дошкольного и школьного возрастов на основе диспансеризации. Школьная стоматология представляет собой систему организации стоматологической помощи детям в школах (в рамках первичной медико-санитарной помощи), преимущественно профилактического направления, на основе совместной работы учреждений здравоохранения и просвещения в целях оздоровления детей и профилактики осложненных форм заболеваний [4]. Присутствие стоматолога в школе имеет ряд преимуществ: постоянное длительное наблюдение за детьми, максимальная доступность, возможность работы с родителями и педагогами, проведение санитарно-просветительской работы. Развитие школьной стоматологии соответствует основным задачам, стоящим перед российским здравоохранением и обозначенным в национальном проекте «Здоровье» [4, 9]: развитие профилактической направленности здравоохранения, и первичной медико-санитарной помощи.

К сожалению, уровень подготовки специалистов и оснащение многих школьных стоматологических кабинетов не соответствует современным требованиям. Отсутствие эффективной системы администрирования и контроля качества работы

школьного врача-стоматолога, отсутствие внедрения программ профилактики стоматологических заболеваний на государственном уровне ведет к низкому уровню знаний у населения по гигиене полости рта, недостаточной мотивации к проведению профилактических мероприятий, и как следствие, к плохому стоматологическому здоровью.

Влияние гигиениста стоматологического в работе школьного стоматологического кабинета

Сегодня все усилия стоматологической общественности должны быть направлены на поиски возможностей для возобновления работы школьной стоматологии в новых условиях.

Важным событием в стоматологии стало появление в 2001 г. (приказа Минобразования России от 19 июня 2000 г. № 1809 и Минздрава России от 6 февраля 2001 г. № 33) специалиста «гигиенист стоматологический» [10]. В его обязанности входит проведение профилактической работы, что позволяет и расширить этот спектр деятельности, и освободить врача от не свойственных ему функций. Учитывая наибольшую эффективность профилактики именно в детском возрасте, он абсолютно необходим для детской стоматологии.

Во всех развитых странах мира профилактическая работа осуществляется силами специального персонала со средним медицинским образованием — гигиениста стоматологического. В странах, где осуществляются программы профилактики, стоматологическая заболеваемость снизилась в 2—4 раза, и дети в возрасте 12 лет имеют индекс КПУ, не превышающий 1,0—2,0 (табл. 5) [9, 11—14].

Таблица 5
Средний индекс КПУ у 12-летних детей в странах Западной Европы (GODB, WHO, 12/95/2)

Страна	КПУ
Нидерланды	1,1
Финляндия	1,2
Дания	1,3
Англия	1,4
Швеция	1,5
Италия	1,8
Ирландия	1,9
Греция	1,9
Швейцария	2,0
Норвегия	2,1
Франция	2,1

Сегодня в России около 4000 квалифицированных специалистов-гигиенистов (1 гигиенист на 35 000 россиян). Для сравнения в США их около 150 000, и это количество растет. По общемировой статистике (ВОЗ) на каждые 3000 человек должно приходиться по одному гигиенисту стоматологическому. В Голландии соотношение составляет 1:7000, в Испании 1:9000, Швеции 1:3000, в США 1:1800. В Америке и Европе посещение гигиениста стоматологического — это норма, это забота о своем здоровье.

Введение в структуру школьной стоматологии гигиениста стоматологического даст возможность утвердить профилактическое направление в деятельности школьного стоматологического кабинета. Широкое привлечение специалистов среднего звена — гигиенистов стоматологических, позволит значительно снизить себестоимость реализации лечебно-профилактических программ; сокращение объема оказываемых лечебных мероприятий. Однако до сих пор гигиенисты стоматологические практически не привлекаются для работы в школах, не определены функциональные обязанности этих специалистов в реализации школьных лечебно-профилактических программ.

ВЫВОДЫ

Единственным и доказанным методом снижения основных стоматологических заболеваний является профилактика.

Ни одна программа профилактики не может существовать без государственной поддержки.

Лишь одними усилиями врача-стоматолога невозможно добиться реализации программы по профилактике основных стоматологических заболеваний. Требуется межсекторальный подход (взаимодействие врачей-стоматологов и гигиенистов стоматологических, с руководством школ, с представителями системы здравоохранения и образования) позволит добиться существенных результатов в снижении заболеваемости основных стоматологических заболеваний.

