

ТЕМА НОМЕРА

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1 ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

Валерий ПАВЛОВ: «В последующий плановый период не предусмотрено сокращение бюджетных ассигнований на здравоохранение»

2 МНЕНИЕ

О разделении платных и бесплатных медицинских услуг – в интервью **Давида МЕЛИК-ГУСЕЙНОВА**

3 СТАНДАРТИЗАЦИЯ

Итоги внедрения СКУР

4 ФАРМАКОЭКОНОМИКА

Об основах фармакоэкономики рассказывает **Константин КОКУШКИН**

5 КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Материалы майской, июньской и июльской клинико-анатомических конференций



Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета

Печатников Леонид Михайлович, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

Редакционный совет

Амплеева Татьяна Викторовна, главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Департамента здравоохранения города Москвы

Андреева Елена Евгеньевна, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве

Анциферов Михаил Борисович, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы

Арутюнов Григорий Павлович, главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы

Бордин Дмитрий Станиславович, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы

Богородская Елена Михайловна, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы

Брюн Евгений Алексеевич, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Департамента здравоохранения города Москвы

Васильева Елена Юрьевна, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы

Девяткин Андрей Викторович, главный внештатный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения города Москвы

Дубров Вадим Эрикович, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы

Жиляев Евгений Валерьевич, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы

Зеленский Владимир Анатольевич, директор МГФОМС

Колтунов Игорь Ефимович, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы

Конопляников Александр Георгиевич, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Департамента

здравоохранения города Москвы

Крюков Андрей Иванович, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы

Мазус Алексей Израилевич, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции

Департамента здравоохранения города Москвы

Мантурова Наталья Евгеньевна, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы

Мухтасарова Татьяна Радиковна, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

Назарова Ирина Александровна, председатель Совета главных врачей города Москвы

Орджоникидзе Зураб Гивиевич, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы

Орехов Олег Олегович, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы

Плутницкий Андрей Николаевич, руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

Погонин Алексей Владимирович, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

Потекаев Николай Николаевич, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы

Пушкарь Дмитрий Юрьевич, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы

Хатьков Игорь Евгеньевич, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы

Хубутия Могели Шалвович, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы

Шабунин Алексей Васильевич, главный внештатный специалист хирург Департамента здравоохранения города Москвы

Шамалов Николай Анатольевич, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов**

Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**

Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

Редакция журнала «Московская медицина»: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43

www.moscowmedicine.ru

Учредитель: Департамент здравоохранения города Москвы

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций

28 апреля 2014 года

Регистрационный номер ПИ № ФС 77-57984

ISSN 2587-8670

Издательство: ООО «Промо-центр»: 117420, Москва, ул. Профсоюзная, д. 57

Выпуск № 5(20) 2017 г. журнала «Московская медицина» отпечатан 27 октября 2017 года

Отпечатано в ООО «Издат принт»

Тираж 10 000 экз.

Распространяется бесплатно

В преддверии масштабных преобразований в столичном здравоохранении было понятно, что, помимо обновления материально-технической базы клиник, инфраструктурных преобразований системы оказания медицинской помощи, крайне важно будет поменять ментальность руководителей всех уровней. Мы должны были научиться жить по средствам, максимально эффективно используя имеющиеся ресурсы с наибольшей отдачей. Эффективность работы московского здравоохранения – одна из ключевых задач, решаемых руководством отрасли на всех уровнях.

Научились ли мы жить по средствам? Думаю, да. Сегодня руководство медицинских организаций считает деньги, работает над уменьшением немедицинских расходов, сокращая административно-управленческий аппарат, и все высвобождающиеся средства направляет на оплату оказания высококачественной медицинской помощи, ищет возможности расширения оказываемых медицинских услуг в рамках программы госгарантий.

Но важно не путать экономику и экономию. Приведу простой пример. Мы часто слышим упреки в том, что из соображений экономии из поликлиник первого уровня убрали узких специалистов. Теперь получить консультацию специалиста в этих поликлиниках невозможно. Могу сказать, что это поверхностный взгляд на ситуацию. Во-первых, в поликлиниках по-прежнему ведут прием и акушеры-гинекологи, и ЛОР-врачи, и окулисты, и хирурги. А во-вторых, надо понимать, что в случае, когда речь идет об урологах, например, полноценный прием пациента без инструментальной диагностики провести невозможно. Сегодня консультация уролога не может ограничиваться осмотром и пальцевым исследованием, врач должен иметь возможность при необходимости провести широкий спектр инструментальной диагностики. Урологическую консультацию без УЗИ, МРТ, специфических анализов консультацией считать нельзя. Кардиолог не может руководствоваться только показаниями тонометра и тем, что он услышал в фонендоскоп. У узких специалистов в поликлиниках первого уровня возможности провести полноценную консультацию не было. И когда пациент приходил на прием к специалисту и думал, что он получает консультацию, он ошибался. На прием он попадал, но полноценной консультации не получал. При этом пациент, будучи уверенным, что он получил исчерпывающий диагноз и назначения, больше к урологу не обращался. В итоге в городе росла заболеваемость раком предстательной железы, в том числе выявляемым на поздних стадиях. Какая же это экономия – лечение онкологических заболеваний, выявляемых на поздних стадиях, стоит серьезных денег. Переместив отдельных узких специалистов в поликлиники второго уровня, мы существенно повысили качество их консультаций. С тем чтобы консультация соответствовала потребностям пациента, а вовсе не из экономии. Именно такой подход и делает экономику здравоохранения эффективной.



Леонид ПЕЧАТНИКОВ,
заместитель мэра
Москвы по вопросам
социального развития

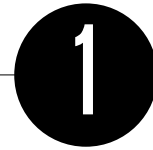
ОТ РЕДАКЦИИ

Обращение к читателям заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития Леонида ПЕЧАТНИКОВА

02

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

Валерий ПАВЛОВ: «Каждый руководитель медицинской организации теперь может оценить эффективность своей работы»



05

Владимир ЕФИМОВ: «Правительство Москвы направляет значительные бюджетные средства на развитие социальной инфраструктуры»

11

АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ

Алексей ПОГОНИН: «Основная задача - оптимизация амбулаторной помощи за счет повышения ее доступности в территориальном и временном отношении»

13

Андрей ТЯЖЕЛЬНИКОВ: «Переход на подушевое финансирование на сегодняшний день полностью себя оправдал»

17

Выдержать конкуренцию и сохранить доступность медицинской помощи

Об экономике на уровне поликлиники рассказывает главный врач городской поликлиники №68 Наталья КУЗЕНКОВА

20

Татьяна ВАСИЛЬЕВА: «Мы научились жить по средствам»

23

Татьяна НОВОЗЕМЦЕВА: «Мы за то, чтобы врачи достойно зарабатывали»

26

СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ

Елена ХАВКИНА: «Мы, как никогда, хорошо понимаем проблемы отечественного здравоохранения»

28

Трудности конкуренции

Об экономике многопрофильного стационара рассказывает главный врач ГКБ №64 Ольга ШАРАПОВА

33

Больничная арифметика

О нюансах организации медицинской помощи детям рассказывает главный врач Морозовской городской клинической больницы Игорь КОЛТУНОВ

36

Игорь ХАТЬКОВ: «Управленческая команда - это сервис, обеспечивающий работу врачей»

39

Алексей ШАБУНИН: «Одна из задач главного врача состоит в оценке экономической эффективности деятельности с точки зрения наилучшего результата»	—	42
Леонид АРОНОВ: «В 2017 году завершается пятилетний этап перехода медицинских организаций на эффективный контракт»	—	47
Сергей ПЕТРИКОВ: «Грамотный процесс планирования помогает избежать перекосов в финансировании»	—	50
ПРОФЕССИЯ С экономической точки зрения Каким должен быть заместитель по экономике?	—	54
МНЕНИЕ Давид МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ: «Один пациент хочет заплатить, другой не может заплатить, но медицинская помощь и тому, и другому должна быть оказана качественно»	2 —	56
СТАНДАРТИЗАЦИЯ Результаты внедрения стандарта качества управления ресурсами в учреждениях государственной системы здравоохранения города Москвы в 2014-2016 гг.	3 —	60
ФАРМАКОЭКОНОМИКА Основы фармакоэкономики	4 —	68
КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА У семи нянек... Материалы общегородской клинико-анатомической конференции от 24 мая 2017 года	5 —	74
Сюрпризы от молодых пациенток Материалы общегородской клинико-анатомической конференции от 26 июня 2017 года	—	81
Трагическая казуистика Материалы общегородской клинико-анатомической конференции от 24 июля 2017 года	—	89
КВЕСТ История в вопросах	—	96

ВАЛЕРИЙ ПАВЛОВ: КАЖДЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ТЕПЕРЬ МОЖЕТ ОЦЕНИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СВОЕЙ РАБОТЫ

Объемы финансирования городского здравоохранения неуклонно растут. В текущем году уточненный объем консолидированного бюджета Москвы на здравоохранение с учетом средств ОМС составляет 366,2 млрд рублей, что на 43,1 млрд рублей больше, чем в прошлом. Об основных экономических параметрах здравоохранения города рассказывает первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Валерий ПАВЛОВ.

- Каковы основные параметры финансирования московской системы здравоохранения в этом году?

– Если говорить об отрасли, то здесь следует учесть, что в условиях страховой модели финансирования здравоохранения объем финансового обеспечения отрасли формируется за счет двух основных источников: средств бюджета города Москвы и субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС), поступающей в бюджет Московского городского фонда обязательного медицинского страхования (далее – МГФОМС). На 2017 г. уточненный объем консолидированного бюджета Москвы с учетом средств ОМС составляет 366,2 млрд рублей, или на 43,1 млрд рублей (13,3%) выше уточненного объема в 2016 г. Также и в последующий плановый период не планируется сокращение бюджетных ассигнований на здравоохранение.

Структура расходов бюджета Москвы включает:

- бюджет развития – 50,1 млрд рублей (в том числе расходы на Адресную инвестиционную программу – 27,6 млрд рублей; капитальный ремонт объектов здравоохранения – 8,8 млрд рублей; текущий ремонт – 0,9 млрд рублей; приобретение оборудования и основных средств – 12,7 млрд рублей);
- расходы на социальную поддержку – 30,6 млрд рублей;
- текущие расходы отрасли – 121,2 млрд рублей;
- средства ОМС – 164,3 млрд рублей.



Валерий ПАВЛОВ,
первый заместитель
руководителя Департа-
мента здравоохра-
нения города Москвы

Одними из основных расходов отрасли являются расходы на лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, изделиями медицинского назначения и специализированным лечебным питанием по перечню заболеваний и других категорий граждан, меры социальной поддержки которых относятся к ведению города Москвы.

В 2017–2019 гг. на указанные цели бюджетом города Москвы предусмотрено 26,3 млрд рублей ежегодно с увеличением на 8,0 млрд рублей, или на 43,4% относительно бюджетных ассигнований, утвержденных Законом на 2016 г. (2016 г. в редакции от 27.04.2016 – 18,4 млрд рублей).

Также ежегодно отмечается увеличение расходов бюджета на оказание высокотехнологичной ме-



**В ПРОЕКТЕ БЮДЖЕТА ГОРОДА МОСКВЫ
НА 2018 Г. ОБЩИЙ ОБЪЕМ РАСХОДОВ НА
РЕАЛИЗАЦИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ
«СТОЛИЧНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»
СОСТАВЛЯЕТ 251,2 МЛРД РУБЛЕЙ. ДЛЯ
СРАВНЕНИЯ: В 2010 Г. ОБЪЕМ ПРОГРАММЫ
ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ БЮДЖЕТА МОСКВЫ
СОСТАВЛЯЛ 152,1 МЛРД РУБЛЕЙ.**

дицинской помощи и расходов по приобретению оборудования и мебели в целях оснащения подведомственных медицинских организаций, в том числе в связи с завершением капитального и текущего ремонтов в стационарных медицинских организациях здравоохранения города Москвы.

В текущем году значительно увеличены бюджетные средства на:

■ проведение закупок дорогостоящих препаратов сопроводительной терапии для лечения больных по профилям «онкология», «онкогематология» в стационарах, работающих в системе обязательного медицинского страхования, в связи с применением высокодозной химиотерапии с поддержкой стволовыми клетками (трансплантация костного мозга), а также ростом стоимости применяемых лекарственных средств;

■ на комплексное оснащение медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы локальными вычислительными сетями и структурированными кабельными системами.

- Какова динамика финансирования отрасли за последние 2-3 года?

– В проекте бюджета города Москвы на 2018 г. общий объем расходов на реализацию государственной программы «Столичное здравоохранение» составляет 251,2 млрд рублей.

Для сравнения: в 2010 г. объем Программы за счет средств бюджета Москвы составлял 152,1 млрд рублей. Таким образом, рост расходов бюджета на 2018 г. по отношению к 2010 г. составит 99,1 млрд рублей, или 65,1%.

Также значительно увеличился объем субвенции из Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предоставляемой бюджету МГФОМС на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий в сфере обязательного медицинского страхования, который в 2018 г. составит 205,9 млрд рублей, или на 25% выше объема субвенции 2017 г. Общий объем консолидированного бюджета на здравоохранение без учета расходов на охрану окружающей среды на 2018 г. составляет 419,8 млрд рублей (включая средства бюджета МГФОМС), или выше на 15% утвержденного объема в 2017 г. (364,9 млрд рублей), и почти в два раза превышает объем 2010 г. (188,9 млрд рублей). За счет двух источников (бюджет города Москвы и бюджет МГФОМС) ежегодно отмечается увеличение расходов, в том числе на оказание медицинской помощи по видам и условиям ее оказания (амбулаторно-поликлиническая помощь, медицинская помощь в условиях стационара, медицинская помощь в условиях дневных стационаров, медицинская реабилитация; паллиативная медицинская помощь; скорая медицинская помощь и др.).

Так, без учета инвестиционных расходов, на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях на 2018 г. запланированы средства 147,3 млрд рублей, или выше на 22,4% к уровню 2017 г. (120,3 млрд рублей с учетом приобретения оборудования и капремонта). Предусмотренный объем средств более чем в два раза превышает уровень расходов по данному виду помощи в 2010 г. (60,2 млрд рублей).

Обращает на себя внимание сохранение высокой приоритетности первичной медико-санитарной помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни.

Объем финансирования в 2018 г. из бюджета города Москвы и средств ОМС на оказание специализированной медицинской помощи в условиях стационара составляет 160,8 млрд рублей с увеличением на 55,2% по сравнению с расходами 2010 г. (103,6 млрд рублей) и на 18,7% по сравнению с расходами 2017 г. (135,5 млрд рублей).

Также отмечается рост расходов в 2018 г. на оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара – 12,9 млрд рублей, с увеличением в 3,7 раза по сравнению с расходами 2010 г. (3,5 млрд рублей) и на 17,2% по сравнению с расходами 2017 г. (11,0 млрд рублей).

- Медицина постоянно дорожает, что вызывает необходимость разработки подходов и механизмов рационализации использования имеющихся ресурсов. Что делается в этом направлении в Москве на уровне Департамента здравоохранения?

– Вопросы рационального и эффективного использования имеющихся ресурсов отрасли являются на сегодняшний день одними из приоритетных в работе Департамента наряду с основными задачами, связанными с повышением качества и доступности оказания гражданам медицинской помощи.

Финансовым блоком Департамента на основе данных мониторинга и анализа финансового состояния подведомственных учреждений и отрасли в целом вырабатываются конкретные решения, направленные на оптимизацию (минимизацию) расходов, в первую очередь не относящихся к так называемым медицинским расходам, как для конкретной медицинской организации, так и для всей подведомственной сети. Соответствующими службами Департамента осуществляется эффективный контроль за планируемыми медицинскими организациями закупками товаров, работ и услуг, их обоснованностью и экономической целесообразностью, в том числе в части расчета начальной максимальной цены контрактов. Проводится всесторонний анализ экономической эффективности использования имущества медицинских организаций на основе данных о востребованности отдельных видов медицинских услуг.

Так, по результатам данной работы в 2016 и 2017 гг. Департаментом здравоохранения города Москвы были подготовлены и поддержаны Правительством Москвы предложения по передаче ряда учреждений в ведомственное подчинение Департамента социальной защиты города Москвы, в федеральную собственность и собственность Московской области,

что позволило значительно снизить расходы на содержание неэффективных расходов без ущерба качеству, своевременности и доступности оказания медицинской помощи жителям города Москвы.

Значительные усилия направлены на эффективное использование средств по оплате коммунальных услуг. В первую очередь, это повсеместная установка в медицинских организациях приборов учета потребляемых энергоресурсов, что в значительной мере влияет на снижение затрат на указанные услуги.

Это только отдельные направления в нашей работе. Но данный вопрос является одним из приоритетных. В настоящий момент уже реализуются или находятся в стадии подготовки проекты по развитию и совершенствованию отдельных направлений – это психиатрическая служба, санаторно-курортный комплекс, паллиатив и другие направления.

- Каков механизм контроля за экономической деятельностью медицинских учреждений города со стороны Департамента здравоохранения?

– В целях более тесной увязки основных экономических показателей деятельности учреждения и выработки единых подходов в вопросах финансового обеспечения оказания медицинской помощи населению Департаментом здравоохранения города Москвы внедрен экономический паспорт



**ВОПРОСЫ РАЦИОНАЛЬНОГО И ЭФФЕКТИВНОГО
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИМЕЮЩИХСЯ РЕСУРСОВ
ОТРАСЛИ ЯВЛЯЮТСЯ НА СЕГОДНЯШНИЙ
ДЕНЬ ОДНИМИ ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ В РАБОТЕ
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА.**

медицинской организации, который представляет собой систему сбалансированных операционных и финансовых показателей, дает представление о текущей эффективности деятельности учреждения. Это позволяет ретроспективно оценить, как те или иные управленческие решения повлияли на деятельность учреждения.

Самое важное в экономическом паспорте – это тесная взаимосвязь как финансовых, так и натуральных

показателей (о деятельности медицинской организации), отражающих мощностъ учреждения, техническую оснащенность, загруженность коечного фонда, количество выполненных посещений, обследований и др.

Внедренная система дает возможность сравнивать учреждения по разным видам показателей, например, выработка на врача (объем средств, поступивших за оказанную медицинскую помощь, на одного врача) или, например, кол-во квадратных метров на врача, где мы видим, есть ли дефицит в площадях, а в каких-то медицинских организациях – есть пространство для развития новых направлений.

Департаментом здравоохранения на регулярной основе проводятся совещания и встречи с главными врачами медицинских организаций или их заместителями по экономическим вопросам, на которых рассматриваются основные вопросы и направления для развития медицинских организаций, обсуждаются мероприятия по достижению лучших показателей. Обсуждаются насущные проблемы, приводятся примеры лучших практик и доводятся целевые показатели по конкретным направлениям.

Кроме того, с помощью информационных систем и ресурсов, в целях организации работы по повыше-

оказания медицинской помощи жителям города Москвы учитываются финансовые (экономические) показатели.

К таким показателям относятся:

- выработка по обязательному медицинскому страхованию на основной медицинский персонал (врачи и средний медицинский персонал);
- доля немедицинских расходов;
- динамика средней заработной платы по «указным» категориям работников.

- Они влияют на уровень финансирования медучреждений, зарплаты руководства клиник?

– Экономические показатели эффективности формируют итоговый коэффициент эффективности для определения размера ежеквартальной стимулирующей выплаты руководителю учреждения.

При установлении коэффициента эффективности и результативности деятельности руководителя учреждения в размере менее 0,5 стимулирующая выплата за эффективность и результативность этому руководителю не выплачивается.

- На чем вы хотели бы акцентировать внимание руководителей московских клиник в этой связи?

– Регулярно Департаментом здравоохранения города Москвы проводятся совещания с руководителями, на которых подробно разбираются вопросы выполнения целевых показателей эффективности, в том числе экономических. Проводится анализ работы каждой медицинской организации и даются рекомендации по дальнейшему ее развитию.

В настоящее время одним из основных вопросов экономической деятельности медицинских учреждений является обеспечение роста средней заработной платы «указных» категорий работников в соответствии с Указом Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597.

- Повысилась ли за последние годы экономическая грамотность руководителей московских клиник?

– Да. Руководители подведомственных медицинских организаций за последние годы научились грамотно и рационально использовать имеющийся коечный фонд в соответствии с его фактической загрузкой. Сокращение избыточного коечного фонда, а соответственно, и сокращение расходов на его содержание позволило перераспределять финансовые средства на внедрение стационарзамещающих технологий, на оказание медицинской помощи в условиях дневного



РУКОВОДИТЕЛИ ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ НАУЧИЛИСЬ ГРАМОТНО И РАЦИОНАЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ИМЕЮЩИЙСЯ КОЕЧНЫЙ ФОНД В СООТВЕТСТВИИ С ЕГО ФАКТИЧЕСКОЙ ЗАГРУЗКОЙ.

нию эффективности деятельности подведомственных медицинских организаций, Департаментом здравоохранения города Москвы и МГФОМС осуществляется мониторинг по различным формам отчетности.

- Экономические показатели учитываются при оценке деятельности главврачей?

– Конечно. При оценке деятельности главных врачей наряду с показателями качества и доступности

стационара, развитие и укрепление амбулаторной службы, модернизацию медико-реабилитационных отделений.

Главные врачи стали более открыты к новым технологиям и внедрению лучших международных практик, которые позволяют повысить, с одной стороны, эффективность деятельности и качество оказываемой медицинской помощи, а с другой – снизить расходы и тем самым высвободить средства для повышения уровня заработной платы медицинского персонала (например, стационар кратковременного пребывания в стационаре).

Значительная доля главных врачей медицинских организаций в 2015–2017 гг. прошли 2-годичные курсы обучения в Московском городском университете управления Правительства Москвы в рамках последипломного образования и защитили дипломные работы по экономической направленности.

Каждый руководитель медицинской организации теперь может оценить эффективность своей работы и функционирования учреждения на совершенно четких показателях, которые отражают качество и объем оказанной медицинской помощи, проанализировать причину увеличения доли немедицинских расходов в бюджете организации, эффективность загрузки персонала и т.д.

- Как вы считаете, научились московские медицинские организации жить по средствам, о необходимости чего неоднократно говорил Леонид Печатников, и что, очевидно, диктуется современными реалиями?

– Система финансирования медицинских организаций основывается на принципах оплаты за непосредственные результаты деятельности (выполнение объема оказанной медицинской помощи, медицинских услуг, выполнение утвержденного государственного задания).

Для учреждений, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, создание одноканальной системы финансирования за счет средств ОМС и расширение конкурентного рынка медицинских услуг в конечном итоге повлияли на понимание необходимости повышения качества медицинских услуг и эффективности использования имеющихся ресурсов.

В современных условиях медучреждения вынуждены использовать приемы, более свойственные коммерческому предприятию. Финансово-экономическая деятельность любой медицинской организации

должна основываться на показателях работы всех подразделений и выявлении причин низкой доходности.

Помимо внешних проверок, проводимых Департаментом здравоохранения города Москвы и контрольными органами, учреждения внедряют внутренний финансовый контроль в целях исключения возможности нерационального использования финансовых ресурсов, отслеживают целевое назначение расходов на эксплуатацию и ремонт, просчитывают потребность в средствах на закупку лекарственных препаратов и расходного материала исходя из установленного объема медицинской помощи или государственного задания на выполнение услуг.

Руководители медучреждений проводят мероприятия по повышению качества услуг и интенсивности лечения, сокращению немедицинских расходов, оптимизации структуры учреждения и штатов.

И мы отмечаем, что за последний год заметно снизилось количество поступающих в Департамент обращений от главных врачей по вопросу выделения дополнительных средств из бюджета города Москвы на обеспечение деятельности учреждения. При этом наблюдается рост уровня средней заработной платы работников медорганизаций, в том числе в рамках выполнения Указа президента Российской Федерации № 597.

В подведомственных учреждениях разработаны показатели эффективности деятельности работников, которые увязываются с удовлетворенностью граждан качеством оказания медицинской помощи и отсутствием обоснованных жалоб, учитывается соблюдение трудовой дисциплины и кодексов профессиональной этики.

Порядок, условия и размеры выплат стимулирующего характера устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами учреждений по согласованию с выборным профсоюзным органом (представительным органом работников) в пределах бюджетных ассигнований, средств обязательного медицинского страхования и средств от приносящей доход деятельности, выделенных на оплату труда.

Указанные выплаты производятся при условии достаточной финансовой обеспеченности учреждения и максимальными размерами не ограничены.

- На чем будет сконцентрировано внимание Департамента здравоохранения в части финансирования отрасли и выстраивания эффективной экономики московского

здравоохранения в ближайшее время?

– При формировании проекта бюджета города Москвы на 2018 г. в составе расходов на реализацию мероприятий Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» планируются средства на улучшение состояния здоровья населения города Москвы на основе повышения качества и доступности медицинской помощи, приведения ее объемов и структуры в соответствие с заболеваемостью и потребностями жителей Москвы.

При этом общий объем ресурсов Департамента здравоохранения в рамках обеспечения Программы, с учетом инвестиционных расходов, а также предоставляемых мер социальной поддержки ежегодно увеличивается и в 2018 г. составит 251,2 млрд рублей, что на 18,2 млрд рублей больше, чем предусмотрено Законом о бюджете города Москвы на 2017 г. (или 7,8%).

На 2018 г. Департаменту здравоохранения города Москвы увеличены бюджетные ассигнования по следующим направлениям расходов:

- на оплату труда работников подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы организаций – 5,7 млрд рублей.

Дополнительная потребность объясняется необходимостью выполнения указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597;

- на оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи за счет средств бюджета города Москвы – 2,8 млрд рублей, в том числе на финансирование высокоэффективных методов лучевой терапии с применением метода 3D- и 4D-радиотерапии (лучевой терапии) в целях оказания медицинской помощи больным онкологического профиля – 2,1 млрд рублей. В 2018 г. планируется обеспечить оказание проведения лучевой терапии более 10 тыс. пациентам;

- на оказание высокотехнологичной медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями при проведении коронарной реваскуляризации миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием одной коронарной артерии при ишемической болезни сердца – 0,5 млрд рублей;

- на строительство и оснащение Центра протонно-лучевой терапии на базе ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ» – 0,8 млрд рублей;

- проведение неонатального скрининга – 0,1 млрд рублей в связи с расширением комплекса обследования до 10 заболеваний (вместо 5);

- на обеспечение проведения необходимых мероприятий по медицинскому сопровождению проведения Чемпионата мира по футболу в 2018 г. – 0,6 млрд рублей.

Отличительной особенностью бюджета на 2018 г. являются бюджетные ассигнования, запланированные на предоставление грантов в сфере здравоохранения. В 2017 г., в целях поддержания высокого уровня оказания медицинской помощи жителям города Москвы, Правительством Москвы принято решение о предоставлении грантов медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы. На основании решений в бюджете отрасли на 2018 г. и плановый период предусмотрены ассигнования на указанные цели в сумме 9,2 млрд рублей.

Гранты планируется предоставлять подведомственным медицинским организациям, в целях материального поощрения врачей и другого медицинского персонала (врачей, удостоенных статуса «Московский врач»; врачей общей практики (семейных врачей) городских поликлиник; врачей и медицинских сестер городских поликлиник, участвующих в реализации программ ведения пациентов старших возрастных групп с множественными хроническими заболеваниями, оказывающих плановую первичную медико-санитарную помощь взрослому населению на дому, осуществляющих диагностические исследования по выявлению злокачественных новообразований; медицинского персонала лучших в различных категориях поликлиник; медицинского персонала лучших отделений реанимации и интенсивной терапии городских больниц; больниц, внедряющих передовые технологии и др.).

Одними из основных и важных социально-значимых расходов бюджета являются расходы, планируемые на предоставление мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и специализированным лечебным питанием льготных категорий граждан – в сумме 26,3 млрд рублей ежегодно.

При этом уровень обеспеченности льготных категорий граждан современными и эффективными препаратами в последние годы значительно вырос.

ВЛАДИМИР ЕФИМОВ: ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ НАПРАВЛЯЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ БЮДЖЕТНЫЕ СРЕДСТВА НА РАЗВИТИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ

В Москве будет создано новое высокотехнологичное фармацевтическое производство компании «Биокад» – первый в России проект, реализующийся по законодательству о закупке для государственных нужд со встречными инвестиционными обязательствами поставщика. «Доктор рядом» – еще одна инициатива столичных властей и частных инвесторов, которая будет способствовать повышению доступности и качества первичной медико-санитарной помощи москвичам. О них и о других проектах правительства Москвы в сфере здравоохранения рассказал глава Департамента экономической политики и развития города Москвы Владимир ЕФИМОВ.

- Владимир Владимирович, в начале октября Правительство Москвы заключило контракт, который предполагает появление в городе современного высокотехнологичного производства лекарственных препаратов. Какую роль он сыграет для здравоохранения столицы и страны в целом?

– Действительно, мы подписали контракт с компанией «Биокад» на поставку лекарственных средств с инвестиционными обязательствами поставщика по локализации фармацевтического производства на территории города. Основная цель заключения контракта – это организация современного высокотехнологичного производства, отвечающего строгим экологическим требованиям. По его условиям, город закупит 22 наименования произведенных лекарственных средств, в основном группы «онкология и иммуномодуляторы». Инвестор же в течение первых трех лет должен создать мощности по выпуску лекарств, их упаковке и контролю качества. Контракт заключен на 10 лет. Этот проект станет первым в России, реализуемым по вновь принятому законодательству о закупке для государственных нужд со встречными инвестиционными обязательствами



Владимир ЕФИМОВ,
министр Правитель-
ства Москвы, руково-
дитель Департамента
экономической полити-
ки и развития города
Москвы



НАТАЛЬЯ КАМЫНИНА
ЗАМЕСТИТЕЛЬ ДИРЕКТОРА ИНСТИТУТА
ПО НАУКЕ, Д.М.Н

“ Управление научными исследованиями, развитие кадрового потенциала и соединение науки с практикой – главные составляющие успешного развития всей нашей отрасли.

Осуществляет комплексные научные исследования по оценке результативности деятельности медицинских организаций

- Разработка и реализация комплексных решений в области управления ресурсами здравоохранения
- Экспертная оценка научных и инвестиционных проектов в сфере медицины и здравоохранения
- Реализация модели непрерывного профессионального образования для медицинских работников

www.nioz.ru
+7 (495) 951-20-54
niozmm@zdrav.mos.ru
115184, Москва, Большая Татарская, 30

поставщика. Очень важно: долгосрочный заказ локализованной продукции позволит беспрецедентно снизить цену закупаемых лекарств.

- Какие еще выгоды получит город от контрактов с инвестиционными обязательствами, которые заключат между собой поставщик и фармацевтические компании?

– Подобное партнерство позволит решить целый комплекс стоящих перед городом важнейших задач. Это импортозамещение в социально значимой фармацевтической отрасли, гарантия бесперебойной поставки жизненно важных лекарств, предсказуемость и адекватность цен на препараты и, наконец, экономия бюджетных средств – за счет долгосрочных контрактов и максимального снижения цен на закупаемую продукцию. Контракт с инвестиционными обязательствами поставщика заключается в отношении закупок, доказавших свою эффективность, а также наиболее востребованных лекарств, включенных в перечень жизненно необходимых. Подчеркну, что некоторые лекарства из этого перечня защищены патентом и, потому вообще не производятся в России. А мы в результате партнерства сможем наладить их выпуск. Такие проекты способствуют развитию новых наукоемких индустриальных компетенций Москвы и России в целом. Кроме того, создают новые высокооплачиваемые рабочие места для квалифицированного персонала.

- Какие еще проекты помогают в Москве развивать сферу здравоохранения?

– Правительство Москвы направляет значительные бюджетные средства на развитие социальной инфраструктуры. В то же время одной из целей инвестиционной политики города является привлечение частных инвестиций в сферы, которые раньше финансировались только за счет государства. В сфере здравоохранения это проект «Доктор рядом». Он способствует повышению доступности и качества первичной медико-санитарной помощи москвичам. По условиям программы льготной аренды, инвестор должен за свой счет отремонтировать помещение, оборудовать его и подготовить для предоставления медицинских услуг. Начав медицинскую деятельность, инвестор переходит на льготную ставку аренды в размере 1 рубль за квадратный метр в год. При этом помимо услуг, предоставляемых на коммерческой основе, клиника должна оказывать и бесплатную первичную медицинскую помощь населению – в рамках обязательного медицинского страхования. Срок аренды помещения составляет 20 лет.

- Каковы результаты этой программы сегодня?

– На сегодня в аренде у инвесторов находятся 63 объекта недвижимого имущества. Из них 40 уже начали работать как клиники шаговой доступности, потому перешли на ставку 1 руб. за кв. метр в год.

АЛЕКСЕЙ ПОГОНИН: ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА – ОПТИМИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ ЗА СЧЕТ ПОВЫШЕНИЯ ЕЕ ДОСТУПНОСТИ В ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ И ВРЕМЕННОМ ОТНОШЕНИИ

Об основных экономических показателях работы амбулаторного звена московского здравоохранения рассказывает заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Алексей ПОГОНИН.

- Какова динамика объемов оказания медицинской помощи московскими поликлиниками за последние 2-3 года?

– В комплексе мер, направленных на повышение эффективности работы системы здравоохранения и качества оказания медицинской помощи москвичам, ключевым инструментом явились структурные преобразования, в рамках которых приоритетными направлениями являются развитие и повышение удельного веса первичной медико-санитарной помощи в общем объеме оказания медицинской помощи.

Так, прогнозируемый объем оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях населению города Москвы в 2017 г. в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве составляет:

■ посещений с профилактическими и иными целями – 32 845 328 (превышает выполнение за 2016 год на 2 069 450 посещений (или на 7%));

■ обращений в связи с заболеваниями – 35 789 974 (на 1 410 624 обращения больше, чем выполнено за 2016 год (или на 4%)).

При этом доля посещений с профилактической целью в общем объеме посещений составляет 46,0%.



Алексей ПОГОНИН,
заместитель руководи-
теля Департамента
здравоохранения горо-
да Москвы

В том числе в рамках реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2017 г. планируется выполнить:

- посещений с профилактическими и иными целями – 28 301 304 (на 7% больше, чем в 2016 г.);
- обращений в связи с заболеваниями – 33 853 177 (на 4% больше, чем в 2016 г.).

В городе Москве мероприятия, направленные на формирование у населения мотивации к здоровому образу жизни, укреплению и сохранению здоровья, реализуются в рамках подпрограммы «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Совершенство



**В ТЕКУЩЕМ ГОДУ, В ЦЕЛЯХ ПОДДЕРЖАНИЯ
ВЫСОКОГО УРОВНЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ
ГОРОДА, ПРАВИТЕЛЬСТВОМ МОСКВЫ
ПРИНЯТО РЕШЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ
ГРАНТОВ МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТОЛИЦЫ.**

вание первичной медико-санитарной помощи» Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)». В последние годы уделяется большое внимание вопросу повышения качества медицинской помощи пациентам старших возрастных групп, имеющим три и более хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), путем обеспечения персонализированного подхода к ведению пациентов. В медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, реализуется программа ведения пациентов старших возрастных групп с множественными хроническими заболеваниями. В структуре медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, реализуются мероприятия по организации плановой первичной медико-санитарной помощи на дому взрослым пациентам с ограничением (отсутствием) способности или возможности к самостоятельному передвижению и (или) самообслуживанию, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, силами выделенных врачей и медицинских сестер.

Необходимо отметить, что повышение доступности и качества медицинской помощи в амбулаторном звене обеспечивается в том числе реализацией мероприятий «Московского стандарта поликлиники», «Московского стандарта детской поликлиники».

- Каковы особенности оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе в Москве?

– На современном этапе особую актуальность приобретает профилактическая работа, направленная на предупреждение возникновения и развития заболеваний и укрепление здоровья, которая может быть решена только при условии координации действий медицинских и немедицинских секторов общества и различных групп населения.

Успех профилактических мероприятий в значительной степени зависит от медицинских работников первичного звена здравоохранения. А это, в свою очередь, ставит задачи повышения уровня знаний медицинских работников по профилактической работе и их заинтересованности в ее осуществлении.

В столичном здравоохранении осуществлен комплекс мер по совершенствованию ранее действующей организационной модели медицинской помощи в целях оптимального распределения сети медицинских организаций по мощности, объемам и структуре и внедрения эффективных и экономически обоснованных вертикальных технологий организации и оказания всех видов медицинской помощи в соответствии с потребностью граждан – жителей города Москвы.

Для удовлетворения потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи на уровне первого контакта врача и пациента проводится постепенное введение формы работы по типу «врач общей практики (семейный врач)».

В текущем году, в целях поддержания высокого уровня оказания первичной медико-санитарной помощи жителям города Москвы, Правительством Москвы принято решение о предоставлении грантов медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы. В том числе в целях материального поощрения работников медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и повышения их уровня профессионализма:

- врачей общей практики (семейных врачей);
- медицинских работников, реализующих программу ведения пациентов старших возрастных групп с множественными хроническими заболеваниями;
- медицинских работников, оказывающих плановую первичную медико-санитарную помощь взрослому населению на дому, взрослым пациентам с ограничением

(отсутствием) способности или возможности к самостоятельному передвижению и (или) самообслуживанию, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами.

Также Правительством Москвы учреждены гранты в целях повышения уровня раннего выявления онкологических заболеваний и осуществления своевременных мер по борьбе с ними, в целях улучшения качества профилактической работы медицинскими организациями государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающими первичную медико-санитарную помощь.

Департаментом здравоохранения города Москвы большое значение уделяется вопросу формирования пациентоориентированной среды в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, обеспечивающей улучшение качества обслуживания пациентов.

Так, в текущем году Правительством Москвы принято Постановление, в соответствии с которым учреждены гранты в 2 категории:

■ «Лучшая детская поликлиника по отзывам пациентов» – 1 грант в размере 7 500,0 тыс. рублей;

■ «Лучшая взрослая поликлиника по отзывам пациентов» – 1 грант в размере 7 500,0 тыс. рублей.

- Что привнесло в экономику медицинской помощи на амбулаторном этапе подушевое финансирование?

– Переход на подушевой принцип финансирования здравоохранения был осуществлен с целью повышения эффективности проводимой работы за счет оптимального распределения финансовых ресурсов. Данный принцип охватывает все стадии движения финансовых средств отрасли: формирование, распределение и расходование.

До введения подушевого принципа финансирования оплата оказанной медицинской помощи осуществлялась за объем оказанных услуг по посещениям и обращениям, что побуждало отдельных руководителей медицинских организаций к искусственному завышению показателей по выполненным услугам. Введение принципов оплаты медицинской помощи в рамках системы подушевого финансирования позволило поставить барьер к завышению объема фактически оказанной медицинской помощи.

Принцип оплаты медицинской помощи в рамках системы подушевого финансирования основан на оценке ожидаемых расходов в здравоохранении с учетом половозрастной структуры населения. Он стимулирует амбулаторные медицинские учреждения к более

рациональному освоению имеющихся в их распоряжении ресурсов, основанному на планировании и ориентации на наиболее эффективные формы оказания медицинской помощи, а также способствует развитию профилактической деятельности.

Исходя из количества прикрепленного к поликлинике населения (с учетом их половозрастных групп) определяется объем средств, которые направляются в медицинскую организацию для обеспечения деятельности.

Рациональное распоряжение ресурсами создает конкуренцию по качеству предоставления медицинской помощи – население прикрепляется к тем поликлиникам, в которых и лечение, и отношение к пациентам лучше.

- Какие рычаги управления экономикой процесса оказания помощи на амбулаторном этапе дала ЕМИАС?

– Говоря о том, что дала платформа ЕМИАС с точки зрения управления экономикой процесса оказания помощи, в первую очередь стоит отметить модуль СПУ (система персонифицированного учета). Она позволяет в автоматическом режиме вести учет услуг, оказанных пациентам, а также объединить в одном информационном поле Департамент здравоохранения, МГФОМС, медицинские организации и страховые компании, работающие в рамках ОМС и ДМС.

Далее стоит отметить Сервис консолидированного управленческого учета (СКУУ), благодаря которому контролируется бюджет МО, производится расчет заработной платы сотрудников, формируется штатное расписание. Также он позволяет производить расчет стоимости оказания услуг.

Такой модуль, как сервис управления потоками пациентов (СУПП), оптимизирует функционал медучреждения, адаптирует его ресурсы для достижения адекватности процесса работы имеющемуся потоку пациентов.

Это далеко не все инструменты управления, которые существуют в ЕМИАС. Платформа все время развивается и расширяется, появляется новый функционал как для пациентов, так и для руководителей медицинских организаций.

- Учитываются ли экономические показатели при составлении рейтинга поликлиник города?

– В соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 29.07.2015 г. № 632 «Об утверждении целевых показателей оценки качества и эффективности деятельности учреждений, находящихся в ведении ДЗМ, и критериев оценки эффективности и результативности деятельности

руководителей ГУЗ Москвы, находящихся в ведении ДЗМ» для поликлинических учреждений установлены следующие целевые показатели оценки эффективности деятельности:

- выработка по ОМС на основной медицинский персонал (врачи и средний медицинский персонал);
- доля немедицинских расходов;
- динамика роста (снижения) средней заработной платы по указным категориям.

Указанные целевые показатели характеризуют не только эффективность деятельности амбулаторного звена, но и отражают оценку эффективности и результативности деятельности их руководителей.

Финансовые (экономические) показатели амбулаторно-поликлинических учреждений города Москвы, наряду с показателями оказания первичной медико-санитарной помощи, учитываются при оценке качества и эффективности деятельности поликлинических учреждений города Москвы, определении рейтинга лучших поликлинических учреждений.

При этом экономические показатели составляют только 33% от всех показателей деятельности, остальные являются показателями доступности и качества медицинской помощи.

