

1. ДИНАМИКА ЕДИНИЦ ИЗМЕРЕНИЯ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В последние годы в целях совершенствования оказания медицинской помощи, нахождения оптимальных пропорций между объемом и качеством лечебно-диагностических мероприятий постоянно происходят поиски единиц измерения медицинской помощи (табл. 1.1).

Таблица 1.1. Динамика единиц измерения объема медицинской помощи

Плановый период	Наименования единиц измерения			
	поликлиника	стационар (круглосуточный)	дневной стационар	скорая медицинская помощь
До 1999 г.	Посещение	Койка	—	—
На 1999 г. и последующие годы (до 2005 г. включительно)	Посещение	Койко-день	День лечения	Вызов
На 2006 г. и последующие годы (до 2012 г. включительно)	Посещение	Койко-день	Пациенто-день	Вызов
На 2013 г. и плановый период 2014 и 2015 гг.	Обращение по поводу заболевания, посещение с профилактической целью, по неотложной помощи	Койко-день	Пациенто-день	Вызов
На 2014 г. и плановый период 2015 и 2016 гг.	Обращение по поводу заболевания, посещение с профилактической и иными целями, по неотложной помощи	Случай госпитализации (законченный случай лечения)	Пациенто-день	Вызов
На 2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг. На 2016 г.	Обращение по поводу заболевания, посещение с профилактическими и иными целями, по неотложной помощи	Случай госпитализации (законченный случай лечения)	Случай лечения	Вызов

По амбулаторно-поликлинической помощи традиционным показателем объема деятельности было посещение. Этот плановый показатель дифференцировался по основным специальностям врачей амбулаторного приема, возрастному составу населения (взрослые, дети), а в советский период времени — и по экономико-географическим районам страны с учетом места жительства (город, село). С 2013 г. этот показатель был изменен на обращение по поводу заболевания, а посещение осталось лишь в виде измерителя объема профилактической работы и неотложной медицинской помощи. Такие нововведения в практику здравоохранения проводятся не впервые, в период внедрения нового хозяйственного механизма была попытка перехода на новый статистический показатель: случай поликлинического обслуживания на базе использования «талона амбулаторного пациента»: ф. №25-10/у-97 (Приказ Минздрава РФ от 14.02.97 №46). Положительным моментом перехода на случай поликлинического обслуживания в указанный период времени и на обращение в связи с заболеванием в настоящее время следует считать возможное уменьшение числа посещений, не являющихся объективно необходимыми в связи с характером течения заболевания. Особую актуальность эти вопросы приобретают в тех территориях, где объем финансирования амбулаторно-поликлинической помощи напрямую связан с числом посещений.

Произошли изменения и в определении объема профилактической помощи. Согласно новым нормативно-правовым документам в профилактические мероприятия включаются посещения среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием, посещения в связи с диспансеризацией и диспансерным наблюдением, а также посещения с иными целями и по оказанию паллиативной медицинской помощи. Указанные нововведения не соответствовали действующей в тот период времени статистике здравоохранения и нормативам по труду. В дальнейшем в статистику были внесены соответствующие изменения. Нормативы по труду, разрабатываемые на профилактический осмотр и применяемые в практике здравоохранения в случае, если эта работа выполняется в специально выделенные дни или часы, учитывают лишь ту деятельность, которая была определена приказом Минздрава РФ от 22.11.2004 №255, в частности, в эту работу не входили посещения, связанные с диспансеризацией. Постановлением Правительства РФ от 19 декабря 2015 г. №1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г.» уточнен перечень медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (включая посещения центров

здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала). В эту группу включены также разовые посещения в связи с заболеваниями, в том числе при заболеваниях полости рта, слюнных желез и челюстей, за исключением зубного протезирования. Включение в указанную группу разовых посещений по поводу заболеваний может значительно исказить статистику здравоохранения, так как это формально приведет к значительному увеличению объема профилактической деятельности.

По больничной помощи основным планово-нормативным и финансовым показателем до 1999 г. было число коек, что приводило с целью увеличения финансирования к наращиванию коечного фонда, независимо от его использования. Переход на новый в тот период плановый показатель — число койко-дней — позволил исключить финансирование нефункционирующих коек. С 2014 г. введен новый планово-нормативный показатель: случай госпитализации (законченный случай лечения). При этом были сохранены и другие планово-нормативные показатели деятельности больничных организаций: средняя длительность пребывания больного в стационаре, плановое число койко-дней. Такая позиция авторов Программы представляется вполне обоснованной, так как случай госпитализации — лишь одно звено в общей цепи планирования больничной помощи. Попытки внедрить плановый показатель — законченный случай лечения — предпринимались и в 90-е годы прошлого столетия, в период внедрения в здравоохранение элементов нового хозяйственного механизма на экспериментальных территориях. Одной из причин незавершенности этого эксперимента был переход на обязательное медицинское страхование (ОМС).