Закрепить статус гигиениста стоматологического, как основного фигуранта в профилактическом направлении в общеобразовательных заведениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 9.02.2004 г. № 2510/1094-04-32 «О типовой модели программы «Детская стоматология». URL: <http://rudoctor.net/medportal/eicos/ru20512.htm> (дата обращения: 02.04.2016).
2. Проект Федеральной государственной программы первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России (Подготовлен в соответствии с решением совещательной рабочей группы Стоматологической Ассоциации России по разработке Федеральной государственной программы профилактики стоматологических заболеваний в России от 27.05.2010). URL: http://www.e-stomatology.ru/star/work/2011/program_proflactic_project.doc (дата обращения: 02.04.2016).
3. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/ (дата обращения: 02.04.2016).
4. Леонтьев В.К., Кисельникова Л.П. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. М. ГЭОТАР-Медиа, 2010.
5. Арамова О.Г., Шевченко С.С. Комплексная школьная программа профилактики стоматологических заболеваний «Цепростом» — ВОСО с участием гигиениста стоматологического // Стоматология детского возраста и профилактика. 2007. № 4. С. 63—67.
6. Шестаков В.Т., Янушевич О.О., Леонтьев В.К. Основные направления развития стоматологической службы России. Из-во «Медицинская книга», 2008.
7. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. М.: Медицина, 1988.
8. Реформы в стоматологии. Интервью с Вице-Президентом СтАР В.К. Леонтьевым, 23 апреля 2013 г. // Экономика и менеджмент в стоматологии. 2013. № 2 (40). URL: http://www.e-stomatology.ru/prensa/periodika/ekonom_man/40/ (дата обращения: 15.03.2016).
9. Европейские цели стоматологического здоровья к 2020 г. (проект документа ВОЗ). URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020> (дата обращения: 02.04.2016).
10. Приказ Минобразования России от 19.06.2000 № 1809 «О дополнении и изменении Классификатора специальностей среднего профессионального образования и закреплении специальностей за министерствами и ведомствами». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=291942> (дата обращения: 02.04.2016).
11. Шевченко С.С. Роль гигиениста стоматологического в реализации программ профилактики стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2010.
12. Шевченко С.С. Будущее за профессиональной гигиеной // Вестник ассоциации гигиенистов стоматологических России «Стоматологический колледж». 2013. № 1. С. 2.
13. Приказ Минздрава России от 06.02.2001 № 33 «О введении специальности «Стоматология профилактическая». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?base=EXP&n=296204&req=doc> (дата обращения 02.04.2016).
14. Приказ Минздравмедпрома России от 06.05.1996 № 181 «О проведении эпидемиологического стоматологического обследования населения Российской Федерации» (вместе с «Программой изучения интенсивности стоматологических заболеваний в Российской Федерации»). URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=301014> (дата обращения: 02.04.2016).

**МАТЕРИАЛЫ ПЛЕНУМА МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ
ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
«ОБЩЕСТВО ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ»**

ОТЧЕТ О РАБОТЕ ПЛЕНУМА МОООФИ

Москва, 12.04.2016

В апреле месяце двенадцатого числа 2016 г. в Центре международной торговли под председательством проф. П.А. Воробьева состоялся очередной Пленум Межрегиональной общественной организации «Общество фармакоэкономических исследований». На заседании присутствовало более 60 человек, представляющих различные отделения нашего Общества: Дальневосточное, Хабаровское, Челябинское, Хакаское и др. Докладами выступили: Сулейманов С.Ш., д.м.н., профессор, генеральный директор ООО «САИКО», Краснова Л.С., к.м.н., исполнительный директор МОООФИ, Пименова А.Е., к.э.н., научный сотрудник Лаборатории оценки и стандартизации медицинских технологий ФГБУ ГНЦ ФНКЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Дугин Д.Н., к.м.н., исследователь МОООФИ, Воробьев А.П., директор по экономике МОООФИ.

Сулейманов С.Ш. сделал сообщение: **«Медицинский туризм как зеркало российского здравоохранения»**. Медицинский туризм — это предоставление медицинских услуг за пределами страны пребывания, совмещение отдыха с получением медицинской помощи. В последнее время в связи с сокращением государственной появляется частная медицина, высокая ценовая планка которой — влияние общего инвестиционного климата в стране. Трудно сказать, сколько человек пользуется медицинским туризмом. Ежемесячно около 6 млн ищут в Яндексе предложения помощи за границей, чаще в Израиле, Германии, Швейцарии и др. Медицинский туризм породил новую концепцию современного здравоохранения. Не имея возможности решить свою проблему в своем государстве, пациент выбирает страну, где ему могут предложить медицинские услуги — обследование, лечение и др.