- Какова динамика расходов на амбулаторную помощь за последние годы в городе?

– Расходы на амбулаторную помощь в городе Москве с каждым годом увеличиваются. Это связано и с ростом цен на товары, работы и услуги, и с необходимостью повышения уровня оплаты труда медицинского персонала поликлинических учреждений.

Так, общие расходы по амбулаторной помощи в 2015 г. составили 72,7 млрд рублей, в 2016 г. – 76,0 млрд рублей (+4% от уровня расходов 2015 г.), а на 2017 г. объем расходов запланирован в объеме 88,2 млрд рублей (+16% от уровня расходов 2016 г.).

В том числе расходы на амбулаторную медицинскую помощь в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве в 2015 г. составили 63,4 млрд рублей, в 2016 г. – 67,1 млрд рублей (+6% от уровня расходов 2015 г.), на 2017 г. объем расходов запланирован в объеме 77,3 млрд рублей (+15% от уровня расходов 2016 г.).

Кроме того, в рамках оказания амбулаторной помощи ежегодно увеличивается объем финансирования из бюджета города Москвы на лекарственное обеспечение льготных категорий граждан.

Так, в 2017 г. на эти цели бюджетом предусмотрено 26,3 млрд рублей, что выше на 6,9, или 36% к бюджету на 2016 г., на 15,4, или 50,4% к расходам бюджета в 2015 г.

- На чем в части выстраивания эффективной экономики медицинской помощи на амбулаторном этапе акцентирует свое внимание Департамент здравоохранения?

– Создание единой системы экономики городского здравоохранения, предусматривающей усиление контроля за всеми поступающими финансовыми средствами и их расходованием, что может быть достигнуто только при взаимодействии Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования.

В этой связи, с целью повышения эффективности использования финансовых ресурсов, Департаментом здравоохранения разработан экономический паспорт



**С ЦЕЛЮ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ,
ДЕПАРТАМЕНТОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РАЗРАБОТАН ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ПАСПОРТ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ГДЕ
ОТРАЖАЮТСЯ ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЯ.**

медицинской организации, где отражаются основные показатели деятельности учреждения, в том числе и финансовые (доходы, поступающие в медицинские организации из всех источников финансирования, и расходы за отчетные периоды и на очередной финансовый год). Полноценное управление отраслью и выстраивание эффективной экономики оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе предполагает возможность оперативного получения достоверных сведений по основным направлениям деятельности медицинских организаций и по показателям здоровья населения, т.е. в настоящее время особенно актуальным является обеспечение единого информационного пространства городского здравоохранения.

АНДРЕЙ ТЯЖЕЛЬНИКОВ: ПЕРЕХОД НА ПОДУШЕВОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ПОЛНОСТЬЮ СЕБЯ ОПРАВДАЛ

Об экономической составляющей оказания медицинской помощи в поликлиниках рассказывает главный внештатный специалист по оказанию первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Департамента здравоохранения города Москвы Андрей ТЯЖЕЛЬНИКОВ.

- Финансирование работы поликлиник в Москве сегодня осуществляется по подушевому принципу. Как вы оцениваете эффективность такого подхода? Переход на подушевое финансирование оправдал ожидания?

– Начиная с 2013 года, поликлиники в Москве финансируются по одноканальному принципу и подушевому. Одноканальный принцип – это когда все средства поликлиники приходят из системы Фонда обязательного медицинского страхования. До указанного времени было иначе: поступали деньги, которые приходили в тарифах за оказанные услуги, и они покрывали только часть расходов учреждения. В основном они компенсировали фонд оплаты труда медицинского персонала, принимающего непосредственное участие в предоставлении медицинской услуги. И были средства, которые покрывали все остальные расходы, – они поступали из бюджета в виде субсидий. Существовали отдельные субсидии на оплату труда персонала, который не участвовал в предоставлении медицинских услуг, а также на эксплуатацию зданий, возмещение коммунальных расходов, транспорт и прочее.

В какой-то момент стало ясно, что такая система неэффективна. Во-первых, она была достаточно затратной из-за того, что у учреждений становилось все больше и больше расходов – скажем, из-за появления нового высокотехнологичного оборудования. Второе, что было неэффективно, – это то, что у руководства и большей части персонала не было, по сути, никакой мотивации для того, чтобы пациенты посещали поликлинику. Зарплата главного врача начислялась не из средств, которые поликлиника зарабатывала, а из денег, которые пришли бы в любом случае. Значительная часть персонала также получала бы зарплату даже в том случае, если в поликлинике не было бы ни одного пациента. Далее: тарифы были настолько



Андрей ТЯЖЕЛЬНИКОВ, главный внештатный специалист по оказанию первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Департамента здравоохранения города Москвы

низкими, и они покрывали только часть расходов, как я уже сказал, что это порождало определенные искажения в отчетной статистике и зачастую приводило к нелегитимно выставленным счетам – проще говоря, припискам.

Было принято решение от этой системы отказаться. Прежде всего, надо было дать учреждению понять, что все деньги, которые у него есть, оно зарабатывает, оказывая медицинскую помощь, предоставляя медицинские услуги. А второе – нужно было уйти от приписок. И здесь самой действенной мерой оказался переход на модель подушевого финансирования.



С ПЕРЕХОДОМ НА ПОДУШЕВОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ МЫ СТАЛИ ЗАИНТЕРЕСОВАНЫ В КАЖДОМ ПАЦИЕНТЕ, КОТОРЫЙ К НАМ ПРИКРЕПЛЕН. НЕ ТОЛЬКО РУКОВОДСТВО ПОЛИКЛИНИКИ, НО И ВСЕ НАШИ СОТРУДНИКИ ОТЧЕТЛИВО СОЗНАЮТ: НИКАКИХ ДРУГИХ СРЕДСТВ, КРОМЕ ТЕХ, КОТОРЫЕ ПРИХОДЯТ ВСЛЕД ЗА ПАЦИЕНТОМ, УЧРЕЖДЕНИЕ ПОЛУЧАТЬ НЕ БУДЕТ.

Совершенно ясно, что если бы финансирование оставалось многоканальным, то в подушечном финансировании не было бы смысла. Одновременно подушечной формат исключал искажения в отчетности – в противном случае при повышенных тарифах возможные приписки могли бы исчерпать поступающие средства в течение первых двух месяцев. Сегодня же количество предоставленных услуг не влияет на объем средств, поступающих в поликлинику, он определяется только численностью прикрепленного населения.

Что это такое? Подушечное финансирование – это когда средства в поликлинику поступают не непосредственно за оказанные услуги, а за факт прикрепления пациента к поликлинике. То есть в настоящий момент за каждого прикрепленного жителя Москвы, застрахованного в системе обязательного медицинского страхования, поликлиника получает определенный объем средств. Он составляет около пяти тысяч рублей в год на человека и поступает в поликлинику ежемесячно. Реальный размер подушечного норматива зависит от пола и возраста пациента. Самые «дорогие» категории – это пожилые женщины, если мы говорим о взрослом населении, и младенцы, если речь идет о детях, из-за большого объема медицинской помощи, которая положена им в соответствии

со стандартами и порядком оказания. Пациент имеет право один раз в год прикрепиться к любой медицинской организации по своему желанию – кроме тех случаев, когда он меняет место жительства: в этом случае прикреплений может быть больше. С моей точки зрения, переход на подушечное финансирование на сегодняшний день полностью себя оправдал. От приписок удалось избавиться. Медицинской организации просто нет смысла приписывать лишние услуги – это был бы дополнительный труд персонала, который этим бы занимался. Очень значимым моментом является то обстоятельство, что теперь мы имеем объективную картину того, кто к нам приходит и какую медицинскую помощь получает.

Другим важным моментом стало то, что с переходом на подушечное финансирование мы стали заинтересованы в каждом пациенте, который к нам прикреплен. Не только руководство поликлиники, но и все наши сотрудники отчетливо сознают: никаких других средств, кроме тех, которые приходят вслед за пациентом, учреждение получать не будет. Это заставляет нас ценить каждого пациента, предпринимать шаги, направленные на повышение пациентоориентированности, на то, чтобы бороться за каждого человека на всех этапах оказания ему медицинской помощи. Более того, это заставляет нас все больше и больше задумываться о профилактике. Профилактическая помощь, как мы с вами понимаем, обходится гораздо дешевле, чем лечение. И в этом смысле подушечное финансирование является экономическим инструментом, который направлен на изменение стереотипов при оказании медицинской помощи – от того, что мы «догоняем» заболевание и его лечим, в сторону того, что надо предотвращать развитие заболеваний, и это становится выгодно.

- Насколько наполнен подушечной тариф в Москве сегодня? Поликлиникам хватает получаемых средств?

– Здесь можно вспомнить вечную шутку о том, что денег никогда не бывает достаточно... Даже когда мы говорим о сверхдорогих коммерческих медицинских организациях, то и они всегда найдут возможность для пациента истратить дополнительные деньги. Ставить вопрос о том, насколько сегодня хватает средств, мне кажется не совсем корректным. Например, к нашей поликлинике прикреплено 242 тыс. человек. Не сложно посчитать, что в ее распоряжение поступает сумма, которая обеспечивает достойные условия для деятельности медицинской организации. Но для того, чтобы этих средств хватало на все наши нужды, приходится предпринимать определенные усилия, корректируя бюджет с точки зрения оптимизации немедицинских расходов и перераспределяя его в пользу профилактики.

В целом хотелось бы сказать, что сегодняшний подушечной норматив адекватно отвечает основным требованиям, и мы можем оказывать первичную медико-санитарную помощь на достаточно высоком уровне. При этом есть и определенные

резервы с точки зрения выстраивания оптимальных процессов предоставления медицинских услуг. Вернусь к тому, о чем уже говорил: еще не исчерпаны все возможности профилактики, и если мы заглянем чуть-чуть в будущее, если осознаем и используем все те ресурсы, которые есть у нашей территории с точки зрения создания эффективной экологичной среды, в которой профилактика заболеваний будет чем-то самим собой разумеющимся, то у нас высвободится еще больший объем средств. Тем более что действующие тарифы имеют тенденцию к увеличению, а Департамент здравоохранения предпринимает определенные шаги для того, чтобы медицинские организации оказались в равных условиях. Например, те поликлиники, у которых изначально не было женских консультаций, находились в лучших условиях, чем те, у которых они были, – расходы последних на содержание были выше. Сегодня один из проектов направлен как раз на то, чтобы подушевой норматив в амбулаторно-поликлинических учреждениях имел примерно одинаковую нагрузку в каждом конкретном случае.

- Есть ли какие-то сложности при взаиморасчетах клиник между собой, со службой скорой помощи и стационарами?

– Со службой скорой помощи у нас, слава Богу, никаких взаиморасчетов не существует, а со стационарными медицинскими организациями они есть только в тех случаях, когда у стационара есть поликлиническое отделение, которое имеет прикрепленное население и, соответственно, участвует во взаиморасчетах. Есть еще одна важная медицинская организация в городе, с которой существуют взаиморасчеты – Центр медицинской реабилитации и восстановительной и спортивной медицины. В целом сложностей больших нет, так как все мы заинтересованы в том, чтобы наши пациенты получали качественную помощь в других медицинских организациях, и зачастую это оказывается дешевле, чем содержать профильный персонал или развивать, скажем, собственные реабилитационные мощности. Что касается взаиморасчетов между поликлиническими учреждениями, то сейчас, когда во всех учреждениях представлены все виды диагностики, а в большинстве учреждений – основные специалисты, взаиморасчеты сводятся в основном к оплате сделанных в сторонних клиниках лабораторных исследований. Эти статьи расходов достаточно прозрачны, мы постоянно совершенствуем механизмы взаимного контроля, и больших проблем здесь не существует. Локальные, точечные сложности легко находят разрешение на уровне руководителей соответствующих подразделений.

- Научились ли руководители поликлиники жить в условиях подушевого финансирования?

– Мне кажется, что на сегодняшний день руководители поликлиник – это мощная сбалансированная команда, которая понимает, как управлять этими процессами, этими деньгами, хорошо видит, где есть возможности для оптимизации. Те из

них, кто наиболее эффективен, предпринимает действия по совершенствованию системы. Сегодня в медицинских организациях можно видеть совершенно иную кадровую политику, иной подход к затратам. Не только в руководстве, но и в медицинских коллективах начинает исчезать известный пережиток, выразившийся формулой «общественное – значит ничье». Необходимо понимать, что эти общие средства достаточно прозрачны; людям известно, сколько приходит и сколько тратится. Сознывая это, руководители повышают среднюю заработную плату, стремятся к оптимизации эксплуатационных расходов. Здесь уместно также сказать, что руководители медицинских организаций не боятся теперь закрытия финансового года. Раньше, когда деньги поступали



ПОДУШЕВОЙ ФОРМАТ ИСКЛЮЧАЕТ ИСКАЖЕНИЯ В ОТЧЕТНОСТИ. СЕГОДНЯ КОЛИЧЕСТВО ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ УСЛУГ НЕ ВЛИЯЕТ НА ОБЪЕМ СРЕДСТВ, ПОСТУПАЮЩИХ В ПОЛИКЛИНИКУ, ОН ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТОЛЬКО ЧИСЛЕННОСТЬЮ ПРИКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ.

из бюджета в виде субсидий на конкретные расходы, в конце года случалась вакханалия, когда приходилось, например, выписывать журналы на миллион рублей, чтобы израсходовать выделенные средства, – иначе можно было лишиться неистраченной суммы в следующем году. Теперь мы можем распоряжаться средствами так, как считаем нужным, и остатки на счетах учреждения укрепляют его финансовое положение. Право поликлиники распоряжаться своими средствами в совокупности с переходом на эффективный контракт, который предполагает выплату стимулирующей надбавки персоналу за конкретные достижения, дает возможность врачам зарабатывать хорошие деньги, совершенствуя качество труда. Это еще один очень важный плюс, который дает новая система.

- На чем сосредоточено ваше внимание как главного внештатного специалиста по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, в области выстраивания эффективной экономики работы первичного звена?

– Первое и самое главное – взаимодействие с главным внештатным специалистом по медицинской профилактике, с Центром медицинской профилактики. Выстраивание эффективной модели оказания профилактической помощи как с точки зрения диспансеризации, так и в отношении санитарно-гигиенического просвещения. Главный экономический тезис – болезнь легче предупредить!

ВЫДЕРЖАТЬ КОНКУРЕНЦИЮ И СОХРАНИТЬ ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Чуть более года назад главный врач столичной городской поликлиники №68 и врач в четвертом поколении Наталья Николаевна Кузенкова на встрече с жителями округа Якиманка говорила о том, что реорганизация системы здравоохранения, которая проходит в Москве, прежде всего направлена на исполнение действующего законодательства, повышение доступности и качества медицинской помощи, а также на выполнение стандартов предоставления медицинских услуг, согласно Территориальной программе Государственных гарантий. Как прошел этот процесс в ГП №68 и что дала оптимизация пациентам и врачам, Наталья Николаевна рассказала в своем интервью «Московской медицине».



Наталья КУЗЕНКОВА,
главный врач городской
поликлиники
№68 Департамента
здравоохранения
города Москвы

– Наталья Николаевна, насколько эффективной в наших условиях оказалась система подушевого одноканального финансирования?

– Прежде всего нужно понимать саму систему подушевого финансирования – на одного пациента в год, в зависимости от пола и возраста, перечисляется определенная сумма денег. Подушевой норматив и количество этих денег являются константами, вне зависимости от количества посещений и предоставленных медицинских услуг. На мой взгляд, эта система весьма эффективна, поскольку при ее использовании сдерживается рост расходов на медицинскую помощь.

Надо отметить, что до перехода на одноканальное финансирование была проделана огромная подготовительная работа в рамках системы городского здравоохранения. Так, была проведена реструктуризация сети учреждений здравоохранения с учетом уровней оказания бесплатной медицинской помощи, направленная на повышение структурной эффективности здравоохранения. Ресурсное обеспечение (материально-технической базы, кадрового потенциала) медицинских организаций было приведено в соответствие с федеральными стандартами и порядками оказания медицинской помощи. Были реализованы мероприятия поэтапного расширения тарифа по обязательному медицинскому страхованию, а именно произошло включение в него статей затрат, не предусмотренных базовой программой обязательного медицинского страхования. Также мы реализовали подготовительные мероприятия по внедрению эффективных способов оплаты медицинской помощи. В том

числе – систем оплаты труда медицинских работников, ориентированных на результаты их деятельности, направленные на ресурсосбережение и достижение максимальных результатов лечебно-диагностического процесса.

Также в поликлинике был проведен ряд мероприятий по подготовке к одноканальному подушевому финансированию – от оптимизации штатного расписания и сокращения административно-хозяйственного аппарата до аудита и хронометража рабочего времени медицинского персонала. Основной целью этих мероприятий стало достижение оптимального баланса между качественной и доступной медицинской помощью для пациентов и расходами на содержание зданий и сооружений, выплатой достойной заработной платы.

Теперь, благодаря системе подушевого финансирования, медицинская организация не заинтересована в искусственном увеличении числа посещений, обследований и консультаций, а значит, у врачей появляются стимулы к работе по профилактике заболеваний.

Главным достоинством системы подушевого финансирования является однонаправленность мотивации населения и системы здравоохранения. У пациента мотивация быть здоровым и иметь хорошего опытного врача, у лечебного учреждения – оказывать качественную медицинскую помощь и делать упор на профилактическую направленность.

Есть и еще один плюс: подушевое финансирование нацелено на создание конкурентоспособной среды для развития рынка медицинских услуг и возможность пациентов самостоятельно делать выбор между лечебными учреждениями. Чем лучше поликлиника, чем больше у нее «продуктовая линейка» услуг, чем качественнее оказывается помощь с соблюдением доступности, чем она эстетичнее и максимально пациентоориентирована – тем больше жителей будут к ней прикрепляться. Конечно, топографическое расположение тоже имеет значение, однако главное – это репутация медучреждения. К примеру, количество населения в районе Якиманка невелико, но к нашей поликлинике прикреплены немало пациентов из других районов Москвы, работающих здесь.

- Вам хватает получаемых денег? Подушевой тариф в Москве достаточен?

– Надо учесть, что тарифы подушевого финансирования регулярно корректируются в сторону повышения, при этом наши врачи достаточно опытные, отделение профилактики активно работает по проведению диспансеризации населения, а финансовые средства мы стараемся рационально использовать в рамках Территориальной

программы ОМС. Поэтому можно сказать, что нам хватает получаемых денежных ассигнований в рамках подушевого финансирования. Также мы активно продвигаем рынок платных услуг, расширяя продуктовую линейку и наращивая трафик. Увеличение доли платных услуг позволяет улучшать материально-техническую базу за счет внебюджетного канала финансирования. Однако «подушевики» – это исключительно те деньги, из которых складывается полный бюджет поликлиники: 80% из них идет на зарплату сотрудникам, 20% – на содержание и развитие учреждения (оплату коммунальных услуг, расходных материалов, содержание дорогостоящей медтехники – КТ, МРТ и др.). В этих условиях любой главврач обязан быть хорошим менеджером и строить работу так, чтобы, с одной стороны, в поликлинику с удовольствием шли пациенты, чтобы техника была исправна, а медицинские услуги – конкурентоспособны. С другой – он обязан обеспечить достойную зарплату и привлечь к работе достойных сотрудников. Поэтому, думая о развитии, конечно, нам хотелось бы располагать большими средствами.

- Есть ли какие-то сложности во взаиморасчетах с другими поликлиниками, со службой СМП, со стационарами?

– С одной стороны, все достаточно прозрачно: страховые компании выставляют счета, и мы понимаем, за что с нас списывают деньги. Однако при взаиморасчетах с ведомственными поликлиниками сложности иногда бывают, ведь часто эти учреждения берут на себя обслуживание наших пациентов без необходимости. В этом случае мы обращаемся в страховую компанию с просьбой установить, корректно ли были поданы медуслуги организацией, в которую мы не направляли своего пациента.

- В чем главная сложность ведения экономики городской поликлиники?

– При переходе на новую систему главной задачей учреждения стало улучшение качества услуг и интенсивности лечения с целью увеличения подушевого финансирования. А также повышение эффективности расходования финансовых средств, что особенно актуально в сложившихся экономических условиях. Но все сложности вполне решаемы, поэтому мы встречаем их по принципу «Если идет дождь – надо открывать зонты». Как и другие наши коллеги, ежегодно мы сдаем экономический паспорт поликлиники в Департамент здравоохранения, и этот паспорт содержит всю суть нашей экономической стратегии. В нем прописаны все наши расходы (включая пожарную безопасность, надежность лифтового хозяйства, содержание «тревожных кнопок» и

т.д.) и доходы, и каждую из этих позиций мы защищаем перед руководством. Затем в течение года мы четко следуем планам, расписанным в паспорте, что является показателем эффективности работы учреждения.

- В вашей поликлинике действует эффективный контракт? Как вы оцениваете это нововведение?

- Да, но эффективный контракт для нашей поликлиники не является нововведением - мы работаем по нему уже около трех лет и, по моему мнению, весьма эффективно. Положение об оплате труда зафиксировано в коллективном договоре и достаточно прозрачно. На оплату по эффективному контракту перешли не только врачи, медицинские сестры, но и немедицинский персонал. Наши сотрудники четко понимают - где базовая (зарплатная) часть их дохода, а где - стимулирующие выплаты. Мы неоднократно проводили совещания, где обсуждали с сотрудниками все эти моменты и пункты коллективного договора.

Поэтому отмечу, что к очевидным плюсам эффективного контракта относятся определение четких критериев оценки результативности работы, детальное разъяснение работникам их трудовых функций, стимулирование работников на выполнение поставленных задач, справедливое распределение средств на заработную плату работников.

- А врачи довольны?

- В целом врачи довольны введением эффективного контракта в учреждении, так как он обеспечивает четкость и прозрачность при оценке результативной работы сотрудника и довольно детально разъясняет работникам их трудовые функции, а также дает четкое представление о зарплате. К тому же с введением нового эффективного контракта средние зарплаты у наших врачей выросли за счет увеличения окладной части. С этого года в расчетном листке введен новый пункт - средняя заработная плата в текущем году и средняя заработная плата в предыдущем году, что позволяет проследить рост средней заработной платы в учреждении. Также нужно отметить, что с мая этого года Мэром и Правительством Москвы введены гранты для стимулирования врачей и медицинских сестер общей практики, работающих с пациентами с множественными хроническими заболеваниями, группами патронажных пациентов, что позволило дополнительно стимулировать врачей.

- У вас есть заместитель по экономическим вопросам? Каковы его функции? Какими качествами должен обладать специалист на этой должности?

- В нашем учреждении должность заместителя главного врача по экономическим вопросам оптимизирована, сегодня данными вопросами занимается начальник планово-экономического отдела. В его компетенцию входит планирование деятельности МО. На мой взгляд, рациональное планирование является мощным инструментом управления лечебно-профилактическим учреждением, поскольку содержание планирования заключается, прежде всего, в обоснованном определении основных направлений и пропорций развития МО.

Что касается основных качеств, которым должен обладать начальник планово-экономического отдела (ПЭО), то среди них я бы выделила стратегическое мышление, способность определить общие цели и направления деятельности учреждения, необходимые для этого ресурсы и этапы решения поставленных задач. В связи с этим разрабатываются мероприятия по упорядочению планово-финансовой и организационно-технической структуры учреждения.

Кроме того, начальнику ПЭО необходим аналитический склад ума, так как известно, что рациональное использование финансовых средств зависит от эффективного управления данными ресурсами на уровне учреждения. В сложившихся условиях особое значение при решении вопросов планирования, а также для наиболее полной оценки проблем финансового обеспечения лечебно-профилактических учреждений приобретает экономический анализ с использованием финансово-экономических показателей деятельности МО. Также важны оперативность и, конечно же, честность и справедливость.

- Существующая в Москве система финансирования поликлинических учреждений близка к идеалу, по Вашему мнению? Или можно было бы что-то сделать еще лучше?

- На мой взгляд, действующая система в рамках подушевого финансирования на весь объем медицинской помощи и оплата конечных результатов деятельности АПУ являются наиболее экономичными и стимулируют поликлиники к конкуренции и к профилактической работе, что в современных условиях является наиболее приоритетным.

Конечно, всегда хочется сделать больше и лучше. Но в данных условиях смысл нашей работы заключается в использовании всех своих профессиональных качеств, чтобы уложиться в существующий бюджет и при этом выдержать конкуренцию с частными поликлиниками, стационарами и другими учреждениями. Мы находимся в самом центре столицы, и главной нашей задачей является сохранность доступности медицинской помощи. Поэтому нам всегда есть к чему стремиться.

ТАТЬЯНА ВАСИЛЬЕВА: МЫ НАУЧИЛИСЬ ЖИТЬ ПО СРЕДСТВАМ

Главный врач сейчас – это не просто врач, а управленец или, как сейчас говорят, менеджер, владеющий знаниями по экономике, юриспруденции, психологии, управлению бизнес-процессами. Эти умения сейчас, как никогда, востребованы и актуальны, поскольку высока конкуренция как между государственными учреждениями, так и между частными. Поэтому в своей деятельности необходимо использовать систему управления, включающую системный и процессный подходы. Руководитель должен быть лабилен, грамотен, обладать знаниями и, конечно, лидерскими качествами.

- Можно сравнить ситуацию с финансированием деятельности поликлиники пять лет назад и сегодня? Что изменилось?

– За пять лет ситуация с финансированием кардинально изменилась.

Во-первых, изменилась сама модель финансирования государственной системы здравоохранения. До 2013 г. в Москве функционировала бюджетно-страховая модель. Эта модель была основана на привлечении средств бюджета города Москвы и средств обязательного медицинского страхования. Многоканальность финансирования здравоохранения снижала управляемость отрасли и создавала трудности в осуществлении контроля над рациональным и целевым расходованием средств и качеством оказания медицинской помощи.

В 2013 г. в медицинских организациях, участвующих в ОМС, введено преимущественно одноканальное финансирование на основе законодательно установленной единой структуры тарифа.

Для медицинских организаций одноканальное финансирование существенно упрощает экономическую и финансовую деятельность. Исчезает искусственное разделение финансирования на два финансовых потока: которые поступали в медицинскую организацию асинхронно, по которым требовались независимые отчеты, которые ни при каких условиях нельзя было перенаправлять на перекрещивающиеся цели – в противном случае проверяющими органами фиксировалось нецелевое использование финансовых средств. Но и как минус – снизился объем финансирования.

Во-вторых, внедрен подушевой принцип финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений, которые теперь получают средства ОМС не за каждый отдельный прием пациента, а за всех прикрепленных граждан.



Татьяна ВАСИЛЬЕВА,
главный врач городской поликлиники № 125 Департамента здравоохранения города Москвы

В конечном результате ожидается, что это создаст дополнительные стимулы для профилактической работы в первичном звене, внедрения здоровьесберегающих технологий, повышения качества услуг и интенсивности лечения. Но для этого необходимо пройти определенный путь. Самое сложное – это изменить сознание медицинских работников и граждан, воспитать новую генерацию ответственных родителей и по-



**ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
ОДНОКАНАЛЬНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ
СУЩЕСТВЕННО УПРОЩАЕТ ЭКОНОМИЧЕСКУЮ
И ФИНАНСОВУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ.
ИСЧЕЗАЕТ ИСКУССТВЕННОЕ РАЗДЕЛЕНИЕ
ФИНАНСИРОВАНИЯ НА ДВА ФИНАНСОВЫХ
ПОТОКА.**

коление, которое любит не Pepsi, а спорт. Изменение модели финансирования, в свою очередь, привело к повышению эффективности расходования бюджетных средств в системе здравоохранения, что особенно актуально в сложившихся экономических условиях.

- Подушевое финансирование оправдывает себя?

– При переходе с октября 2013 г. на оплату по подушевому нормативу объем поступающих средств ОМС был снижен в 2014 г. относительно уровня 2013 г. на 12%. Объем бюджетных средств также был снижен на 5%.

Переходный период всегда сложен. Мы должны были научиться функционировать в новых условиях. И у нас получилось! Это потребовало перестройки всей экономической модели учреждения.

Основные требования нынешнего этапа:

- оптимизировать численность персонала;
- оптимизировать расходы (как медицинские, так и немедицинские);
- сократить потери при экспертизе СМО;
- вести тщательный реестр прикрепленного населения.

Эти задачи потребовали определенных усилий. Так как теперь от количества прикрепленного населения стало зависеть финансирование учреждения, этому показателю мы стали уделять большее внимание. Поликлиники начали конкурировать друг с другом в борьбе за пациента. Создавались комфортные условия для оказания медицинской

помощи. Организовывались редкие для детской поликлиники формы работы (дневной стационар, кабинет катамнеза и ретинопатии недоношенных, кабинеты магнитно-резонансной томографии, эндоскопии, кинезиотерапии и т.д.). Анализировались причины открепления пациентов от нашего лечебного учреждения. Сейчас к поликлинике прикреплены более 56 000 человек, и она является одним из крупнейших детских амбулаторных центров.

Кроме этого, мы серьезно подошли к организации внутреннего контроля качества. Было создано специальное подразделение, которое анализирует ошибки, выявленные при экспертизе страховыми компаниями. Их в обязательном порядке разбирают на конференциях, а сумма штрафов удерживается из стимулирующих выплат «виновных».

Одновременно с мероприятиями по повышению доходов проводилась и оптимизация расходов учреждения. Были проведены оптимизация и упорядочение функций административно-управленческого персонала. Выбраны оптимальные модели финансирования бизнес-процессов. Часть вспомогательных бизнес-процессов была передана на аутсорсинг, а некоторые, наоборот, оказалось выгоднее перевести на инсорсинг. За последние 4 года расходы на содержание сократились на 31%.

- Что значит «оптимизировать численность персонала»?

– Это, прежде всего, провести мониторинг работы каждого. Хронометрически определить нагрузку в каждой группе специальностей. И затем рассчитать необходимое количество персонала с учетом отработки рабочего времени и нагрузки. Мы провели специальную оценку условий труда (СОУТ), это дало возможность привести рабочее время к определенной константе во всем АПЦ.

Мы внедрили эффективный контракт, где прописали все должностные обязанности работника и ответственность работодателя.

Штатное расписание стало единым на весь амбулаторный центр, что позволило шире управлять ресурсами, вне зависимости от территориальной привязки.

Разработали положение об оплате труда, согласно которому примерно 50% дохода сотрудника составляет базисная часть, а стимулирующая включает категорию, качество работы, отсутствие жалоб и пр. Таким образом, у каждого сотрудника свой размер оплаты труда, который зависит только от него самого, от качества и интенсивности его труда.

Особо хочется сказать, что переход на «подушевик» был болезненным. Доходы учреждения упали почти вдвое. Это потребовало экстренного решения ситуации. Особенно болезненным был для нас 2015 г. С 1 марта 2015 г. к ГБУЗ «ДГП №125 ДЗМ» присоединено детское население Филиала №6, ранее относившееся к Диагностическому центру №5.

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. №326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные лица имеют право на выбор медицинской организации из числа участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством об охране здоровья не чаще одного раза в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).

Детское население в количестве 7300 человек было прикреплено к ГБУЗ «ДЦ №5 ДЗМ» по заявлениям, написанным в ноябре 2014 – феврале 2015 г. В данной ситуации место жительства граждан не изменилось, соответственно, отсутствовала возможность прикрепления пациентов, выбравших ГБУЗ «ДЦ №5 ДЗМ» по заявлению менее чем год назад. Соответственно, подушевое финансирование на указанное население в 2015 г. ГБУЗ «ДГП №125 ДЗМ» не получало. Фактически медицинская помощь данным гражданам оказывалась ГБУЗ «ДГП №125 ДЗМ».

Заработная плата сотрудников и содержание здания тоже легли дополнительной нагрузкой на учреждение.

- Вам хватает получаемых денег?

– Денег требуется всегда много, но благодаря программе Модернизации здравоохранения города Москвы мы получили и продолжаем получать очень хорошее лечебное и диагностическое оборудование.

А вообще, если честно, мы научились жить по средствам.

- Есть ли у поликлиники какие-то дополнительные источники дохода? Нужны ли они?

– Чтобы обеспечить оптимальный уровень финансирования учреждения, нужно сочетать различные источники оплаты оказываемой медицинской помощи, в том числе развивать систему ДМС и использовать средства, получаемые от предпринимательской деятельности.

В 2013 г. на базе основного здания Амбулаторного центра было организовано отделение по оказанию платных медицинских услуг. Сейчас платные медицинские услуги оказываются во всех 7 зданиях. Доходы за 4 года существования отделения возросли в 17 раз. Выросла и заработная плата сотрудников. По сравнению с 2015 г. – на 24,5%, и в настоящее время даже превышает показатели, установленные майскими Указами Президента.

- Есть ли какие-то сложности во взаиморасчетах с другими поликлиниками, со службой СМП, со стационарами?

– Да, сложности существуют, это еще не до конца прозрачный сегмент. Мы узнаем о снятии денег постфактум, не можем проконтролировать этот процесс. Да и сразу найти конкретного пациента, за которого сняли деньги, не так просто. Хотелось бы, чтобы этот раздел стал более прозрачным.

И еще один очень существенный момент, я жду, когда все

учреждения станут использовать в работе единые стандарты. По-моему мнению, станет немного легче и понятнее работать.

- Экономические критерии входят в систему оценки, на основании которой выстраивается сегодня рейтинг поликлинических учреждений Москвы?

– Прежде всего, оценивается доступность, уровень средней заработной платы, доля немедицинских расходов и ряд других показателей. В начале пути (в 2013–2015 гг.) мы были аутсайдерами, занимали места 30–35 из 40. Сейчас мы в начале списка. Конечно, за этим стоит большая работа всего административного звена, бухгалтер-



**ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД ВСЕГДА СЛОЖЕН.
МЫ ДОЛЖНЫ БЫЛИ НАУЧИТЬСЯ
ФУНКЦИОНИРОВАТЬ В НОВЫХ УСЛОВИЯХ.
И У НАС ПОЛУЧИЛОСЬ!**

ско-экономической службы и, конечно, всех сотрудников, которые приняли и поддержали все новации. Большое им за это спасибо!

- У вас есть заместитель по экономическим вопросам? Каковы его функции? Какими качествами должен обладать специалист на этой должности?

– Эта должность является крайне важной в учреждении. Благодаря заместителю главного врача по экономике мне легче проводить анализ внешней и внутренней среды, которая влияет на развитие учреждения. Мне готовят все финансовые показатели, в том числе наличие денежных средств на заработную плату, что я могу потратить, не изменяя устойчивость учреждения, наличие и величины других выплат: налоговых, коммунальных, транспортных и т.д. Особенно велика роль экономической службы в подготовке договоров, смет, проведении торгов. Всегда важно верить и знать, что данную должность занимает высококвалифицированный и преданный общему делу сотрудник. Очень важно иметь инициативных, энергичных помощников, которые хотят и умеют трудиться.

- Что бы вы хотели или собираетесь улучшить в работе своей поликлиники?

– Хочется очень многого, но я считаю, что те перемены, которые происходят и будут происходить в здравоохранении, – это правильный путь.

ТАТЬЯНА НОВОЗЕМЦЕВА: МЫ ЗА ТО, ЧТОБЫ ВРАЧИ ДОСТОЙНО ЗАРАБАТЫВАЛИ

Повышение медицинской и экономической эффективности стоматологической службы – это стратегия, которая обеспечивает реализацию главной цели здравоохранения – улучшения здоровья населения и качества жизни. О том, какие существуют особенности экономики оказания медицинской помощи, рассказала главный врач стоматологической поликлиники №62 Татьяна НОВОЗЕМЦЕВА.



**Татьяна
НОВОЗЕМЦЕВА,**
главный врач
стоматологической
поликлиники №62
Департамента
здравоохранения
города Москвы

– Каковы экономические нюансы работы городской стоматологической поликлиники?

– Главный нюанс – многоканальное финансирование в зависимости от вида оказываемых медицинских услуг. На специализированную стоматологическую помощь лечебно-хирургического профиля средства поступают от страховых медицинских организаций, участвующих в территориальной программе обязательного медицинского страхования. На бесплатное зубопротезирование льготных категорий граждан средства выделяются из бюджета города Москвы. Также в нашей поликлинике есть отделение по оказанию платных медицинских услуг, в котором пациент может получить стоматологическую помощь, не входящую в рамки Программы государственных гарантий.

– На сегодняшний день улучшилась ли ситуация с финансированием? Хватает ли денег вашей клинике?

– Финансирование напрямую зависит от качества обслуживания пациентов и от их удовлетворенности оказываемой специализированной стоматологической помощью в поликлинике. Поэтому можно сказать, что главный для нас критерий – это желание пациента получить помощь именно в нашей поликлинике. Для привлечения пациентов мы постоянно работаем над имиджем учреждения. Идет планомерная работа по повышению квалификации медицинских работников. Мы регулярно внедряем и расширяем оказание высокотехнологичной медицинской помощи. В нашей клинике используются такие новейшие методы, как лазерная терапия, проводятся хирургические операции с использованием эндоскопа, в поликлинике оказываются услуги по имплантации. Изменения происходят и во внешнем облике поликлиники: созданы зоны комфортного пребывания пациентов на этажах поликлиники, в начале следующего года закончим ремонт последнего этажа учреждения. Кроме того,

ведется постоянная работа по информированию населения о деятельности стоматологической клиники. В январе текущего года мы перешли на систему подушевого финансирования, которое предусматривает распределение населения Москвы по округам. К нашему учреждению, которое является крупнейшим в городе, прикреплено более 565 тысяч человек, но и это еще не предел. Пациенты как из других районов, так и из других городов продолжают приходить именно к нам и самостоятельно прикрепляться. Это означает, что наша работа вызывает доверие.

- Хватает ли на такой большой поток пациентов мощностей, оборудования, кадров?

– В течение последних нескольких лет заменено практически все медицинское оборудование в рамках программы модернизации за счет средств бюджета Департамента здравоохранения города Москвы. И в настоящий момент по оснащенности, кадровому составу отделения, где оказываются услуги по ОМС, ничем не отличаются от отделения по оказанию платных медицинских услуг. Активно развиваем и научную составляющую. Мы являемся базой двух кафедр – «Терапевтическая стоматология» и «Хирургическая стоматология» Первого МГМУ им. Сеченова. Кроме того, – научно-практической базой Российской медицинской академии профессионального образования (РМАПО). Так что кадры растим сами.

- То есть частным стоматологическим клиникам конкурировать с вами сложно?

– В нашей поликлинике уникальное стерилизационное отделение, которое, откровенно говоря, не сможет себе позволить ни одна частная клиника. Большое преимущество – это поток пациентов, но главное – это стоимость платных услуг, оказываемых в стенах поликлиники. Ценой мы практически демпингуем частные клиники. Наша гордость – высококвалифицированные специалисты, среди которых множество докторов наук, кандидатов наук и врачей высшей категории. Ежегодно персонал нашей поликлиники проходит переподготовку за счет города Москвы.

- Каковы основные источники поступления денег в бюджет клиники и ключевые статьи расходов?

– Источниками поступления средств в бюджет учреждения являются средства обязательного медицинского страхования, деньги также поступают из бюджета города Москвы. Еще один источник доходов – средства от оказания платных медицинских услуг. Если говорить о ключевых статьях расходов, то на первом месте стоят расходы на заработную плату сотрудникам учреждения. Еще одна статья расходов – это выплата обязательных налогов и, конечно же, закупка стоматологических расходных материалов, медикаментов.

- На выполнение майских указов Президента находятся средства?

– Естественно, мы находим возможности для выполнения майских указов Президента, работа в этом направлении идет активно. Могу сказать, что мы готовы их выполнять и в четвертом квартале текущего года, и в 2018 году. Это стало возможным за счет увеличения количества пациентов, проходящих к нам по программе ОМС, и роста обращений за медицинской помощью на платной основе.

- В вашей поликлинике действует эффективный контракт? Как вы оцениваете это нововведение?

– Все сотрудники учреждения переведены на систему эффективного контракта. В соответствии с этой системой мы можем объективно и дифференцированно оценивать работу каждого сотрудника на основании критериев оценки в виде выплат стимулирующего характера. Это стимулирует коллектив. Если врачи хорошо работают и оценочные критерии соответствуют высокому уровню, то они получают больше денег. Абсолютно все адекватно восприняли переход на эту систему. Нам нравится эффективный контракт, мы за то, чтобы врачи достойно зарабатывали.

- Какие экономические критерии входят в систему оценки, на основании которой выстраивается сегодня рейтинг поликлинических учреждений Москвы?

– Абсолютные и относительные доходы поликлиники являются основными экономическими критериями. К этой системе критериев относится и отношение медицинских к немедицинским расходам. Важными показателями являются наличие кредиторской, дебиторской задолженности учреждения и, естественно средняя заработная плата медицинских сотрудников.

- Что бы вы хотели или собираетесь улучшить в работе своей поликлиники?

– Мы постоянно совершенствуем работу всех структурных подразделений нашей поликлиники. В этом году открыли новое направление – эстетическую медицину и косметологию. Когда у пациента появляется красивая улыбка, он сразу хочет что-то изменить, улучшить в своей внешности. В нашем новом отделении работают профессионалы своего дела, все с высшим профильным образованием. Там, где есть стоматология, должна быть профессиональная косметология. Это уже мировая практика. Отделение открылось не так давно, но мы уже видим интерес пациентов. Кроме того, в отделении работает массажный кабинет, услугами которого пользуются сотрудники поликлиники. Известно, что боли в спине и шее – профессиональные заболевания стоматологов. В планах – открытие буфета для сотрудников. Мы за правильное питание! Внедрение ОМС, заключение договоров с юридическими лицами и предприятиями. И, конечно, продолжаем работать над повышением эффективности труда, улучшением здоровья наших пациентов.