По дневным стационарам впервые планово-нормативный показатель в виде дней лечения был указан в Программе на 1999 г. Затем этот показатель был изменен на пациенто-день, а в Программе на 2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг. был указан новый показатель: число случаев лечения в условиях дневных стационаров. Однако в территориальной программе на соответствующий период времени по-прежнему фигурировало число пациенто-дней. В Программе на 2016 г. в качестве планово-нормативного показателя установлен случай лечения.

По скорой медицинской помощи планово-нормативный показатель в виде вызовов скорой медицинской помощи, впервые установленный в 1999 г., не менялся в последующий период времени.

Постоянные изменения вносятся и в величину указанных показателей, дифференциация которых по профилям отделений и по специальностям приводится в территориальных программах. Анализ динамики

этих изменений показывает их крайнюю непоследовательность, более того, в последних документах (по дате принятия) в Программе и в территориальной программе содержатся противоречивые данные по величине показателя, в частности, **по скорой медицинской помощи**. Так, в Программе на 2016 г. в разделе VI «Средние нормативы объема медицинской помощи» указано, что средние нормативы на 2016 г. для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования составляют **0,3 вызова на 1 застрахованное лицо**; а в территориальной программе в пункте 19 указано следующее.

«Объем скорой медицинской помощи, оказываемой станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи, структурными подразделениями медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы ОМС, вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), по базовой программе ОМС определяется, исходя из среднего норматива объема скорой медицинской помощи, установленного Программой (**0,318 вызова на 1 застрахованное лицо**), и численности застрахованных лиц». Таким образом, в документах, утвержденных почти одновременно (Программа утверждена 19.12.2015, а территориальная программа — 21.12.2015), приводятся разные величины планово-нормативного показателя по скорой медицинской помощи.

2. ПЛАНОВО-НОРМАТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

Величины планово-нормативных показателей объема медицинской помощи в амбулаторных условиях за последние годы, т.е. в период утверждения 3-летних Программ и последней Программы на 2016 г., представлены в табл. 2.1.

Таблица 2.1. Планово-нормативные показатели объема медицинской помощи в амбулаторных условиях по Программам разных лет

Виды помощи	Програм- мы	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая с профилактической целью (число посещений на 1 жителя)	1 2 3 4	2,44	2,64 2,77	2,7 2,95 2,9	2,98 2,95 2,95	2,98
Медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая в связи с заболеванием (число обращений на 1 жителя)	1 2 3 4	2,1	2,15 2,12	2,2 2,15 2,15	2,18 2,18 2,15	2,18
Медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая в неотложной форме (число посещений на 1 застрахованное лицо)	1 2 3 4	0,36	0,46 0,46	0,6 0,6 0,5	0,6 0,56 0,56	0,6

1 — Постановление Правительства РФ от 22 октября 2012 г. №1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 гг.»

2 — Постановление Правительства РФ 18 октября 2013 г. №932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг.»

3 — Постановление Правительства РФ от 28 ноября 2014 г. №1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг.»

4 — Постановление Правительства РФ от 19 декабря 2015 г. №1382 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г.»

Как видно из приведенных в таблице данных, имеются определенные противоречия в величинах показателей по Программам разных лет. Так, Программой на 2013 г. и плановый период 2014 и 2015 гг. планирова-

лось, что число посещений с профилактической целью в 2015 г. должно составлять 2,7 в расчете на 1 жителя, а в следующей (по дате утверждения) Программе эта цифра на 2015 г. увеличена до 2,9 посещений. Напротив, планово-нормативное число обращений в связи с заболеванием по первоначальной из рассматриваемых Программ составляло 2,2 на 1 жителя в 2015 г., а по последней Программе это число уменьшено до 2,15. Следовательно, основной тенденцией в изменениях объема медицинской помощи является увеличение профилактической деятельности на фоне уменьшения обращаемости в связи с заболеванием.

Планово-нормативный показатель в виде числа посещений до 2012 г. включительно дифференцировался в территориальных программах по врачебным специальностям. Извлечения из действующих в настоящее время объемных показателей медицинской помощи, указанных в территориальных программах, в том числе и по амбулаторно-поликлинической помощи, определенной территориальной программой на 2012 г., приведены в Приложении №1 к данной публикации. Для сравнения этих данных на плановый период 1999 г. и 2012 г. потребовались некоторые перерасчеты в связи с изменениями перечня специальностей, по которым были представлены планово-нормативные показатели на указанные годы.