Краснова Л.С. представила исследование **«Клинико-экономический анализ при респираторном дистресс-синдроме у недоношенных»**. На первом этапе проведена оценка медицинской технологии применения порактанта альфа для лечения респираторного дистресс-синдрома у недоношенных. С уровнем доказательности А порактант альфа в дозе 100 или 200 мг/кг по сравнению с берактантом в дозе 100 мг/кг снижает частоту развития пневмоторакса, внутрижелудочкового кровотечения, смертность, необходимость повторного введения, длительность оксигенотерапии и ИВЛ. С использованием модели дерева решений проведен расчет показателя «затраты—эффективность» с учетом конечной точки: показателя смертности к 28-му дню лечения РДС. Эффективность определялась как число больных, которых необходимо пролечить для предотвращения 1 случая смерти. По предварительным данным, получилось, что порактант альфа клинически эффективнее и экономически выгоднее, чем берактант.

Пименова А.Е. рассказала о деятельности **«Совета по инновациям ФМБА России»**. ФМБА — сложная система, в составе которой — медицинские и научные организации, производственные предприятия, служба крови. Разработан ряд уникальных медицинских технологий, в связи с чем возник вопрос оценки этих технологий и их продвижения в практику. В 2015 г. был создан независимый экспертный орган — Совет по инновациям, в его задачи входит профессиональная оценка медицинских технологий и их стандартизация. Оценка проводится в 5 этапов. Экспертная оценка включает в себя оценку безопасности, эффективности и экономичности медицинской технологии. Важнейший элемент оценки меди-

цинской технологии — публичное обсуждение результатов научной экспертизы, обеспечивающее прозрачность и объективность результатов работы системы.

Дугин Д.Н., сообщил об «Оценке медицинских технологий профилактики и лечения гриппа». ВОЗ считает эффективным методом профилактики гриппа — ежегодную вакцинацию. Поставлено два вопроса: насколько вакцинация безопасна и насколько она эффективна по твердым точкам: уровень заболеваемости, частота госпитализаций, частота побочных эффектов и смертность. Было включено 24 систематических обзора. В некоторых указано, что данных для оценки безопасности недостаточно. Остальные обзоры свидетельствуют, что риск развития побочных эффектов у вакцин не выше, чем у плацебо. У беременных от вакцинации в отношении гриппа эффект весьма скромный, в отношении ОРВИ — отсутствует. У пожилых лиц сделать выводы не удалось из-за плохих доказательств. Аналогично и при ХОБЛ, у больных с бронхиальной астмой, муковисцидозом — польза отсутствует; по остальным категориям данные сомнительны, эффективность не доказана.

Для лечения ВОЗ рекомендует применение этиотропных препаратов. Мы взяли 4 препарата, популярных в России: Анаферон, Ингавирин, Арбидол и Кагоцел. По Анаферону исследований фармакокинетики и фармакодинамики обнаружить не удалось, по данным опубликованных исследований частота побочных эффектов оказалась низкой. Безопасность Арбидола: в разных инструкциях не согласованы противопоказания для беременности и лактации, неизвестен риск лекарственного взаимодействия при одновременном применении с индукторами и ингибиторами изофермента цитохрома P 450, например кетоназолом, эритромицином и др. Безопасность Ингавирина: за 3 мес до его регистрации был зарегистрирован дикарбонин. У них одно и то же

действующее вещество, разница в дозе составляет 10 мг, однако у них разные фармакологические действия. Ингавирин в плазме крови не обнаруживается, производитель говорит, что нет исследований фармакокинетики. Дикарбонин обнаруживается уже через 10 мин. Ингавирин выводится кишечником, дикарбонин — почками. Возникают вопросы, почему же такое разное взаимодействие, свойства. Кагоцел — варианта госсипола — препарата, который угнетает сперматогенез. В 1998 г. группа ВОЗ исследовала влияние госсипола на человека и пришла к выводу, что риск от применения превышает пользу.