ЕЛЕНА ХАВКИНА: МЫ, КАК НИКОГДА, ХОРОШО ПОНИМАЕМ ПРОБЛЕМЫ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Одно из ключевых направлений совершенствования системы оказания медицинской помощи в Москве – повышение эффективности работы городских стационаров. Об основных показателях работы сети медицинских организаций, оказывающих специализированную помощь пациентам, рассказывает заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Елена ХАВКИНА.



Елена ХАВКИНА,
заместитель руководи-
теля Департамента
здравоохранения горо-
да Москвы

– Елена Юрьевна, какова динамика объемов оказания медицинской помощи московскими стационарами в последние 2-3 года?

– Здравоохранение – это социально значимая отрасль, и сегодня мы, как никогда, хорошо понимаем проблемы отечественного здравоохранения, над которыми и работаем.

В последние годы в рамках реализации Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)», утвержденной Правительством Москвы, мы развиваем инфраструктуру и ресурсное обеспечение медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы; создаем современные отраслевые информационные системы; оптимизируем организационную структуру и принципы оказания медицинской помощи на основе стандартизации лечебно-диагностического процесса.

Департаментом здравоохранения города Москвы проводится большая работа по повышению эффективности работы коечного фонда в подведомственных медицинских организациях, маршрутизации потоков пациентов, совершенствованию взаимодействия между амбулаторным и стационарным звеньями, направленная

на улучшение преемственности в оказании медицинской помощи.

Немалое внимание уделяется и развитию стационарзамещающих технологий, что уже позволило увеличить объемы оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара и в амбулаторных условиях.

Так, в 2017 г. в сравнении с 2016 г. запланировано к выполнению 422 997 случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, что на 20% превышает объем выполненных случаев в 2016 г. (349 950).

В 2017 г. запланировано увеличение количества амбулаторных посещений в неотложной форме в сравнении с 2016 г. на 62%, амбулаторных обращений в связи с заболеваниями – на 34%, количества посещений с профилактическими и иными целями – на 1%.

Полноценное обследование на амбулаторном этапе позволяет сократить период нахождения пациента в стационаре, в более короткие сроки установить диагноз, назначить и провести необходимое лечение, сократив при этом и сроки ожидания плановой стационарной помощи по наиболее востребованным профилям, таким как терапия, неврология, хирургия, кардиология и онкология, другим пациентам.

Ежегодно растет число москвичей, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП).

В последние пять лет за счет увеличения количества стационаров государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих ВМП (с 15 медицинских организаций, оказывающих ВМП в 2011 г., до 48 в 2017 г.), удалось повысить доступность данных видов помощи, сократить время ожидания ВМП.

Объем оказания ВМП, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (ОМС), по сравнению с 2010 г. увеличился в 12 раз, а именно по профилям: «сердечно-сосудистая хирургия» в 14,6 раза, «онкология» – в 365 раз, «травматология и ортопедия» – в 5,2 раза, «нейрохирургия» – в 3 раза, «педиатрия» – в 2,7 раза, «трансплантация» – в 2,2 раза.

Число пациентов, получивших ВМП только в организациях системы здравоохранения Москвы, за 9 месяцев 2017 г. составило 50,8 тыс. человек. За аналогичный период 2016 г. было пролечено 47,4 тыс. человек.

Увеличение объемов оказания ВМП непосредственно связано с ежегодным увеличением Правительством Москвы финансирования этого вида медицинской помощи. Объемы средств, выделяемых на ВМП из городского бюджета в 2016 г., по сравнению с 2010 г., увеличились в 5,5 раза.

Если на предоставление услуг жителям города Москвы по оказанию ВМП, не входящей в базовую программу ОМС, в 2015 г. было израсходовано 3,3 млрд рублей, то в 2016 г. указанные расходы составили 4,9 млрд рублей (прирост на

48,5% от уровня расходов 2015 г.), а в 2017 г. бюджетом города Москвы на оказание ВМП предусмотрено 5,3 млрд рублей (что на 8,2% выше уровня расходов 2016 г.).

Проект бюджета города Москвы на 2018 г. также предусматривает увеличение бюджетных ассигнований на ВМП, при этом сделан акцент на оказание помощи (лучевой терапии) больным онкологического профиля с применением 3D- и 4D-технологий. Для этой цели предусмотрено дополнительно 2,1 млрд рублей.



**ДЕПАРТАМЕНТОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА
МОСКВЫ ПРОВОДИТСЯ БОЛЬШАЯ РАБОТА
ПО ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ
КОЕЧНОГО ФОНДА В ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ,
МАРШРУТИЗАЦИИ ПОТОКОВ ПАЦИЕНТОВ,
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
МЕЖДУ АМБУЛАТОРНЫМ И СТАЦИОНАРНЫМ
ЗВЕНЬЯМИ, НАПРАВЛЕННАЯ НА УЛУЧШЕНИЕ
ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В ОКАЗАНИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.**

Обеспечив современную материально-техническую базу в московских стационарах, нам предстоит сделать новые шаги, а именно:

- последовательно внедрять современные высокоэффективные методы лечения;
- реализовывать меры, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи;
- развивать медицинскую реабилитацию на всех этапах лечения;
- благодаря своевременной качественной медицинской помощи снизить смертность населения от первоочередных причин: болезней сердца и сосудов, онкологических заболеваний и дорожно-транспортных травм.

- Каковы особенности экономики оказания медицинской помощи на стационарном этапе в Москве?

– В столичном здравоохранении осуществлен комплекс мер по совершенствованию организационной модели оказания

медицинской помощи в целях упорядочения сети медицинских организаций по мощности, объемам и структуре, внедрению эффективных и экономически обоснованных вертикальных технологий организации и оказанию всех видов медицинской помощи с учетом потребностей москвичей. В 2017 г., в целях дальнейшего внедрения передовых технологий при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, Правительством Москвы принято решение о предоставлении грантов медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы.

Гранты предоставляются на развитие и оснащение медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, а также материальное поощрение медицинского персонала.

В целях поддержания высокого уровня оказания медицинской помощи при угрожающих жизни и здоровью человека



ПО УРОВНЮ ОСНАЩЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫМ ОБОРУДОВАНИЕМ НАШИ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ НЕ УСТУПАЮТ ХОРОШИМ ЧАСТНЫМ КЛИНИКАМ И ДАЖЕ АНАЛОГИЧНЫМ ЕВРОПЕЙСКИМ УЧРЕЖДЕНИЯМ.

заболеваниях и состояниях Правительством Москвы учреждены гранты «Спасая жизни». Гранты будут предоставляться ежегодно в 5 категориях:

- «Лучшее отделение реанимации и интенсивной терапии, оказывающее медицинскую помощь детскому населению»;
- «Лучшее отделение реанимации и интенсивной терапии, оказывающее медицинскую помощь взрослому населению»;
- «Лучшее неонатологическое отделение реанимации и интенсивной терапии»;
- «Лучшее отделение реанимации и интенсивной терапии инфарктной сети»;
- «Лучшее отделение реанимации и интенсивной терапии инсультной сети».

- Что принципиально изменилось за последние годы?

– В 2017 г. впервые в Российской Федерации в городе Москве создана «инсультная сеть». Это система, состоящая из 8 стационаров, имеющих в своем составе региональный сосудистый центр или первичное сосудистое отделение, в

которых внедрен метод эндоваскулярного лечения больных с ишемическим инсультом (тромбэкстракция).

«Инсультная сеть» представляет собой принципиально новую систему оказания медицинской помощи больным с ишемическим инсультом, в которой, кроме оснащения стационаров расходными материалами для проведения процедуры тромбэкстракции и оптимизированных подходов к маршрутизации больных в стационаре, внедрен современный способ оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. Госпитализация пациентов осуществляется бригадами скорой медицинской помощи с использованием определенных критериев (время от начала заболевания, тяжесть по шкале неврологического дефицита), позволяющих уже на догоспитальном этапе предполагать окклюзию мозговой артерии крупного калибра, что является показанием для эндоваскулярного лечения при ишемическом инсульте.

В стационарах «инсультной сети» с января по июнь 2017 г. было выполнено 132 процедуры тромбэкстракции.

Благодаря созданию «инсультной сети», за счет оптимизации ведения больных на догоспитальном и стационарном этапах медицинской помощи, увеличилось количество процедур тромболитической терапии, проводимых в стационарах Москвы, с 2,7% (6 месяцев 2016 г.) до 3,9% (6 месяцев 2017 г.). В первом полугодии 2017 г. отмечается снижение показателя больничной летальности при инсульте с 21,5% до 19,8% (за аналогичный период 2016 г.).

«Инсультную сеть» в столице планируется расширять, чтобы максимально сократить время доставки больного. Ведь пациент должен попасть на операционный стол не за те самые четыре часа «критического» времени, а еще раньше, чтобы у медиков было время на диагностику, некоторые экспресс-анализы и компьютерную томографию, и врач понял, какой именно сосуд поврежден и на каком участке мозга необходима операция.

Создание сети сосудистых центров началось в Москве еще в 2011 г. в рамках программы модернизации столичного здравоохранения, когда была создана «инфарктная сеть». Для оснащения центров, которые создавались на базе клинических больниц с профильными отделениями кардиохирургии, закупалось высокотехнологичное оборудование. В частности, были закуплены десятки ангиографов – современных рентгенологических приборов, применяемых для исследования сосудов и изучения их патологий. Было организовано дополнительное обучение врачей – как в стационарах, так и на «скорой помощи», при этом основной акцент был сделан на необходимости максимального сокращения времени от поступления вызова до доставки пациента к месту оказания медицинской помощи. В соответствии с общемировыми стандартами в данном случае огромное значение имеет соблюдение так называемого правила «золотого часа», в течение

которого шансы на сохранение жизни больного и уменьшение риска инвалидизации максимально высоки.

В течение трех лет в Москве были созданы 29 центров, полностью оснащенных для оказания экстренной хирургической помощи пациентам с острым инфарктом миокарда. При инфарктах с момента приезда скорой помощи до операции проходит не больше часа. Пациента стремятся быстро доставить в ближайший центр, где свободен ангиограф. В итоге операция по открытию артерии завершается в среднем через 39 минут с момента поступления человека в больницу. Автоматизированная система «Стационар» помогает врачам скорой помощи видеть, в каких центрах на данный момент свободны ангиографические операционные. А в стационаре узнают, что к ним везут пациента с инфарктом, и готовятся заранее. Каждая сэкономленная минута увеличивает шансы на успешный исход операции.

В результате за 4 года в Москве количество умерших от инфаркта миокарда уменьшилось в 2,8 раза (от 4,2 тыс. человек в 2012 г. до 1,5 тыс. в 2016 г.). Десять лет назад больничная летальность от острого инфаркта составляла 30%, в 2016 г. этот показатель – 6,7%.

При этом значительно увеличилось количество высокотехнологических операций по сердечно-сосудистому профилю. В 2016 г. 29% всех видов ВМП в Москве приходилось на сердечно-сосудистую хирургию. При этом три из четырех сердечно-сосудистых операций были баллонными вазодилатациями с установкой внутрисосудистого стента.

Сегодня в столице идет активная работа по созданию сети кабинетов профилактики инсульта и инфаркта. В 2017 г. к проекту подключились поликлиники. Изначально в столице работало всего 5 профилактических кабинетов, сегодня в городских поликлиниках работает уже 57 таких кабинетов.

В них люди с высоким риском развития инфаркта и инсульта смогут получить бесплатную консультацию, пройти первичную диагностику, выслушать рекомендации квалифицированного врача-специалиста. Мы уверены, что эти меры в результате позволят не допустить развития тяжелой болезни.

Не могу не рассказать и о том, что с 2016 г. в городскую программу ОМС включено диагностическое исследование – позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ). Применение ПЭТ/КТ позволяет увидеть не только органы и ткани человека, но и на молекулярном уровне определить наличие в них патологического процесса. Данный вид исследования применяют для оценки распространенности злокачественного процесса (метастазирования), выбора наиболее оптимального метода лечения, контроля эффективности лечения, а также диагностики рецидивов.

По состоянию на 1 октября 2017 г. проведено 12 279 исследований. Исследование безопасно для пациента, доза

облучения не превышает таковой при обычной компьютерной томографии. Применение ПЭТ/КТ позволяет определить правильную тактику лечения онкологического заболевания и откорректировать ее в процессе лечения, значительно снижает количество ненужных медицинских вмешательств, в том числе операций, увеличивает продолжительность жизни пациентов, повышает комфортность жизни.

С целью снижения сроков пребывания пациентов в стационарах, повышения эффективности операционной деятельности и доступности хирургической помощи краткосрочного пребывания в 2016 г. Департаментом здравоохранения города Москвы запущен пилотный проект стационаров кратковременного пребывания (СКП).



**С ЦЕЛЮ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ
ДЕПАРТАМЕНТОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РАЗРАБОТАН ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ПАСПОРТ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ГДЕ
ОТРАЖАЮТСЯ ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА, В ТОМ ЧИСЛЕ И
ФИНАНСОВЫЕ.**

В настоящее время в пилоте участвуют 19 медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы. По состоянию на 1 октября 2017 г. в стационарах кратковременного пребывания развернуто 276 коек, на которых пролечено 21 210 пациентов.

– Каковы источники финансирования стационарной помощи сегодня? Какова динамика расходов на стационарную помощь за последние годы в городе?

– Основными источниками поступления финансовых ресурсов в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы стационарного типа являются средства ОМС, средства бюджета города Москвы и федерального бюджета.

Согласно закону «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», ОМС обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих

территориальным программам обязательного медицинского страхования.

Расходы на оказание специализированной медицинской помощи в стационарных медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы с каждым годом увеличиваются.

Объем финансирования в 2017 г. из бюджета города Москвы и средств ОМС на оказание специализированной медицинской помощи в условиях стационара составляет 135,5 млрд рублей, с увеличением на 30% по сравнению с расходами 2010 г. (103,6 млрд рублей) и на 0,5% больше по сравнению с расходами в 2016 г. (134,9 млрд рублей). Также отмечается рост расходов в 2017 г. на оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара – 11,0 млрд рублей, с увеличением почти в три раза по сравнению с расходами 2010 г. (3,5 млрд рублей) и в 1,2 раза – по сравнению с расходами в 2016 г. (9,4 млрд рублей).

Это связано в основном с необходимостью закупки дорогостоящих препаратов сопроводительной терапии при лечении больных по профилям «онкология», «онкогематология», применением высокодозной химиотерапии с поддержкой стволовыми клетками (трансплантация костного мозга), а также ростом стоимости ранее применяемых лекарственных средств; комплексным оснащением медицинских организаций локальными вычислительными системами и монтажом структурированных кабельных сетей, а также необходимостью приобретения медицинского оборудования в связи с завершением капитального и текущего ремонтов в стационарных медицинских организациях здравоохранения города Москвы.

Технический уровень медицинского оборудования, установленного за последние годы в московских больницах и поликлиниках, сегодня отвечает европейским стандартам качества. По уровню оснащенности современным оборудованием наши медицинские организации не уступают хорошим частным клиникам и даже аналогичным европейским учреждениям.

Кроме того, ежегодно в бюджете города Москвы предусматриваются средства в объеме 5,0 млрд рублей для оплаты экстренной медицинской помощи, оказанной не застрахованным по ОМС гражданам, при заболеваниях и состояниях, включенных в базовую программу ОМС. Указанные средства предусматриваются в бюджете города Москвы начиная с 2015 г.

- На чем в части выстраивания эффективной экономики оказания медицинской помощи стационарами города акцентирует свое внимание Департамент здравоохранения города Москвы?

– В целях полноценного управления отраслью необходимо получение достоверных сведений по основным направлениям деятельности медицинских организаций и по их финансовому обеспечению.

Сегодня, как никогда, актуальным является обеспечение единого информационного пространства городского здравоохранения. С помощью сводной отчетности онлайн Департаментом здравоохранения осуществляется сбор и мониторинг выполнения показателей деятельности организаций. Осуществляется контроль за всеми поступающими финансовыми средствами и их целевым расходованием.

В этой связи, а также с целью повышения эффективности использования финансовых ресурсов Департаментом здравоохранения разработан экономический паспорт медицинской организации, где отражаются основные показатели деятельности стационара, в том числе и финансовые (доходы, поступающие в медицинские организации из всех источников финансирования, и расходы за отчетные периоды и на очередной финансовый год).

В последние годы Департаментом здравоохранения города Москвы совместно с Московским городским фондом обязательного медицинского страхования проведена большая работа во взаимодействии с главными внештатными специалистами Департамента и главными врачами подведомственных медицинских организаций по анализу и пересмотру тарифов ОМС на медицинские услуги по таким направлениям, как болезни хирургического профиля, болезни системы кровообращения, травматология и ортопедия, онкология, гинекология, реанимация, инфекционные болезни, в том числе на медицинские услуги, оказываемые в детских стационарах.

Это позволило увеличить объем поступлений из средств ОМС за оказанную медицинскую помощь стационарным учреждениям за каждый страховой случай.

Департаментом здравоохранения города Москвы принимаются необходимые меры по выполнению в подведомственных медицинских организациях целевых показателей роста средней заработной платы медицинских работников согласно Указу Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 за счет средств бюджета города Москвы, средств ОМС и иных источников.

Показатель средней заработной платы врачей в 2017 г. достигнет 180% от среднего месячного дохода от трудовой деятельности в городе Москве (63,6 тыс. рублей), среднего медицинского персонала – 90% и младшего медицинского персонала – 80%.

ТРУДНОСТИ КОНКУРЕНЦИИ

Современное здравоохранение – конкурентная среда, в которой государственные медицинские организации должны постоянно совершенствовать не только качество оказываемой помощи, но и сервисные составляющие. Ведь деньги сегодня идут за пациентом, и он может выбрать любую клинику. О сложностях управления крупным стационаром «Московской медицине» рассказала главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница №64 Департамента здравоохранения города Москвы» (многопрофильного клинического комплекса, образованного на базе городской клинической больницы №64, родильного дома №4 и женской консультации №13), депутат Мосгордумы Ольга ШАРАПОВА.

- Ольга Викторовна, в чем сегодня заключаются основные сложности ведения экономики многопрофильного городского стационара?

– Недостаточно высокая экономическая эффективность функционирования бюджетных медорганизаций сильно сказывается в условиях рыночных отношений. Ведь сейчас и коммерческие структуры получили возможность оказывать услуги в системе ОМС, они составили конкуренцию государственным бюджетным учреждениям. Приходится активно развивать и внедрять в работу лечебных учреждений те современные подходы, которые сегодня используются в коммерческих организациях, в том числе в смежных отраслях. В последнее время права бюджетных учреждений, не считая казенных, расширились: заработанные денежные средства как по ОМС, так и от приносящей доход деятельности находятся в распоряжении учреждений. Но при этом государство сняло с себя обязательства по содержанию учреждений, отказавшись от субсидиарной ответственности собственников по обязательствам бюджетных учреждений. Также была ужесточена ответственность руководителей бюджетных организаций, в том числе персональная материальная ответственность.

- Каковы рецепты эффективной экономики такой медицинской организации?

– Основной задачей любой больницы является повышение качества и конкурентоспособности медицинских услуг. В условиях рынка стратегия развития больниц должна обеспечивать не только экономное использование ресурсов, но и повышение рентабельности финансово-хозяйственной деятельности медорганизации. Однако экономический потенциал больниц формируется под влиянием достаточно



Ольга ШАРАПОВА,
главный врач Городской клинической больницы №64
Департамента здравоохранения города
Москвы

большого числа факторов и зависит от квалификации кадров, спроса на медицинские услуги, материально-технической базы, размера оборотного капитала. В таких условиях возрастает роль координатора эффективного функционирования учреждения. В Москве эту роль играет Департамент здравоохранения, который постоянно проводит заслушивание экономических паспортов учреждений, требует ежеквартальные отчеты по специально разработанным критериям эффективности и сравнивает отчетные данные по всем городским учреждениям. Естественно, главные врачи информи-



**В УСЛОВИЯХ РЫНКА СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ
БОЛЬНИЦ ДОЛЖНА ОБЕСПЕЧИВАТЬ НЕ ТОЛЬКО
ЭКОНОМНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ,
НО И ПОВЫШЕНИЕ РЕНТАБЕЛЬНОСТИ
ФИНАНСОВО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДОРГАНИЗАЦИИ.**

руются о том, насколько эффективно функционирует их МО на фоне других.

- Добавило ли сложностей при ведении хозяйства присоединение к стационару родильного дома и женской консультации?

– После проведения реорганизации в 2014 г. в нашем распоряжении оказалась отдельно стоящая женская консультация. Нам сразу стало понятно, в чем заключаются уязвимые места работы амбулаторного звена, дистанцированного от стационара: амбулаторное учреждение имеет довольно схематичные представления о его потребностях и возможностях. То же самое касается и специалистов стационара: они не до конца знали о том, что происходит с пациентами на амбулаторном этапе после выписки, как проводится их наблюдение до госпитализации. С началом совместной работы в рамках одного юридического лица врачи этих двух структур лично познакомились друг с другом, появилось понимание, что они являются частью одного большого коллектива. После объединения у врачей амбулаторного звена появилась возможность, во-первых, контролировать лечение пациенток на всех уровнях, во-вторых, удалось в чем-то сблизить позиции врачей этих двух звеньев медицинской помощи, стало проще согласовывать и координировать этапы ведения больных. Появилась возможность проводить кадровую

ротацию, сейчас врач женской консультации имеет возможность подежурить в стационаре. Конечно, при этом выросла нагрузка на кадровую, бухгалтерскую, экономическую, хозяйственную службы, поскольку увеличения их штата не было предусмотрено. Но мы стараемся с этим справляться.

- Каковы основные источники доходов и расходов в вашем стационаре?

– Основные источники дохода – это деньги ОМС, они обеспечивают 85% всех средств, которые получает учреждение. Примерно 13% приходится на платные медицинские услуги, и оставшиеся 2% – это высокотехнологичная платная помощь (бюджетные деньги). Что же касается расходов, то 58,2% идет на зарплаты врачей, 26% на медикаменты и расходные материалы. Все остальное – это расходы на содержание имущества, покупку оборудования и коммунальные платежи.

- Можете ли вы сказать, что стационар сегодня деньги зарабатывает? Или применительно к государственной клинике это не совсем корректная формулировка?

– При переходе финансирования из бюджетного в систему ОМС можно говорить о том, что клиника зарабатывает деньги. С другой стороны, низкие тарифы в системе ОМС не всегда позволяют зарабатывать много. Те денежные средства, которые приходят в больницу из страховых компаний по ОМС, находятся в распоряжении больницы и расходуются в соответствии с планом финансово-хозяйственной деятельности. Как пожелание, хотелось бы, чтобы больница смогла из этих средств закупать оборудование, стоимость которого превышает 100 тысяч рублей. Сейчас покупать такое оборудование мы можем только за счет средств, заработанных на платных медицинских услугах.

- Расскажите, как в вашем учреждении получают помощь иногородние пациенты? Какой механизм взаиморасчета применяется в отношении клиник из других регионов, направивших к вам пациентов?

– В начале каждого месяца наша ГKB формирует счет-фактуру по пролеченным за месяц пациентам для отправки этого отчета в электронном виде в страховые компании Москвы. Для иногородних пациентов механизм такой же, только счет-фактура направляется непосредственно в Московский городской фонд ОМС, который берет на себя расчеты с московскими больницами. В течение пяти дней проводится согласование счета-фактуры между ГKB и МГФОМС, которое завершается, когда достигается соглашение об окончательной сумме. Счет по иногородним пациентам

формируется на основании полиса ОМС, который необходимо предоставить при госпитализации. Трудности, которые возникают, связаны, прежде всего, с тем, что не всегда на электронном полисе можно увидеть название страховой компании, региона страхования. Это вынуждает нас связываться с региональными фондами для подтверждения регистрации полиса на их территории. В период подачи счета, срок которого ограничен, нередко выясняется, что иногородние пациенты, предоставившие при госпитализации действующий региональный полис ОМС, по факту перерегистрировали его на другой регион. Кроме того, у нас нет возможности оперативно проверять действительность полисов ОМС иногородних пациентов, в отличие от москвичей. Это тоже создает трудности при подаче счета-фактуры, так как именно полис ОМС является основным документом, по которому он формируется.

- Что вы можете сказать об эффективном контракте и каков уровень зарплат врачей и среднего медицинского персонала в вашей клинике? Довольны ли ими сотрудники?

– С введением новой системы оплаты труда повысилась эффективность работы персонала, выросла его работоспособность. Конечно, это дополнительные объемы работы для экономистов и кадровиков, но в итоге эффективный контракт действительно работает в полном смысле этого слова. Ничего негативного во введении эффективного контракта я не вижу. Просто все новое людьми обычно воспринимается с осторожностью, и всегда есть те, кто не принимает новое и хочет жить по-старому. Но, конечно же, необходимы хорошие расчеты, чтобы стимулирующая часть могла действительно стимулировать сотрудников лучше работать, а не быть просто «добавкой» к зарплате, с которой в случае чего не жалко и расстаться. В нашем учреждении за девять месяцев 2017 г. уровень средней заработной платы врачей составил 112 662 рубля, среднего медицинского персонала – 67 990 рублей, младшего медицинского персонала – 43 079 рублей. Любые вопросы по поводу зарплат мы стараемся решать быстро, так что, думаю, недовольных сотрудников у нас просто нет.

- Есть ли у вас заместитель по экономическим вопросам и каковы его функции?

– Заместитель главного врача по экономике руководит всей работой по экономическому обеспечению деятельности учреждения. Он определяет экономическую эффективность организации труда и лечебно-диагностического процесса, анализирует все виды деятельности учреждения, организует расчет себестоимости медицинских услуг и учет экономических показателей деятельности

как учреждения, так и его подразделений, готовит экономико-статистическую и иную отчетность. Кроме этого, он организует работу по формированию, ведению и хранению базы данных экономической информации, проверяет качество ведения экономической документации, а также контролирует выполнение требований правил внутреннего трудового распорядка, техники безопасности и охраны труда. В последние годы происходит постоянный рост объемов информации, с которой приходится работать экономистам медицинских организаций. Для экономических служб медорганизаций характерны достаточно высокая подготовка персонала и технического оснащения рабочих мест, у каждого специалиста имеется компьютер, все



ПРИ ПЕРЕХОДЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ ИЗ БЮДЖЕТНОГО В СИСТЕМУ ОМС МОЖНО ГОВОРИТЬ О ТОМ, ЧТО КЛИНИКА ЗАРАБАТЫВАЕТ ДЕНЬГИ. ТЕ ДЕНЕЖНЫЕ СРЕДСТВА, КОТОРЫЕ ПРИХОДЯТ В БОЛЬНИЦУ ИЗ СТРАХОВЫХ КОМПАНИЙ ПО ОМС, НАХОДЯТСЯ В РАСПОРЯЖЕНИИ БОЛЬНИЦЫ И РАСХОДУЮТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С ПЛАНом ФИНАНСОВО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

службы располагают выходом в интернет, информационными системами типа «Гарант» или «Консультант», а также специальными экономическими программами. Вместе с тем компьютерную грамотность экономистов здравоохранения можно оценить как невысокую.

- На что вы могли бы обратить внимание коллег - главных врачей, исходя из вашего опыта управления экономикой крупного многопрофильного стационара? Есть ли какие-то секреты, которые позволяют медицинской организации работать максимально эффективно?

– Девиз, под которым работает наша больница, – пациентоориентированность. Мы любим пациента, которого мы лечим. Поэтому, чтобы быть эффективным среди многих других учреждений, следует быть открытым и гибким к внедрению передовых пациентоориентированных технологий.

БОЛЬНИЧНАЯ АРИФМЕТИКА

Крупная больница по своим масштабам и организации напоминает маленькое государство. Насколько сложно управляться с такой системой, и каким образом сделать так, чтобы число недовольных в коллективе не росло, а уменьшалось, а бюджет увеличивался, в интервью журналу «Московская медицина» рассказал главный врач Морозовской детской городской клинической больницы профессор Игорь КОЛТУНОВ.



Игорь КОЛТУНОВ,
главный врач Морозовской детской городской клинической больницы Департамента здравоохранения города Москвы

- Игорь Ефимович, каковы сегодня основные источники доходов и расходов в вашей клинике?

– Источники у нас у всех одни, как и у всех прочих государственных медицинских организаций, мы все работаем в системе обязательного медицинского страхования. И никаких других способов у больницы прокормить себя, кроме как зарабатывать деньги через страховые компании, то есть через Фонд обязательного медицинского страхования, не существует. То есть порядка 94–95% в бюджете учреждения – это средства ОМС. Остальные 4–5% – это платные услуги, которые не входят в ОМС, какие-то дополнительные услуги, которые больница может оказывать.

Что же касается расходов, то самая значимая статья, конечно, зарплата. 60% бюджета мы тратим на то, чтобы оплачивать труд сотрудников. Остальные 40% идут на содержание зданий и сооружений, на эксплуатацию и ремонт оборудования, обеспечение работы хозяйственных служб и так далее.

- Каков уровень заработной платы врачей и среднего медицинского персонала в вашей клинике? Сотрудники довольны?

– Если врач работает достаточно интенсивно, а сегодня в Морозовской детской больнице производительность труда раза в три выше, чем во многих лечебных учреждениях, он и зарплату получает соответствующую, достойную. Чтобы зарабатывать деньги, нужно работать. В нашей больнице средняя зарплата врача в 2017 году составляет 120 тысяч рублей. То есть, как и положено, в соответствии с «майскими» указами Президента, 200% от средней по экономике региона мы обеспечили. Не сказал бы, что в нашей больнице много недовольных. Более того, в этом году очень большой приток ординаторов в нашу больницу, больше 60 человек пошли учиться. Такого никогда не было. И такое количество людей говорит о том, что люди хотят работать врачами, непосредственно лечить, в нашей больнице в частности.

- Можно сказать, что стационар сегодня зарабатывает деньги, или применительно к государственной клинике это некорректная формулировка?

– Это абсолютно корректная формулировка, потому что все должны деньги зарабатывать, как стационар в лице администрации, так и рядовые врачи. Потому что если врач деньги не зарабатывает, то к сожалению, никакого другого механизма, кроме как наказать сотрудника рублем, не существует. У нас в учреждении действует очень простая система. Если сотрудник получает выговор за что-либо, то он не получает квартальную премию, а квартальная премия в размере оклада. Это порядка 50–60 тысяч рублей. И с каждым годом таких сотрудников все меньше и меньше, люди осознают, что происходит, и стараются работать более аккуратно и качественно. И это совершенно нормальная практика, точно так же, как и штрафы для медицинской организации, когда страховые компании снимают с нее деньги за некачественное лечение, за недостаточные обследования, которые проведены не в соответствии с данным заболеванием. Как руководитель могу сказать, что мы с этой задачей – не просто работать в системе ОМС, а зарабатывать, справляемся более чем успешно. Так, если в 2011 г. больница зарабатывала по госзаданию ОМС 550 млн рублей в год на 1125 койках, сейчас в больнице 1025 коек, и больница зарабатывает по заданию ОМС около 3 млрд. При том, что количество коек и количество сотрудников остались практически прежними. То есть с 2011 г. по 2017 г. в шесть раз увеличился доход учреждения, на 100% ежегодно. И все за счет повышения производительности труда, роста квалификации специалистов и фондооснащения, фондовооружения. Мы максимально расширили профиль нашего учреждения, у нас практически полнопрофильная больница. А с вводом нового здания фактически мы дадим городу 100-процентное покрытие всех медицинских профилей, которые только существуют в мире.

– Вам на все хватает денег? Как выходите из ситуаций, когда денег нет на ремонт или закупку оборудования, например?

– Если учреждению не хватает денег – надо менять руководителя учреждения и заодно всю команду. Если денег нет, значит это неэффективный менеджмент, других ответов тут нет.

За все годы, что я работаю, я никогда не забывал слова Леонида Михайловича Печатникова, что если вы будете жить не по средствам, то мы вам дадим субсидию. Но получит ее уже другой главный врач.

– У вас есть заместитель по экономике? Чем он занимается?

– Главная функция заместителя по экономическим вопросам – не давать мне тратить деньги. Он должен охлаждать пыл наших врачей в приобретении нового оборудования, новых технологий и учить нас жить по средствам. Вот его основная задача. Поэтому мы играем: я – на повышение,

он – на понижение. Ежемесячно он составляет отчеты, сколько денег заработало для больницы каждое отделение, и у нас все сотрудники больницы знают о каждой копейке, которую мы тратим.

– Расскажите, какие изменения произойдут с вводом нового здания больницы?

– Это не просто новый корпус, это новая Морозовская больница, более 72 тысяч квадратных метров вместо 40. Общий бюджет строительства составил более 11 млрд рублей вместе с оборудованием, из них половину выделила мэрия города, половину – федеральный бюджет. Туда перейдут практически все наши отделения, сейчас их в больнице 35. В старых корпусах останется только административный корпус, корпус с лекционными залами (после капитального ремонта), референс-лаборатория, которая будет выполнять анализы для нужд и других лечебных учреждений, а также патологоанатомический корпус, архив и музей. Один из старых корпусов планируем передать под паллиативное отделение и второй этап выхаживания новорожденных, которые должны переехать из филиала в Измайловской больнице.



**МЫ ВСЕ РАБОТАЕМ В СИСТЕМЕ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ. И НИКАКИХ ДРУГИХ
СПОСОБОВ У БОЛЬНИЦЫ ПРОКОРМИТЬ СЕБЯ,
КРОМЕ КАК ЗАРАБАТЫВАТЬ ДЕНЬГИ ЧЕРЕЗ
СТРАХОВЫЕ КОМПАНИИ, ТО ЕСТЬ ЧЕРЕЗ
ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ, НЕ СУЩЕСТВУЕТ.**

– Что бы вы посоветовали коллегам при реализации таких масштабных проектов?

– Новая больница, которую нам построила страна, создавалась очень интересно. Она создавалась по медико-технологическому заданию, которое писали сами сотрудники больницы. Техническое задание писали всем коллективом. И задачей было, чтобы каждый специалист мог применять самые передовые медицинские технологии, и эти технологии были связаны в одну логическую цепочку. Поэтому преемственность и логистика, вот что мы получаем в новой больнице. Плюс самое современное оборудование, о котором только можно судить. Это все находится в одном

здании, на одном этаже, то есть пациент получает возможность в конвейерном варианте полностью получить всю необходимую полнопрофильную медицинскую помощь. Этой цели, как я полагаю, нам удалось достичь.

- В чем особенности экономики процесса оказания медицинской помощи в современном детском стационаре в большом мегаполисе?

– Основная задача – обеспечить высокую производительность труда сотрудников и высокое, качество медицинской помощи. И если с первой задачей мы отчасти справились, то сейчас предстоит решать вторую. В 2011 г., когда я только пришел сюда в качестве главного врача, в больнице не



**ЕСЛИ ВРАЧ ДЕНЬГИ НЕ ЗАРАБАТЫВАЕТ,
ТО, К СОЖАЛЕНИЮ, НИКАКОГО ДРУГОГО
МЕХАНИЗМА, КРОМЕ КАК НАКАЗАТЬ
СОТРУДНИКА РУБЛЕМ, НЕ СУЩЕСТВУЕТ.**

было ни одного доктора наук, то есть ни одного штатного сотрудника, только консультанты, они тут подрабатывали. Сейчас у нас более 40 собственных штатных докторов наук, более 130 кандидатов наук. В рамках модернизации больница получила оборудования на более чем 1 млрд рублей. Плюс оборудование на 4,6 млрд рублей, которое закуплено в новую Морозовскую больницу. Но на этом мы не останавливаемся, и власти приняли решение построить в Морозовской больнице центр ядерной медицины. Инвестиционная программа одобрена, и мы уже через два года должны запустить три ускорителя, один протонный и два линейных. Мы сможем оказывать помощь онкологическим пациентам не просто на высоком, а на высочайшем уровне.

- Планируете ли вы и дальше увеличивать число госпитализаций, ну и зарабатывать еще больше, само собой?

– Нельзя зарабатывать путем увеличения числа госпитализаций. Это абсолютно неправильный путь, так как это путь экстенсивный, который приводит к деградации врача как врача. У врача в стационаре должна быть возможность уделять внимание каким-то сложным случаям, потому что тогда он не будет расплываться на те вещи, которые можно было бы лечить и дома. Моя позиция, наоборот, в дальнейшем, – мы должны снижать количество госпитализаций и параллельно поднимать стоимость тарифов. Во времена, когда Савва Морозов строил больницы, детей там не только лечили, но и откармливали. Сейчас у нас такой уровень жизни, что никого откармливать не надо.



АЛЕКСАНДР ВЛАСЕНКО

ВЕДУЩИЙ НАУЧНЫЙ СОТРУДНИК ОТДЕЛА
ИССЛЕДОВАНИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ, К.М.Н.,
ДОЦЕНТ:

“ Выбор путей решения стоящих проблем и поиск оптимальных подходов к совершенствованию функционирования медицинских организаций системы московского здравоохранения – одна из задач, стоящая перед отделом исследований общественного здоровья.

- Подготовка критериев для оценки качества и безопасности медицинской деятельности в подразделениях департамента здравоохранения города Москвы
- Внедрение методических рекомендаций по информационно-документационному обеспечению управленческой деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению
- Разработка предложений по созданию оптимальных условий для сохранения здоровья женщин всех возрастов, работающих в системе здравоохранения города Москвы

www.nioz.ru

+7 (495) 951-20-54

niozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

ИГОРЬ ХАТЬКОВ: УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ КОМАНДА — ЭТО СЕРВИС, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ РАБОТУ ВРАЧЕЙ

Об экономике Московского клинического научного центра имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы рассказывает его директор Игорь ХАТЬКОВ.

- Игорь Евгеньевич, на какие из экономических показателей и критериев работы учреждения вы прежде всего обращаете внимание, управляя? Как добиться пресловутой экономической эффективности работы медицинской организации?

– Один из показателей эффективности – умение рационально использовать имеющиеся ресурсы. Финансовые ресурсы поступают в центр из нескольких источников. Это бюджетное финансирование: в нашем случае – по целевой программе, связанной с научными разработками, и целевое финансирование на реструктуризацию центра. Сейчас как раз идут масштабные работы по ремонту помещений и их реконструкции, приобретается новое оборудование. За то, что этот процесс под контролем, большое спасибо мэрии Москвы и Департаменту здравоохранения города. Финансирование через ОМС сегодня играет существенную роль в формировании бюджета клиники. За время моей работы все серьезно поменялось: если вначале это был небольшой процент от общих доходов, то сейчас все наши оперативные расходы покрываются за счет средств, которые мы зарабатываем. Если пациент приходит к нам, мы получаем деньги, если нет – не получаем. Соответственно, у нас есть план, который мы стараемся увеличивать год от года, и у нас это получается.

- А доход от оказания платных услуг большую часть составляет сегодня?

– Пять лет назад наша главный бухгалтер была близка к обмороку, когда я ей сказал о платных услугах. Сначала вклад платных услуг в доходную часть бюджета исчислялся долями процентов. В первый месяц мы заработали порядка миллиона рублей на весь центр, и это было большой радостью. Сейчас в нашей структуре платные услуги доходят до 12%. Понятно, что это те услуги, которые не входят в ОМС. Это принципиальный момент: есть программа госгарантий, в рамках которой пациент получает медицинскую помощь за счет средств ОМС, и есть медицинские услуги, которые в нее не входят. Их



Игорь ХАТЬКОВ,
директор МКНЦ
имени А.С. Логинова
Департамента
здравоохранения
города Москвы

можно предлагать на платной основе. Разделение здесь четкое, процесс коммуникации с пациентом и разделения пациентопотока регламентирован и отработан на уровне клиники.

- В чем секрет успеха для медицинской организации в конкурентной среде?

– Для оказания качественной медицинской помощи и для того, чтобы предлагать пациенту что-то сверх того, что предлагает программа госгарантий, прежде всего нужны высококлассные специалисты. Секрет успешности как раз в профессионализме кадров. В профессионализме более высоком, чем в других клиниках. Плюс важно уметь работать в команде.

- Вы говорите о специалистах-управленцах, которые могут организовать процесс, или о специалистах-медиках?

– О специалистах-медиках – в первую очередь. Но, конечно, управленцы тоже очень важны. Талантливые медики, практикующие в нашем центре, должны научиться работать в команде, чтобы достигать наилучших результатов. Отладить механизм этой командной работы – задача управленца.

- Когда речь идет о платном приеме специалиста поликлинического отделения: как



ПЯТЬ ЛЕТ НАЗАД НАША ГЛАВНЫЙ БУХГАЛТЕР БЫЛА БЛИЗКА К ОБМОРОКУ, КОГДА Я ЕЙ СКАЗАЛ О ПЛАТНЫХ УСЛУГАХ. В ПЕРВЫЙ МЕСЯЦ МЫ ЗАРАБОТАЛИ ПОРЯДКА МИЛЛИОНА РУБЛЕЙ НА ВЕСЬ ЦЕНТР, И ЭТО БЫЛО БОЛЬШОЙ РАДОСТЬЮ. СЕЙЧАС В НАШЕЙ СТРУКТУРЕ ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ ДОХОДЯТ ДО 12%. ПОНЯТНО, ЧТО ЭТО ТЕ УСЛУГИ, КОТОРЫЕ НЕ ВХОДЯТ В ОМС.

здесь правильно разграничить платные услуги и те, которые оплачиваются по ОМС? За что можно предлагать пациенту платить в кассу?

– Хороший пример – комплексные диагностические услуги, которые не входят в ОМС. У нас созданы все условия, чтобы можно было проводить комплексное обследование пациента в течение одного дня. Фактически это

углубленная диспансеризация. Массовая диспансеризация или скрининг во всем мире являются затратными: если всем подряд начать делать гастроскопию и КТ, то можно разориться, не добившись улучшения показателей смертности, к примеру, от онкологии. В программу госгарантий эти обследования не входят, хотя при соответствующих назначениях их, конечно, можно и нужно сделать. Мы организовали для проведения таких обследований центр комплексной диагностики, куда человек может прийти утром и выйти оттуда через несколько часов, полностью обследованным в комфортных условиях. На эти услуги достаточно большой спрос – многие пациенты перестали ездить за ними в Израиль и Германию. Все это можно получить у наших специалистов, которые работают на современном оборудовании и с большим потоком пациентов и, соответственно, имеют огромный опыт.

- Получается, вы научились зарабатывать?

– Мы не считаем себя каким-то супер-успешным учреждением, но в последние два года нам удалось научиться самостоятельно обеспечивать оперативные расходы за счет заработанных средств. Правда, о сверхприбылях каких-то, которые можно было бы направлять на развитие инфраструктуры учреждения, пока приходится только мечтать. Сейчас есть объективные ограничения в связи с ремонтными работами, но мы не стоим на месте. Компенсируем потери за счет сокращения койко-дня и интенсификации эффективности использования имеющегося коечного фонда. Тут арифметика проста – есть три показателя: количество пролеченных, койко-день и загруженность стационара. Важно, чтобы загруженность стационара нарастала не за счет 25-дневного койко-дня, а чтобы она была обеспечена при коротком койко-дне. Поэтому мы мониторим загруженность и на еженедельном совещании обсуждаем достигнутые показатели.

- Вы сказали, что на науку идет только целевое бюджетное финансирование. Есть ли гранты или другие источники?

– У штата наших научных сотрудников есть финансовая поддержка от Департамента здравоохранения города, которая главным образом обеспечивает зарплатные ожидания. Кроме того, есть много различных научных исследований, которые проводят наши опинион-лидеры в своих направлениях – это еще одна часть финансирования. Мы стараемся наладить работу и с грантовой системой. Пока больших успехов нет, но мы работаем над этим. Сейчас мы взяли на работу несколько биологов и генетиков, которые совместно с клиницистами начали проведение фундаментальных исследований. Контактируем с коллегами из других научных учреждений. Мы работаем над тем, чтобы проводить исследования по грантам, а пока подтверждаем наше научное финансирование. У

нас множится количество публикаций в рейтинговых научных журналах: в этом году у нас их было около 6–7. Участвуем в мировых многоцентровых исследованиях, работаем с большим объемом материала на больших потоках пациентов. Сами инициируем такие исследования и для российских клиник, и для иностранных. Есть несколько наших исследований, зарегистрированных на сайте clinical-trials.gov. Сейчас планируем организовать эпидемиологические исследования для Москвы по гастроэнтерологии и онкологии.

- Значит, денег вам хватает?

– Конечно, нам хотелось бы большего, и для этого мы стараемся не стоять на месте. У нас сейчас период реконструкции. Когда я пришел, у нас на два учреждения было полторы тысячи коек, сейчас их чуть более 700. При этом количество пролеченных больных выросло в 2,5 раза, а количество операций – в 4,5 раза за 5 лет. Причем сложность операций выросла в неисчислимо количество раз: то, что сегодня у нас делается в хирургии печени и в хирургии поджелудочной железы, раньше вообще не выполнялось. Развивается колоректальная хирургия, мы открыли отделение опухолей головы и шеи. И хотя это сложнейшие операции, средний койко-день мы сократили более чем в 2 раза.

- Можно ли эти показатели сравнить с такими за рубежом?

– Это сложно сделать, там есть свои нюансы. К примеру, в США койко-день может составлять 3, но количество повторных поступлений из-за этого увеличивается. В хирургии есть ряд осложнений, которые могут проявиться на 7–8-е сутки, и этот процент примерно одинаков в ведущих клиниках мира. Мы стараемся отслеживать эти осложнения. Если у пациента холецистит или грыжа – выписываем на следующий день. Хотя есть пациенты, только на подготовку которых к сложным операциям уходит до нескольких недель.

- У вас есть заместитель по экономике. Когда вы его выбрали - на что обращали внимание? Каким он должен быть в идеале?

– У него должна быть мотивация к работе: стать не начальником, а лучшим. Заместителю по экономике интересно работать, он привел с собой молодую команду. Должен быть и опыт, конечно, потому что у нас большое учреждение, и этап реформирования, который мы прошли, был достаточно сложным. В нашем центре заместитель главного врача по экономическим вопросам имеет два базовых образования: первое – медицинское, второе – экономическое, у него есть опыт преподавания в университете, и поэтому он многие вещи понимает и умеет решать задачи быстро и эффективно.

При этом нашему экономическому блоку всегда есть что улучшить и чему поучиться. И очень важно, что они

регулярно занимаются своим образованием. Люди должны быть настроены на быстрое решение проблем. И если мной или кем-то высказываются какие-то экономические идеи, мне нравится, что наша экономическая команда способна быстро облечь идею в экономическую модель с планом реализации. Поэтому у нас растут платные услуги, и с зарплатами все в порядке, несмотря на все сложности. Правильное планирование позволило нам все решить грамотно. Но самое важно, надо понимать, что управленческая команда – это сервис для врачей, которые помогают людям и зарабатывают для клиники деньги. А значит, управленческая команда должна обе-



ЛЮДИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ НАСТРОЕНЫ НА БЫСТРОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ. И ЕСЛИ МНОЙ ИЛИ КЕМ-ТО ВЫСКАЗЫВАЮТСЯ КАКИЕ-ТО ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ИДЕИ, МНЕ НРАВИТСЯ, ЧТО НАША ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КОМАНДА СПОСОБНА БЫСТРО ОБЛЕЧЬ ИДЕЮ В ЭКОНОМИЧЕСКУЮ МОДЕЛЬ С ПЛАНОМ РЕАЛИЗАЦИИ.

спечить их комфортную деятельность. Не управлять ими, а помогать им. Должен отметить, что на начальных этапах были определенные трудности в понимании этого, на мой взгляд, простого тезиса.

- Если говорить о еще большей эффективности и повышении прибыльности - у вас есть какие-то приоритеты?

– До прихода в этот центр я никогда не работал в таких непростых условиях. Я имею в виду материально-техническую базу учреждения. Для нас это было большой проблемой, сейчас она решается – спасибо Департаменту здравоохранения Москвы. И когда мы, наконец, задействуем наш потенциал на полную мощность, то станем намного более привлекательными с учетом того, что здесь работают мировые лидеры и высокопрофессиональные сотрудники, которые составляют гордость учреждения. Пока мы вкладываем деньги в лечение пациентов, ни разу не отказали никому даже в самых сложных и затратных видах лечения, и, как показывает практика, в многопрофильном стационаре это вполне можно обеспечивать экономически.

АЛЕКСЕЙ ШАБУНИН: ОДНА ИЗ ЗАДАЧ ГЛАВНОГО ВРАЧА СОСТОИТ В ОЦЕНКЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОСТИЖЕНИЯ НАИЛУЧШЕГО РЕЗУЛЬТАТА

Боткинская больница – один из крупнейших многопрофильных городских стационаров не только московского региона, но и России. Эффективно управлять таким медицинским учреждением непросто. О своем опыте решения стоящих перед руководством клиники задач рассказывает главный врач Городской клинической больницы им. С.П. Боткина Алексей ШАБУНИН.



Алексей ШАБУНИН,
главный врач Городской
клинической больницы
им. С.П. Боткина Депар-
тамента здравоохра-
нения города Москвы

– Алексей Васильевич, в чем главная сложность ведения экономики такого крупного стационара как Боткинская?

– Клиническая больница – это сложная социально-экономическая и медицинская система, которая располагает материальными, денежными и кадровыми ресурсами для оказания высококвалифицированной медицинской помощи. В условиях рыночной экономики основная задача управления такой сложной системой решается не только медицинской, социальной, но и экономической эффективностью посредством постоянного анализа деятельности и соизмерения доходов с расходами.

С внедрением бюджетирования в здравоохранение, страховой медицины и переходом на казначейскую систему исполнения всех средств бюджетной системы в практику государственных медицинских организаций введено лимитирование объемов средств финансирования, подтвержденное денежными обязательствами. Расходование средств ведется строго в пределах экономической классификации расходов по видам затрат. В этих условиях задача главного врача состоит в оценке экономической эффективности деятельности с точки зрения

достижения наилучшего результата с использованием заданного объема ресурсов на основе экономических методов управления. На практике сегодня особое внимание уделяется экономическому анализу и планированию деятельности, в том числе бизнес-планированию.

Анализ хозяйственной деятельности – это этап, предшествующий принятию решения. Он призван обосновать принимаемое решение и оценить его последствия с позиций экономической эффективности. Для того чтобы объективно оценить выполнение плана финансово-хозяйственной деятельности лечебного учреждения, необходимо всесторонне рассмотреть факторы, влияющие на результаты исполнения каждой статьи расходов. Вместе с тем значение экономического анализа заключается не только в выявлении факторов, влияющих на процесс выполнения плана, но и в том, чтобы разработать конкретные предложения по устранению нежелательных явлений, которые могут повлиять на уровень эффективности использования ресурсов.

Теоретически все понятно, но на практике, при наличии в структуре крупной больницы многих профилей лечения на базе стационарных коек, амбулаторно-поликлинических подразделений, отделений дневного стационара и стационаров кратковременного пребывания, без внедрения медицинской автоматизированной информационной системы (МИС) получение полноценного оперативного и действенного анализа практически невозможно.

В нашей больнице эта задача решена. При поддержке Департамента здравоохранения города Москвы Департаментом информационных технологий с 2015 г. внедрена автоматизированная МИС.

- Есть что-то характерное именно для вашей клиники? Например, как финансируется работа симуляционного центра?

– В последнее время Боткинская больница превратилась еще и в современный учебный центр города. С октября 2015 г. на ее базе развернут уникальный многопрофильный Медицинский симуляционный центр (МСЦ), самый крупный в России, ориентированный на инновационные подходы в организации дополнительного профессионального образования. МСЦ является центром постдипломной подготовки работников медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, и идеальной практической базой постоянного совершенствования профессиональных компетенций специалистов практического здравоохранения.

Внедрение данного крупномасштабного проекта, осуществляемого в стремительных условиях столичного мегаполиса, дефицита времени и высочайшей ответственности за эффективный результат, успешно реализовано в МСЦ благодаря грамотному менеджменту и слаженности, профессионализму команды специалистов научного, инженерно-технического

и учебно-методического направлений профессиональной деятельности.

По состоянию на 30 сентября 2017 г. обучено 15 000 специалистов практического здравоохранения по более 100 программам повышения квалификации.

Медицинский симуляционный центр Боткинской больницы создан по типу многопрофильной виртуальной клиники, оснащенной комплексами симуляторов высшего уровня реалистичности, современными манекенами-имитаторами, электронными фантомами, интерактивным и медицинским оборудованием.

Основной целью создания МСЦ является проведение обучения ординаторов и интернов медицинских ВУЗов, повышение квалификации врачей-специалистов, аспирантов, среднего медицинского персонала, проведение мероприятий по оцен-



С ВНЕДРЕНИЕМ БЮДЖЕТИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ И ПЕРЕХОДОМ НА КАЗНАЧЕЙСКУЮ СИСТЕМУ ИСПОЛНЕНИЯ ВСЕХ СРЕДСТВ БЮДЖЕТНОЙ СИСТЕМЫ В ПРАКТИКУ ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ВВЕДЕНО ЛИМИТИРОВАНИЕ ОБЪЕМОВ СРЕДСТВ ФИНАНСИРОВАНИЯ, ПОДТВЕРЖДЕННОЕ ДЕНЕЖНЫМИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВАМИ. В ЭТИХ УСЛОВИЯХ ЗАДАЧА ГЛАВНОГО ВРАЧА СОСТОИТ В ОЦЕНКЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОСТИЖЕНИЯ НАИЛУЧШЕГО РЕЗУЛЬТАТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЗАДАННОГО ОБЪЕМА РЕСУРСОВ НА ОСНОВЕ ЭКОНОМИЧЕСКИХ МЕТОДОВ УПРАВЛЕНИЯ.

ке профессиональной компетентности при сертификации и аккредитации специалистов.

Объем образовательных услуг сформирован в государственном задании, установленном Департаментом здравоохранения города Москвы. На 2017 г. заданием предусмотрено обучить не менее 8600 слушателей. Результаты работы МСЦ за 9 месяцев текущего года свидетельствуют об уверенном темпе по выполнению задания. Финансирование

государственного задания осуществляется Департаментом здравоохранения города Москвы в виде целевой субсидии из бюджета города Москвы.

- Каковы основные источники дохода (поступлений в бюджет) и расходные статьи в вашей клинике?

– Упомянув о финансировании государственного задания, остановлюсь на структуре поступлений в бюджет больницы. Исходя из плана финансово-хозяйственной деятельности на 2017 г., утвержденного Департаментом здравоохранения города Москвы, каждый вид деятельности учреждения финансируется по результатам выполненного объема медицинских, образовательных и других видов услуг. Поступления за выполнение государственного задания в виде целевых субсидий из бюджета города Москвы составляют около 3,9%. Основные поступления больницы получает за оказание медицинской помощи по территориальной программе ОМС. С учетом требований Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», средства больницей зарабатываются по тарифам ОМС за каждый законченный случай лечения больного. В структуре бюджета данные поступления занимают 71,2%.

На выполнение задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), не включенной в базовую программу ОМС, объем поступлений занимает 5,3%. Всего в 2017 г. ВМП получают не менее 8000 больных, из них около 3000 больных – ВМП, не включенную в базовую программу ОМС.

- Платные услуги – существенная статья дохода?

– Важную составную часть финансовых поступлений обеспечивает деятельность, приносящая доход, или – как мы привыкли говорить – предпринимательская деятельность. Коренное реформирование здравоохранения в течение последних 10 лет, введение системы обязательного и добровольного медицинского страхования неизбежно сопровождается развитием рыночных отношений в здравоохранении. В этих условиях вопросы предпринимательства, внедрения современного менеджмента и маркетинга приобрели особую актуальность, которая сохраняется до настоящего времени. В рамках действующего законодательства и с разрешения Департамента здравоохранения города Москвы больница оказывает медицинскую помощь на платной основе. Развитие данной деятельности зависит от нескольких факторов:

- развития сегмента рынка медицинских услуг, предоставляемых страховыми компаниями в рамках ДМС;

- дополнительного источника финансирования, в котором нуждается каждое МО в условиях одноканального финансирования;

- положительного изменения нормативно-правовой базы, регламентирующей данный вид деятельности;

- накопленного опыта медицинских организаций в сфере оказания платных услуг.

На сегодняшний день в структуре бюджета поступления от медицинских услуг на платной основе по отношению к поступлениям по основному виду деятельности в рамках территориальной программы ОМС составляют 13,1%. Для сравнения могу сказать, что в 2013 г. этот показатель имел значение 4,4%.

За счет данного источника больница имеет реальную возможность повысить качество оказания медицинской помощи за счет внедрения передовых технологий и приобретения нового, более современного оборудования. Для сотрудников больницы, активно участвующих в реализации передовых технологий при лечении пациентов, внедрены стимулирующие системы оплаты труда, позволяющие достойно оплачивать лучший труд, удерживать хороших специалистов и стимулировать достижение определенных результатов. В конечном итоге решается важная социально-экономическая задача по поддержанию достойного уровня средней заработной платы персонала.

- Каков уровень заработной платы врачей и среднего медицинского персонала в вашей клинике? Сотрудники довольны?

– Уровень среднемесячной заработной платы работников находится в прямой зависимости от объемов оказания медицинской помощи. За последние 3 года заработная плата увеличилась на 19,1%. За 9 месяцев текущего года средняя заработная плата основного медицинского персонала сохранена на уровне 2016 г.

Средняя заработная плата по своей величине не ниже средней заработной платы по крупным стационарам системы здравоохранения Москвы.

В IV квартале 2017 г. во исполнение Указа Президента РФ и в целях выполнения рекомендаций Департамента здравоохранения города Москвы средняя заработная плата врачей достигнет увеличения не менее чем на 35%. Это очень серьезный рост.

- В вашей клинике применяется эффективный контракт? В чем нюансы этого вида регулирования трудовых отношений? Как вы оцениваете его?

– Заработная плата выплачивается на основании действующего Положения по оплате труда работников ГБУЗ им. С.П. Боткина, которое одобрено коллективом больницы и предусмотрено Коллективным договором.

Важнейшим элементом использования экономических методов в управлении является экономическое стимулирование производительного и качественного труда.

До введения ОМС потенциально возможным источником дополнительного материального стимулирования медицинских работников являлись средства бюджета, использование которых было возможным лишь за счет экономии фонда оплаты

труда. Появление внебюджетных источников финансирования, как я уже отмечал, в настоящее время дает возможность усилить стимулирующую функцию заработной платы, прежде всего для обеспечения повышения качества оказания медицинской помощи, эффективности использования финансовых средств, сокращения текучести кадров, улучшения показателей здоровья обслуживающего населения. Для этого, в свою очередь, требуется адекватная оценка индивидуального трудового вклада.

В свете назревших вопросов, в 2012–2013 гг. Президентом РФ, Правительством РФ и Правительством Москвы издан ряд распорядительных документов, требования которых направлены на разработку и внедрение показателей эффективности деятельности учреждений, их руководителей и работников с рекомендациями по оформлению трудовых отношений с каждым работником на основе введения эффективного контракта.

В нашей больнице переход на работу по эффективному контракту завершен по состоянию на 1 января 2015 г. Переходный период занял более 3 месяцев. Требовалось проводить собрания коллективов, на которых специалисты кадровой и экономической службы с участием заместителей главного врача проводили разъяснительную работу о назревшей необходимости такого перехода, оптимального количества показателей оценки эффективности работы и величины стимулирующих выплат. Показатели эффективности закреплены приказом главного врача путем введения Положения о материальном стимулировании работников за выполнение показателей деятельности. Затем разъяснения каждому работнику давались в момент подписания эффективного контракта.

Положением установлены показатели эффективности как для коллективов каждого отделения и по каждому профилю деятельности, так и по каждой категории работников. Формула эффективности и стимулирования проста: коллектив, выполнивший установленные плановые показатели за месяц (4 показателя), имеет право на получение базовых стимулирующих выплат в установленной расчетной сумме (каждому показателю соответствует доля от базовой стимулирующей выплаты). Недовыполнил или не выполнил отдельный показатель – доля стимулирующих выплат уменьшается или не назначается вовсе. И наоборот, перевыполнил план по поступлениям средств – доля стимулирующих выплат растет на установленное значение. Далее сумма стимулирующих выплат, рассчитанная для коллектива за выполнение показателей, в виде протокола распределяется коллективом каждому работнику с учетом эффективности работы и на основе оценки по балльной системе.

Вся работа и подведение итогов проводятся публично, начиная с ежемесячного рассмотрения результатов работы

и проекта решения о назначении стимулирующих выплат каждому коллективу на специально созданной главным врачом комиссии, и затем на общем собрании публично озвучивается коллективу больницы.

Оценка совместной работы администрации и персонала больницы по внедрению, закреплению и совершенствованию системы стимулирования каждого работника и коллектива на основе эффективного контракта имеет положительное значение. Это один из реальных факторов, который оказал определенное влияние на ожидаемое впервые по результатам 2017 г. достижение больницей положительного бюджета.

– У вас есть заместитель по экономике? Каковы его функции? Каким должен быть специалист на этой должности?

– В настоящее время функции по организации финансово-экономической деятельности в нашей больнице возложены



**ПЕРЕХОД НА «ОДНОКАНАЛЬНОЕ»
ФИНАНСИРОВАНИЕ С 2014 Г. ПО 2016 Г.,
МОДЕРНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ОСНАЩЕНИЕ БОТКИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ
СОВРЕМЕННЫМ, В ТОМ ЧИСЛЕ УНИКАЛЬНЫМ,
МЕДИЦИНСКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ
ПОТРЕБОВАЛИ И СОЗДАЛИ ВОЗМОЖНОСТИ
ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ФИНАНСОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.**

на заместителя главного врача по экономическим вопросам. Должность предусмотрена штатным расписанием, согласованным с Департаментом здравоохранения города Москвы. Необходимость наличия этой должности обоснована, прежде всего, отнесением больницы к 1-й группе многопрофильных стационаров. И это не просто заместитель по экономическим вопросам – это профессиональный финансист высочайшей квалификации.

Функциональные обязанности определены должностной инструкцией. Первоочередные вытекают из требований не только действующих законодательных нормативных актов, но и из реальной, направленной на финансовый результат работы финансово-экономической службы, которую возглавляет заместитель по экономическим вопросам. Детальный финансовый анализ, аналитические расчеты, нестандартные подходы и в конечном итоге положительный

бюджет больницы и стабильное финансовое состояние – по сути, короткий, но для эффективной экономики больницы основной перечень ежедневной работы зама по экономическим вопросам.

– Можно сравнить ситуацию с финансированием сегодня и пять лет назад? Что изменилось? В лучшую сторону?

– До 2014 г. финансирование деятельности бюджетных учреждений г. Москвы, в том числе Боткинской больницы, осуществлялось в условиях «многоканального» финансирования. Основные источники: по утвержденным Департаментом здравоохранения г. Москвы и Московским городским фондом обязательного медицинского страхования сметам расходов в рамках выполнения территориальной программы ОМС на покрытие фонда оплаты труда работников и прямых расходов, необходимых на обеспечение лечебного процесса, за счет средств бюджета г. Москвы в виде субсидий на содержание мощностей больницы. Наряду с этим стабильность финансового состояния достигалась объемом субсидий, выделенных больнице для доведения средней заработной платы работников до городского уровня.

Переход на «одноканальное» финансирование с 2014 г. по 2016 г., модернизация системы здравоохранения и оснащение Боткинской больницы современным, в том числе уникальным медицинским оборудованием (3260 ед.), потребовали и создали возможности для повышения эффективности финансовой деятельности.

В ходе перехода на новые условия финансирования, в рамках реформирования отрасли здравоохранения города Москвы, проведена реорганизация лечебных учреждений, в результате которой к Боткинской больнице присоединены офтальмологическая клиника (филиал №1), родильный дом №32 с 6 женскими консультациями (филиал №2) и ГКБ №19 (филиал №3). С января 2015 г. присоединена ГКБ №59 (филиал №4).

В то же время усилилось влияние внешних факторов: сложных процессов в экономике страны и города Москвы, ослабление курса рубля, которые не позволили стабилизировать уровень расходной части бюджета больницы.

В целях снижения расходов, повышения эффективности использования коечного фонда и выравнивания на рынке спроса и предложений на медицинские услуги по отдельным профилям больницы за 2 года проведена оптимизация коечного фонда основной больницы с сокращением на 200 коек, прекращением деятельности филиала №3 (ГКБ №19) с закрытием 242 коек и филиала №4 (ГКБ № 59) на 505 коек.

В результате размер субсидий на доведение средней заработной платы работникам больницы до городского уровня в бюджете больницы в 2016 г. сократился вдвое.

– Можно ли сделать экономику работы клиники еще эффективней? Как этого можно добиться?

– В целом совокупность всех принятых решений по оптимизации расходов позволила создать предпосылки для получения финансового результата, когда бюджет должен быть положительным, без дополнительных субсидий. Требовалось еще найти резервы и внедрить передовые технологии в медицинский процесс, которые позволят достичь сбалансированности в экономике Боткинской больницы. И такие решения были найдены. Здесь следует выразить слова благодарности руководителю Департамента здравоохранения города Москвы Алексею Ивановичу Хрипуну. По его указанию в больницу была направлена группа аналитиков, которые в течение полугода внимательно изучали и непосредственно на рабочих местах производили оценку эффективности работы персонала и рациональность производимых расходов по каждому направлению деятельности. В результате, совместно со специалистами-аналитиками, выявлены узкие места по использованию основных мощностей, сформированы мероприятия по снижению расходов немедицинского назначения, и при поддержке аналитической группы разработаны основные положения по внедрению Стационаров кратковременного пребывания. Разработаны технологические карты, на основе которых пересмотрен ряд тарифов на оплату оказанной медицинской помощи Московским городским фондом ОМС.

Совокупность таких инициативных мер изменила экономические показатели в сторону оптимизации и роста. На сокращенном коечном фонде получают лечение большее количество больных, расходы приведены к оптимизированной величине, снизилась длительность пребывания больного на койке, что позволило при постоянном улучшении качества оказания специализированной медицинской помощи, внедрении новых методов лечения добиться вывода экономики больницы на другой уровень эффективности.

Имея такой опыт, руководство больницы и в текущем году на основе анализа деятельности отделений по каждому профилю, использования коечного фонда, изучения конъюнктуры рынка производит корректировку состава коек по профилям, перераспределяет персонал. По инициативе Совета главных врачей продолжился пересмотр тарифов, не соответствующих реальным затратам. Закрепились возможности для дополнительной заинтересованности работников в повышении результатов своего труда и доходов больницы в целом. Важный для жизни больницы итог по результатам 9 месяцев текущего года – подтверждение уровня эффективности в работе, обеспечивающей выход на положительный бюджет года без использования дополнительных субсидий.

ЛЕОНИД АРОНОВ: В 2017 ГОДУ ЗАВЕРШАЕТСЯ ПЯТИЛЕТНИЙ ЭТАП ПЕРЕХОДА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ НА ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ

Впервые термин «эффективный контракт» прозвучал в 2012 г. в статье В.В. Путина «Строительство справедливости, социальная политика для России». В последующем, в Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» и в Бюджетном послании Президента Российской Федерации от 28.06.2012 г. «О бюджетной политике в 2013-2015 годах» Правительству Российской Федерации поручалось разработать программу поэтапного совершенствования системы оплаты труда работников бюджетного сектора экономики.



Леонид АРОНОВ,
главный врач Городской клинической больницы № 13 Департамента здравоохранения города Москвы

– Прошло пять лет после принятия важных документов, устанавливающих действенные механизмы оценки деятельности медицинских работников и соответствия уровня оплаты труда его качеству. Какие изменения произошли за этот период времени?

– Колоссальные. В этом году завершается пятилетний этап перехода на так называемый эффективный контракт – особый подход к оформлению трудовых отношений с работниками. Много «копий было сломано» в процессе внедрения его в работу. Не обошли стороной возникающие в процессе работы сложности не только нашу больницу, но и все учреждения здравоохранения. Кстати, реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в части дополнительных выплат также создала организационные предпосылки перехода к эффективному контракту. Тем не менее, в первую очередь мы исходили из Распоряжения Правительства РФ от 26.11.2012 № 2190-р о том, что эффективный контракт – это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда,

показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых услуг, а также меры социальной поддержки.

- Конечно же, в первую очередь всех волнует, какова будет оплата труда в рамках эффективного контракта и на каких условиях она будет начисляться?

– Оплата труда – квинтэссенция всей идеи создания эффективного контракта, реализующая право работника на понимание размеров своей заработной платы и конкретизацию условий осуществления выплат. Если сформулировать в общем и целом, то порядок начисления выплат в рамках эффективного контракта базируется на «трех китах» – «Знания и навыки работников», «Должностная инструкция», «Порядок оплаты труда». Заработная плата складывается из должностного оклада, компенсационных и стимулирующих выплат. Объем стимулирующих выплат зависит от планового расчета Фонда оплаты труда каждого работника. Стимулирующие выплаты, в свою очередь, делятся на постоянные и переменные. К постоянным стимулирующим выплатам относятся стаж работы, квалификационная категория, ученая степень.

- Разве в учреждениях здравоохранения платят за ученую степень?

– Последними изменениями в Приказе Департамента здравоохранения г. Москвы от 09.06.2012 № 531 действительно такой вид стимулирующих выплат, как выплаты за ученую степень, отменен, при этом включены выплаты за наличие квалификационной категории. Однако, принимая во внимание социальную значимость и мотивационную роль в коллективе ученой степени, в нашем учреждении выплаты за ученую степень сохранены в размере, действовавшем до 2017 года. Выплаты стимулирующего характера за наличие квалификационной категории реализованы в следующих размерах от должностного оклада: 10% – за вторую категорию, 20% – за первую категорию, 30% – за высшую категорию. Исполняя требования Приказа Департамента здравоохранения г. Москвы от 09.06.2012 №531, также введены особые единовременные стимулирующие выплаты – за участие в городских, федеральных и международных конференциях, за авторство или соавторство научной работы в размере 25% должностного оклада, за внедрение в практическую работу новых медицинских технологий – до трехкратной величины должностного оклада. Надо отметить, применение такого вида стимулирующих выплат благотворно влияет на научный и профессиональный потенциал работников учреждения.

- В чем заключается непостоянство переменных стимулирующих выплат?

– Переменные стимулирующие выплаты зависят от загрузки коечного фонда в клинических отделениях и общей нагрузки в параклинических отделениях, а также от установленных критериев оценки качества работы. Для их ежемесячного расчета с целью упрощения работы мы используем не более 5 критериев. Все остальные оценочные показатели используются при расчете премирования. Порядок премирования, конечно же, является частью эффективного контракта. Ежегодно в учреждении по каждому структурному подразделению мы разрабатываем и утверждаем Структуру фонда оплаты труда работников, в котором предусмотрена максимальная базовая величина стимулирующих выплат, о чем я уже сказал ранее.

- На какие выплаты компенсационного характера в рамках эффективного контракта могут рассчитывать сотрудники Городской клинической больницы №13 города Москвы?

– К выплатам компенсационного характера отнесены выплаты работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, выплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, выплаты за работу со сведениями, составляющими государственную тайну. В нашем учреждении к выплатам за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, относятся совмещение профессий и должностей, расширение зон обслуживания, увеличение объема работы или исполнение обязанностей временно отсутствующего работника без освобождения от работы, определенной трудовым договором, за сверхурочную работу вне графика работы, за работу в выходные, нерабочие праздничные дни и в ночное время.

- Получается, что премирование является важной частью эффективного контракта?

– Не только премирование, но и депремирование. Но по порядку. Премирование работников осуществляется в соответствии с Положением о премировании работников и начисляется в зависимости от личного вклада работника по итогам проведенного анализа эффективности и результативности деятельности подразделения учреждения. Премии делятся на периодические и разовые. Начисление периодических премий осуществляется за определенный период времени по определенным критериям. Основные критерии для профильных отделений – финансовый доход, в том числе за счет средств ОМС и средств, полученных от платных услуг, выработка на одного медицинского работника, рентабельность подразделения, летальность, расхождение диагнозов, убытки по актам экспертизы

страховых медицинских организаций, удовлетворенность пациентов качеством работы, соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в подразделении, наличие жалоб пациентов и их представителей, нарушения организации оказания платных услуг и многое другое, включая дополнительные критерии. И, что очень важно, все виды премий начисляются по результатам заседания Центральной постоянно действующей комиссии нашего учреждения. Депремирование работников осуществляется по результатам работы подкомиссий по премированию, созданных при каждом структурном подразделении больницы. Результаты работы подкомиссий, оформленные протоколом, рассматриваются на заседании Центральной постоянно действующей комиссии учреждения. Как руководитель я вполне удовлетворен, что система премирования в нашей больнице уже стала дополнительным стимулом успешной деятельности для наших сотрудников, позволяя поощрять их в ситуациях, не предусмотренных при начислении стимулирующих выплат за эффективность.

- Что вы можете сказать о мерах социальной поддержки в рамках эффективного контракта?

– Меры социальной поддержки связаны с конкретными особенностями и финансовыми возможностями учреждения, должны регулироваться локальными нормативными актами и быть согласованными с профсоюзной организацией. В рамках эффективного контракта может быть предусмотрено страхование медицинских работников, профессиональная деятельность которых связана с угрозой жизни и здоровью. Такая возможность определена Постановлением Правительства РФ от 03 апреля 2006 г. №191. Но, вместе с тем, действующее законодательство не содержит обязанности осуществления такого страхования. Как видите, сложность задачи перехода на эффективный контракт учреждениями здравоохранения состоит еще и в том, что по целому ряду вопросов возникает необходимость дальнейшего совершенствования трудового законодательства. Не исключаю, что эта тема может стать поводом для следующей нашей беседы. Сегодня же могу сказать, что Городской клинической больнице №13 Департамента здравоохранения города Москвы на основе комплексного подхода удалось решить поставленную законодателем задачу перехода на эффективный контракт. Решая ее, мы исходили из того, что эффективный контракт даст возможность поощрять работников, добившихся лучших показателей. Такой подход даст возможность сохранить кадровый потенциал, повысить престижность и привлекательность работы в медицинской организации.



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



ДАВИД МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ
ДИРЕКТОР ИНСТИТУТА, К.Ф.Н.:

“ Мы видим своей задачей всесторонний и объективный анализ различных процессов в сфере здравоохранения, включая в том числе и предотвращение различных рисков в отрасли

Обеспечивает аналитической и экспертной информацией по вопросам развития здравоохранения органы исполнительной власти города Москвы и руководителей медицинских организаций различных форм собственности.

- Развитие профессиональных компетенций руководителей медицинских организаций и персонала
- Объединение фундаментальных и прикладных научных исследований с практикой московского здравоохранения
- Комплексный подход к информационному сопровождению деятельности учреждений здравоохранения

www.niioz.ru

+7 (495) 951-20-54

niiozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

СЕРГЕЙ ПЕТРИКОВ: ГРАМОТНЫЙ ПРОЦЕСС ПЛАНИРОВАНИЯ ПОМОГАЕТ ИЗБЕГАТЬ ПЕРЕКОСОВ В ФИНАНСИРОВАНИИ

Цель, поставленная государством, – сделать систему здравоохранения одним из драйверов развития экономики и общества. Расходы на отрасль растут, на первый план выходит эффективность управления каждой медицинской организацией. Об этом наш разговор с директором ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», д.м.н., профессором РАН Сергеем ПЕТРИКОВЫМ.



Сергей ПЕТРИКОВ,
директор Научно-исследовательского института скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы

– В чем особенность процесса оказания медицинской помощи в городском скоромощном учреждении с экономической точки зрения?

– В отличие от большинства стационаров, институт использует различные источники финансирования. Финансирование идет по программе обязательного медицинского страхования, мы выполняем ряд госзаданий по различным направлениям, например, отдельно финансируется трансплантологическая служба, которая является самой большой в Москве, а также научная структура. То есть, внутри одного учреждения аккумулируется множество источников финансирования.

– Насколько сложно при этом контролировать процесс расходов и доходов учреждения?

– Главная задача – серьезное планирование. Необходимо четко понимать потребность в расходных материалах, медикаментах. Планирование объемов должно полностью соответствовать объему поступающего финансирования и характера медицинской помощи. В настоящий момент мы сконцентрировались на том, чтобы выстроить грамотный процесс планирования как на краткосрочную, так и долгосрочную перспективу. Это поможет избежать перекосов в финансировании.

- У вас есть заместитель по экономике, который берет на себя контроль за финансовыми процессами?

– Да, такой человек есть. На должность заместителя по экономике не так давно заступил Сергей Карамаза. Он очень хорошо оперирует цифрами, и его задача – просчитывать экономическую целесообразность направлений, которые мы собираемся развивать в институте. Он отвечает за создание плана финансово-хозяйственной деятельности, в котором расписаны все статьи финансирования. Необходимо постоянно следить за тем, чтобы этот план соблюдался, и вовремя поступали сигналы о появлении расхождений, например о том, что мы не достигаем определенных показателей по доходам или расходам.

- Насколько присутствие в штате экономиста облегчает работу лечебного учреждения?

К выполнению своих обязанностей заместитель по экономике приступил не так давно, около месяца назад. Но я, как руководитель учреждения, уже почувствовал изменение ситуации: экономические задачи решаются быстрее и эффективнее. В настоящий момент перед нами поставлена задача по доведению уровня заработной платы сотрудников до 180% от средней по региону и до 200% в следующем году. Без серьезного экономического расчета решить ее невозможно. Соответственно, есть определенный алгоритм действий, который разработан Департаментом здравоохранения города Москвы. Оттуда не просто поступает посыл: «Давайте, доводите показатели до нужных значений», специалисты департамента оказывают серьезную поддержку: дают конкретные предложения, как сделать систему оказания медицинской помощи более эффективной. Расписывают план действий: ступенька за ступенькой...

- То есть создают определенную дорожную карту?

– Да, и, по сути, учреждению остается внутри себя просчитать, насколько возможно идти по этим ступенькам. Для этого требуется четкий внутренний финансовый контроль.

- Много говорилось о возможности отдавать часть функций на аутсорсинг. В некоторых регионах автопарк бригад СМП работает на аутсорсинге. Актуально ли это для вашего учреждения?

– У нас давно парк автомобилей на аутсорсинге. И это очень удобно, мы имеем возможность четко регулировать процесс использования автотранспорта. Естественно, в настоящий момент рассматриваем возможность передачи на аутсорсинг и других направлений деятельности. Но важно в погоне за экономией не утратить качество. Если мы передаем на аутсорсинг организацию питания пациентов, то стоит цель не просто сэкономить, но и

накормить людей качественной пищей, чтобы не получить проблем с отравлениями, которые чисто теоретически могут возникнуть.

- В этом случае отвечать придется вам?

– Отвечать придется нам. Хотя, конечно, следить за качеством питания, предоставляемого внешней компанией, сложнее, чем за своим пищеблоком. Поэтому в данный момент находимся в процессе расчета и формирования понимания того, насколько нам нужен аутсорсинг по питанию пациентов, по стирке белья, медицинской формы.

- Каковы основные расходные статьи в вашем учреждении?

– Статей расхода много, больше, чем статей дохода. Если



ГЛАВНАЯ ЗАДАЧА – СЕРЬЕЗНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ. НЕОБХОДИМО ЧЕТКО ПОНИМАТЬ ПОТРЕБНОСТЬ В РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛАХ, МЕДИКАМЕНТАХ. ПЛАНИРОВАНИЕ ОБЪЕМОВ ДОЛЖНО ПОЛНОСТЬЮ СООТВЕТСТВОВАТЬ ОБЪЕМУ ПОСТУПАЮЩЕГО ФИНАНСИРОВАНИЯ И ХАРАКТЕРА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

смотреть на ситуацию глобально, то основная статья расходов – это фонд оплаты труда. И с каждым годом она будет расти, потому что зарплаты врачей должны повышаться. Мы стремимся к тому, чтобы заработная плата достигла целевых показателей уже в четвертом квартале этого года. Второе большое направление – это расходы на приобретение медикаментов и расходных материалов. Тут требуется четкий контроль за ситуацией, потому что необходимо четко планировать потребности всех отделений учреждения. Наибольший объем расходов на медикаменты приходится на реанимационные отделения, занимающие более 10% от всего коечного фонда. Мы сейчас находимся в процессе четкого расчета потребностей в медикаментах и расходных материалах на одного пациента во всех отделениях института. Большую работу в этом плане провели в июне текущего года, когда готовили заявки на совместные торги по расходным материалам на 2018–2019 гг. К задаче подошли неформально и постарались, чтобы ответственные за свои направления заведующие отделениями четко просчитали потребность и увязали ее с выделенными на эти цели суммами.

Еще одна статья расходов – техническое обслуживание медицинской техники в учреждении. В Москве существует реестр всей техники в городских медорганизациях, в котором мы отмечаем наши потребности по техническому обслуживанию и ремонту. На эти цели деньги заранее зарезервированы.

- Какова система взаиморасчета с другими городскими медицинскими организациями города? Возникают ли в этом процессе сложности?

– Горизонтальных расчетов у нас практически нет. Такая потребность возникает лишь в контроле работы нашей лаборатории, которая является центральной для нескольких лечебно-профилактических учреждений. Только в этом



ВАЖНО В ПОГОНЕ ЗА ЭКОНОМИЕЙ НЕ УТРАТИТЬ КАЧЕСТВО. ЕСЛИ МЫ ПЕРЕДАЕМ НА АУТСОРСИНГ ОРГАНИЗАЦИЮ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ТО СТОИТ ЦЕЛЬ НЕ ПРОСТО СЭКОНОМИТЬ, НО И НАКОРМИТЬ ЛЮДЕЙ КАЧЕСТВЕННОЙ ПИЩЕЙ, ЧТОБЫ НЕ ПОЛУЧИТЬ ПРОБЛЕМ С ОТРАВЛЕНИЯМИ, КОТОРЫЕ ЧИСТО ТЕОРЕТИЧЕСКИ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ.

случае решаются вопросы о перечислении денег за проведение лабораторных исследований. Но объем небольшой, это нельзя назвать основной статьей дохода.

- Какова средняя заработная плата врачей и среднего медицинского персонала, от чего зависит ее размер?

– Честно говоря, сложилось так, что зарплаты в Институте одни из самых низких в Москве. И наша задача – изменить эту ситуацию. Поэтому вся работа по оптимизации закупок, статей расходов, по увеличению доходной части нашего бюджета направлена на рост зарплат наших сотрудников. Как я уже говорил, в четвертом квартале 2017 г. она должна составлять 180% от средней по региону, это 114 тысяч рублей на одного сотрудника, а в 2018 г. стать еще выше. Источники финансирования разные, поэтому механизмы, с помощью которых мы планируем достигать этих цифр, различны. Например, в настоящий момент мы модифицируем научную структуру, делаем ее более эффективной. Отбираем наиболее сильные отделы, которые могут финансироваться не только за счет бюджета, но и

зарабатывать самостоятельно. То есть речь идет о коммерциализации научных разработок. Это наш стратегический план на следующий год.

- О каких научных разработках идет речь?

– Это разработка новых методов диагностики и терапии различных патологических состояний.

- На этом можно заработать?

– Конечно, можно. Кроме того, на базе института проходят клинические испытания лекарственных препаратов и медицинского оборудования. У нас большой опыт в этой части.

- Как вы относитесь к введению эффективного контракта?

– Двумя руками «за». Я считаю, что это прорыв для России, уход от системы уравниловки, которая была раньше. Конечно, есть тонкость: от администрации медицинской организации зависит, как будет прописан контракт, насколько точно будут определены требования к каждому конкретному сотруднику.