По доказательству эффективности есть только ограниченные исследования с хорошим дизайном для Арбидола, для остальных — либо нет исследований, либо высока вероятность подтасовки результатов (Ингавирин).

Воробьев А.П. сделал доклад об «Экономике доврачебной синдромальной диагностики с применением системы MeDiCase». Это проект улучшения доступности медицинской помощи в удаленных поселениях. Кейс включает в себя набор медицинских датчиков, смартфон со специальным программным обеспечением и вопросником, позволяющим опрашивать пациента без помощи врача. Кейс передается парамедикам в поселки Карелии с численностью населения менее 100 человек. Программа построена по типу дерева решения. На все вопросы ответы закрыты, только «да» или «нет». Программа автоматически передает данные о биометрии и опросе пациента врачу консультативного центра, который принимает решение госпитализировать больного, обследовать амбулаторно или не делать ничего. Возникает вопрос, как правильно оценить подобную медицинскую технологию, ее эффективность и экономическую целесообразность, если в альтернативе — практически полное отсутствие медицинской помощи.

SUMMARY

ON THE PERFORMANCE OF SCIENTIFIC ORGANIZATIONS IN THE AREAS OF HEALTH OF MINISTRY OF HEALTH JURISDICTION RUSSIA FOR THE PERIOD 2009—2013

A. S. Aniskievich, R. A. Khalfin

The Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov

The results of the analysis of scientific organizations in the health sector, subordinated to Ministry of Health of Russia, for the period 2009—2013 are presented. Based on the statistical data considered evaluation criteria such as publication activity, create and use of results of intellectual activity, integration indicators in the world scientific space, dissemination of scientific knowledge and enhance the prestige of science.

Keywords: effectiveness of scientific organizations, scientific organizations in the health sector, publication activity

ANALYSIS OF PROGRAM TRAINING «EFFECTIVE MANAGEMENT OF RESOURCES IN HEALTH ORGANIZATION» OF DEPUTY HEAD OF THE MEDICAL ORGANIZATION ON FINANCIAL AND ECONOMIC ISSUES

R. A. Khalfin, V. V. Madyanova, E. E. Kobyatetskaya

First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov

The structure and composition of functional training programs for managers of economic departments of medical organizations is presented. The characteristics of the audience of such programs is given. Generalized experience of their practical application and immediate results.

Keywords: management of medical organizations, education, training, skills development, health economics organization

TRANSFORMATION OF APPROACHES TO HEALTH MANAGERS TRAINING

V. V. Madyanova

First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov

We analyzed the relationship between the formal requirements for specialists of health care organization and

the real demands of everyday practice of medical organizations. The article presents possible forms of optimization of training, aimed at ensuring the effective separation of administrative staff working in health care facilities.

Keywords: management training in public health, health management, professional standards of management training, the federal state educational standards

MODERN APPROACHES TO SIMULATION TRAINING OF MEDICAL STAFF (PART I)

I. I. Kosagovskaya, V. V. Madyanova, Y. V. Koroleva

First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov

Practical skills of clinical work before applying them on real patients, doctors need to acquire special centers equipped with high-tech machines and computerized mannequins, computer games and software enabling to simulate the clinical and organizational situation. One of the important prerequisites to the implementation of this principle is the creation of modern simulation centers. The article discusses the problems that need to be addressed for the successful and effective implementation of a simulation training in medical vocational education.

Keywords: simulation training in medicine, simulation technology, simulation center, a simulation training, simulation techniques, the formation of practical skills

PROBLEMS OF FORMATION OF THE LIST OF DRUGS FOR REGIONAL BENEFIT RECIPIENTS

O. Y. Aleksandrova, M. N. Burtseva, O. A. Nagibin

First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov

The Ministry of Health of the Republic of Sakha (Yakutia), Yakutsk City polyclinic № 2, Ryazan

The problems of formation of groups and categories of diseases in out-patient treatment which medicines and medical devices in accordance with the Russian legislation on medical prescription for free or with a 50-percent discount. The problems of application in the Russian Federation federal laws and regulations on the subject.