- Вы уже перевели своих сотрудников на эффективный контракт?

– В конце прошлого года мы прописали критерии эффективности для научных сотрудников. Систему постарались сделать четкой и понятной, оценили в баллах всю научную работу. Например, стоимость одной научной статьи, вышедшей в журнале, – один балл, статья в журнале перечня ВАК – 2 балла, в иностранном журнале – 3 балла и так далее, каждый пункт маркирован в баллах. И когда руководителям научных отделов предстоит рассчитать размеры стимулирующих выплат, они оперируют этими цифрами.

- Сотрудникам понравилась эта система?

– Сотрудники, которые любят работать, довольны. Тот, кто не любит, возможно, и недоволен, но это означает, что ему тогда и вовсе не место в научно-исследовательском институте.

- Эта система удобна и для анализа всей деятельности учреждения?

– Конечно. Когда у нас встал вопрос о формировании эффективной научной структуры, мы уже были готовы к этому. Потому что был просчитан средний балл, который приходится на каждого сотрудника. Мы видим, что есть отделы-лидеры, а есть отделы с минимальным количеством баллов. Встает вопрос, чем они занимаются и каков смысл их дальнейшего существования.

- Что происходит в этом случае? Вы прощаетесь с сотрудниками?

Мы в принципе не любим прощаться с людьми, и стараемся этого не делать, потому что если человек не очень эффективный научный сотрудник, он может быть хорошим клиницистом. Главное – понять, кто в научной структуре чем занимается, и если в науке не очень интересно

(большинство сотрудников совмещают занятия наукой с работой в клинике), то лучше направить таких людей на активную клиническую работу. Либо сотруднику нравится преподавать, в институте огромная образовательная база, существует 18 различных направлений, и он может реализовать себя там. Сейчас идет «перекройка» всей структуры Института для того, чтобы повысить эффективность деятельности всех направлений.

- Кто следующий на очереди по внедрению эффективного контракта?

– Следующий шаг – просчитать эффективность работы клинического звена. Нам нужно понимать, насколько заполнены отделения, каков оборот койки, справляются ли сотрудники с потоком пациентов. Сейчас идет работа по снижению койко-дня для увеличения оборота койки. Думаю, в начале следующего года можно будет сделать выводы и оптимизировать эффективность клинической структуры.

- Как вы считаете, стоит ли распространять систему эффективного контракта абсолютно на всех сотрудников, или есть исключения?

– Мое мнение – эффективный контракт должен быть для всех. Люди, которые не боятся работы, к формированию критериев оценки относятся очень спокойно. Весь мир работает по этому принципу.

- Из каких источников финансируется научно-исследовательская деятельность, хватает ли денег на науку?

– Свойство денег таково, что их никогда не бывает много. Наука находится на государственном финансировании. На фонд оплаты труда научных сотрудников деньги выделяет Департамент здравоохранения города Москвы. Есть также потребность в определенном количестве расходных материалов, стоимость которых мы планируем на несколько лет вперед, и эта сумма закладывается в бюджете. Но мы стремимся к тому, чтобы научные сотрудники, находящиеся на госфинансировании, пытались самостоятельно зарабатывать деньги.

- Видите ли вы возможности повышения эффективности использования имеющихся в распоряжении Института ресурсов? На что делаете ставку?

– Есть несколько направлений, которые мы планируем активно развивать. С этой целью формируем рабочие группы, проводим мозговые штурмы. Одна



В КОНЦЕ ПРОШЛОГО ГОДА МЫ ПРОПИСАЛИ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЛЯ НАУЧНЫХ СОТРУДНИКОВ. СИСТЕМУ ПОСТАРАЛИСЬ СДЕЛАТЬ ЧЕТКОЙ И ПОНЯТНОЙ, ОЦЕНИЛИ В БАЛЛАХ ВСЮ НАУЧНУЮ РАБОТУ. НАПРИМЕР, СТОИМОСТЬ ОДНОЙ НАУЧНОЙ СТАТЬИ, ВЫШЕДШЕЙ В ЖУРНАЛЕ, – 1 БАЛЛ, СТАТЬЯ В ЖУРНАЛЕ ПЕРЕЧНЯ ВАК – 2 БАЛЛА, В ИНОСТРАННОМ ЖУРНАЛЕ – 3 БАЛЛА И ТАК ДАЛЕЕ, КАЖДЫЙ ПУНКТ МАРКИРОВАН В БАЛЛАХ.

из задач – серьезное развитие внебюджетной деятельности. Мы ставим перед собой амбициозную цель – сумму, которую мы сейчас зарабатываем по «внебюджету» в год, зарабатывать за один месяц. Это дополнительные деньги, которые пойдут на стимулирующие выплаты сотрудникам, на наши внутренние нужды. В этом плане мы уже продвинулись вперед, но хотим шагнуть еще дальше.



**НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА**

Осуществляет научно-практические разработки в области внедрения систем менеджмента качества (СМК) в сфере здравоохранения



АЛЕКСАНДР ЦИБИН
НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА ОРГАНИЗАЦИИ И КОНТРОЛЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ:

“ Эффективное функционирование системы здравоохранения невозможно без повсеместного внедрения принципа стандартизации и полноценного контроля за его соблюдением в повседневной работе врача

- Подготовка к внедрению систем менеджмента качества в различных сферах деятельности медицинских организаций
- Проведение обучающих семинаров и тренингов по работе с СМК для врачей и руководителей медицинских организаций
- Методическая и организационная поддержка при внедрении СМК

+7 (495) 951-20-54
niiozmm@zdrav.mos.ru
115184, Москва,
Большая Татарская, 30
www.niioz.ru

С ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ

Давно прошли времена, когда врачу не обязательно было уметь считать деньги. В современных условиях экономическая эффективность работы медицинского учреждения не менее важна, чем качество и своевременность оказания медицинской помощи. О том, каким должен быть специалист, помогающий руководителю клиники в решении экономических вопросов, рассказывают они сами.



Юлия ГОНЧАРОВА,
заместитель главного
врача по экономиче-
ским вопросам
ГКБ им. А.К. Ерамишан-
цева

организации.

Профессиональные критерии: высшее экономическое образование и стаж работы по специальности не менее 3 лет, знание основ законодательства РФ о здравоохранении, нормативно-правовых документов, регламентирующих хозяйственную и финансово-экономическую деятельность учреждений здравоохранения.

Заместитель главного врача по экономическим вопросам должен обладать: инициативностью и решительностью, дисциплинированностью и организованностью, способностью брать на себя ответственность. Он должен отказаться от нарушения любых правовых норм в любых условиях, быть приверженцем неукоснительного соблюдения экономически выгодных интересов учреждения, обладать стратегическим мышлением, что означает наличие представления о финансовом благополучии



Алексей КРЫНИН,
начальник планово-
экономического отдела
ГП №201 ДЗМ

разработкой мероприятий по эффективному использованию капитальных вложений, материальных, трудовых и финансовых ресурсов, повышению производительности труда, снижению издержек на оказание медицинских услуг, устранению потерь и непроизводительных расходов.

Должен обладать следующими деловыми качествами:

- умение управлять людьми;
- умение работать в команде;
- умение выделять первостепенные цели и задачи;
- способность к распределению внимания и удержанию в голове задач разной направленности.

Должен обладать следующими личностными качествами:

- уверенность в себе;
- коммуникабельность;
- стрессоустойчивость.

Заместитель главного врача по экономическим вопросам должен:

- организовывать работу по экономическому обеспечению деятельности и определять экономическую эффективность учреждения здравоохранения;

- осуществлять руководство проведением комплексного экономического анализа всех видов деятельности учреждений здравоохранения и раз-



Ирина УРВАНОВА,
заместитель главного
врача по экономиче-
ским вопросам ГКБ
№31 ДЗМ

Заместитель главного врача по экономическим вопросам – это профессионально грамотный специалист, знающий законодательство, анализ, счет, обладающий гибким мышлением, умеющий критично и творчески подходить к решению проблем, высокодисциплинированный. Личностные качества, которыми должен обладать специалист, – это инициативность, упорство, умение создавать команду и работать в команде, ориентированность на результат, легкость и непринужденность в постановке и реализации задач, стремление к лидерству.

Заместитель главного врача по экономическим вопросам – это профессионально грамотный специалист, знающий законодательство, анализ, счет, обладающий гибким мышлением, умеющий критично и творчески подходить к решению проблем, высокодисциплинированный. Личностные качества, которыми должен обладать специалист, – это инициативность, упорство, умение создавать команду и работать в команде, ориентированность на результат, легкость и непринужденность в постановке и реализации задач, стремление к лидерству.



Виктория ТЮТЯЕВА,
заместитель главного
врача по экономиче-
ским вопросам ГКБ
им. С.И. Спасокукоцкого
ДЗМ

Заместитель главного врача по экономическим вопросам должен соответствовать следующим профессиональным критериям:

- навыки и опыт планирования и контроля;
- знание законодательства;
- деловая подготовка (знание прикладного ПО, документооборота);
- опыт работы в сфере здравоохранения.

Личностные критерии должны быть следующими:

- организованность и дисциплинированность;
- стрессоустойчивость;
- способность к компромиссу;
- тактичность.

Заместитель главного врача по экономическим вопросам должен соответствовать следующим профессиональным критериям:

- навыки и опыт планирования и контроля;
- знание законодательства;
- деловая подготовка (знание прикладного ПО, документооборота);
- опыт работы в сфере здравоохранения.

Личностные критерии должны быть следующими:

- организованность и дисциплинированность;



Ольга ПАНАРИНА,
заместитель главного
врача по экономиче-
ским вопросам ГКБ
имени В.В. Вересаева
ДЗМ

Заместитель главного врача по экономическим вопросам должен иметь хорошую отраслевую экономическую подготовку. Уметь создать команду и работать в команде. Владеть качественными и количественными показателями работы. Определять стратегию для создания условий устойчивого экономического развития.



Светлана НОВИКОВА,
начальник планово-
экономического отдела
ГП № 68 ДЗМ

Профессиональные и личные критерии, которыми должен обладать начальник планово-экономического отдела:

- аналитический склад ума;
- стратегическое мышление;
- оперативность;
- честность и справедливость.



Научные исследования по менеджменту качества в сфере здравоохранения и лабораторной медицины



АРТЕМ ЭМАНУЭЛЬ
КАНДИДАТ ТЕХНИЧЕСКИХ НАУК:

“ Нам мало быть успешными.
Нам важно быть лидерами!

- Разработка методологии внедрения систем менеджмента качества
- Адаптация и разработка инструментов менеджмента качества для здравоохранения и лабораторной медицины
- Организация и проведение тренингов и семинаров
- Бережливое производство в сфере лабораторной медицины
- Управление рисками
- Анализ экономической эффективности систем менеджмента качества

+7 (495) 951-20-54
niiozmm@zdrav.mos.ru
115184, Москва,
Большая Татарская, 30
www.niioz.ru

ДАВИД МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ: ОДИН ПАЦИЕНТ ХОЧЕТ ЗАПЛАТИТЬ, ДРУГОЙ НЕ МОЖЕТ ЗАПЛАТИТЬ, НО МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ И ТОМУ, И ДРУГОМУ ДОЛЖНА БЫТЬ ОКАЗАНА ОДИНАКОВО КАЧЕСТВЕННО

Эксперты обращают внимание на стремительный и неуклонный рост доли платных услуг, оказываемых государственными медицинскими организациями. Это действительно так, но с одной оговоркой – наблюдаемый сегодня рост начался с фактически нулевой отметки. По мнению директора НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, именно поэтому показатели роста высоки. Истинная же доля доходов от платных услуг в государственных клиниках невелика, поскольку главное для них – выполнение госзадания.



Давид Мелик-Гусейнов,
директор НИИОЗММ
Департамента здравоохра-
нения города
Москвы

– Давид Валерьевич, с чем, по вашему мнению, связан отмечаемый экспертами рост объемов платных медицинских услуг в госсекторе? Это нормальное явление?

– На мой взгляд, предоставление платных медицинских услуг населению – важный фактор работы клиники над собственной конкурентоспособностью. А сегодня медицина, даже государственная, – безусловно, конкурентная среда. Для государственных клиник не может быть приоритетным количество заработанных от оказания платных услуг денег, главное для них – оказание объемов медицинской помощи в рамках имеющегося госзаказа. А вот повышение конкурентоспособности вполне может и должно быть приоритетом. Люди платят деньги за качество, за сервис, за скорость. И если государственная клиника может это все организовать не хуже, чем частная, она и конкуренцию выиграет, и добьется

организации процессов внутри больницы на более высоком уровне. Оказание платных услуг может и должно быть своего рода внутренним мотивом для повышения стандартов обслуживания пациентов лечебной организации.

- Платные услуги для государственных клиник - важная часть дохода?

- В зависимости от клиники. Есть те, которые очень хорошо зарабатывают, - десятки, сотни миллионов рублей именно на хозрасчете: организуют платные консультации, госпитализацию, амбулаторный прием, наблюдение и т. д. Но даже у них, как и в целом в государственных медицинских учреждениях, доля хозрасчетных доходов никогда не доминирует. И не может доминировать, потому что основная задача государственной медицинской организации, как я уже говорил, - оказать определенный объем медицинской помощи в рамках госзадания.

Сегодня эксперты очень много спорят в отношении того, почему объем платных услуг в государственных клиниках растет в двузначном выражении - ежегодно прирост в 20% и более. Да, такой прирост наблюдается в денежном выражении, но лишь потому, что рост этот начался с фактически нулевого уровня. Понятно, что если вы в прошлом году зарабатывали ноль рублей, а в этом заработали рубль, то рост у вас будет стопроцентный. Но доля этих денег в бюджете, подчеркиваю, невысока. И на основе этих показателей роста делать вывод о том, что сегодня платная медицина вытесняет бесплатную, некорректно.

Современный пациент очень хорошо осведомлен о том, что ему положено бесплатно, то есть за его же деньги как налогоплательщика. Люди не только в Москве, но и во всей стране знают свои права и настаивают на том, чтобы это «бесплатно» было доступным и высокого качества. Реальный же рост платности в госсекторе, по моему мнению, связан с обвалом рынка ДМС. Многие работодатели на волне кризиса отказываются от соцпакетов с медицинской страховкой для своих сотрудников, что автоматически расширяет поле конкуренции. На нем могут сыграть и государственные клиники, предложив качественный сервис платежеспособному пациенту. И они это делают.

Частные клиники, недополучая объем средств в рамках работы с ДМС, начали сокращать расходы - менять кадровый состав, привлекая менее дорогих врачей и медсестер. Соответственно, несколько упало качество частной медицинской помощи в целом по стране, некоторые частные медицинские

организации даже закрылись. И люди, привыкшие получать качественную медицинскую помощь с хорошим сервисом в рамках ДМС, частично перешли в государственный сегмент. Прежде всего, это те, кто может позволить себе заплатить за услуги, выходящие за рамки программы госгарантий. Например, лечение лекарственными препаратами, не входящими в перечень ЖНВЛП, или организация специального поста наблюдения за конкретным пациентом, предоставление услуг сиделки, палата повышенной комфортности. Но наличие такого тренда отнюдь не говорит о том, что государственные клиники «раскручивают» население на то, чтобы они пришли в кассу и заплатили. Более того - это должностное преступление, что прописано в законе. Государственная медицинская организация должна предоставить пациенту исчерпывающую информацию о возможностях его лечения в рамках программы госгарантий.

В этой связи показательна ситуация, которую мы наблюдали после того, как ФФОМС предоставил гражданам доступ через личный кабинет к информации об оказанной им в рамках системы ОМС медицинской помощи. Многие стали обнаруживать в системе записи о манипуляциях и медицинских услугах, которые им не оказывали в действительности. Или услуга значилась как оказанная в рамках ОМС бесплатно, но гражданин знал, что за нее же платил в кассу медицинской организации. Допустим, человек ложится в клинику по хозрасчету, но почему-то у него просят полис, и потом региону, откуда человек приехал, выставляют счет за лечение. То есть в системе обнаруживаются факты двойной оплаты. Это, на мой взгляд, категорически неприемлемо. Но если такое происходит - значит, процесс сложно проконтролировать. И, слава Богу, сейчас во многих регионах открыты личные кабинеты граждан, где каждый может осуществлять контроль за системой на личном уровне. Это повышает ее прозрачность, и это безусловный плюс.

- Другой распространенный сюжет - навязывание платных услуг пациентам. Каким образом это можно контролировать системно?

- Я считаю, что здесь должен быть многогранный контроль. Во-первых, он должен быть выстроен на уровне самой медицинской организации. Организовывать его должен главврач. Взаимодействие между врачом и пациентом в хозрасчетном отделении клиники должно быть регламентировано и подконтрольно ее руководителю. Как минимум, необходимо

подписывать добровольное согласие пациента на оказание платных медицинских услуг. Это позволяет зафиксировать тот факт, что пациенту предлагали бесплатную медпомощь, но он добровольно и самостоятельно изъявил желание лечиться на платной основе. Речь, подчеркну, идет не о договоре, а именно о добровольном согласии пациента. Его наличие позволяет обезопасить медицинскую организацию в случае предъявления каких-то претензий к ней по этому поводу в суде. По моему мнению, не помешают и видеокамеры, которые бы мониторировали взаимодействие врача и пациента.

Если же говорить про внешний контроль, то это, прежде всего, работа линейного контроля при органе исполнительной власти (в случае с московскими клиниками – это Департамент здравоохранения города Москвы). Он, в частности, должен следить за тем, чтобы не было пересортицы лекарственных препаратов, которые больница применяет для бесплатных и платных пациентов, чтобы платных пациентов не лечили теми же препаратами, что куплены за государственный счет для лечения больных в рамках системы ОМС. Такой контроль направлен на то, чтобы права всех пациентов соблюдались одинаково. Один хочет заплатить, другой не может заплатить, но помощь и тому, и другому должна быть оказана качественно.

Еще один рубеж внешнего контроля – Росздравнадзор, который при поступлении жалобы от пациента проводит проверки с целью выявления нарушений при оказании медицинской помощи.

А в качестве предложения на перспективу, на мой взгляд, нужен универсальный прейскурант для всех лечебных организаций по видам медпомощи, которые не вошли в программу госгарантий. Все имеет свою вполне конкретную цену, но сейчас эти цены разнятся порой от клиники к клинике, и зачастую объяснений тому, почему пребывание на койке в одной больнице дороже, чем в другой, у нас нет. Процесс ценообразования должен быть отрегулирован если не на федеральном, то хотя бы на региональном уровне. В рамках одного субъекта расценки на платные медицинские услуги должны быть едины.

- А страховые медицинские компании? Они могут помочь в вопросах контроля процесса оказания платных медицинских услуг?

– Страховым компаниям надо разобраться с системой ОМС. А системе ОМС – разобраться со страховыми компаниями. По-прежнему актуальна задача ориентации СМО не на формальную проверку

документов медицинских учреждений, а на контроль качества оказания медпомощи в госсистеме. Страховые компании должны контролировать уровень качества оказания медицинской помощи по прозрачным и понятным для всех критериям. И критерии эти должны стать предметом обсуждения и договоренности между лечебными учреждениями, пациентами и органами исполнительной власти.

- Будет ли расти доля прямых платежей от пациента лечебной организации за медицинскую помощь в дальнейшем?

– Доля платности будет расти. Мы начали с нуля, и какое-то время будет идти накопление капитала и поиск равновесия. Такая же ситуация в свое время была на рынке фармритейла: когда-то все аптеки были государственными, а потом появились коммерческие аптечные организации, число которых стремительно росло. Надо сказать, что в этой сфере ситуацию недостаточно контролировали регуляторные органы, и в итоге мы имеем сегодня преобладание частных аптечных сетей над государственными. Конечно, подобного сценария в медицине не будет, но определенный баланс в общем объеме финансирования медицинской помощи на уровне медицинской организации должен быть найден: вот этот объем идет из государственных источников (ОМС, бюджетные ассигнования), а это – платные медуслуги.

- Должны ли в этой связи государственные клиники развивать платные услуги?

– Вопрос непростой. Меня он ввергает в активный поиск ответа, которого пока у меня нет. Заставить государственную клинику развивать платные услуги никто не может, это воля самой клиники или учредителя. С другой стороны, если в одной госклинике есть платные услуги, а в соседней – нет, то уже сейчас мы видим, что клиника, оказывающая платные услуги, будет более мобильной, более современной, будет лучше отвечать на запросы пациента. Мотивация персонала здесь – тоже не последнее дело, ведь основная часть дохода, который получает больница или поликлиника от платных услуг, ложится в фонд оплаты труда. Получается, что развивать платные услуги медицинскому учреждению выгодно.

Но есть и еще один нюанс, лежащий в плоскости этики и стратегического юридического мышления. Он сегодня активно обсуждается в экспертном сообществе. Вся медицинская помощь в государственном секторе осуществляется на оборудовании, закупленном на деньги налогоплательщика, и в ситуации

оказания платных услуг пациент платит дважды: как налогоплательщик и потом повторно в виде прямого платежа. Конечно, пациент сам принимает решение о прямом платеже за оказываемую помощь, но двойственность ситуации налицо. Думаю, этот вопрос требует конституционных комментариев и методических рекомендаций.

- Что бы вы ответили тем, кто говорит: «У нас ведь все бесплатно, а вы все говорите о платных услугах», и о том, что «услуга» и «медицина» - вещи несопоставимые?

– Мне кажется, что тот, кто придирается к понятиям «медицинская услуга» и категорично формулирует: «Медицинская помощь – и только, больше ничего не имеем права предоставлять», занимается лингвистическим словоблудием. Весь мир уже давно работает с понятием медицинской услуги. Каждая манипуляция, каждое движение, каждый шаг чего-то стоят. Работа врача стоит денег, томограф стоит денег, чистота в больнице и поликлинике – тоже. Поэтому надо честно себе сказать: раз это стоит каких-то денег и за это кто-то платит (неважно кто – пациент или государство), — значит, это услуга. Да, ее нельзя сравнивать с парикмахерской услугой или услугой по починке обуви, но это все равно услуга. А значит, к ней предъявляются определенные критерии оценки: в отношении клинической части и сервисной составляющей. Платные услуги как раз и лежат в плоскости сервисной составляющей, а клиническая часть и в случае прямых платежей, и в случае оплаты через ОМС или бюджетные ассигнования одинакова. За исключением использования лекарственных препаратов, не входящих в перечень ЖНВЛП.

- Используются ли сегодня какие-то экономические показатели при оценке работы медицинских учреждений? И как в принципе можно оценить экономическую эффективность работы системы здравоохранения?

– Прежде всего, стоит сделать акцент на том, что экономика здравоохранения – это не бухгалтерия. Финансовый баланс – вещь, безусловно, важная, но экономическая эффективность, на мой взгляд, определяется неким конечным результатом. Экономический эффект, в моем понимании, должен выражаться в успешно пролеченных пациентах, когда человек либо выздоравливает, либо выходит в стойкую ремиссию. Или, наоборот, в показателях смертности или прогрессирования заболеваний. Это и есть экономика здравоохранения.

Сегодня на пути к такому пониманию экономики стоит убеждение в том, что деньги, расходуемые в системе здравоохранения, – это затраты. А надо воспринимать эти средства как инвестиции. Это не просто, потому что инвестиции предполагают возврат вложенных средств, то есть тот самый экономический эффект. На национальном уровне, где принято оперировать бюджетными циклами, а он сейчас у нас трехлетний, сложно говорить о возврате инвестиций, так как вложение средств в здравоохранение в общем случае предполагает отложенный эффект. По многим, особенно хроническим болезням возврат инвестиций происходит в течение 10–15 лет. Но мыслить нужно более широкими категориями, на мой взгляд. «Бухгалтерский» подход не дает возможности принимать масштабные стратегические решения по улучшению ситуации в кардиологии или онкологии, например. Мы живем здесь и сейчас по тем средствам, которые у нас есть. А когда решения принимаются на государственном уровне – например о том, что необходимо преодолеть демографический вызов, поскольку пик смертности вскоре придется на поколение, которое было рождено в 50-е годы прошлого столетия, нужно мыслить в категориях инвестиций, вкладывая сегодня в долгосрочные программы, направленные на поддержание и укрепление здоровья граждан определенных возрастных категорий, для того, чтобы через определенное время получить отложенный эффект.

Повторюсь еще раз, в моем понимании критерии эффективной экономики здравоохранения лежат в плоскости конечных результатов. На макроуровне, на уровне национальном и региональном, один из таких важных конечных результатов – здоровье экономически дееспособного человека.

Но и уровень медицинского учреждения не исключение. Демографические и статистические показатели можно и нужно учитывать и здесь, оценивая экономическую эффективность работы клиники или целесообразность тех или иных программ. К примеру, для руководителя поликлиники должны быть крайне важны показатели смертности и заболеваемости прикрепленного населения. Он должен изучать эти показатели и реагировать на их изменения.

Почему все сводится к демографии? Потому что это – конечная точка. Потому что живой и здоровый человек это – ресурс. В том числе и экономический. Это может звучать несколько приземленно, но с точки зрения экономики не учитывать это крайне не дальновидно.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТА КАЧЕСТВА УПРАВЛЕНИЯ РЕСУРСАМИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ В 2014-2016 ГГ.

Представлены итоги очередного этапа внедрения Стандарта качества управления ресурсами (СКУР) в учреждениях здравоохранения, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, описаны результаты оценки деятельности разных групп учреждений, отличающихся между собой по виду деятельности, выявлены основные причины различий в результатах и предложены дальнейшие шаги по совершенствованию методики оценки качества управления ресурсами медицинских организаций.

Бойченко Ю.Я., заместитель начальника Управления делами и координации деятельности Департамента здравоохранения города Москвы, к.м.н.

Бударин С.С., заведующий отделом методологии проведения аудита эффективности деятельности учреждений здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», к.э.н.

Никонов Е.Л., начальник Управления делами и координации деятельности Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор

Мелик-Гусейнов Д.В., директор ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», к.ф.н.

Приоритеты здравоохранения

В течение последнего десятилетия приоритетом государственной системы здравоохранения Российской Федерации является государственная поддержка материально-технического состояния медицинских организаций, включая ресурсы медицинских организаций, базирующихся на современных организационных и информационных технологиях (Савостина Е.А., 2004;

Виноградов К.А., 2005; Берсенева Е.А., 2006; Хальфин Р.А., Кузнецов П.П., Столбов А.П., 2008).

Современное состояние медицинских организаций и развитие таковых требуют унифицированных подходов к оценке деятельности учреждений здравоохранения, направленных как на рациональное использование ресурсов, так и возможность управления ими исходя из концепции предотвратимости

потерь здоровья населения (Стародубов В.И., Иванова А.Е., 2006; Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., 2008; Guyatt G., Cook D., Haynes B., 2004; и др.). Разработка и внедрение в систему управления здравоохранением сбалансированных показателей деятельности на основе единых индикаторов (показателей) эффективности, информационных систем, а также модернизация управления в условиях глобализации требуют разработки соответствующего инструментария и приобретают в настоящее время особую актуальность (Егорова И.А., 2014).

Как оценивать?

Исторически сложившаяся система оценки деятельности медицинских организаций проводится по следующим основным направлениям:

- кадровые ресурсы;
- обеспечение медицинским оборудованием, лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и пр.;
- финансово-экономическое управление;
- уровень информатизации лечебных учреждений.

Безусловно, оценка доступности и качества медицинской помощи позволяет опосредованно анализировать эффективность (качество) использования ресурсов медицинских организаций, но следует понимать, что эти действия взаимосвязаны, и обоснование достаточности ресурсов определяет характер мер, принимаемых для обеспечения соответствующего уровня доступности и качества медицинской помощи.

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. №294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации “Развитие здравоохранения”» стратегическое развитие отрасли здравоохранения направлено на реализацию комплекса мер по совершенствованию оказания медицинской помощи населению в части повышения качества и доступности медицинской помощи, применения и тиражирования высокотехнологичных видов медицинской помощи, модернизации медицинского оборудования учреждений, развития информационных систем здравоохранения и современных методов телемедицины, сбалансированной оптимизации кадрового потенциала медицинских работников.

Указанные выше основные направления стратегического развития отрасли здравоохранения могут быть реализованы в современных условиях на основе внедрения новых механизмов управления ресурсами в учреждениях здравоохранения, затрагивающих системный подход с элементами планирования, реализации мероприятий, контроля установленных показателей эффективности (Key Performance Indicators – KPI), анализа и принятия решения по совершенствованию работы учреждений. Современным механизмом управления ресурсами организации является в том числе Сбалансированная Система Показателей (ССП), разработанная профессорами Гарвардского университета Робертом Капланом и Дэвидом Нортоном, которая обеспечивает интеграцию финансовых и нефинансовых индикаторов

с учетом причинно-следственных связей между результирующими показателями и факторами, под влиянием которых они формируются.

Анализ интеграции финансовых и нефинансовых индикаторов с учетом причинно-следственных связей между результирующими показателями и факторами позволяет осуществлять детализированный мониторинг деятельности организации в стратегическом фокусе, увеличить оперативность и эффективность управленческих решений, контролировать наиболее важные финансовые и нефинансовые показатели деятельности (KPI), которые являются целевыми для организации, и степень достижения которых определяет движение организации согласно заданной стратегии. Значения KPI отражают как эффективность бизнеса в целом, так и отдельно рассматриваемых бизнес-процессов, структурных подразделений, кадровых ресурсов и т.д. (Dr. Kaplan R.S., Norton D.P., 2014).

В этой связи актуальным остается вопрос создания и реализации системы оценки качества управления ресурсами с возможностью прогнозирования целевых показателей медицинской и финансово-хозяйственной деятельности учреждений, осуществления мониторинга выбранной группы показателей со стороны руководителей учреждений и органов исполнительной власти в сфере здравоохранения.

В рамках выработки единого подхода к понятию эффективности использования ресурсов медицинскими организациями и созданию соответствующих инструментов измерения эффективности на основании распоряжения Правительства Москвы от 18.02.2014 №67-РП Департаментом здравоохранения города Москвы принято решение о проведении пилотного проекта по внедрению Стандарта качества управления ресурсами (СКУР) в государственных учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, утвержден приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 02.04.2014 №305 «О проведении пилотного проекта по внедрению Стандарта качества управления ресурсами в государственных учреждениях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы».

В перечень учреждений вошли больницы, поликлиники, хоспис, онкологический диспансер и научно-исследовательский институт, которые для целей исследования классифицированы по типам медицинских организаций.

Целью внедрения СКУР явилось совершенствование системы контроля и управления деятельностью учреждений здравоохранения за счет создания комплексной системы показателей, характеризующих эффективность управления ресурсами учреждений в шести областях деятельности: Финансовый/операционный менеджмент; Управление закупками; Управление имуществом; Управление персоналом; Раскрытие информации; Деятельность, приносящая доход, и другие внебюджетные источники доходов.

Общая оценка определяется на основе анализа значений

30 ключевых показателей, характеризующих 14 факторов эффективности деятельности медицинских организаций. Каждый из ключевых показателей имеет свой вес, который зависит от важности показателя в данной области. Критерии оценки показателей дифференцированы в зависимости от номенклатурного и правового типа учреждения (стационарный, амбулаторно-поликлинический, автономный и пр.). Кроме того, каждый показатель имеет свой коэффициент сложности, который определяется в зависимости от расчетного значения показателя с помощью критериев оценки. Коэффициент сложности увеличивается по мере улучшения предельных значений (критериев оценки) целевых показателей, к достижению которых должно стремиться учреждение.

Расчет значения ключевого показателя производится с помощью формулы, числителем и знаменателем которой являются параметры деятельности учреждения, отраженные в различных формах бухгалтерской, статистической и других видах отчетности учреждения.

Значение балльной оценки каждого из показателей рассчитывается по формулам, предусмотренным методикой СКУР. Это позволяет сопоставлять результаты деятельности различных медицинских организаций независимо от видов оказания медицинской помощи и их правового статуса.

Безусловным приоритетом работы по внедрению СКУР было повышение качества медицинской помощи за счет повышения эффективности управления ресурсами учреждений, внедрения новых методов и механизмов контроля использования ресурсов.

На примере 2013 года

При проведении указанного выше «пилотного» проекта каждое учреждение в первую очередь определило исходный уровень качества управления ресурсами по итогам деятельности в 2013 г. С учетом исходного уровня значений показателей в учреждениях разрабатывалась Индивидуальная программа повышения качества управления ресурсами (далее – ИППКУР), формировались планы мероприятий, реализация которых позволяла повысить прозрачность деятельности учреждений, улучшить

планирование финансово-хозяйственной деятельности, управление имуществом, персоналом и пр.

В ИППКУР прежде всего были включены мероприятия, позволяющие обеспечить улучшение значений показателей, которые по итогам оценки исходного уровня качества управления ресурсами не соответствовали начальным уровням сложности, предусмотренным методикой СКУР.

В рамках пилотного проекта особое внимание уделялось правильному использованию учреждениями методики СКУР для расчета значений каждого из показателей и комплексной оценки качества управления ресурсами учреждений, проводился анализ причин резких изменений в значениях показателей работы учреждения в течение года, выяснялись причины отличия уровня балльных оценок между учреждениями или группами учреждений. Одновременно изучены вопросы надежности и объективности представляемых учреждениями исходных данных, возможность их независимого анализа на основании данных бухгалтерской и статистической отчетности, бюджетного учета и прочих документов, а также оценивались риски представления ошибочной информации и влияния обнаруженных ошибок ввода данных на расчет значения показателей.

По итогам анализа данных отмечена положительная динамика средней итоговой балльной оценки и средней оценки по каждой из областей управления ресурсами при сравнении итогов 2014 и 2013 гг. (табл. 1).

В связи с тем, что методикой СКУР предусмотрена оценка деятельности учреждений не только по областям, но и по факторам эффективности, был проведен анализ динамики балльных оценок в разрезе факторов эффективности.

В результате выявлено наличие отрицательной динамики средних балльных оценок по отдельным факторам эффективности или отсутствие улучшения в 2014 г. по сравнению с 2013 г. практически в каждой из областей управления ресурсами, за исключением областей: «Раскрытие информации» и «Деятельность, приносящая доход, и другие внебюджетные источники» (табл. 2).

За отчетный период

В ходе анализа выявлено у одной из групп учреждений (стоматологические поликлиники) значительное превышение по

Таблица 1. Средние значения балльных оценок по областям управления и итоговая балльная оценка за период 2013 г. – 1 кв. 2015 г.

№ п/п	Область управления	2013 г.	1 кв. 2014 г.	2 кв. 2014 г.	3 кв. 2014 г.	4 кв. 2014 г.	1 кв. 2015 г.
1	Финансовый/операционный менеджмент	3,36	3,39	3,72	3,63	3,54	3
2	Управление закупками	3,16	2,99	3,15	2,83	3,46	3,13
3	Управление имуществом	2,32	2,3	2,44	2,58	2,74	2,1
4	Управление персоналом	2,18	2,2	2,28	2,22	2,38	3,32
5	Раскрытие информации	2,23	2,17	2,18	2,35	2,38	2,23
6	Деятельность, приносящая доход, и другие внебюджетные источники	0,71	2,26	2,52	1,79	2,33	3,03
	Итоговая балльная оценка	13,95	15,32	16,28	15,4	16,82	16,81

Таблица 2. Средние значения балльной оценки по факторам эффективности за период 2013–1 кв. 2015 г.							
Фактор эффективности	Область	2013 г.	1 кв. 2014 г.	2 кв. 2014 г.	3 кв. 2014 г.	4 кв. 2014 г.	1 кв. 2015 г.
Качество планирования деятельности	ФОМ	0,70	0,92	1,09	1,00	0,98	0,74
Рациональность использования финансовых средств	ФОМ	2,03	1,83	2,00	2,00	1,93	1,66
Качество работы с задолженностью	ФОМ	0,63	0,63	0,63	0,63	0,63	0,60
Качество планирования и дисциплина закупок	УЗ	0,36	0,09	0,27	0,14	0,19	0,22
Конкурентность закупок	УЗ	1,51	1,81	1,70	1,61	1,98	1,90
Качество контроля исполнения контрактов	УЗ	1,29	1,10	1,18	1,07	1,30	1,01
Эффективность использования основных средств	УИ	0,87	1,07	1,07	1,12	1,28	0,82
Качество содержания основных средств	УИ	1,46	1,21	1,37	1,46	1,46	1,28
Эффективность системы вознаграждения персонала	УП	1,00	0,97	1,08	1,06	1,22	1,33
Текущая кадров	УП	0,17	0,29	0,21	0,21	0,17	0,94
Достаточность/избыточность персонала	УП	0,69	0,69	0,68	0,68	0,69	0,68
Уровень квалификации персонала	УП	0,32	0,25	0,30	0,27	0,30	0,37
Информационная открытость основной деятельности	РИ	2,23	2,17	2,18	2,35	2,38	2,23
Привлечение средств из внебюджетных источников	Д	0,71	2,26	2,52	1,79	2,33	3,03

сравнению с другими учреждениями балльной оценки по области «Деятельность, приносящая доход, и другие внебюджетные источники». Выяснено, что причиной данной ситуации является некорректность подхода к определению критериев оценки деятельности по отдельным показателям, используемым для расчета балльной оценки. Причиной является специфика деятельности и финансового обеспечения отдельных типов медицинских организаций, которые могут отличаться. Так, например, в случае государственных казенных учреждений имеются ограничения по применению показателя «Доля поступлений из негосударственных источников в общем объеме начисленных поступлений за отчетный период», что в конечном итоге сказывается на общей балльной оценке учреждения.

Оценка исходных данных учреждений за 2013 г. показала, что более 50% учреждений не смогли достичь первого уровня сложности из предполагаемых трех по показателям, которые для исследования можно условно назвать «проблемными», и для их улучшения учреждениям необходимо было провести соответствующие корректирующие мероприятия (рис. 1).

Основой индивидуальных программ повышения качества управления ресурсами явились мероприятия по улучшению значений «проблемных» показателей. По результатам ежеквартального мониторинга внедрения СКУР осуществлялась корректировка ИППКУР учреждений с внесением в них вновь выявленных «проблемных» показателей и разработкой мер по устранению обнаруженных недостатков.

Анализ итогов 2014 г. показал, что ряд «проблемных» показателей, присущих большинству медицинских организаций, участвующих в «пилотном» проекте, улучшить не удалось, особенно в области «Управление персоналом». Следует отметить, что большинству учреждений не удалось достичь целевых значений показателей, потому что были поставлены слишком амбициозные цели, хотя положительная динамика значений показателей

наблюдалась практически во всех учреждениях:

- больницы – не достигли целевых значений по 15 показателям из 20, или 75%;
- поликлиники – по 16 показателям из 18, или 89%;
- стоматологические поликлиники – по 10 показателям из 13, или 77%;
- прочие медицинские организации – по 14 показателям из 14, или 100%.

В значительной части случаев причиной недостижения плановых целевых показателей являются специфические условия деятельности учреждений здравоохранения и некорректность выбора исходных данных и/или формул расчета показателей, предусмотренных методикой СКУР.

По отдельным показателям большинство учреждений достигало высшего, третьего уровня коэффициента сложности и поддерживало этот уровень в течение всего периода «пилотного» проекта по внедрению СКУР, что связано с условиями деятельности медицинских организаций.

В некоторых областях управления учреждениями разных профилей на балльные оценки существенно влияли факторы, которые связаны с профилем деятельности медицинской организации, что повлияло на итоговую сумму баллов в отдельных группах учреждений (стоматологические поликлиники, казенные учреждения и пр.).

«Пилотный» проект по внедрению СКУР учреждениями государственной системы здравоохранения города Москвы подтвердил целесообразность создания единых инструментов по комплексной оценке эффективности управления ресурсами бюджетных и автономных учреждений. Но, как показали исследования, наличие специфических условий в деятельности отдельных медицинских организаций требует некоторых корректировок методики СКУР в случае ее широкого применения для всех медицинских организаций города Москвы.

Рис. 1. Долевая структура «проблемных» показателей



Совершенствуем методику

По результатам указанного проекта признано целесообразным внести ряд корректировок и усовершенствовать методику СКУР. Основной целью изменений являлось повышение объективности результатов для оценки эффективности деятельности учреждений здравоохранения, не меняя при этом основные принципы и идеологию методики СКУР.

Предложения по совершенствованию методики СКУР (включая раздел методики «Как производить расчеты, примеры расчетов») можно условно разделить на следующие категории:

- корректировка формулы расчета значений показателя;
- корректировка источников данных, используемых для определения величины исходных данных, применяемых в формулах расчета значений показателя;
- изменение критериев оценки отдельных показателей;
- корректировка весовых коэффициентов отдельных показателей;
- создание дополнительных подгрупп показателей;
- внесение корректирующих коэффициентов для различных групп учреждений здравоохранения (больницы, поликлиники, стоматологические поликлиники и т.д.).

Риск наличия ошибочных и/или недостоверных исходных данных предложено снизить за счет автоматизации процесса сбора и обработки данных с использованием имеющегося и/или доработанного программного обеспечения медицинских организаций. По результатам проделанной работы, безусловно, возникла необходимость рассмотреть вопрос об изменении формулы расчета значений отдельных показателей и использовать дополнительные и/или альтернативные источники исходных данных, необходимые для расчета значений показателей.

Анализ корреляции показателей, характеризующих выбранные области управления ресурсами, предусмотренные методикой СКУР, и показателей основной деятельности учреждений здравоохранения, указанных в формах федерального статистического наблюдения, позволил предложить дополнительные подходы к оценке качества управления ресурсами и эффективности деятельности медицинских организаций. С этой целью использован ряд действующих нормативных правовых актов, которыми утверждены целевые показатели деятельности медицинских организаций и их руководителей. В предложениях по совершенствованию методики СКУР учитывался ряд специфических отличий в деятельности учреждений здравоохранения и основных требований по обеспечению населения доступной и качественной медицинской помощью, предъявляемых к медицинским организациям.

Новые параметры оценки

В 2016 г. внедрение Стандарта качества управления ресурсами получило новое развитие. Приказом ДЗМ от 16.07.2016 г. № 622 (с изменениями) утверждены новые параметры СКУР с учетом ряда предложений, высказанных по результатам проведения «пилотного» проекта, и перечень учреждений, в который вошла 221 медицинская организация.

В качестве методического сопровождения внедрения СКУР для учреждений подготовлены подробные методические рекомендации, разработаны шаблоны форм отчетности о реализации индивидуальных программ повышения качества управления ресурсами.

Как и в случае с пилотным проектом, в первую очередь определены исходные показатели деятельности учреждений. Значения

показателей 2015 г. явились основой для оценки учреждениями своего качественного уровня управления ресурсами исходя из критериев оценки, предусмотренных методикой СКУР.

Следует отметить, что в усовершенствованной методике СКУР учтена необходимость разделения учреждений на три основные группы по видам оказания медицинской помощи (стационарные, амбулаторно-поликлинические и стоматологические) и типу учреждения (бюджетное или автономное).

В связи с этим ряд показателей имеет отличные по значениям критерии оценки, что позволило обеспечить более объективное сравнение оценок качества управления ресурсами в различных учреждениях на основе единой системы балльных оценок.

Группы и подгруппы

Предварительные результаты, полученные по итогам анализа показателей за 2015–2016 гг., показали, что несмотря на разделение учреждений на три основные группы, целесообразно выделение внутри групп отдельных подгрупп.

Это связано с тем, что по отдельным показателям у отдельных подгрупп учреждений имеются ограничения по достижению даже минимального уровня критерия оценки.

В результате в группе учреждений, оказывающих стационарную медицинскую помощь, выделены подгруппы: больницы многопрофильные, детские больницы, специализированные больницы и стационарные медицинские научно-практические центры.

В группе амбулаторно-поликлинических учреждений выделены подгруппы: городские поликлиники (взрослые), детские городские поликлиники, амбулаторные диагностические центры и диспансеры.

Группа стоматологических поликлиник разделена на две подгруппы: стоматологические поликлиники, взрослые (автономные) и детские стоматологические поликлиники.

С учетом возможностей балльной системы проведено предварительное сравнение средних балльных оценок для разных подгрупп учреждений по каждой области управления ресурсами. Результаты анализа представлены на рис. 2.

Представленные данные показывают, что средние балльные оценки за 2016 г. находятся в пределах от 12,34 баллов (стоматологические поликлиники, взрослые (далее – СП) до 20,45 баллов (детские стоматологические поликлиники, далее – ДСП) при средней оценке по всем подгруппам учреждений 17,19 баллов. Следует выделить группу стоматологических поликлиник, которые получили как максимальную, так и минимальную балльную оценку.

Основной причиной столь полярных значений в балльных оценках является, как и в случае «пилотного» проекта, значение показателя «Доля поступлений из внебюджетных источников в общем объеме начисленных поступлений за отчетный период» по области «Деятельность, приносящая доход, и другие внебюджетные источники». Следует отметить, что финансовое обеспечение деятельности стоматологических поликлиник, т.е.

наполнение доходной части учреждений, происходит за счет внебюджетных источников, которые составляют достаточно высокую долю в общих доходах.

В усовершенствованной методике СКУР предусмотрена разница в значениях критериев оценки данного показателя для бюджетных (ДСП) и автономных учреждений (СП, взрослые). Для бюджетных учреждений первый уровень сложности начинается со значения показателя: 3%, а для автономных – с 45%. Именно этот фактор оказал влияние на балльную оценку, так как ДСП достигли среднего значения показателя в размере 21,8%, что значительно выше критерия оценки 3-го уровня сложности, а стоматологические поликлиники (автономные) – 44,7%, что ниже 1-го уровня сложности. Отсюда разница в баллах – 9,33 балла у ДСП и 0,74 балла у СП.

Если сравнивать итоговые балльные оценки без учета показателя «Доля поступлений из внебюджетных источников в общем объеме начисленных поступлений за отчетный период», то балльные оценки в различных подгруппах учреждений более близки друг к другу. В этом случае самый высокий балл у амбулаторных диагностических центров – 17,18 балла и самый низкий у детских стоматологических поликлиник – 11,12 балла. Как видно, именно доля внебюджетных доходов позволила ДСП обеспечить первенство по всем подгруппам учреждений, участвующих во внедрении СКУР.

Первые и отстающие

Интересно сравнить результаты 2015 и 2016 гг. Как показывает анализ, в 2016 г. практически во всех подгруппах учреждений отмечается рост балльных оценок, за исключением подгруппы диспансеров и стоматологических поликлиник (взрослые), в которых средний итоговый балл снизился на 0,5 и 0,3 балла соответственно (рис. 3).

Целесообразно сравнить данные и по доле достижения учреждениями уровня сложности в отдельных областях управления ресурсами. Одной из важнейших областей является область «Управление персоналом».

В нее входит ряд показателей, характеризующих уровень средней заработной платы медицинских работников, квалификационную категорию врачей, возрастной состав медицинских работников, текучесть кадров и пр.

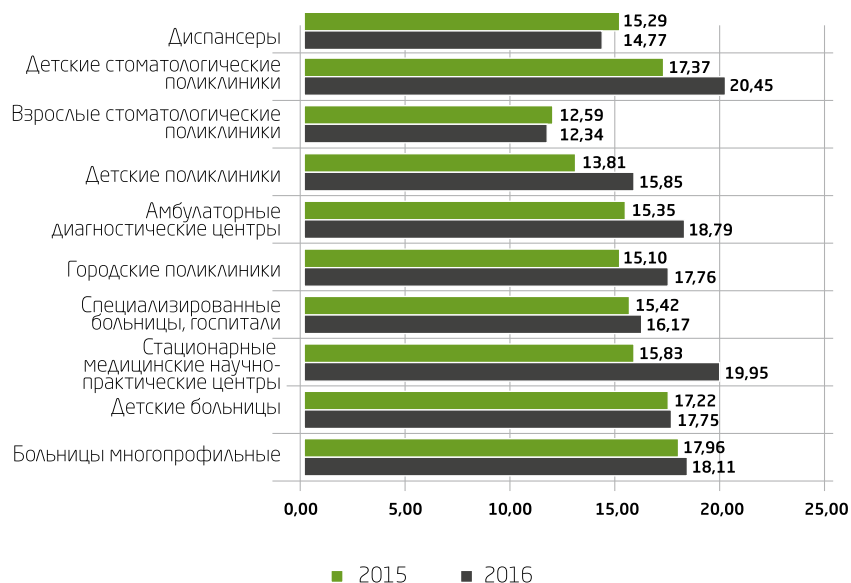
Вышеуказанная сравнительная диаграмма позволяет представить долю учреждений, которые достигли соответствующих уровней сложности по результатам деятельности в 2016 г. по показателям от 21 до 26 в области «Управление персоналом».

Так, например, наилучшие значения достигнуты по показателю 24 «Доля административно-управленческого персонала в общей численности персонала» – нет учреждений, которые не достигли хотя бы первого уровня сложности. В то же время по показателю 22 «Отношение количества уволившихся сотрудников к среднесписочной численности сотрудников» 89 учреждений из 221 не

Рис. 2. Средние балльные оценки по итогам 2016 г. (по подгруппам учреждений)



Рис. 3. Средние балльные оценки по итогам 2015–2016 гг.



смогли достичь первого уровня, что в основном связано с реорганизацией работы медицинских организаций и оптимизацией работающего в них персонала (рис. 4).

Как видно, определенный набор показателей позволяет оценить качество управления ресурсами по отдельным направлениям деятельности учреждений, что не означает необходимость не учитывать специфические особенности в деятельности

медицинских организаций при сравнении достигнутых результатов.

Применение методики СКУР позволяет произвести базовую оценку качества управления ресурсами учреждений здравоохранения и выявить критические зоны в управлении, на которые следует обратить особое внимание в целях повышения эффективности управления ресурсами.

Рис. 4. Результаты оценки показателей из области «Управление персоналом»



Показатели СКУР – это прежде всего индикаторы деятельности учреждения, которые дают представление об изменениях качества управления ресурсами во времени и в сравнении с другими учреждениями. Индикаторы отражают характер изменений взаимосвязанных параметров в результате внутреннего и внешнего воздействия и позволяют прогнозировать конечный результат.

Результаты внедрения СКУР

В 2017 г. продолжается процесс внедрения СКУР в учреждениях здравоохранения, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, что позволит с большей точностью оценить эффективность деятельности учреждений, принимающих участие в данном проекте.

Анализ вышеуказанных итогов показал, что улучшение значений ряда «проблемных» показателей, присущих большинству медицинских организаций, участвующих в СКУР, трудно достижимо, особенно в области «Управление персоналом».

Подтвердились трудности достижения второго и третьего уровня сложности по отдельным показателям, которые имеют взаимосдерживающий характер. Такие показатели касаются в основном областей финансового/операционного менеджмента и управления персоналом.

Совершенствование финансово-хозяйственной деятельности учреждений при поступательной реализации ИППКУР позволит выстроить максимально сбалансированную (базовую) модель для отдельного учреждения, но при этом возможность достижения третьего уровня сложности по всем показателям может не реализоваться в силу различных причин. Такими причинами

могут быть низкие тарифы на медицинские услуги, утвержденные МГФОМС, отсутствие целевой модернизации оборудования, избыточные требования к наличию медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов), утвержденных порядками оказания медицинской помощи, возможности привлечения внебюджетных источников финансирования и т.д.

СКУР необходимо рассматривать в том числе как инструмент вертикальной интеграции целей – каскадирование стратегии административного управления всей вертикали, от органов исполнительной власти до структурных подразделений подведомственных им организаций.

Каскадирование устанавливает взаимосвязь между последовательными уровнями иерархии, посредством которой корпоративная стратегия последовательно спускается вниз. При этом результат учреждения, полученный по принципу обратной связи, возможно, будет по объективным причинам неутешительным и потребует принятия кардинальных решений на уровне органа исполнительной власти, таких как выделение дополнительных средств, административно-кадровая оптимизация, реорганизация учреждения.

Между тем, СКУР ориентирована на реальные условия деятельности медицинских организаций и позволяет в максимально короткие сроки адаптироваться к возникающим современным вызовам.

Таким образом, внедрение СКУР в государственную систему здравоохранения города Москвы позволяет оценить реальные возможности, наличие или отсутствие потенциала для развития подведомственных учреждений, а также возможности развития системы здравоохранения города Москвы в целом.

ОСНОВЫ ФАРМАКОЭКОНОМИКИ

Стремительно растущее количество инновационных и дорогостоящих медицинских технологий диктует необходимость разработки эффективных методик оценки их стоимости для оптимизации расходов в здравоохранении. Необходимость совместной клинической и экономической оценки медицинских технологий привела к возникновению фармакоэкономики.



**Константин
КОКУШКИН,**
директор
ГБУ «Центр клиниче-
ских исследований и
оценки медицинских
технологий» Департа-
мента здравоохра-
нения города Москвы

На сегодняшний день сложилась ситуация, когда простого увеличения финансирования недостаточно для решения всех проблем в здравоохранении на высочайшем уровне ни в одной стране мира. Реализация концепции медицины, основанной на доказательствах и стремлении к решению практических задач в здравоохранении, привела к появлению нового подхода к поиску, оценке и использованию информации о медицинских технологиях. Данный подход назван оценкой медицинских технологий (ОМТ), которая, по определению Европейской сети оценки медицинских технологий, является «междисциплинарным процессом, в ходе которого обобщается информация о медицинских, социальных, экономических и этических вопросах, связанных с применением медицинской технологии на систематической, открытой, непредвзятой, устойчивой основе. Цель ОМТ – помощь в разработке безопасной, эффективной политики здравоохранения, которая ориентируется на нужды больных и стремится достичь наилучшего вложения средств». Агентства по оценке медицинских технологий существуют практически во всех развитых странах. В Европе первое национальное агентство по ОМТ было создано в Швеции, а одним из самых известных агентств является Национальный институт качественной клинической практики (NICE) в Великобритании. В 2016 г. Департаментом здравоохранения г. Москвы было создано Государственное бюджетное учреждение «Центр клинических исследований и оценки медицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы», одной из задач которого является именно оценка медицинских методологий для медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы. В итоге необходимости совместной клинической и экономической оценки медицинских технологий возникла фармакоэкономика (Pharmacoeconomics), научная дисциплина, которая определяет общую ценность лекарственных препаратов, медицинских изделий, услуг

и программ для оказания медицинской помощи. Данной областью занимается также схожая наука – экономика здравоохранения (Health economics), в которой больший уклон сделан в сторону анализа экономических аспектов здоровья и здравоохранения, а также научного анализа, названного клинико-экономическим анализом, который фокусируется на результатах лечения пациентов разными методами оказания медицинской помощи. В данной статье применяется название «фармакоэкономика» из-за его наибольшего распространения в научной литературе.

Целью фармакоэкономики является оценка клинических и экономических аспектов медицинской технологии, понимаемой как применение лекарственного препарата, медицинского изделия, услуги, а также программы для оказания медицинской помощи в определенном показании. Изучаемая путем фармакоэкономического анализа медицинская технология может применяться с целью профилактики, диагностики, лечения и общего ведения заболевания.

Объектом изучения фармакоэкономики являются эффективность медицинских технологий, а также все виды затрат, которые производятся из-за них или при их применении.

Результатом проведения фармакоэкономического анализа является обнаружение наиболее оптимального с точки зрения затрат, эффективности (действенности, полезности, выгоды) и безопасности варианта оказания медицинской помощи. Для проведения фармакоэкономического анализа ключевым является как можно более точное определение затрат и результатов пациента.

Затраты

В фармакоэкономическом анализе имеется несколько видов затрат.

1. Прямые медицинские затраты (DC – direct (medical) costs) – включают затраты, понесенные пациентом, системой здравоохранения или другим плательщиком (например, страховой компанией) непосредственно в процессе оказания медицинской помощи, например затраты:

- на лекарственные средства;
- услуги, оказываемые медицинским персоналом;
- вводимые в организм человека изделия медицинского назначения (например, стенты, протезы, линзы);
- лабораторные и инструментальные исследования;
- медицинские процедуры.

2. Прямые немедицинские затраты (DC – direct (non-medical) costs) – расходы, которые несут другие организации, пациенты и их семьи, например затраты:

- на сервисные услуги;
- услуги социальных служб;
- перемещение пациентов.

3. Непрямые (косвенные) затраты (IC – indirect costs) – связаны

с нетрудоспособностью или смертью пациента в связи с заболеванием или с производственными потерями, которые несут ухаживающие за пациентом родственники или близкие. Данные затраты измеряются методами фрикционных затрат и человеческого капитала. К ним относят затраты:

- за период отсутствия пациента на его рабочем месте из-за болезни или инвалидности, полученной в ее итоге;
- на сниженную производительность труда пациента;
- на обучение нового сотрудника работе, выполняемой больным данной патологией;
- связанные с отсутствием на работе ухаживающих за пациентом родственников и близких, а также снижение их производительности труда.

4. Неосязаемые (неизмеряемые, нематериальные) затраты – издержки, которые на сегодняшний день нельзя измерить, такие как боль, страдания пациента, его родственников и близких. В настоящее время часть этих затрат измеряется опросниками, исследующими качество жизни, связанное со здоровьем (HRQoL – health-related quality of life).

Результаты

Оценивая результативность медицинской технологии, следует учесть следующие факторы.

1. Действенность (efficacy) – эффективность медицинской технологии в контролируемых условиях клинических исследований с популяцией, отобранной в соответствии с критериями включения.
2. Клиническую эффективность (effectiveness) – эффективность медицинской технологии в условиях обычного применения на реальной, гетерогенной популяции больных.
3. Безопасность (safety) – серьезность и частота нежелательных явлений.
4. Комплаентность (compliance) – степень, с которой больной соблюдает назначенный ему режим лечения.

Результаты могут измеряться с помощью:

1. *конечных клинических точек*, которые делятся на:

– мягкие – состояния, иные, чем смерть, но которые могут к ней вести:

- инсульт;
- инфаркт;
- инвалидность;

– твердые:

- полученные годы жизни (LYG – life years gained);
- смерть;

2. *суррогатных клинических точек*, например:

- клинические эффекты;
- число дней (месяцев, лет) без какого-либо состояния;
- число осложнений;
- число предотвращенных клинических результатов;
- изменения в качестве жизни, связанные со здоровьем.

Имея данные по затратам и результативности оцениваемой медицинской технологии, можно приступить к ее сравнению с имеющимися альтернативными видами лечения. С этой целью выбирают вид фармакоэкономического анализа.

Методы

Основные виды фармакоэкономического анализа

1. Анализ стоимости болезни (COI – cost of illness analysis).
2. Анализ «затраты–эффективность» (CEA – cost-effectiveness analysis).
3. Анализ минимизации затрат (CMA – cost minimization analysis).
4. Анализ «затраты–полезность» (CUA – cost-utility analysis).
5. Анализ «затраты–выгода» (CBA – cost-benefit analysis).
6. ABC/VEN-анализ .
7. Анализ влияния на бюджет (BIA – budget impact analysis).

Анализ стоимости болезни

В данном виде анализа изучаются все затраты на данное заболевание. На основании этого анализа можно сравнивать затраты на лекарственную и нелекарственную терапию, медицинские и немедицинские затраты, прямые и косвенные затраты, а также затраты на группы препаратов друг с другом:

$$COI = DC + IC.$$

Применение

Исследования «стоимости болезни» показывают общий объем затрат (отдельно – прямых и косвенных) на определенное заболевание по сравнению с его значимостью. Благодаря этому можно провести сравнение между бремени, которое оказывают два или более разных заболеваний в конкретной стране, регионе, или сравнить их между странами. Однако из-за того, что в них не учитывается эффективность проводимой терапии, сложно понять, какую пользу несет применение оцениваемой медицинской технологии.

Анализ «затраты–эффективность»

В данном анализе проводится сравнительная оценка соотношения затраты–эффективность двух или более технологий. Эффективность измеряется в клинических точках, чаще всего суррогатных:

$$CER = \frac{DC}{Ef};$$

$$ICER = \frac{DC1 - DC2}{Ef1 - Ef2}, \text{ где}$$

Ef – эффективность;

CER (cost-effectiveness ratio) – показатель «затраты–эффективность»;

ICER (incremental cost-effectiveness ratio) – инкрементальный показатель «затраты–эффективность».

Применение

Так как данный вид анализа является самым распространенным видом фармакоэкономического анализа, существует множество примеров его применения. В большинстве стран, учитывающих фармакоэкономические показатели в принятии решений в здравоохранении, фармакоэкономисты рассчитывают показатели именно этого анализа при подаче заявки на государственное финансирование оцениваемых медицинских технологий. В случае когда оцениваемая медицинская технология эффективнее, но и дороже альтернативной, рассчитывается инкрементальный показатель «затраты–эффективность», который показывает, каких дополнительных вложений требует достижение одной дополнительной единицы эффективности.

Анализ минимизации затрат

В этом частном виде анализа «затраты–эффективность» предполагается, что результативность оцениваемых медицинских технологий одинаковая и следует только посчитать, какая из них приведет к меньшим затратам:

$$CMR = (DC1 + IC1) - (DC2 + IC2), \text{ где}$$

CMR (cost minimization ratio) – показатель минимизации затрат.

Применение

Значение анализа минимизации затрат небольшое из-за редкости случаев, когда эффективность двух сравниваемых медицинских технологий одинакова. За исключением генерических препаратов, у большинства лекарственных препаратов при одинаковой эффективности отличается профиль их безопасности или комплаентность при их использовании.

Анализ «затраты–полезность»

Данный вид анализа также является частным видом «анализа затраты–эффективность», в котором учитывается не достижение пациентом каких-либо клинических результатов, а его мнение о них. Этот вид анализа особенно важен, если

препарат эффективен, но вызывает тяжелые побочные эффекты. Имеется несколько показателей полезности терапии, среди них наиболее распространенные:

- QALY (дополнительный год жизни с поправкой на качество, quality adjusted life years);
- DALY (дополнительный год жизни с поправкой на инвалидность, disability adjusted life years);
- HYE (эквивалент здоровых лет жизни, health years equivalent);

$$CUR = \frac{DC1}{Ut1 - Ut2};$$
$$ICUR = \frac{(DC1 + IC1) - (DC2 + IC2)}{Ut1 - Ut2}, \text{ где}$$

CUR (cost-utility ratio) – показатель «затраты–полезность»;

ICUR (incremental cost-utility ratio) – инкрементальный показатель «затраты–полезность».

Применение

Анализ «затраты–полезность» используется для определения относительной ценности альтернативных медицинских технологий и отличается использованием QALY в знаменателе. Это дает возможность сравнивать две совершенно разные медицинские технологии, применяемые в разных популяциях и заболеваниях, друг с другом. Таким образом, лицу, принимающему решения в здравоохранении, предоставляется аргумент в пользу или против финансирования оцениваемой медицинской технологии с учетом всех финансируемых программ в здравоохранении (если для них показатели «затраты–полезность» просчитаны). Качество жизни, связанное со здоровьем, основано на индивидуальных предпочтениях пациентов с разными заболеваниями и лечимых разными медицинскими технологиями. Существует несколько общих опросников, измеряющих качество жизни, связанное со здоровьем, среди них самые известные:

- SF-36® Health Survey;
- SF-12® Health Survey;
- Sickness Impact Profile;
- Nottingham Health Profile;
- World Health Organization Quality of Life assessment instrument;
- World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life assessment;
- EQ-5D-3L: ответы по 3-уровневой шкале;
- EQ-5D-5L: ответы по 5-уровневой шкале;
- HUI Mark 2 (HUI2);
- HUI Mark 3 (HUI3);
- Quality of Well Being scale.

Анализ «затраты-выгода»

Данный вид анализа также является частным видом «анализа затраты–эффективность», в котором эффективность измеряется в денежных единицах. Этот вид анализа нечасто применяется из-за сложности определения денежной выгоды от применения оцениваемых медицинских технологий. Такая оценка проводится методами «человеческого капитала», «выявленных предпочтений» или «готовности платить»:

$CBR = C - B$, где

CBR (cost-benefit ratio) – показатель «затраты–выгода»;

B – выгода от применения медицинской технологий в денежном выражении.

Применение

Данный вид анализа нечасто используется для сравнения лекарственных препаратов или альтернативных видов терапии из-за этических сложностей в определении денежной стоимости жизни человека. Однако он позволяет провести сравнение медицинских технологий с совершенно разными исходами строго на монетарной основе. В итоге такого анализа следует выбирать препарат с максимальной чистой прибылью.

Анализ «влияния на бюджет»

Данный вид анализа является частью комплексной экономической оценки медицинской технологии и чаще всего требуется государственными органами, компенсирующими затраты на лечение пациентов как для составления списков медицинских технологий, подлежащих компенсации, так и для утверждения документов на возмещение затрат. Анализ влияния на бюджет проводится с использованием методики «6 шагов», определяя:

1. популяцию;
2. временной горизонт;
3. старый и новый сценарий;
4. затраты;
5. изменения в затратах;
6. результат.

Результат анализа влияния на бюджет рассчитывается в соответствии с формулой:

$$BIA = S(1) - S(2),$$

где:

BIA – результат анализа «влияния на бюджет»;

S(1) – суммарный экономический эффект технологии здравоохранения 1;

S(2) – суммарный экономический эффект технологии здравоохранения 2.

Применение

Результаты анализа «влияния на бюджет», имея денежное выражение, считаются наиболее убедительными среди фармакоэкономических показателей для лиц, принимающих решения в здравоохранении. Проведение данного вида анализа включает в себя выбор горизонта и точки зрения его проведения, критериев эффективности, а также определения и подсчета разных видов затрат. Анализ «влияния на бюджет» позволяет соотнести между собой значения суммарных экономических эффектов для нескольких сравниваемых технологий, тем самым выявляя наименее затратные альтернативы.

ABC/VEN-анализ

Метод клиничко-экономического анализа, позволяющий при сравнительно небольших усилиях оценить качество фармакотерапии и лекарственного обеспечения лечебного учреждения. ABC/VEN-анализ представляет собой два связанных между собой вида анализа, необходимые для проведения полноценной ретроспективной оценки. ABC-анализом называется метод оценки рационального использования денежных средств по трем группам в соответствии с их фактическим потреблением за предыдущий период. ABC-анализ позволяет получить объективную картину расходования финансовых ресурсов на лекарственное обеспечение медицинских учреждений. В лечебном учреждении анализ может проводиться по отделениям, больницам и за конкретный период времени (квартал, полугодие, год).

Группа	Финансовые затраты на лекарства, %
A	85
B	10
C	5
Итого	100

VEN-анализ необходимо проводить совместно с ABC-анализом. VEN-анализ позволяет оценить рациональность расходования финансовых средств. Для этого все выпущенные пациентам лекарственные препараты делят на три категории: V (англ. vital, жизненно важные), E (англ. essential, необходимые), N (англ. non-essential, второстепенные).

Группа	Описание
Жизненно важные	Лекарственные средства, необходимые для спасения жизни, постоянно требующиеся для поддержания жизни и те, после прекращения приема которых развивается синдром отмены
Необходимые	Лекарства, эффективные при лечении менее опасных, но серьезных заболеваний
Второстепенные	Лекарства для лечения «легких» заболеваний; препараты с сомнительной эффективностью; дорогостоящие с симптоматическими показаниями

Применение

ABC/VEN-анализ помогает определить, целесообразно ли тратятся денежные средства на лекарственные препараты в конкретной МО, а также, что следует сделать, чтобы рационализировать лекарственные закупки, то есть какие препараты в первую очередь следует рассмотреть на предмет включения (исключения) в перечень данной МО/региона/страны и на какие лекарственные средства были выделены избыточные, а на какие – недостаточные финансовые средства.

Обсуждение

Надежность фармакоэкономического анализа состоит в сопоставимости его проведения для разных медицинских технологий, заболеваний, регионов и стран. Очень важно, чтобы публикуемые результаты были проверены авторами исследования и проверяемы другими специалистами, так как на их основании принимаются жизненно важные решения в здравоохранении. Правильно проведенный фармакоэкономический анализ предоставляет надежные аргументы для применения или отказа в использовании оцениваемой медицинской технологии, а также в ее финансировании из государственных средств, ценообразовании лекарственных препаратов, внедрении инновационных моделей лекарственного обеспечения и других.

Проводимый в настоящее время в Российской Федерации пилотный проект внедрения схем разделения рисков является одним из возможных вариантов применения фармакоэкономического анализа. В ходе рассмотрения вышеуказанного пилотного проекта ГБУ «ЦКИОМТ» внесло свои предложения по его оптимизации, критериям включения/исключения пациентов в данный проект, критериям оценки результативности лекарственной терапии в рамках реализации пилотного проекта, которые были учтены при подготовке проекта соглашения о реализации пилотного проекта. Кроме того, ГБУ «ЦКИОМТ» будет осуществлять на территории города Москвы нормативно-правовое сопровождение, а также мониторинг внедрения и реализации инновационных моделей лекарственного обеспечения.

В своей деятельности ГБУ «ЦКИОМТ» использует методы фармакоэкономического анализа как при построении и анализе инновационных моделей лекарственного обеспечения, так и в других научных исследованиях и рекомендациях, направляемых в Департамент здравоохранения города Москвы для рассмотрения и принятия обоснованного решения.

Проводимые ГБУ «ЦКИОМТ» научные исследования и предлагаемые рекомендации позволяют более рационально использовать выделяемые финансовые средства на оказание медицинской помощи, в том числе лекарственной, жителям города Москвы.

Литература

1. Клинико-экономический анализ. Под ред. Воробева П.А. М.: Издательство Ньюдиамед, 2008.
2. Затраты, качество и результаты в здравоохранении. Под ред. Смит М.Д., ред. перевода Воробьев П.А., Борисенко О.В. М.: Издательство Ньюдиамед, 2009.
3. Ценообразование на лекарственные препараты. Под ред. Ланда К., перевод Холонья М., научный ред. перевода Воробьев П.А. М.: Издательство Ньюдиамед, 2012.
4. Оценка медицинских технологий. Международный опыт. Под ред. Стародубова В.И., Каргаманьяна И.Н. М.: Издательство АИРМ, 2012.
5. Фролов М.Ю., Барканова О.Н., Шаталова О.В. Методика проведения ABC/VEN-анализа. Лекарственный вестник. 2012; 6 (46).
6. Ягудина Р.И., Серпик В.Г., Угрехелидзе Д.Т. Методологические основы анализа «влияния на бюджет. Фармакоэкономика: Теория и практика. 2015; 3 (4).
7. Golicki D. What instrument should I choose to measure the quality of life in a patient with multiple sclerosis? A practical guide. MS Report. 2013;2(5): 21–30
8. Sullivan S.D., Mauskopf J.A., Augustovski F et al. Principles of good practice for budget impact analysis II: Report of the ISPOR Task Force on Good Research Practices – Budget Impact Analysis. Value Health. 2014; 17: 5–14.



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



СЕРГЕЙ БУДАРИН

НАЧАЛЬНИК ОТДЕЛА МЕТОДОЛОГИИ ПРОВЕДЕНИЯ
АУДИТА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ:

“ Система контроля должна быть комплексной и охватывать все аспекты деятельности медицинской организации, способствовать своевременному принятию управленческих решений.

Осуществляет комплексные научные исследования в области создания стандартов качества управления ресурсами в системе здравоохранения и в деятельности медицинских организаций

- Разработка научных и методических подходов к проведению аудитов эффективности деятельности медицинских организаций
- Оценка уровня и доступности качества медицинской помощи, рациональности использования материальных и административных ресурсов
- Создание внутренних систем управления качеством и ресурсами на уровне медицинской организации и ее отдельных подразделений

www.nioz.ru

+7 (495) 951-20-54

niozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

У СЕМИ НЯНЕК...

На общегородской клинико-анатомической конференции, состоявшейся 24 мая 2017 г., был рассмотрен случай несвоевременной диагностики рака молочной железы, ставшего причиной фатального исхода у 28-летней пациентки

ОТ РЕДАКЦИИ

Напоминаем, что по просьбе Леонида Печатникова редакция публикует выступления докладчиков, максимально сохраняя авторский стиль с тем, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

Поликлинический этап ведения пациентки

Историю оказания первичной медико-санитарной помощи пациентке в Городской поликлинике №45 представила главный врач поликлиники Ольга Красильникова.

Пациентка А., 1987 года рождения, с 2005 по 2012 гг. наблюдалась в Городской поликлинике №154 Северного административного округа. С 30 июля 2013 г. получала первичную медико-санитарную помощь в филиале №5 Городской поликлиники №45. Однако 7 мая 2014 г. пациентка открепилась от Городской поликлиники №45 и была прикреплена к Городской поликлинике №3.

В период наблюдения в филиале №5 Городской поликлиники №45 в 2013–2014 гг. зарегистрированы следующие обращения пациентки.

1. В 2013 г. было 2 обращения к врачу-терапевту участковому по поводу простудных заболеваний. В апреле, июле, сентябре – врачу-неврологу. Код диагноза по счету-фактуре выставлен М-538, дорсопатия.
2. В марте 2013 г. зарегистрировано обращение к врачу акушеру-гинекологу, код диагноза: D26.0, доброкачественное новообразование.
3. В апреле 2014 г. зарегистрировано 2 обращения: к врачу акушеру-гинекологу (код диагноза: 76.2, острый вульвит) и к врачу-неврологу (код диагноза: 58.0, межреберная невралгия).

Леонид Печатников задал ряд уточняющих вопросов относительно анамнеза пациентки и проведения у нее пальпации молочных желез при посещении акушера-гинеколога в 2013 г.

Ольга Красильникова не смогла предоставить этих сведений, так как при переходе пациентки из филиала №5 городской поликлиники №45 в городскую поликлинику №3 медицинская карта была передана на руки пациентке.

Заместитель главного врача ГБУЗ «ГП №3 ДЗМ» по медицинской части к.м.н. Андрей Федорук представил ретроспективный анализ медицинской карты пациентки А.

В городскую поликлинику №3 пациентка обращалась в декабре 2013 г. Она была постоянно зарегистрирована по месту жительства и фактически проживала в Северном административном округе. На декабрь 2013 г. пациентка к поликлинике №3 не была прикреплена, в связи с чем в декабре 2013 г. ей были оказаны медицинские услуги в рамках неотложных мероприятий. 2 декабря она обращается к врачу-хирургу поликлиники, 25 декабря – к врачу-терапевту. 27 декабря ей выполнена рентгенография шейного отдела позвоночника.

Леонид Печатников попросил уточнить:

– Вы видели ее медицинскую карту из предыдущей поликлиники?

Андрей Федорук пояснил, что пациентка обращалась в Городскую поликлинику №3 в декабре 2013 г. без медицинской карты из поликлиники №45, которую она забрала оттуда только в апреле 2014 г.

2 декабря 2013 г. пациентка обращалась к врачу-хирургу Городской поликлиники №3 по поводу бытовой травмы. Выставлен диагноз: ушиб мягких тканей нижней трети передней поверхности правого бедра. Назначена лекарственная терапия.

25 декабря 2013 г. пациентка обращалась к врачу-терапевту поликлиники с жалобами на боли в шейном отделе позвоночника, которые беспокоили ее в течение 3 нед. Связать эти боли с травмой, полученной 2 декабря, не представляется возможным. При физикальном обследовании патологии не выявлено. Выставлен диагноз: дорсопатия шейного отдела позвоночника, цервикалгия. Назначено лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, миорелаксантами (Мидокалм), рекомендована рентгенография шейного отдела позвоночника. 27 декабря 2013 г. в Городской поликлинике №3 выполнена рентгенография шейного отдела позвоночника в прямой и боковой проекции. На рентгенограммах посттравматических и, что важно, деструктивных изменений не выявлено. И после этого, с 28 декабря 2013 г. пациентка в поликлинику №3 не обращалась.

С сообщением о наблюдении и лечении пациентки А. в Городской поликлинике №107 выступила заместитель главного врача поликлиники по КЭР Ольга Бугай.

Пациентка 28 лет зарегистрирована в Северном административном округе города Москвы. Наблюдалась в Городской поликлинике №107 со 2 ноября 2015 г. по 5 марта 2016 г. 2 ноября 2015 г. первично обратилась к дежурному врачу с жалобами на умеренные боли в среднем грудном отделе позвоночника, усиливающиеся при движении.

Выставлен диагноз: дорсопатия грудного отдела позвоночника. Даны рекомендации: гели с нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) 2 раза в день на болевые точки в течение 10 дней. Дальнейшее

лечение, наблюдение в поликлинике по месту прикрепления. Флюорографическое исследование органов грудной клетки в плановом порядке.

После приема дежурного врача пациентка 2 ноября 2015 г. написала заявление на прикрепление к поликлинике №107 для получения медицинской помощи.

Через 5 дней вызвала врача-терапевта на дом с жалобами на слабость, повышение температуры до 38,7 °С, головную боль, боль в горле при глотании. Выставлен диагноз: ОРВИ. Рекомендована противовоспалительная и симптоматическая терапия. В листке нетрудоспособности не нуждалась. Назначена явка в поликлинику через 5 дней. Однако 11 ноября 2015 г. на прием к врачу-терапевту не явилась. И далее до конца ноября 2015 г., в декабре 2015 г., в январе 2016 г. за медицинской помощью в поликлинику №107 не обращалась.

Очередное посещение врача-терапевта 3 февраля 2016 г. с жалобами на появление новообразования в области верхнего края грудины, которое не вызывало болезненных или других ощущений. Кроме того, имелись жалобы на неприятное ощущение в грудном отделе позвоночника, усиливающееся при движении. Пациентка обнаружила новообразование в области верхнего края грудины одну неделю назад. В течение 2 лет периодически беспокоили боли в грудном отделе позвоночника. Очередное обострение болевого синдрома 2 недели назад. В 2010 г. перенесла оперативное лечение, удаление яичника по поводу кистозных образований. На момент осмотра выписку не предоставила. Получала заместительную гормональную терапию, причем у гинеколога после оперативного лечения не наблюдалась.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Локально в области правого грудино-ключичного сочленения выявлено плотное, безболезненное, округлое, не смещаемое образование размером около 4 см в диаметре. Кожа над ним не изменена.

Диагноз: образование в области грудино-ключичного сочленения справа, дорсопатия.

Назначено обследование: рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, консультация врача акушера-гинеколога, консультация врача-хирурга. В связи с дорсопатией назначены нестероидные противовоспалительные средства в таблетках и гель с НПВС местно. Назначена явка с результатами рентгенограммы органов грудной клетки.

Общий анализ мочи (03.02.2016): без патологии.

ЭКГ (09.02.2016): Синусовый ритм. ЧСС 81 в 1 мин. Тахикардия. Нормальное положение электрической оси сердца (ЭОС).

Далее Ольга Бугай сообщила:

– На следующий день после проведенной рентгенографии

органов грудной клетки пациентка была осмотрена терапевтом. Диагноз: очаговое образование легких под вопросом, новообразование в мягких тканях под вопросом. Назначено дообследование: компьютерная томография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, гастроскопия, а также повторные консультации гинеколога и хирурга.

КТ органов грудной клетки (от 12.02.2016): КТ-картина воздушного полостного образования верхней доли левого легкого с наличием множественных разнокалиберных очагов уплотнения правого и левого легкого. Умеренная интраторакальная лимфаденопатия, признаки множественных вторичных метастазов в печени, солитарный метастаз в левом надпочечнике и вероятный метастаз в хвосте поджелудочной железы.

В этот же день рекомендована консультация онколога. Пациентке выданы направления на консультации врача-онколога в ГКБ №40 и врача-фтизиатра в Центр борьбы с туберкулезом.

Леонид Печатников попросил уточнить, действительно ли при клиническом обследовании молочных желез врач-гинеколог не обнаружил никакой патологии.

Ольга Бугай подтвердила это и добавила, что она также осматривала пациентку 3 февраля, пальпировала молочные железы и также ничего не обнаружила.

При гастроскопии (от 15.02.2016) выявлен поверхностный рефлюкс-гастрит.

Пациентка направлена на МРТ органов малого таза с контрастом на 26 февраля.

19 февраля обратилась к терапевту в связи с ухудшением общего самочувствия и с жалобами на болевой синдром, плохо купируемый НПВС. Объективно: без динамики. Проведена коррекция лечения. Назначен Трамадол в суточной дозе 150 мг, Кетопрофен 100 мг 2 раза в день. Через 5 дней после проведения пункции образования, 20 февраля, получены результаты цитологического

исследования. Цитограмма злокачественного новообразования. Рекомендовано гистологическое исследование для определения гистогенеза опухоли.

Ольга Бугай продолжила:

– 24 февраля на приеме у терапевта пациентка жалуется на усиление болевого синдрома на фоне приема обезболивающей терапии, ухудшение общего самочувствия. Проведена коррекция терапии. Увеличена доза Трамадола до 300 мг в сутки. Кетопрофен в той же дозе. 25 февраля 2016 г. на приеме у врача акушера-гинеколога пациентка ознакомлена с результатами анализа крови на онкомаркеры от 18 февраля: СА-125 и 842, СА-15-3 и 46, СА-19-9, более 10 000. Раковый эмбриональный антиген около 10. Эти данные прокомментировал Леонид Печатников:

– Есть пока только один доказанный специфический онкомаркер – ПСА. Все остальные онкомаркеры для диагностики никакого значения не имеют. Они имеют значение для контроля эффективности химиотерапии. Давайте договоримся все об этом.

Далее Ольга Бугай сообщила:

– 29 февраля на приеме терапевта отмечает ухудшение самочувствия, нарастают слабость, одышка при физической нагрузке. Объективно: кожные покровы бледные, в легких дыхание жесткое, хрипов нет. Живот чувствительный при пальпации в правом подреберье в эпигастральной области.

В результате ряда дополнительных вопросов Леонида Печатникова и уточнений со стороны Ольги Бугай при участии главного внештатного специалиста по патологической анатомии ДЗ г. Москвы О.О. Орехова установлено, что 25 февраля пациентке была сделана биопсия молочной железы. Из заключения от 1.03.2016 г.: инвазивный неспецифицированный рак молочной железы II степени злокачественности, по Ноттингемской системе. 9 марта 2016 г. пациентка госпитализирована в Городскую клиническую больницу №40.

Осмотр врачом-гинекологом

15 февраля 2016 г. осмотрена врачом-гинекологом. Жалобы со стороны органов малого таза не предъявляет. В анамнезе: беременностей не было. Дермоидные кисты обоих яичников. Оперативное лечение в 2010 г., двусторонняя аднексэктомия. С 2010 г. принимает «Фемостон» 2/10.

При гинекологическом осмотре патологий не выявлено. Взятые мазки. Молочные железы симметричные, с явлениями фиброзно-кистозной мастопатии. Пальпируемых образований нет. Выделения из сосков серозные и скудные. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Острой гинекологической патологии не выявлено.

Диагноз: Фиброзно-кистозная мастопатия? Состояние после двусторонней аднексэктомии в 2010 г. ЗГТ 2010–2016 гг.

Рекомендации: отмена ЗГТ. МРТ органов малого таза, онкомаркеры (СА-125, СА-15-3, СА-19-9, СЭА/РЭА).

Цитологическое исследование (17.02.2016): цитограмма экзо- и эндоцервикса – без патологии. По результатам цитологического исследования цитограмма без патологии.