Keywords: reimbursable drug coverage, preferential categories of citizens

**CURRENT STATUS THE PROVISION
OF PAID MEDICAL SERVICES IN BUDGETARY
INSTITUTIONS OUTPATIENT NETWORK
IN MOSCOW**

*V.V. Madyanova, A.A. Arestova, V.G. Vinokurov,
A.M. Allenov*

*First Moscow State Medical University
named after I.M. Sechenov
Polyclinic № 210 of Moscow Health Department*

We have considered and analyzed the historical aspects of the regulatory framework in the sphere of paid medical services in public health facilities in Moscow budget. The modern problems in the organization of paid medical services are presented. The results of a SWOT analysis of paid medical services medical organization are shown.

Keywords: paid medical services, public health services budget, legal framework, possibility of development, organization problems

**ANALYSIS OF DEMOGRAPHIC INDICATORS
TO IMPROVE THE MODELS OF CARE
THE CHECHEN REPUBLIC POPULATION**

Z.V. Isakova, R.A. Khalfin

*The Government of the Chechen Republic,
the Ministry of Health
First Moscow State Medical University
named after I.M. Sechenov*

Studies on the improvement of measures for the protection of motherhood and childhood, the development and introduction of new ways to improve the quality of health care for women and children, do not lose their relevance for the Chechen Republic of the health care system and are extremely timely and important. Human health as an essential element of the human potential of any region and it is formed by the health system, and a number of demographic indicators can be fairly attributed to the quality objectives of the health system. That is why there is now a revitalization of quality control processes of the health system, as one of the priorities of the development strategy of the Chechen Republic is both improve public health in general and specific groups — women and children.

Keywords: demographics, quality of care, maternal and child health

**ANIZATION OF RESEARCH ACTIVITY
ON THE BASIS OF CITY CLINICAL HOSPITAL**

V.G. Polushkin, R.A. Khalfin

*City Clinical Hospital № 17,
Moscow Health Department
First Moscow State Medical University
named after I.M. Sechenov*

The legal and organizational framework for conducting research work in urban hospitals is presented. The classifi-

cation of the scientific activity of health care institutions from the standpoint of management accounting. A technique for organizing support research activities in urban hospitals.

Keywords: scientific research, clinical research, drug trials, management accounting

**SCIENTIFIC AND METHODOLOGICAL
SUPPORT OF RISK MANAGEMENT
IN HEALTH WITH SCORING MODELS
AS DELIVERY OF HEALTH CARE
TO PATIENTS WITH CHRONIC
KIDNEY DISEASE**

K.S. Milchakov

*First Moscow State Medical University
named after I.M. Sechenov*

Aging population-wide problem and in particular the progression of chronic renal disease in themselves affect millions of patients in our country, which impairs the quality of life of these patients and their increased mortality cause a serious burden on the social welfare system. Thus, there is a big problem in nephrology management of patients with chronic diseases like at the population and individual levels in connection with the frequent ineffectiveness of therapeutic regimens, the need for patients to subgroups units, etc. All this creates a request to organize a centralized database systems, and as a consequence on the convenient mechanisms interpret the results of their analysis, understandable for a broad range of medical experts. One of these interfaces can be a scoring card — convenient risk scoring systems capable of addressing a range of clinical and administrative tasks.

Keywords: chronic kidney disease, a scoring system

**PREVENTION OF DENTAL DISEASES
IN THE CHILD POPULATION:
TOPICAL ISSUES, CURRENT STATE
AND PROSPECTS**

L.V. Sukhacheva, V.V. Madyanova

*First Moscow State Medical University
named after I.M. Sechenov*

Analyzed information on the state of dental health of children on the basis of studies conducted in the Russian Federation. The data on existing programs of dental prophylaxis at the federal and regional levels, as well as the original «small» programs operating outside the framework of state programs is presented. The prospects for the development of pediatric preventive dentistry and the difficulties standing in the way of solving the problem on its organization are shown.

Keywords: dental prophylaxis, caries prevention, organization of dental care, children's dentistry