Стационарный этап ведения пациентки

Сообщение об оказании медицинской помощи пациентке А. в ГКБ №40 представил зам. главного врача ГКБ №40 по онкологии и хирургии Михаил Тер-Ованесов, который кратко изложил историю заболевания пациентки до момента поступления в ГКБ №40. Далее он сообщил, что по результатам иммуногистохимического исследования материала, полученного при биопсии молочной железы 25 февраля, у пациентки выявлен тройной негативный рак молочной железы, высокий уровень Ki-67 – 40%. По просьбе Леонида Печатникова Михаил Тер-Ованесов дал краткую характеристику этой формы рака молочной железы:

– Это одна из наиболее злокачественных форм рака молочной железы. Встречается от 16 до 20% случаев. Характеризуется высокой пролиферативной активностью, широким метастазированием. Отсутствует возможность проведения таргетной терапии препаратами-ингибиторами ароматазы, антагонистами рецепторов эстрогенов. Возможно проведение только химиотерапии. Опухоль характеризуется очень плохим прогнозом. Медианная выживаемость менее 12 мес. Медианная выживаемость при диссеминированной форме не превышает 6 мес, составляя 3–4 мес.

02.03.2016 пациентка консультирована заведующим отделением химиотерапии. Выставлен диагноз: рак правой молочной железы с множественными метастазами, IV стадия, код C-50.8.

9.03.2016 пациентка поступила в отделение химиотерапии ГКБ №40, где в тот же день был организован междисциплинарный консилиум с участием специалистов смежных специальностей, онкологов, включая химиотерапевтов и радиологов.

Заключение консилиума: Рак правой молочной железы Т3NхM1 (Pulm, Hep, Oss, Tis). Метастазы в легкие, печень,

кости, ДН 2. Болевой синдром, эндогенная интоксикация.

Консилиум принял решение о попытке проведения химиотерапии по витальным показаниям

Михаил Тер-Ованесов отметил:

– Я хотел бы обратить внимание на то, что состояние пациентки на этот момент соответствует 2 баллам по шкале ECOG, то есть плохой функциональный статус, состояние ближе к средней тяжести. И по шкале Карновского менее 60%.

В анализах крови в период обследования у пациентки обращает на себя внимание цитолитический синдром – повышение трансаминаз вдвое. Гипербилирубинемия 47,7 ммоль/л. А уже спустя 6 дней у пациентки трехкратное повышение билирубина до 54,9. За счет обеих фракций. И повышение трансаминаз двух- и трехкратное соответственно.

В анализах крови лейкоцитоз, $23 \times 10^9/\text{л}$ с палочкоядерным сдвигом до 15%.

С учетом состояния средней тяжести, гипербилирубинемии, учитывая, что у пациентки имеются противопоказания к назначению антрациклинов, таксанов и оксофосфаринов, пациентке планируется один курс монохимиотерапии карбоплатином 600 мг (AUC 5), с включением бисфосфонатов, во второй день золедроновая кислота 4 мг внутривенно.

11.03.2016 после окончания химиотерапии пациентке проведено контрольное УЗИ органов брюшной полости, которое выявило массивное билобарное поражение печени, гепатомегалию. Патологии со стороны почек не выявлено.

12.03.2016 в 0.30 экстренный вызов дежурного врача-терапевта в палату. Пациентка без признаков сердечной и дыхательной деятельности. В связи с состоянием пациентки и ее статусом, распространенностью процесса, реанимационные мероприятия не проводятся, констатирована биологическая смерть больной.

Заключительный клинический диагноз: рак правой молочной железы Т3NхM1. Осложнение: метастазы в легкие, печень, кости. Дыхательная недостаточность 2-й стадии, болевой синдром, эндогенная интоксикация.

Патологоанатомический диагноз.

Основное заболевание: Мультицентрический рак молочных желез (гистологическое исследование 2289/16 – инвазивный неспецифицированный рак II степени злокачественности по Ноттингемской системе). Метастазы рака в паратрахеальные, парааортальные лимфатические узлы, в печень, легкие, левый надпочечник, тело поджелудочной железы, почки, миокард, эндокард, крестец, подвздошные кости, в вертелы, шейки и основания головок бедренных костей, тела позвонков поясничного отдела, мягкие ткани передней грудной стенки, канцероматоз плевры, pT3N1M1.

Фоновое заболевание: Дермоидные кисты яичников. Операция двусторонней аднексэктомии (05.03.2010). Заместительная гормональная терапия (фемостон).

Осложнения: Раковая интоксикация. Двусторонняя параканкротическая пневмония в VI–X сегментах легких. Отек легких. Отек головного мозга.

Сопутствующие заболевания: Хронический неактивный слабо выраженный пиелонефрит.

При сопоставлении заключительного клинического и окончательного диагноза патологоанатомического расхождений диагнозов не выявлено.

Выступления рецензентов

Результаты анализа медицинской документации пациентки А. представил Андрей Тяжелников, главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, главный врач ГБУЗ «КДП №121 ДЗМ».

Прежде всего, он отметил, что пациентка А. наблюдалась в трех городских учреждениях:

– Когда начались плановые действия в отношении состояния здоровья пациентки, онкологическое заболевание уже имело достаточное развитие. Поэтому основной сложностью на данном этапе было то, что медицинская первичная документация из поликлиники №45 была утрачена. Хотя бы копии амбулаторной карты и исследований должны были в поликлинике сохраниться.

Отмечается отсутствие этапности оказания медицинской помощи. Пациентка после аднексэктомии должна была находиться под диспансерным наблюдением у гинеколога. Ввиду отсутствия первичной медицинской документации оценить это не представляется возможным. На протяжении всего этого времени пациентка должна была проходить какие-то профилактические мероприятия, профосмотры. По возрасту она 2 раза попадала под программу диспансеризации, но ни то, ни другое выполнено не было. Также на последнем этапе должна была быть назначена рентгенография позвоночника, а не флюорография, и анализы крови.

С рецензией истории болезни пациентки А. выступил главный терапевт Департамента здравоохранения Москвы, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор Григорий Арутюнов. Он начал свое сообщение с указания на серьезные недостатки, допущенные при физикальном обследовании пациентки:

– Я позволю себе процитировать дневник: «Кожные покровы чистые, живот мягкий, безболезненный». После такого оперативного вмешательства, очевидно, надо было предполагать наличие послеоперационного рубца. Этот факт не описывается никем, и нигде, ни в одном дневнике вообще не описывается, ни терапевтом, ни врачом-терапевтом, посещающим на дому.

Также нет никакого анализа результатов лабораторных исследований, которые уже были известны на этом этапе ведения пациентки. Позволю привлечь ваше внимание к тромбоцитозу, что надо рассматривать у такой пациентки как неопластический синдром, к чудовищному повышению С-реактивного белка, что тоже остается за рамками контроля. И повышению уровня щелочной фосфатазы в 2,6 раза. К сожалению, и хирург, который первым в очень подробном дневнике блестяще описал весь анамнез, здесь же описывает живот как мягкий, безболезненный.

Серьезной ошибкой было то, что не были учтены длительный период бесконтрольной гормонозаместительной терапии и проведенная в 2010 г. двусторонняя аднексэктомия. И, честно говоря, как мне это не неприятно признать, абсолютно формальный физикальный осмотр, что врачом при осмотре в кабинете, что врачом при осмотре на дому, что врачом при осмотре после выявленного пациенткой новообразования на грудной клетке.

Рецензию на тактику рентгенологического обследования пациентки А., 1987 г.р. представил Главный внештатный рентгенолог, д.м.н., проф. Сергей Морозов.

Он изложил историю болезни пациентки А. с точки зрения тактики визуальных методов диагностики, указав на допущенные ошибки.

Основные замечания по оказанию медицинской помощи сводятся к следующему.

1. Ввиду молодого возраста пациентка не попала в программу скрининга рака молочной железы¹.
2. Нет информации о семейном онкоанамнезе, что могло бы послужить основанием к назначению пациентке анализа на мутацию гена *BRCA*.
3. При двусторонней аднексэктомии в анамнезе и длительной заместительной терапии в период с 2010 по 2016 гг. ни разу не было назначено УЗИ молочных желез.
4. КТ органов грудной клетки выполнена без внутривенного контрастирования, несмотря на то, что пациентка была направлена с подозрением на онкологическое заболевание, что является нарушением методики.
5. Методом выбора для оценки распространенности опухолевого процесса является КТ ОГК с внутривенным контрастированием, а не УЗИ.
6. Необходимо включение молодых женщин из групп риска (онкоанамнез, гинекологические операции) в программы скрининга рака молочной железы.

Со своей рецензией на историю болезни пациентки А. выступил главный внештатный специалист акушер-гинеколог ДЗО г. Москвы, профессор, д.м.н. Александр Конопляников.

По его мнению, трагедия у этой пациентки началась в 2010 г., когда молодая 22-летняя москвичка была госпитализирована в Институт Вишневского, непрофильный институт, где нет отделения гинекологии.

Здесь обследование перед операцией проведено не в полном объеме. При отсутствии гинекологического отделения принимается решение об оперативном лечении в данной медицинской организации. При этом объем операции выбран неправильно. При герминогенных опухолях

¹Согласно приказу №36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» от 3 февраля 2015 г. маммографию молочных желез с целью скрининга назначают женщинам в возрасте от 39 до 75 лет.

яичника у молодой женщины (22 года) должна проводиться органосохраняющая операция, даже при таких размерах опухоли. Отсутствует как окончательное гистологическое заключение, так и рекомендации о реабилитации после двусторонней аднексэктомии (ЗГТ и диспансерное наблюдение). В результате пациентка длительно получает бесконтрольную гормонозамещающую терапию.

Далее Александр Конопляников отметил отсутствие определенности в том, кто из врачей-специалистов отвечает за пациентов с патологией молочных желез – онколог, гинеколог, рентгенолог, эндокринолог или хирург? Кто назначает МРТ, ультразвуковые исследования, маммографии?

Он также остановился на обсужденных ранее недостатках оказания медицинской помощи пациентке в различных медицинских организациях.

Со своей оценкой оказания медицинской помощи пациентке А. выступила Наталья Добровольская, профессор Московского клинического научно-практического центра Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии ДЗМ.

В начале своего выступления она сообщила о результатах недавно опубликованного метаанализа, согласно которым, у пациентов, получающих заместительную гормонотерапию более 5 лет, риск заболеть раком молочной железы увеличивается на 26%.

Далее прокомментировала качество оказания медицинской помощи пациентке А.:

– Я хотела бы подчеркнуть, что на всех этапах обследования этой пациентки было допущено много ошибок. Но к тому моменту, когда она попала на прием к онкологу, у нее уже был диссеминированный процесс, множественные метастазы в органы и ткани и выраженная клиническая картина с болевым костным синдромом.

В 40-й больнице абсолютно быстро и четко поставили диагноз тройного негативного рака молочной железы с высокой пролиферативной активностью. Пациентка достаточно быстро была обследована у онколога, быстро поставлен иммуногистохимический диагноз. Но к этому времени пациентка фактически была некурабельна.

Наталья Добровольская также отметила, что, согласно приказу №154 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи при заболеваниях молочной железы» МЗ РФ, после операции в 2010 г. пациентка должна была наблюдаться у маммолога. Вместо этого пациентка бесконтрольно принимала гормонозаместительную терапию. По основному и сопутствующим заболеваниям лекарственные препараты назначены в соответствии со стандартами лечения.

С оценкой оказания медицинской помощи и проводимой фармакотерапии пациентке А. выступила Главный

внештатный специалист клинический фармаколог ДЗ г. Москвы, д.м.н., профессор Марина Журавлева.

Она представила свой анализ в основном в отношении Института Вишневского, ГБУЗ №3, ГП №107 и ГБУЗ №40. Она сообщила о своем согласии с оценкой ошибочности выбора объема операции в Институте Вишневского в 2010 г. После операции не указан план мероприятий по дальнейшему обследованию и наблюдению пациентки в связи с назначением ей гормонозаместительной терапии, хотя это имеет принципиальное значение.

Согласно официальной инструкции по применению Фемостона, перед его назначением необходимо собрать полный медицинский и семейный анамнез, провести общее и гинекологическое обследование (в том числе молочных желез) с целью выявления возможных противопоказаний и состояний, требующих соблюдения мер предосторожности. Во время лечения препаратом Фемостон рекомендуется проводить периодические обследования, частоту и характер которых определяют индивидуально, но не менее 1 раза в 6 мес. Целесообразно проведение маммографии для дополнительного обследования молочных желез.

Говоря о периоде 2010–2013 гг., Марина Журавлева указала на то, что пациентка не появлялась ни в поликлинике, ни в других каких-либо доступных для анализа лечебных учреждениях. Однако в 2013 г. она обращалась с различными дорсопатийными болевыми синдромами, но опять никто не обращает внимания на бесконтрольный прием Фемостона. Нельзя исключить, что этот препарат заместительной гормональной терапии мог повлиять на такой трагический исход заболевания. В результате на финальном этапе было уже невозможно предпринять эффективных лечебных мероприятий.

Чему должен научить нас этот клинический пример? Безусловно, следует помнить фразу: «Мы живем в век практически безопасной хирургии и опасной терапии». Прием заместительных гормональных препаратов повышает риск осложнений, которые могут закончиться трагически. В первую очередь, необходимо помнить о тромбозах, тромбоземболиях и злокачественных новообразованиях. Необходимо постоянно обращаться к инструкции по медицинскому применению таких препаратов.

Главный внештатный специалист по патологической анатомии ДЗ г. Москвы Олег Орехов выступил с рецензией на патологоанатомическое исследование №256 от 12 марта 2016 г.

По его мнению, причиной фатального исхода в обсуждаемом случае стало участие в оказании медицинской помощи пациентке «восьми нянек». На догоспитальном этапе

имели место нарушения маршрутизации и отсутствие онкологической настороженности в оценке жалоб пациентки. На момент обращения пациентки в ГKB №40 летальный исход был уже непредотвратим.

Что касается морфологического исследования, то оно было проведено в соответствии с клиническими рекомендациями по стандартам патологоанатомического исследования опухолей молочной железы, утвержденными на IX Пленуме Российского общества патологоанатомов в Архангельске 20–21 мая 2016 г., диагноз выставлен в соответствии с используемой в настоящее время классификацией ВОЗ 2012 г.

Также Олег Орехов остановился на стандартах патологоанатомического исследования при опухолях молочной железы, подготовленных Российским обществом патологоанатомов и утвержденных на IX Пленуме Российского общества патологоанатомов в Архангельске 20–21 мая 2016 г.

Леонид Печатников попросил высказать свою точку зрения на роль онкомаркеров в диагностике онкологических заболеваний принимавшего участие в конференции Хавьера Кортеса, клинического консультанта Института онкологии Baselga, университетского госпиталя Ramon у Cajal (Мадрид и Барселона), Испания. Хавьер Кортес сказал, что он полностью согласен с высказанным ранее мнением Леонида Печатникова о том, что онкомаркеры, за исключением ПСА, не должны использоваться для скрининга и диагностики онкологических заболеваний.

Затем Леонид Печатников поинтересовался, меняется ли соотношение между применением основных методов лечения рака:

– На ваш взгляд, каков сегодня в онкологии вообще процент хирургических вмешательств, лучевой терапии, химиотерапии?

Хавьер Кортес ответил, что на этот вопрос трудно дать краткий и однозначный ответ, так как он зависит от вида рака. Для некоторых из них хирургия остается излечивающей процедурой. Лучевая терапия также играет основную роль в лечении многих типов рака. И химиотерапия тоже играет свою роль. Но если учитывать именно таргетную терапию, иммунотерапию, она является сейчас основным направлением в лечении онкозаболеваний.

Итоги обсуждению подвел Леонид Печатников:

– Должен сказать, что мы не можем радоваться сегодня нашим успехам в области онкологии. И связано это как раз с тем, о чем говорил господин Кортес.

Онколог – это специалист, который определяет тактику лечения. Как правило, к нему попадает больной с уже диагностированным раком, и он определяет тактику лечения. У нас пока этого нет. У нас нет до сих пор единой службы. Формально она есть, а реально ее не существует. И нам предстоит создать онкологическую службу таким образом, чтобы врач-онколог определял в каждом конкретном случае, как лечить пациента.

Я прекрасно отдаю себе отчет в том, что большая часть хирургии сегодня – это все-таки онкология. При этом добиться того, что все без исключения хирургические вмешательства будут проводиться только в онкологических учреждениях, тоже вряд ли возможно. Поэтому онколог должен вести больного от начала и до конца. Все пациенты должны проходить через онколога, и уже онколог определяет их судьбу в плане лечения.

В заключение конференции было заслушано видеообращение главного внештатного специалиста онколога Департамента здравоохранения города Москвы Игоря Хатькова: – В структуре онкологической заболеваемости и в России, и в Москве рак молочной железы занимает ведущее место. Более 16% всех онкологических больных, зарегистрированных в Московском городском канцер-регистре, – это больные раком молочной железы. Число их постоянно увеличивается, и каждый год мы регистрируем более 6 тысяч вновь заболевших женщин.

Нашей проблемой является то, что мы в большей степени регистрируем опухоли 2-й и 3-й стадий. К сожалению, в этом году произошел рост заболеваемости именно за счет 3-й стадии. И рост регистрации пациенток в 1-й стадии совсем незначительный.

Наша задача заключается в выявлении рака молочной железы на стадии *in situ*. Для этого необходимо объединить усилия и работать со здоровым населением, активно направляя женщин на диспансеризацию и уточняющую диагностику.

Любая женщина, которая предъявляет малейшие жалобы на какие-то изменения в области молочных желез, должна быть направлена на ультразвуковое исследование. Если эта женщина старше 39 лет, даже без каких бы то ни было жалоб она должна быть направлена на маммографию в обязательном порядке. В амбулаторной службе мы считаем крайне важным объединение усилий, применение мультидисциплинарного подхода на этапе работы со здоровым населением. Это позволило бы нам реально снизить смертность от рака молочной железы.

СЮРПРИЗЫ ОТ МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОК

На общегородской клинико-анатомической конференции, состоявшейся 26 июня 2017 года, состоялась дополнительная дискуссия на тему клинического случая, который обсуждался на предыдущей, майской клинико-анатомической конференции.

После этого был рассмотрен клинический случай тяжелого мультифокального поражения головного мозга у молодой пациентки, причина которого при жизни не была установлена.

Обсуждение предыдущего случая

Необходимость в дополнительном обсуждении материалов предыдущей конференции Леонид Печатников объяснил недостаточной ясностью рассмотренного случая.

– Сомнения вызывал целый ряд обстоятельств. Было не очень понятно, как случился большой солитарный метастаз в левое легкое, который в дальнейшем подвергся распаду, при том, что метастазы, как правило, не распадаются. Морфологическая картина тоже оставалась не до конца ясной.

Леонид Печатников сообщил, что в дополнительном обсуждении этого случая примут участие приглашенные им заведующий кафедрой госпитальной терапии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова академик РАН Александр Чучалин и заместитель главного врача по терапии (медицинской части) ГКБ им. С.П. Боткина Владимир Алексеев. Затем он предоставил слово Главному внештатному рентгенологу ДЗМ, д.м.н., проф. Сергею Морозову.

Сергей Морозов кратко описал историю заболевания больной «А», остановившись на анамнезе, результатах обследования и лечения на различных этапах оказания медицинской помощи (см. отчет об общегородской клинико-анатомической конференции, состоявшейся 24 мая 2017 г.). Он напомнил, что смерть пациентки произошла в марте 2016 г. на фоне раковой интоксикации, пневмонии, отека мозга. При патологоанатомическом исследовании подтвержден мультицентричный рак молочной

ОТ РЕДАКЦИИ

Напоминаем, что по просьбе Леонида Печатникова редакция публикует выступления докладчиков, максимально сохраняя авторский стиль с тем, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

железы, по описанию не выявлено расхождений между данными вскрытия и клинической картиной.

Далее он изложил свои аргументы в подтверждение диагноза, установленного в результате патологоанатомического исследования. По его мнению, в пользу диагноза рака молочной железы свидетельствует и молодой возраст пациентки, и отсутствие факторов риска развития рака легкого, то есть курения, и метастазы в легкие, и тройной негативный рак молочной железы по данным гистологии, и расширение локального бронха, которое, скорее, соответствует именно полости ателектаза.

Сергей Морозов также привел ряд литературных данных, касающихся дифференциальной диагностики метастазов рака молочной железы в легкие и рака легкого. Он также сообщил мнения ряда экспертов, с которыми он обсуждал этот случай.

■ К.м.н. И.А. Соколина, заведующая отделением лучевой диагностики МНПЦ борьбы с туберкулезом: «Данных за периферический рак нет. Отмечается значительное сужение ВЗ вплоть до обрыва бронха с кистовидным расширением субсегментарных бронхов за счет клапанного механизма».

■ Профессор, д.м.н., главный внештатный рентгенолог России И.Е. Тюрин: «Отсутствие просвета ВЗ, кистозная структура и видимость просветов бронхов внутри уплотнения СЗ левого легкого – изменения могут иметь как первичный (аденокарцинома легкого), так и метастатический характер, что невозможно различить при КТ-исследовании».

■ Профессор Е.И. Либсон, EMC, профессор радиологии «Хадасса» (Израиль): «Сужение бронха ВЗ за счет метастазов в стенку и лимфатические узлы с формированием ателектаза и полости распада».

■ Эрик Штерн, бывший президент Европейского общества торакальной радиологии, расценил этот случай как результат агрессивного распространенного рака молочной железы.

Далее выступил главный внештатный специалист по патологической анатомии ДЗМ Олег Орехов. Он описал результаты гистологического исследования биопсийного и аутопсийного материалов, которые, по его мнению, свидетельствуют в пользу рака молочной железы с массивным лимфогенным метастазированием в трахеопульмонарные, бронхопупульмонарные, перибронхиальные узлы.

Более точную дифференциальную диагностику между метастазами рака молочной железы в легкие и раком легкого в данном случае можно было провести путем иммуногистохимического исследования материала этого метастаза, но, к сожалению, этого не было

сделано. Следующим докладчиком стал зав. отделением химиотерапии Московской городской онкологической больницы №62 ДЗМ Даниил Строяковский. По его мнению, в данном случае имел место рак легкого, а не рак молочной железы. В подтверждение этого он высказал следующие аргументы:

■ данные компьютерной томографии говорят о картине центрального рака верхней доли левого легкого с распадом и множественными мелкими, клинически незначимыми метастазами. При раке молочной железы кавитации в первичных ситуациях такого практически не бывает;

■ дебют заболевания в виде метастазов без выявленного первичного очага более характерен для рака легкого, чем для рака молочной железы. И особенно локализация метастазов в поджелудочной железе, которая практически никогда не встречается при раке молочной железы в дебюте;

■ результаты исследования онкомаркеров иногда подсказывают, в каком направлении двигаться при проведении дифференциальной диагностики. У этой больной были повышены в основном кишечные маркеры, чего практически никогда не бывает при гормонезависимом раке молочной железы, но часто бывает при раке легкого;

■ метастазирование рака легкого в молочные железы встречается нередко, чаще всего на продвинутых стадиях, когда больные уже долго лечатся, но бывает и у первичных больных;

■ результаты иммуногистохимического исследования маркеров HER-2, KI-67 эстрогена, прогестерона и стадия 2 опухоли. При таком крайне агрессивном метастазировании у молодых женщин с тройным негативным раком практически никогда не бывает стадии 2, это всегда стадия 3. И KI-67 40% – это очень низкий уровень. Обычно при этом варианте рака KI-67 70–80, 90%. Это наводит на мысль, что это не рак молочной железы;

■ отрицательный результат на цитокератин 5-го типа также свидетельствует против диагноза рака молочной железы, т.к. у молодых женщин тройной негативный рак практически всегда цитокератин-5-зависимый;

■ в такой ситуации необходимо было провести дифференциальную диагностику с помощью маркера TTF-1 (тиреоидный фактор транскрипции 1), который при аденокарциноме легких у некурильщиков практически всегда позитивный. Он может быть негативным только у курильщиков, многолетних курильщиков тоже при аденокарциноме;

■ по клиническому течению можно предположить, что у этой пациентки был так называемый ALK-мутированный вариант рака легкого, который выявляется с помощью

иммуногистохимического исследования на ALK. Для лечения этого варианта рака легкого применяется кризотиниб.

Даниил Строяковский критически отозвался о высказанном на предыдущей конференции намерении интенсифицировать скрининг рака молочной железы для выявления его на стадии *in situ*, т.к. скрининг выявляет в лучшем случае рак 1-й стадии. Кроме того, рак молочной железы *in situ* – это в основном самоограничивающийся рак, который не трансформируется в инвазивный рак, и его выявление в большом количестве просто не имеет биологического смысла.

В свою очередь, выступавший далее заместитель главного врача по терапии (медицинской части) ГКБ им. С.П. Боткина Владимир Алексеев поддержал точку зрения Олега Орехова и первоначальную версию диагноза о том, что основным заболеванием пациентки А., скорее всего, был рак молочной железы.

В обоснование своего мнения он сообщил, что ему неоднократно приходилось встречаться со случаями рака молочной железы с внутрибронхиальными метастазами. Эмпирически можно предположить, что при гематогенном диссеминации раковых клеток они через бронхиальные артерии могут попадать в бронхиальную стенку и вызывать там метастазы. Кроме того, бронхиальное метастазирование может происходить через пораженные внутригрудные лимфатические узлы.

В то же время, по мнению Владимира Алексеева, окончательный ответ на вопрос об основном заболевании пациентки А. должны дать патологоанатомы.

После его выступления Леонид Печатников попросил высказать свою точку зрения заведующего кафедрой госпитальной терапии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, академика РАН Александра Чучалина, который отметил, что рак молочной железы является предельно сложной онкологической патологией, которая часто преподносит разнообразие сюрпризы. Когда у женщины в молодом возрасте возникает такая патология, необходимо помнить о наследственных формах рака. Если в данном случае был рак молочной железы, то он, скорее всего, относился как раз к таким врожденным формам рака молочной железы. Для подтверждения этого нужно было провести исследование на мутации в генах *BRCA1* и *BRCA2*. Но этого сделано не было.

Что касается рака легкого, то женщины редко болеют раком легкого. Правда, в связи с табакокурением, с возрастом эта проблема становится все острее и нарастает в возрасте после 50–60 лет.

По мнению Александра Чучалина, необходимо провести генетическое исследование на наследственные

формы рака молочной железы, мутации в генах *BRCA1* и *BRCA2* и обязательно собрать анамнез болезней матери и сестер, если они есть. При обсуждении не было представлено сведений о национальности пациентки. Национальность имеет значение при такой форме рака. В данном случае морфологи до конца не идентифицировали морфологическую структуру рака, которым эта пациентка болела.

В заключение своего выступления он сказал, что конференция произвела на него большое впечатление тем, как поставлена проблема и как она обсуждается, а также выразил готовность при необходимости оказать помощь в установлении истины относительно данного случая.

Клинический случай тяжелого мультифокального поражения головного мозга у молодой пациентки

Поликлиника

Заместитель главного врача Детской городской поликлиники №99 по КЭР Наталья Чуйко представила историю развития пациентки К., 1996 года рождения, в период ее наблюдения в филиале №3 детской городской поликлиники №99 с 2007 года. Из ее сообщения следует, что ребенок развивался соответственно возрасту. Профилактические прививки производились в соответствии с календарем. Перенесла ОРВИ, дважды правостороннюю бронхопневмонию. Из детских инфекций – краснуху.

В 2009 г. по результатам профилактического осмотра было выявлено нарушение осанки, по результатам Эхо-КГ – малая аномалия развития сердца в виде дополнительной хорды левого желудочка, без нарушения кровообращения. При последнем профилактическом осмотре в январе 2014 г. была выявлена миопия слабой степени, уплощение стоп. Показаний для проведения каких-либо дополнительных исследований не было.

Продолжила изложение истории болезни пациентки заместитель главного врача городской поликлиники №12 ДЗМ по медицинской части, к.м.н. Светлана Клеймёнова. После перевода из детской поликлиники в марте 2011 г. пациентка впервые обратилась к участковому врачу-терапевту 25.05.2012 г. с клиническими признаками люмбагии. Было рекомендовано ограничение физической активности и Диклофенак гель 2 раза в день на область поясницы. В дальнейшем боли прекратились. С июня 2012 г. по 6 июня 2016 г. обращений не было. 6 июня 2016 г. пациентка написала заявление о выборе медицинской организации на прикрепление и с тех пор в поликлинику не обращалась.

Далее руководитель филиала №9 Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Ирина Коровёнок изложила результаты медицинского осмотра пациентки К., который она проходила с 13 по 16 октября 2015 г. Пациентка была осмотрена врачом по спортивной медицине, неврологом, офтальмологом, оториноларингологом, травматологом-ортопедом, кардиологом. На основании проведенного обследования врач по спортивной медицине 16 октября 2015 г. оценил состояние здоровья пациентки К. как удовлетворительное. Физическое развитие среднее. Установлена группа здоровья 2-я, физкультурная группа – подготовительная. Рекомендовано занятие физической культурой без участия в соревнованиях. Наблюдение офтальмолога по месту жительства. Соблюдение зрительного режима, режима дня и отдыха.

Леонид Печатников обратил внимание аудитории на то, что это была практически совершенно здоровая девушка с единственным врожденным дефектом – дополнительной внутрисердечной хордой и небольшой миопией. 11 ноября 2016 г. в 18 часов 48 минут на станцию «скорой помощи» обратилась мать пациентки для консультации и вызова бригады. Поводом послужило непонятное состояние дочери, которое изменилось в течение дня. Было предположено, что у пациентки вирусный энцефалит, в связи с чем она была госпитализирована в 1-ю инфекционную больницу.

Стационар

С первым докладом выступил Константин Волков, отделение реанимации Инфекционной клинической больницы №1 ДЗМ. По данным сопроводительных документов «скорой помощи», на догоспитальном этапе основные показатели в пределах нормы. В связи с изменением сознания госпитализирована с диагнозом: энцефалит неясного генеза.

При осмотре состояние тяжелое. Температура нормальная. По органам значимых отклонений не было, выявлена небольшая ригидность мышц затылка. С предварительным диагнозом менингоэнцефалита госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации.

При осмотре в отделении реанимации сознание оценено по шкале Глазго 11–12 баллов. Нормальная температура. Грубой очаговой симптоматики нет. Учитывая анамнез и объективный статус, принято решение о проведении люмбальной пункции. По ее результатам ликвор интактный.

По предварительному заключению больше данных за энцефалит, этиологию которого необходимо уточнить и провести дифференциальную диагностику с сосудистым поражением головного мозга. Была назначена стандартная в таких

ситуациях терапия – противоотечная, антибактериальная и противовирусная (Ацикловир). Выполнена рентгенография легких и придаточных пазух.

Утром следующего дня (12.11.2016) пациентка осмотрена врачом-инфекционистом, который высказал предположение о наличии острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). В связи с этим вызван невролог выездной бригады «скорой помощи», который, осмотрев пациентку, пришел к выводу, что убедительных данных за острую сосудистую патологию головного мозга, инсульт или транзиторную ишемическую атаку нет. Нельзя исключить развитие энцефалита, возможно герпетического. Рекомендована нейровизуализация в плановом порядке и анализ ликвора методом ПЦР.

В последующие 2 дня состояние пациентки существенно не менялось. В неврологическом статусе отмечался мигрирующий уровень сознания, т.е. больная периодически переставала вступать в контакт. В то же время грубых очаговых изменений также за это время не выявлено.

15.11.2016 проведена КТ головного мозга.

Заключение:

КТ-картина диффузного многоочагового поражения головного мозга, которая не позволяет исключить энцефалит.

Леонид Печатников попросил Константина Волкова охарактеризовать видимые на снимках очаги поражения, т.е. уточнить, являются ли они ишемическими или жидкостными, геморрагическими. К. Волков ответил, что на тот момент эти очаги трактовались как очаги некроза при энцефалите.

15.11.2016 организован консилиум с участием главного врача Девяткина А.В., и.о. зам. главного врача Антипята Н.А., проф. Климовой Е.А., научного сотрудника Шишова А.С., зав. отд. №9 Русановой С.А., лечащего врача Бланк И.А., зав. ОАР Бойцова П.В., которые пришли к выводу, что на основании имевшихся данных можно предполагать многоочаговое поражение головного мозга неясного генеза. Необходима дифференциальная диагностика между острым рассеянным энцефаломиелитом, лейкоэнцефалитом, герпетическим энцефалитом и подострым склерозирующим панэнцефалитом. Рекомендовано продолжить противовирусную терапию и провести МРТ с контрастированием.

По результатам проведенного в тот же день МРТ головного мозга установлено, что эти очаги соответствуют острым инфарктам в обоих полушариях большого мозга. При МРТ сосудов выявлено отсутствие сигнала кровотока по обеим внутренним сонным артериям и снижение кровотока по среднемозговому, переднемозговому и позвоночной артерии справа.

В этот же день повторно организован консилиум, для консультации вызван повторно невролог «скорой» медицинской помощи, о пациентке доложено главному неврологу Департамента здравоохранения г. Москвы проф. Н.А. Шамалову.

Высказано предположение о системном, возможно аутоиммунном васкулите с множественными очагами поражения. Рекомендован перевод в неврологическое отделение. Невролог «скорой помощи» пришел к заключению, что у пациентки мультифокальное поражение в обоих полушариях головного мозга сосудистого генеза.

В тот же день (15.11.2016) в 18.30 пациентка была переведена в Боткинскую больницу с диагнозом: мультифокальное поражение в обоих полушариях головного мозга сосудистого генеза. При переводе витальные функции не нарушены, дыхание самостоятельное, гемодинамика стабильная, неврологический статус практически тот же, что при поступлении.

Леонид Печатников попросил Константина Волкова уточнить, были ли получены лабораторные подтверждения аутоиммунного васкулита. К. Волков ответил, что показатели крови, за исключением небольшого лейкоцитоза, были нормальными. Посевы крови и ликвора отрицательные. В ротоглотке, носоглотке сапрофитная флора, мазки носоглотки на основные возбудители респираторных инфекций, менингококка также отрицательны. При серологическом исследовании ликвора и крови никаких антител не выявлено. Также пациентка была обследована на вирус кори в спектре дифференциальной диагностики, но антитела также не выявлены.

С докладом о дальнейшем ведении пациентки выступил Руководитель РСЦ ГКБ им. С.П. Боткина Максим Домашенко. Пациентка поступила в ГКБ им. С.П. Боткина в 19.25 в крайне тяжелом состоянии. На момент осмотра находилась в коме. Оценка по шкале комы Глазго 5 баллов. В неврологическом статусе были сохранены только стволовые рефлексy. Оценить двигательную, чувствительную и координаторную сферу было невозможно в связи с угнетением сознания до комы. Отмечалось лишь небольшое симметричное повышение тонуса в ногах, снижение тонуса в руках и двусторонний рефлекс Бабинского. По общесоматическому осмотру каких-то существенных особенностей выявлено не было.

Учитывая коматозное состояние пациентки, она была сразу госпитализирована в реанимационное отделение и переведена на искусственную вентиляцию легких. На основании результатов выполненных ранее компьютерной и магнитно-резонансной томографии был сделан вывод, что основным заболеванием пациентки был васкулит. В пользу васкулита по данным нейровизуализации говорило сочетание цитотоксического и вазогенного отека по данным МРТ и накопление стенками интрацеребральных артерий контрастного вещества. В течение первых часов пребывания пациентки в реанимационном отделении проведено максимально полное обследование.

В лабораторных показателях ОАК, кроме небольшого лейкоцитоза и гипергликемии, никаких существенных сдвигов не было, в биохимическом анализе крови и анализе крови на электролиты, коагулограмме отклонений не выявлено. Спинальная жидкость стерильна.

Проведено ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, которое показало, что просвет внутренних сонных артерий на экстракраниальном уровне был свободен. Ультразвуковое исследование сердца также не выявило существенной патологии.

Пациентка была осмотрена офтальмологом, инфекционистом, нефрологом, гематологом, гинекологом и урологом, которые по своему профилю патологии не выявили.

В результате через несколько часов пребывания пациентки в стационаре было решено, что следует проводить дифференциальную диагностику между энцефалитом, митохондриальной энцефалопатией, первичным тромбозом венозных синусов и инфарктом головного мозга.

Учитывая то, что у пациентки молодого возраста имело место острое развитие и быстрое прогрессирование прежде всего общемозговой симптоматики в виде нарушений уровня сознания, а также дебют с нарушением корковых функций, в частности афазии и дезориентации.

Утром 16.11.2016, то есть спустя 10 часов после поступления, был проведен консилиум в составе главного врача, заместителей главного врача по медицинской части и основным профилям, а также заведующих профильными отделениями с привлечением сотрудника кафедры неврологии РМАПО.

По мнению консилиума, клиническая картина наиболее характерна для множественных инфарктов головного мозга, вероятнее всего, на фоне васкулита, с развитием отека головного мозга.

Для уточнения генеза заболевания требовалось дополнительное обследование на маркеры антифосфолипидного синдрома, системного васкулита, а также генетическое исследование на митохондриальную энцефалопатию.

Также было принято решение о навигационной биопсии головного мозга, т.к. это был единственный способ исключить энцефалит и верифицировать васкулит.

Исходя из версии о том, что у пациентки васкулит, и в связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения, консилиум принял решение начать терапию метилпреднизолоном в дозе 1000 мг в сутки после проведения биопсии. 16.11.2016, то есть в первые сутки пребывания пациентки в стационаре, была проведена навигационная биопсия головного мозга и повторно выполнена компьютерная томография головного мозга, показавшая драматическое нарастание отека головного мозга в обоих полушариях.

В тот же день, 16.11.2016, были получены результаты гистологического исследования, которые указывали на

изменения, характерные для свежего инфаркта головного мозга. Таким образом, к концу первых суток был установлен диагноз инфаркта головного мозга, однако его причина оставалась неясной.

Состояние пациентки продолжало ухудшаться. 16.11.2016 пациентка находилась в коме на 3 балла по шкале комы Глазго. Продолжались поиски причины инфаркта головного мозга.

Спонтанная диссекция брахиоцефальных артерий была исключена на основании данных УЗИ, кардиоцеребральная эмболия – на основании ультразвукового исследования сердца. Двумя оставшимися вариантами были коагулопатия и васкулит.

16.11.2016 были получены отрицательные данные маркеров антифосфолипидного синдрома, включая антитела к бета-2-гликопротеину. Также на основании лабораторных и инструментальных данных были исключены системный васкулит и герпес-ассоциированный изолированный церебральный васкулит. В отношении коагулопатии был взят анализ крови на генетическую предрасположенность к тромбофилии, но, к сожалению, при жизни пациентки его результаты не были получены.

Проводилась инфузионная, антибактериальная, антикоагулянтная (эноксапарин), антиагрегантная (ацетилсалициловая кислота) терапия, проведена пульс-терапия метилпреднизолоном.

Несмотря на проводимую интенсивную терапию, на фоне нарастающей сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, резистентной к возрастающим дозам вазопрессоров, в 22.11.16 в 05:30 зафиксирована остановка сердечной деятельности по типу асистолии. В 06:00 была констатирована биологическая смерть больной.

На основании имевшихся диагностических данных был поставлен следующий клинический диагноз.

■ Основное заболевание: Васкулит с преимущественным поражением церебральных артерий и развитием множественных ишемических инфарктов в обоих полушариях головного мозга от 11.11.2016.

■ Осложнения: Отек и вклинение головного мозга. Застойная двусторонняя пневмония. Отек легких.

■ Операция: Навигационная биопсия левой теменной доли от 16.11.2016.

Патологоанатомическое заключение

Смерть больной К., 20 лет, наступила от артериовенозного порока развития церебральных сосудов, множественной артериовенозной микромальформации сосудов головного мозга с тромбозом и множественными ишемическими инфарктами головного мозга. Непосредственной причиной смерти стало осложнение – отек

головного мозга с вклинением мосто-стволовых структур в большое затылочное отверстие.

Выступления рецензентов

Главный внештатный рентгенолог ДЗМ Сергей Морозов выступил с оценкой тактики рентгенологического обследования пациентки К. В первую очередь он отметил позднее проведение компьютерной томографии головного мозга, которое было выполнено только через 3,5 сут после госпитализации в инфекционную больницу.

Далее он подробно прокомментировал патологические изменения, видимые на томограммах головного мозга, обращая внимание на рентгенологические признаки, на основании которых можно было бы заподозрить сосудистое поражение головного мозга.

В частности, он заметил, что на бесконтрастной КТ не отмечен симптом гиперденсивности правой ВСА на всем протяжении, который является признаком острого тромбоза. Не отмечены дефекты контрастирования кавернозных, каменистых и шейных сегментов ВСА, больше справа – снижение эффективности кровотока. В то же время при МРТ, проведенной в Научном центре неврологии, признаков артерио-венозных мальформаций не выявлено. 16.11.2016 при УЗГД брахиоцеребральных артерий патологии со стороны экстракраниальных артерий не обнаружено, а 18.11.2016 выявлен тромбоз обеих ВСА с окклюзией. На КТ, проведенной в ГКБ им. Боткина 16.11.2016, имеются типичные КТ-признаки ишемического инсульта. По мнению Сергея Морозова, при проведении дифференциальной диагностики в дифференциальный ряд следовало включить острые инфаркты головного мозга и васкулит.

Главный внештатный специалист по инфекционным болезням, главный врач Инфекционной клинической больницы №1 ДЗМ Андрей Девяткин кратко описал лечебно-диагностические мероприятия, проведенные при оказании медицинской помощи пациентке К. в Инфекционной клинической больнице №1 ДЗМ.

По его мнению, имевшаяся в этот период клиническая картина и результаты обследования давали основание заподозрить у нее острый рассеянный энцефаломиелит, лейкоэнцефалит, герпетический энцефалит или подострый склерозирующий панэнцефалит.

И только проведение МРТ позволило выявить у пациентки мультифокальное поражение головного мозга сосудистого генеза, которое расценивалось как результат васкулита, однако при патологоанатомическом исследовании установлено, что основным заболеванием и причиной смерти была артерио-венозная

мальформация. Формально это расхождение диагнозов первой категории. Основные причины расхождения диагнозов – редкость и нетипичность в обычной практике клинического случая.

По мнению Андрея Девяткина, в данном случае расхождение диагноза никак не повлияло на исход заболевания.

Главный внештатный специалист невролог ДЗМ Николай Шамалов кратко описал историю заболевания и оказания медицинской помощи пациентке К., а также довольно подробно рассказал об эпидемиологии артерио-венозных мальформаций, их анатомических типах, генетической предрасположенности, вариантах клинического течения и методах диагностики.

Он также подчеркнул, что, в силу небольших размеров артериовенозной мальформации у этой пациентки, диагностировать их при жизни не было никаких шансов.

Касаясь замечаний по медицинской документации, Николай Шамалов указал на несовпадения между оценкой уровня сознания в инфекционной клинической больнице, где он был оценен в 8 баллов по шкале комы Глазго, а после транспортировки при поступлении в Боткинскую больницу уровень сознания оценивался в 5 баллов, т.е. это довольно глубокая кома.

Соответственно, возникает предположение, что либо на каком-то этапе неправильно была выполнена оценка уровня сознания, либо состояние пациентки серьезно ухудшилось во время транспортировки. Это не очень понятно.

Главный внештатный специалист нейрохирург ДЗМ Андрей Гринь, так же как Николай Шамалов, обратил внимание на несовпадения между оценками уровня сознания в инфекционной клинической больнице. В 18.20, перед отправкой в Боткинскую больницу 15.11.16, он был оценен в 8 баллов по шкале комы Глазго. После транспортировки при поступлении в Боткинскую больницу в 19.25 больная находилась в коме на 5 баллов. Далее он высказал следующие замечания.

■ 15.11.16 19.35 осмотр нейрохирурга. Скучно описан неврологический статус. Непонятно, почему у столь тяжелой больной КТ назначена в плановом порядке.

■ 15.11.16 по МРТ описано отсутствие кровотока по обеим внутренним сонным артериям, а 16.11.16 по данным УЗДГ кровотока по этим артериям в норме. Это противоречие не нашло отражения в истории болезни.

■ 16.11.16 в 16.50–17.30 проводится операция биопсии головного мозга. Хирург назначает срочное КТ, его выполняют в 18.08. Но нейрохирург

осматривает пациента после операции и срочного КТ только в 23.40.

■ Патологоанатомический диагноз: Множественные артериовенозные мальформации головного мозга с очагами ишемического поражения субкортикальных и стволовых структур, отек и дислокация головного мозга. Непонятно, какие изменения были во внутренней сонной, средней мозговой и передней соединительной артериях. По мнению Андрея Гриня, в данном случае васкулит привел к тромбозу обеих ВСА, а переток крови по сосудам Виллизиева круга был недостаточным, что на фоне множественных пороков развития сосудов мозга привело к его ишемическому поражению и венозному тромбозу. Недостатки, неточности и противоречия в оформлении истории болезни не повлияли на исход.

Главный специалист по анестезиологии-реаниматологии ДЗМ Денис Проценко указал на ряд недостатков в оказании реанимационной помощи.

■ В Клинической инфекционной больнице №1 пациентка в сопоре не была консультирована анестезиологом-реаниматологом, транспортировка из корпуса в корпус осуществлялась без сопровождения анестезиолога-реаниматолога.

■ Все осмотры врачами анестезиологами-реаниматологами носят формальный характер, динамики состояния не отражают, шкалы оценки тяжести и прогноза не используются.

■ 14.11.2016 отмечается ухудшение состояния в виде снижения уровня сознания до 8 баллов по шкале комы Глазго, что является показанием для перевода на ИВЛ, однако сохраняется тактика спонтанного дыхания.

■ Нутритивная поддержка осуществляется без контроля потери белка и расчета вводимых калорий.

■ Карта интенсивной терапии содержит в себе препараты с недоказанной эффективностью, выявлена полипрагмазия.

■ Ключевой момент заключается в недооценке неврологического статуса. И основным пусковым моментом ухудшения состояния пациентки и нарастания отека головного мозга явилась гипоксемия.

По мнению Дениса Проценко, после проведения биопсии головного мозга следовало установить датчик для измерения внутричерепного давления и проводить его мониторинг.

Тем не менее, формально порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Приказом Минздрава РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “анестезиология и реаниматология”»

выполнен, хотя и была задержка с современным обследованием.

Леонид Печатников попросил прокомментировать обсуждаемый случай заведующего кафедрой госпитальной терапии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Александра Чучалина. Академик обратил внимание на следующие детали:

– Я хочу честно сказать, что на меня очень большое впечатление произвел высокий профессионализм московских врачей на всех этапах оказания медицинской помощи, их неформальное отношение к пациентке. Очень хорошо и грамотно действовали врачи скорой помощи. На меня большое впечатление произвело инфекционное отделение, где поняли, что они не могут с этим справиться, и перевели пациентку в больницу, которая обладает более высокими возможностями.

Также очень большое впечатление производит, как работала команда Боткинской больницы, которая включила всех специалистов, абсолютно всех ведущих специалистов города Москвы по всем направлениям: и нефрологов, и гематологов, и неврологов, и нейрохирургов.

А теперь я хочу сказать по существу. Обратите внимание, молодая женщина умирала медленной смертью. И причиной смерти была смерть мозга. И вы ни разу не услышали этого термина «смерть мозга», что было бы вполне применимо к данной ситуации. На заре моей карьеры, в 60-е годы ушедшего столетия, в нашей стране впервые такая патология была описана профессором А. Дамир. Другой мой комментарий касается того, что отек мозга развивался стремительно, но была резистентность к проводимой терапии. Это вызов – то, чем сегодня мы располагаем, оказывается, неэффективно. Это серьезная проблема для исследований, для поиска новых подходов. Мы с Леонидом Михайловичем предварительно созванивались и обсуждали этот случай. И он навел меня на хорошую мысль, чтобы я хорошо подготовился к встрече на сегодняшней вашей конференции.

В принципе, это называется болезнь Рандю–Ослера (Рандю–Ослера–Вебера), семейная наследственная телеангиоэктазия. Но в современном подходе они распределились в геноме человека. Это наследственное заболевание передается по аутосомно-доминантному типу и встречается у одного из 5000 человек.

Для выявления этой патологии нужно обследовать и родителей, и сестер, если они есть. К счастью, столичный сегмент отрасли располагает всем необходимым для проведения генетических исследований. Не сомневаюсь, что в дальнейшем это поможет нам разработать превентивный подход к наблюдению больных с такой

тяжелой генетической патологией. К сожалению, проблема сосудистых мальформаций становится все актуальнее для клиницистов различных специальностей. Выступавший последним главный внештатный специалист по патологической анатомии ДЗМ Олег Орехов отметил, что на момент вскрытия возможности постановки полноценного патологоанатомического и анатомического диагноза не было в связи с колоссальными изменениями ткани головного мозга.

С заключительным словом выступил Леонид Печатников:

– Я хотел обратить ваше внимание еще раз на то, что до 20 лет это была здоровая девушка, но с одним маленьким, казалось бы, клинически незначимым изъяном – дополнительной внутрисердечной хордой.

Что такое дополнительная внутрисердечная хорда? Клинически это ничто, а реально – это стигма, порок развития. А мы с вами хорошо знаем, что пороки развития никогда не бывают единичными. Если видите один порок развития, ищите другие.

В случаях, когда мы с вами видим, особенно у детей, даже, казалось бы, клинически незначимые пороки развития, нам нужно проводить генетический анализ. Потому что мы видим, что, казалось бы, ерунда – дополнительная хорда, в конечном итоге была знаком того, что девушка умерла в 20 лет. Совершенно понятно, от врожденной патологии, которая, скорее всего, является одним из вариантов болезни Рандю–Ослера.

Это заболевание я в своей жизни видел один раз. Я очень хорошо это помню. Девочка из города Мары. Она была синего цвета, потому что наиболее часто артериовенозные соустья образуются в легких, на слизистых ЛОР-органов и сопровождаются носовыми кровотечениями. И довольно часто при болезни Рандю–Ослера такие лакуны встречаются в печени. И очень любопытно, что сам Уильям Ослер, когда он описывал эту болезнь, слушал печень. Если приставить фонендоскоп к печени, то вместо этой печеночной тупости мы можем услышать шумы. Смешиваясь, венозная и артериальная кровь дает эти шумы. Внешне это проявляется телеангиоэктазиями на коже, причем не просто на коже, а чаще всего на крыльях носа и на ушных раковинах. Поэтому, когда вы видите телеангиоэктазии – сосудистые звездочки, не ставьте пациенту сразу диагноз алкогольного цирроза печени, а подумайте о том, что есть еще такая аутосомно-доминантная форма врожденной патологии, как болезнь Рандю–Ослера, которая встречается в 1 случае на 5 тысяч человек. Что, в общем-то, и не так уж редко.

ТРАГИЧЕСКАЯ КАЗУИСТИКА

На общегородской клинико-анатомической конференции, состоявшейся 24 июля 2017 г., был рассмотрен случай острого трахеобронхита грибковой этиологии у мальчика 9 лет с впервые выявленным сахарным диабетом 1 типа.

Республиканская детская клиническая больница Минздрава Чувашии

Первым с сообщением о случае острого фибринозно-гнойного трахеобронхита грибковой этиологии у мальчика 9 лет с манифестацией впервые выявленного сахарного диабета 1 типа выступил главный врач БУ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии, главный внештатный детский хирург Минздрава Чувашии Анатолий Павлов.

Мальчик 9 лет, заболел в феврале 2017 г., когда у него появился энурез. 23.02.2017. начал кашлять, температура тела повысилась до 37,2°, затем до 38,2°, появились слабость, сонливость. 26.02.2017. появились жажда, полиурия, боли в животе, тошнота, рвота, нарастающая слабость, сонливость.

27.02.2017. выявлена гипергликемия (31 ммоль/л). 28.02.2017 доставлен в реанимационное отделение ЦРБ Алатырского района Чувашской республики в тяжелом сопорозном состоянии, с кетоацидозом и гипергликемией. 28.02.2017 в 18.25 доставлен в реанимационное отделение РДКБ МЗ Чувашии с диагнозом: Сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный, стадия декомпенсации. Кетоацидоз, сопор.

Анамнез жизни ребенка без особенностей.

После выведения из состояния кетоацидоза и нормализации уровня гликемии ребенок был переведен в отделение детской эндокринологии. Уровень гликемии контролировался, но у ребенка продолжались кашель, одышка смешанного характера, участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, мальчик занимает в постели вынужденное положение, в легких сухие хрипы на выдохе.

Осмотревший его пульмонолог выставил диагноз «острый обструктивный бронхит» и рекомендовал ингаляции ипратропия бромидом и будесонида, преднизолон парентерально, антибактериальную терапию (амикацин + цефтриаксон).

На 4-й день пребывания в стационаре (03.03.2017) на фоне терапии – улучшение самочувствия (начал ходить, появился аппетит, улучшился сон), но сохранялась одышка, вынужденное положение сидя в постели. На 10-й день (09.03.2017) отмечается ухудшение

ОТ РЕДАКЦИИ

Напоминаем, что по просьбе Леонида Печатникова редакция публикует выступления докладчиков, максимально сохраняя авторский стиль с тем, чтобы передать атмосферу обсуждения и особенности изложения материала с трибуны.

состояния в виде нарастания дыхательной недостаточности, ребенок переведен в реанимационное отделение. Проведена смена антибактериальной терапии на ванкорус в сочетании с имипенем-циластатин, противогрибковая терапия флукорусом. На 13-й день (12.03.2017) пребывания в стационаре состояние еще более ухудшилось. Пациент переведен на ИВЛ, при аспирации через интубационную трубку содержимое геморрагического характера. Проведена диагностическая бронхоскопия, после лаважа бронхов состояние ребенка улучшилось. На 15-й день (14.03.2017) пребывания в стационаре снова усилилась одышка, произошел приступ удушья, проведена повторная бронхоскопия. С целью дальнейшего обследования и лечения направлен в Городскую ДКБ №13 им. Н.Ф. Филатова ДЗ г. Москвы с диагнозом: Острый фибринозно-гнойный трахеобронхит неясной этиологии. Угроза обструкции дыхательных путей. ДН2. Сопутствующий диагноз: Сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный, в фазе декомпенсации с кетоацидозом 2 степени. Леонид Печатников попросил докладчика уточнить данные обследования относительно лейкоцитоза и эозинофилии, а также результатов КТ органов грудной клетки.

Анатолий Павлов подтвердил, что лейкоцитоз был небольшим, эозинофилии не было. Относительно КТ органов грудной клетки он пояснил:

– Наши рентгенологи описали ее как пневмонию. Но клиницисты на основании лабораторных данных не видели синдрома системного воспаления.

Леонид Печатников:

– Очень интересно, как ваши клиницисты, рентгенологи оценили эти данные. Потому что левое легкое не совсем обычное. И обращаю внимание аудитории на этот очень важный симптом: с одной стороны, есть значительные изменения на рентгенограмме, с другой – анализы все говорят о том, что никаких острофазовых реакций у ребенка нет. Расхождение между клинической, лабораторной и рентгенологической картиной – первое, на что я хотел бы обратить внимание в связи с рассказом нашего коллеги. Анатолий Павлов указал на необычность бронхоскопической картины:

– Гортань, верхняя треть трахеи были абсолютно интактны. Но над бифуркацией и над главными бронхами были видны черные фибринозные массы.

Также Леонид Печатников предложил обратить внимание на то, что при микробиологическом исследовании бронхиального содержимого грибы родов Кандида и Аспергилла не обнаружены.

Затем он подвел общий итог лечения ребенка в Чебоксарах: – Таким образом, нарастающая дыхательная недостаточность в купе с неясной картиной в бронхах и послужила причиной перевода в Филатовскую больницу.

Детская городская клиническая больница №13 им. Н.Ф. Филатова

С сообщением об оказании медицинской помощи ребенку в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова выступила главный врач больницы, профессор Антонина Чубарова.

При поступлении состояние мальчика было тяжелым, тяжесть состояния обусловлена ДН 2-й степени. Обращало на себя внимание то, что ребенок стремился принимать вынужденное положение, сидя, или просил приподнять головной конец кровати. Дыхание проводилось неравномерно, слева было ослаблено, справа проводилось хорошо, но были выслушаны сухие хрипы. Гемодинамика была неплохая. Артериальное давление, пульс в норме. Сатурация (SaO₂) 90–95%.

В качестве предварительного диагноза принят диагноз направившего учреждения. Было назначено обследование, антибактериальная (цефтазидим 50 мг/кг) и противогрибковая (флуконазол 3 мг/кг) терапия.

Отвечая на вопрос Л. Печатникова о причине назначения противогрибковой терапии, Антонина Чубарова указала на предшествующее длительное пребывание в отделении реанимации и высокую вероятность развития нозокомиальной грибковой инфекции.

По данным лабораторных исследований, значимого лейкоцитоза не выявлено. В лейкоцитарной формуле нейтрофилез, но без сдвига для юных форм. Уровень СРБ выше, чем в предыдущем исследовании, – 38,9 мг/л. Результаты биохимического исследования без особенностей, кроме тенденции к гипопроотеинемии, гипоальбуминемии.

В ходе обсуждения рентгенограммы Леонид Печатников и Антонина Чубарова отметили обеднение легочного рисунка в левом легком и наличие в нем облаковидных инфильтратов, примыкающих к главному бронху.

Ребенку был выставлен диагноз пневмонии, но при этом реактивных изменений, кроме умеренного повышения СРБ, не было.

К ночи в день поступления состояние ребенка ухудшилось, увеличилась одышка, сатурация упала до 60%. Сначала дан кислород маской, но в 5.00 17.03.2017. у ребенка наступила остановка дыхания. Угнетения сердечной деятельности первоначально не было. Незамедлительно начаты реанимационные мероприятия на месте. Ребенок переведен на ИВЛ через интубационную трубку, начата санационная фибротреахеобронхоскопия. При бронхоскопии выявлен дефект трахеи, который распространялся на переднюю, заднюю и правую боковую стенки трахеи. После санации некротических масс дыхание улучшилось, значительно увеличилась сатурация, ребенок был оставлен на вентиляции.

Состояние ребенка оставалось крайне тяжелым, ИВЛ была недостаточно эффективной, при любом движении ребенка резко падала сатурация.

Был собран консилиум в виде академика РАН профессора Разумовского А.Ю., заместителя по физиологии, реанимации Фукова И.И. и заведующего отделением реанимации Зильберта Е.В. Было принято совместное решение о переводе ребенка на экстракорпоральную мембранную оксигенацию (ЭКМО).

После операции оксигенация восстановилась. Проводилась дифференциальная диагностика с другими заболеваниями, вызывающими поражение трахеи, бронхов и легких.

Ребенок переведен на самостоятельное дыхание, после прекращения седации он находился в сознании, общался. Была назначена инфузионная терапия, коррекция объема циркулирующей крови (ОЦК), проведена смена антибактериальной терапии. Назначено минимальное энтеральное, частично парентеральное питание и инсулинотерапия.

В период с 18 по 23 марта состояние ребенка оставалось достаточно стабильным. Он был в сознании, контактен, разговаривал, самостоятельно откашливал мокроту, в которой были прожилки крови. Гемодинамика была стабильной. Учитывая, что к концу периода появилась тенденция к падению гемоглобина и тромбоцитов, получал переливание препаратов крови. СРБ снизился, прокальцитонин оставался в пределах нормы, лейкоциты существенно не изменились.

21 марта были получены результаты микробиологического и морфологического исследований проб, полученных в процессе бронхоскопии. В посевах из трахеи высевалась только *Stenotrophomonas maltophilia*, полирезистентная ко всем известным антибиотикам, чувствительная только к Бисептолу. По данным морфологического исследования биопсийного материала выявлена морфологическая картина, характерная для поражения мукоровым грибом или аспергиллой.

В этот период ребенок получал Бисептол внутривенно и ванкомицин, направленные на бактериальную инфекцию. По поводу грибковой инфекции сначала были назначены Консидоз и Кандиофунгин, которые затем были заменены на Микамин с липосомальной формой амфотерицина, который является препаратом выбора для стартовой терапии аспергиллеза.

В процессе продолжающегося обследования у ребенка исключены туберкулез, дифтерия, ВИЧ-инфекция и гепатиты.

На 7-е сутки пребывания на ЭКМО у ребенка появился продуктивный кашель с обильным выделением мокроты с примесью крови. Несмотря на ЭКМО нарастали признаки дыхательной недостаточности, и ребенку по экстренным показаниям проведена повторная бронхоскопия. После санации бронхов оксигенация улучшилась.

Бронхоскопия 24.03: от средней трети трахея некротизирована. Нижний просвет не визуализируется. Удалось пройти в левый главный бронх. Заключение: некроз нижней трети трахеи.
Рентгенография легких 24.03: ребенок на ЭКМО. Сохраняется затемнение нижней доли правого легкого. Верхняя

доля левого легкого подвздута. Очаговые тени отчетливо не определяются. Правый купол и наружный синус затемнены, левый купол четкий, ровный. Тень средостения не смещена.
УЗИ плевральных полостей 24.03: справа в нижних отделах скопление свободной жидкости по заднебоковой поверхности с расхождением плевральных листков до 5–7 см. Слева жидкость не определяется.

Через несколько часов в тот же день у ребенка развился приступ клонико-тонических судорог. При электроэнцефалографии был найден эпилептиформный очаг. К проводимому лечению добавлен Атаракс, он также получал Конвулекс и седатировался Дексдором.

В посевах дополнительно высеяна *Candida albicans*, сохраняется *Stenotrophomonas maltophilia* и чувствительность только к Бисептолу.

Продолжалась вено-венозная (ВВ) ЭКМО, гемостатическая терапия. И, несмотря на этот эпизод тяжелейшего кровотечения, на 3 дня ребенок был в достаточной степени стабилизирован, продолжал получать системную терапию.

27.03.2017, на 10-е сутки в ОРИТ на ВВ ЭКМО, организован повторный консилиум в составе член-корр. РАН, зав. отделением торакальной хирургии проф. Разумовского А.Ю., зав. отделением торакальной хирургии ДГКБ им. Св. Владимира к.м.н. Хаспекова Д.В., зам. глав. врача по хирургии проф. Смирнова А.Н., зам. глав. врача по реаниматологии и неонатологии к.м.н. Афукова И.И. и зав. отделением реанимации Зильберта Е.В.

Учитывая тяжесть состояния больного, невозможность физиологического дыхания, обусловленную тяжелым воспалительным процессом в нижней трети трахеи и бронхах с массивным распадом стенки трахеи и полной обтурацией просвета продуктами распада и рисками развития осложнений пролонгированного ЭКМО, решено:

■ выполнить ригидную трахеобронхоскопию с максимально возможным удалением патологических тканей и туннелизацией просвета;

■ провести попытку стентирования главных бронхов и трахеи полихлорвиниловыми стентами.

27.03.2017. сделана попытка проведения этой манипуляции. Бронхоскопом сняты пласты фибрина, детрита. Туннелизованы правый, левый главные бронхи. Однако, к сожалению, в конце процедуры началось массивное кровотечение. И в результате стентирование выполнить не удалось. К процедуре ЭКМО подключено проведение ИВЛ.

После проведения гемостатической терапии кровотечение прекратилось.

На следующий день, 28.03.2017. (11-е сутки в ОРИТ на ВВ ЭКМО+ИВЛ) возобновилось массивное кровотечение из трахеобронхиального дерева, обтурирующее практически всю интубационную трубку. Сделана еще одна попытка

бронхоскопии с установкой пломбы в область бифуркации. Кровотечение стало менее интенсивным, однако началось падение сатурации, и пломбу пришлось извлечь. Попытка раздельной интубации трахеи не удалась. Проводилась гемостатическая терапия.

01.04.2017. опять развилось массивное кровотечение из трахеобронхиального дерева, которое было остановлено. Состояние ребенка оставалось крайне тяжелым, экскурсии грудной клетки не было, аускультативно дыхание практически не проводилось, гипоксемия медленно нарастала.

06.04.2017 развился артериальный коллапс. Несмотря на все проводимые меры, в 20.40. произошла остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. В 21.10 06.04.2017 констатирована смерть ребенка.

Леонид Печатников попросил Антонину Чубарову пояснить, что дало основание поставить основным диагнозом аспергиллез трахеи и бронхов.

Она сообщила, что основным диагнозом поставлена грибковая инфекция в связи с тем, что на протяжении всей истории болезни доминирующим было именно локальное поражение трахеи и бронхов. Тогда как пневмония практически не определялась. Аспергиллы это или муконовые грибы, мы не обсуждали, поскольку данные морфологии были сомнительны. Аспергиллез является более распространенной инфекцией. Кроме того, была тенденция к лейкопении, абсолютной лимфопении, что совершенно не характерно для бактериальных инфекций.

Леонид Печатников:

– Я призываю всех внимательно посмотреть на этот случай. Такой случай можно увидеть один раз за всю профессиональную деятельность.

В свою очередь заведующий отделением торакальной хирургии ДКБ №13 им. Н.Ф. Филатова проф. Александр Разумовский отметил, что рассматриваемый случай – это действительно крайне редкое наблюдение:

– Это действительно редчайшее наблюдение. В нашем отделении торакальной хирургии за год проходит почти 4000 детей. И большая часть из них имеют проблемы дыхательных путей. Больница имеет почти 175-летнюю историю. И этому отделению почти 70 лет. И мы впервые столкнулись с такой очень сложной ситуацией, изолированным поражением первично трахеи, которое привело к некрозу трахеи без поражения окружающих органов.

Нам приходится иметь дело с грибковыми поражениями, в частности с аспергиллезом, но обычно это дети с иммунодефицитными состояниями. Но чтобы вот так была поражена трахея, это, конечно, случай чрезвычайно сложный. Во всемирной литературе можно найти один или два случая изолированного поражения трахеи аспергиллезом у ребенка.

Далее Александр Разумовский описал поражение трахеи и бронхов, иллюстрируя свой рассказ видеозаписью фибробронхоскопии:

– Что мы увидели при бронхоскопии? Мы увидели, что дистальный отдел трахеи имеет некротический характер и какой-то черновато-блестящий оттенок. Бифуркация некротизирована. Левый главный бронх тоже имеет некротический характер. В правом главном бронхе грануляции, едва-едва восстановлен просвет долевых бронхов. В левом главном бронхе тоже едва-едва видны дистальные отделы. И трахея как будто расслоена. Причем необычно. Вот передняя стенка ее расслоенная, и туда заходит бронхоскоп, и уходит в ткани средостения. Как будто половина трахеи как бы расслоена. Это редчайшая ситуация. Нет механического повреждения. И первое впечатление, что это какое-то инородное тело. Мы даже пытались вытащить, но не смогли. Мы поняли, что в просвет пролабирует некротизированная трахея.

И мы подумали о каком-то редком заболевании, поэтому, рискуя, просто грубо выкусили участок трахеи, который пролабирал в просвет. И, собственно, это дало нам морфологический ключ к решению. Не мазок, а именно большой фрагмент, который мы взяли через короткий промежуток времени, ответил нам, что это аспергиллез. Далее Александр Разумовский подчеркнул роль экстракорпоральной мембранной оксигенации:

– Этот ребенок прожил 20 дней только потому, что в Москве была возможность перевести его на ЭКМО. Если бы этого не было, он бы умер утром после поступления. Но, к сожалению, технически выполнить какую-то реконструкцию дыхательных путей в подобной ситуации было невозможно.

Финалом всех грибковых поражений, как правило, является эрозивное кровотечение из бронхиальных артерий, что и последовало у этого ребенка.

Почему ЭКМО не сработало долго? Мы сейчас больных и по 2 месяца можем держать на ЭКМО. У этого ребенка начались коагулопатия и распространенный тромбоз в системе легочной артерии, который уже исчерпал ресурсы.

Патологоанатомический диагноз

Результаты патолого-анатомического исследования представила врач-патологоанатом ДКБ №13 им. Н.Ф. Филатова Наталья Корчагина.

Комментируя окончательный патологоанатомический диагноз, Леонид Печатников заметил:

– Обратите внимание, морфологи уже не настаивают на ведущей роли аспергиллы, но все же ставят грибковый некротизирующий трахеобронхит. То есть обращают внимание на то, что нашли и аспергиллу, и муконовый гриб. Правильно я понимаю?

Окончательный патологоанатомический диагноз

Основное заболевание: Грибковый некротизирующий трахеобронхит (В49).

Фоновое состояние: Сахарный диабет I типа.

Осложнения основного заболевания: Гнойный медиастинит. Тромбоз левой легочной артерии. Продуктивный васкулит сосудов легких. Тромбоз ветвей легочных артерий правого и левого легкого. Полисегментарная гнойно-некротическая бронхопневмония с началом карнификации экссудата. Крупноочаговые интраальвеолярные кровоизлияния. Дистелектаз легких. Субтотальный некроз паренхимы печени. Некротический нефроз. Крупноочаговые кровоизлияния в надпочечники. Отек головного мозга. Отек легких. Венозное полнокровие и паренхиматозная дистрофия внутренних органов.

Сопутствующий: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Наталья Корчагина:

– Мы не можем точно сказать, какой грибок это был, к сожалению. Поэтому мы и выставляем грибковое поражение. Возможно, это было сочетанное поражение.

Леонид Печатников возразил:

– Что не очень характерно для аспергиллеза. Потому что аспергиллез гораздо чаще, чем муконовый гриб, поражает легочную ткань. Более того, есть такое понятие, как аспергиллома, когда в легочной ткани выявляется специфическое очень поражение, которое называется аспергилломой. А здесь все-таки все ограничилось трахеобронхиальным деревом.

Выступления рецензентов

Перед тем, как дать оценку обсуждаемому случаю, главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей в ВАО г. Москвы Сергей Горбунов привел краткую справочную информацию по аспергиллезу. Он отметил, что аспергиллез возникает, как правило, у иммунокомпromетированных лиц и протекает с поражением бронхолегочной системы, принимая тяжелое септическое лечение. Прогноз при иммунодефицитном состоянии неблагоприятный, летальность 50%. Профессор высказал ряд замечаний по оказанию медицинской помощи в обсуждаемом случае. Имело место позднее обращение ребенка за медицинской помощью и отсутствие диагностики грибковой инфекции в РДКБ МЗ Чувашии. Это привело к развитию тяжелых осложнений аспергиллеза в виде некроза и разрывов трахеи с кровотечением и СПОН с преимущественной дыхательной недостаточностью на момент поступления в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова, что сыграло важную роль в танатогенезе. При отрицательной

клинико-рентгенологической и эндоскопической динамике поражения дыхательных путей вплоть до развития гангрены трахеи не была скорректирована своевременно антибактериальная терапия, а именно не проведена ротация комбинации бисептола и ванкомицина на антибиотики широкого спектра действия, хотя в неоднократных бактериальных посевах аспирата из трахеи от 17–25 марта 2017 г. выделена ассоциация УПФ (*Stenotrophomonas maltophilia*, *Peptococcus parasanguinis*, *Candida albicans*, *Staphylococcus hominis*, гемолитический стрептококк и др.), что могло повлиять на развитие вторичных бактериальных осложнений. Учитывая роль иммунодефицитных состояний в развитии инвазивных грибковых инфекций, а также полученные данные иммунологического исследования о снижении фагоцитарной активности, внутривенная иммунотерапия была назначена несвоевременно (на 13–14-й день поступления в ГБУЗ «ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ»).

При получении морфологических изменений, характерных для грибковой инфекции (мукоромикоз и аспергиллез), диагноз не был до конца верифицирован с использованием комплекса диагностических мероприятий, включая серологические (ИФА) и молекулярно-генетические (ПЦР) методы обследования на аспергиллез и другие грибковые инфекции.

При обсуждении этих замечаний Леонид Печатников выразил сомнение в том, что усиление иммунотерапии за счет добавления к иммуноглобулину полиоксидония могло бы повлиять на исход. Он также подчеркнул важность дифференциальной диагностики между аспергиллезом и муконовой грибковой инфекцией.

В начале своего выступления главный внештатный детский специалист эндокринолог ДЗМ Еена Петряйкина напомнила определение сахарного диабета из учебника педиатрии Бермана, Вогана, 1987 г.: «Сахарный диабет – это наиболее частое эндокринно-обменное заболевание детей и подростков, заметно влияющее на их физическое и психоэмоциональное развитие. Ребенок с инсулинзависимым диабетом сталкивается с тяжелым бременем, связанным с необходимостью ежедневного введения инсулина, проведения исследований энергетического обмена, постоянного и тщательного контроля за питанием». Далее она представила и прокомментировала схему патогенеза сахарного диабета первого типа. Затем она рассказала об осложнениях диабетического кетоацидоза, описанных в клинических рекомендациях по сахарному диабету у детей и подростков Международного общества педиатрического и подросткового диабета (ISPAD), обратив внимание на то, что среди них указан мукоромикоз – инфекция, специфически связанная с диабетическим

кетоацидозом, особенно при респираторных инфекциях и развитии пневмонии. Лекарственная терапия этой инфекции включает Каспофунгин и Амфотерицин В.

По мнению Елены Петряйкиной, именно мукомормикоз может быть причиной такого локального некроза трахеи. Из анализа медицинской документации ясно, что предотвратить фатальный исход было невозможно. В то же время она указала на ряд факторов, усугубивших течение заболевания:

- лечение ДКА в ЦРБ Алатыря большими объемами физиологического раствора со снижением гликемии более чем на 5 ммоль/ч;

- рекомендации эндокринологов и в Чувашии, и в Москве при наблюдении пациента в динамике поддерживать уровень гликемии от 4 ммоль/л до 12 ммоль/л противоречат актуальным отечественным и международным рекомендациям по ведению детей с СД1 с сопутствующим соматическим заболеванием – 8–14 ммоль/л (среднее целевое значение 10 ммоль/л), тем более, с таким тяжелым патологическим симптомокомплексом.

В результате избыточная внутривенная инсулинотерапия, частые гипогликемические состояния, колебания гликемии от 1,9 до 21 ммоль/л могли оказать дополнительное повреждающее действие на ЦНС у ребенка с продленной седацией, психотическими состояниями и очагом эпилептичности. Елена Петряйкина также обратила внимание аудитории на крайнюю редкость мукомормикоза у детей. В клинических рекомендациях Международного общества педиатрического и подросткового диабета имеется ссылка только на одну статью 2002 г., в которой описано всего 3 случая локального мукомормикоза трахеи у детей, афроамериканских подростков от 14 до 19 лет, у которых был локальный мукомормикоз трахеи. Из них выжил только один, двое погибли. Это была единственная статья, которая позволила включить это осложнение в рекомендации Международного общества педиатрического и подросткового диабета. В заключение своего выступления Елена Петряйкина предложила усилить координацию между городскими центрами детской специализированной помощи в ведении пациентов с эндокринным заболеванием при тяжелой сочетанной патологии и тяжести состояния. Главный внештатный специалист – клинический фармаколог ДЗМ Марина Журавлева представила клинико-фармакологический анализ антибактериального, противогрибкового, а также других синдромальных, симптоматических видов лечения, которые были проведены данному пациенту. Говоря об антибактериальной терапии, отметила, что по поводу эмпирической антибактериальной фармакотерапии в Чувашии принципиально критических замечаний нет.

В детской больнице им. Филатова отмечается очень длительное назначение Ванкомицина и Линезолида при отрицательной клинической картине и отрицательной динамике. Ко-тримоксазол был назначен по показаниям в соответствии с результатами бактериологического исследования.

Противогрибковая терапия применялась согласно существующим рекомендациям. Замечаний по режимам дозирования при проведении противогрибковой терапии нет. Говоря о подозрении на мукомормикоз, Марина Журавлева сообщила, что препаратом спасения при этой инфекции считается Позаконазол из группы азолов. Второй класс доказательности имеется для липидного комплекса Амфотерицина Б и для комплекса полиен+эхинокандин. Поэтому в плане противогрибковой терапии было сделано все максимально.

М.В. Журавлева сделала следующие замечания по оказанию медицинской помощи данному пациенту:

- нет посевов крови на стерильность;

- не проводилась КТ придаточных пазух (метод диагностики аспергиллеза);

- нет консультации оториноларинголога (диагностика аспергиллеза);

- с учетом доказанного эпилептического очага в височной доле головного мозга пациенту была назначена терапия конвулексом по показаниям;

- назначение мексидола, карнитина, витамина С, атаракса не показано (отсутствие уровня доказательности, полипрагмазия).

В то же время, заметила Марина Журавлева, указанные недостатки ведения пациента не повлияли на исход заболевания. Причиной летального исхода явилась тяжело протекающая генерализованная грибково-бактериальная инфекция у пациента с тяжелой коморбидной патологией.

Главный внештатный специалист по патологической анатомии (детская сеть) Елена Туманова сообщила, что, несмотря на попытки дифференцировать вид грибкового поражения, установить, является ли имевшаяся инфекция мукомормикозом или аспергиллезом, не удалось. В то же время мукор – черная плесень. Поэтому можно предположить, что мукомормикоз все-таки был ведущей грибковой инфекцией.

– Тем более что аспергилла не красит ткань в такой черный цвет, – заметил Леонид Печатников.

Елена Туманова прокомментировала слайды, демонстрирующие морфологические признаки мукомормикоза и аспергиллеза, а также препарат поджелудочной железы с выраженным аутолизом, который не позволил морфологически верифицировать сахарный диабет. По

ее мнению, в данном случае имела место грибковая инфекция смешанной этиологии – мукомормикоз, аспергиллез, кандидоз.

Итоги обсуждения подвел Леонид Печатников:

– Очевидно, что ребенок был обречен. Думаю, что он был обречен еще на этапе лечения в Чувашии, потому что в Филатовскую больницу он поступил уже с дефектами трахеи и, скорее всего, уже с медиастинитом. И, безусловно, все попытки вмешаться в ход заболевания с нашей стороны были уже малоперспективными.

Почему мне казалось важным остановиться на дифференциальной диагностике между мукомормикозом и аспергиллезом? Мы понимаем, что если бы у ребенка не было сахарного диабета 1 типа, то, наверное, не было бы ни мукомормикоза, ни аспергиллеза. Здоровые дети, как и здоровые взрослые, этими инфекциями не болеют. Поэтому главным его диагнозом, не основным с точки зрения формулировки диагноза, но главным был сахарный диабет 1 типа, который и привел ко всем тем осложнениям, связанным с тяжелым грибковым поражением. В настоящее время мы пытаемся наладить терапию наших детей с сахарным диабетом 1 типа. Этот случай показывает, что среди его осложнений, кроме поражения глаз, ног, почек, необходимо помнить о грибковом поражении.

Аспергилла является одним из самых аллергизирующих грибов. Гораздо более аллергизирующая, чем кандида. Когда аспергилла попадает в бронхи и в трахею, она редко не попадает в легочную ткань.

Аспергиллез так и описывается, как бронхолегочный аспергиллез. И очень часто поражает легочную паренхиму. При этом наблюдаются выраженная эозинофилия и очень серьезная аллергия буквально со всеми ее реакциями, включая кожные проявления. Это очень характерно для аспергилломы, невозможно ни с чем спутать. Муконовый гриб в этом смысле гораздо менее аллергизирующий и даже, как описывают, обладает иммуносупрессией. И, конечно, наблюдаемая нами чернота – очень характерна для мукового гриба и совсем нехарактерна для аспергиллы. А это то, что наши чувашские коллеги увидели сразу при первой же бронхоскопии.

С муковым грибом бороться мы практически не умеем, хотя и с аспергиллой тоже не очень. Но Амфотерицин Б при всей его токсичности на аспергиллу все-таки действует. На муконовый гриб, насколько я понимаю, не действует ничего. Именно поэтому ребенок был обречен. Но все, что мы услышали сегодня, крайне поучительно, и я еще раз призываю всех внимательно изучить этот случай, потому что второй раз в жизни такое можно просто никогда не увидеть.



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



СЕРГЕЙ КИМ

РУКОВОДИТЕЛЬ ИНФОРМАЦИОННО-
АНАЛИТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА, К.М.Н.:

“ Сотрудничество с нами открывает новые возможности для развития как государственных, так и частных медицинских учреждений.

- Междисциплинарная команда и набор компетенций, позволяющие эффективно исследовать все стороны деятельности медицинских учреждений
- Применение методологии потенциального подхода в управлении ресурсами
- Системный подход к анализу клинической и административно-хозяйственной деятельности

www.nioz.ru

+7 (495) 951-20-54

niozmm@zdrav.mos.ru

115184, Москва, Большая Татарская, 30

ИСТОРИЯ В ВОПРОСАХ

В рамках проведения июльской и августовской общегородских клинико-анатомических конференций ее участники могли проверить свои знания по истории столичного здравоохранения.

Идея квеста, реализованная сотрудниками НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента, была встречена московскими медиками с интересом и энтузиазмом. В пятерку самых эрудированных в июле вошли главный врач Морозовской детской городской клинической больницы ДЗМ Игорь Ефимович Колтунов, главный внештатный специалист детский эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы Елена Ефимовна Петрайкина, рентгенолаборант КДЦ №4 ДЗМ, филиал №4, Елена Анатольевна Калмыкова и стоматолог-хирург ГП №2 ДЗМ Ирина Валерьевна Каширина. – Я принял участие в квесте с большим интересом. Я всегда за то, чтобы лишний раз поупражнять мозг. Вопросы квеста составлены оригинально и интересно, – поделился своими впечатлениями Игорь Колтунов.

Коллегу поддержала и Елена Петрайкина:

– Считаю, что история стационаров Москвы – очень важная часть истории столицы и нашей страны, которую интересно и важно знать, тем более московским врачам. Мне сразу стало интересно принять участие в квесте.

Заинтересовавшимся было предложено ответить на 25 вопросов, выбрав из имеющихся вариантов ответы.

Квест стал хорошей разминкой перед обсуждением в ходе клинико-анатомической конференции. Высказывая свое мнение о ставшем уже традиционным формате – общегородской клинико-анатомической конференции, Игорь Колтунов заметил:

– Клинико-анатомические конференции, которые проводит Леонид Михайлович Печатников, – уникальные мероприятия, потому что людей, которые получили образование в России, а потом подтвердили свои дипломы за границей, не так много. Леонид Михайлович, как мы с вами знаем, преподавал во Франции и сегодня пытается передовой европейский опыт перенести на нашу московскую почву. Обсуждение в рамках клинико-анатомических конференций – это попытка выработать логическое клиническое мышление у специалистов,

чтобы врачи не грешили бездумным назначением множества анализов и исследований, а включали голову и понимали, к чему ведет то или иное назначение, ну и, конечно, учились коммуницировать друг с другом. Я стараюсь ни одной конференции не пропускать и считаю, что пользу они приносят колоссальную.

Аналогичного мнения придерживается и Елена Петрайкина:

– Клинико-анатомические конференции в стационарах – один из самых важных способов повышения квалификации врачей разных специальностей в рамках конструктивной дискуссии, под руководством самых авторитетных врачей. Перенос этого формата на городской уровень позволил повысить масштаб образовательного мероприятия за счет привлечения лучших специалистов не одного стационара, а всей Москвы, что каждый раз делает обсуждение конкретной истории болезни практически экспертным советом по оказанию многопрофильной медицинской помощи. Считаю совершенно справедливым и обоснованным включение городских клинико-анатомических конференций в систему НМО. Стараюсь ходить регулярно, мне это интересно и полезно.

В современном формате общегородские клинико-анатомические конференции прошли уже 33 раза. Каждый раз аудитория более чем внушительная – в зале собираются порядка тысячи московских медиков. Трансляции обсуждения можно посмотреть на сайте Департамента здравоохранения города Москвы и НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ. Теперь частью этого нетривиального и практически ориентированного формата профессионального общения врачей стали и квесты для медиков.

Проверьте свою эрудицию и посоревнуйтесь с другими, пройдя тест на знание истории здравоохранения на сайте ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» www.niioz.ru



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**