СОДЕРЖАНИЕ — CONTENTS

<i>ПЕРЕДОВАЯ</i>	<i>EDITORIAL</i>
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОБУЧЕНИЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	SOME QUESTIONS OF TRAINING HEALTHCARE ORGANIZERS
Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова 4	R.A. Khalfin, V.V. Madyanova 4
<i>ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ</i>	<i>GENERAL STANDARDIZATION PROBLEMS</i>
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАУЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ МИНЗДРАВУ РОССИИ, ЗА ПЕРИОД 2009—2013 гг.	ON THE PERFORMANCE OF SCIENTIFIC ORGANIZATIONS IN THE AREAS OF HEALTH OF MINISTRY OF HEALTH JURISDICTION RUSSIA FOR THE PERIOD 2009—2013
А.С. Анискевич, Р.А. Хальфин 9	A.S. Aniskievich, R.A. Khalfin 9
АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ «ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ РЕСУРСАМИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ» ЗАМЕСТИТЕЛЕЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИМ ВОПРОСАМ	ANALYSIS OF PROGRAM TRAINING «EFFECTIVE MANAGEMENT OF RESOURCES IN HEALTH ORGANIZATION» OF DEPUTY HEAD OF THE MEDICAL ORGANIZATION ON FINANCIAL AND ECONOMIC ISSUES
Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова, Е.Е. Кобяцкая 13	R.A. Khalfin, V.V. Madyanova, E.E. Kobyatskaya 13
ТРАНСФОРМАЦИЯ ПОДХОДОВ К ПОДГОТОВКЕ МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	TRANSFORMATION OF APPROACHES TO HEALTH MANAGERS TRAINING
В.В. Мадьянова 18	V.V. Madyanova 18
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СИМУЛЯЦИОННОМУ ОБУЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ (ЧАСТЬ 1)	MODERN APPROACHES TO SIMULATION TRAINING OF MEDICAL STAFF (PART 1)
И.И. Косаговская, В.В. Мадьянова, Ю.В. Королева 22	I.I. Kosagovskaya, V.V. Madyanova, Y.V. Koroleva 22
ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРЕЧНЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЛЬГОТНИКОВ	PROBLEMS OF FORMATION OF THE LIST OF DRUGS FOR REGIONAL BENEFIT RECIPIENTS
О.Ю. Александрова, М.Н. Бурцева, О.А. Нагибин 29	O.Y. Aleksandrova, M.N. Burtseva, O.A. Nagibin 29
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СФЕРЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В БЮДЖЕТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЕТИ МОСКВЫ	CURRENT STATUS THE PROVISION OF PAID MEDICAL SERVICES IN BUDGETARY INSTITUTIONS OUTPATIENT NETWORK IN MOSCOW
В.В. Мадьянова, А.А. Арестова, В.Г. Винокуров, А.М. Алленов 36	V.V. Madyanova, A.A. Arestova, V.G. Vinokurov, A.M. Allenov 36

ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ СТАНДАРТИЗАЦИИ	PRACTICAL STANDARDIZATION
АНАЛИЗ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЦЕЛЯХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ	ANALYSIS OF DEMOGRAPHIC INDICATORS TO IMPROVE THE MODELS OF CARE THE CHECHEN REPUBLIC POPULATION
З.В. Исакова, Р.А. Хальфин 41	Z.V. Isakova, R.A. Khalfin 41
ОРГАНИЗАЦИЯ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА БАЗЕ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	ANIZATION OF RESEARCH ACTIVITY ON THE BASIS OF CITY CLINICAL HOSPITAL
В.Г. Полушкин, Р.А. Хальфин 46	V.G. Polushkin, R.A. Khalfin 46
НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РИСК-МЕНЕДЖМЕНТА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ СКОРИНГОВЫХ МОДЕЛЕЙ НА ПРИМЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПОЧЕК	SCIENTIFIC AND METHODOLOGICAL SUPPORT OF RISK MANAGEMENT IN HEALTH WITH SCORING MODELS AS DELIVERY OF HEALTH CARE TO PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE
К.С. Мильчаков 52	K.S. Milchakov 52
ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ	PREVENTION OF DENTAL DISEASES IN THE CHILD POPULATION: TOPICAL ISSUES, CURRENT STATE AND PROSPECTS
Л.В. Сухачева, В.В. Мадьянова 58	L.V. Sukhacheva, V.V. Madyanova 58
МАТЕРИАЛЫ ПЛЕНУМА МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «ОБЩЕСТВО ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ»	MATERIALS OF THE PLENUM OF THE INTERREGIONAL PUBLIC ORGANIZATION «SOCIETY OF PHARMACOECONOMICS AND OUTCOMES RESEARCH»
ОТЧЕТ О РАБОТЕ ПЛЕНУМА МОООФИ, Москва, 12.04.2016 г. 63	REPORT ON THE WORK OF THE RSPOR PLENUM, Moscow 12.04.2016. 63
КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТАТЕЙ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ 65	SUMMARY 65