Из перечня специальностей, представленного в 1999 г., в последующие годы были исключены: травматология-ортопедия, нейрохирургия, челюстно-лицевая хирургия, проктология, онкология. Планово-нормативное число посещений по этим специальностям включено в хирургию. Суммарное число посещений по этим специальностям составляет 369,0 (244,7+10,8+1,8+20,5+91,2), а вместе с хирургией (общей) — 862,7 (369,0+493,7).

Из перечня специальностей, указанного в 1999 г., в дальнейшем были исключены также гастроэнтерология, пульмонология, нефрология и гематология.

Для включения посещений по этим специальностям в терапию или в педиатрию были использованы данные по числу этих посещений для взрослых и детей (табл. 2.2).

Общее число посещений по терапии с учетом посещений по гастроэнтерологии, пульмонологии, нефрологии и гематологии суммарно составит 2223,0 (2169,96+53,04), по педиатрии — 1058,86 (1043,02+15,84).

Показатели по кардиологии и ревматологии суммированы: 125,78+99,64=225,42. Кроме того, в Программе на 2012 г. выделены профилактические посещения центра здоровья и посещения к среднему медицинскому персоналу. Эти данные отсутствовали в планах на 1999 г.

Таблица 2.2. Распределение планово-нормативного числа посещений на 1999 г., на взрослых и детей

Специальности	Число посещений		
	Всего	В том числе	
		для взрослых	для детей
Гастроэнтерология	37,72	33,54	4,18
Пульмонология	8,12	7,02	1,10
Нефрология	3,44	2,34	1,10
Гематология	19,6	10,14	9,46
Всего	68,88	53,04	15,84

Общее плановое число посещений увеличилось на 5,5% (табл. 2.3) за счет профилактических посещений центров здоровья и посещений среднего медицинского персонала. За исключением указанных видов посещений общее число посещений по всем специальностям осталось неизменным: 9198 посещений на 1000 жителей.

Таблица 2.3. Планово-нормативное число посещений на 2012 г. и на 1999 г.

Специальности	Число посещений		Отношение данных 2012 г. к 1999 г. (в %)
	на 2012 г.	на 1999 г.	
Кардиология и ревматология	215,6	225,42	95,7
Педиатрия	1016,3	1058,86	95,9
Терапия	2127,1	2223,0	95,7
Эндокринология	81,8	85,6	95,6
Аллергология-иммунология	9,7	10,1	96,0
Неврология	455,4	475,9	95,7
Инфекционные болезни	23,2	24,2	95,9
Хирургия	823,6	862,7	95,5
Урология	99,8	104,4	95,6
Стоматология	1572,1	1687,1	93,2
Акушерство и гинекология	665,2	695,3	95,7
Оториноларингология	503,8	526,5	95,7
Офтальмология	454,5	475,1	95,7
Дерматология	411,9	430,5	95,7
Психиатрия	287,3	129,3	222,2
Наркология	137,5	52,3	262,9
Фтизиатрия	185,6	83,0	223,6
Венерология	127,6	46,8	272,6
Итого	9198,0	9198,0	100,0
Профосмотры	300,0	—	

Окончание табл. 2.3

Специальности	Число посещений		Отношение данных 2012 г. к 1999 г. (в %)
	на 2012 г.	на 1999 г.	
Посещения среднего медико-цинского персонала	202,0	—	
Всего	9700	9198,0	105,5

Приведенные в табл. 2.3 и в последующих таблицах наименования специальностей соответствуют тем, что указываются в официальных документах. В частности, в табл. 2.3 приведены такие наименования специальностей, как дерматология, венерология, наркология. В соответствии с номенклатурой специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование, указанные специальности названы следующим образом: дерматовенерология, психиатрия-наркология. При дифференциации планово-нормативных данных по дерматовенерологии в территориальных программах следовало бы указать: дерматовенерология (прием по дерматологии) и дерматовенерология (прием по венерологии). Вместо названной в территориальной программе специальности «наркология» следовало указать: «психиатрия-наркология». В связи с тем, что и в последующих таблицах, приводимых в официально утвержденных планово-нормативных документах, имеются ошибочные наименования специальностей и должностей, в Приложении №2 к данной публикации приведены действующие номенклатуры (по состоянию на октябрь 2016 г.). При использовании этих документов в практике здравоохранения следует иметь в виду определенную несогласованность в наименованиях должностей и специальностей, которая должна быть устранена на федеральном уровне [8].

По подавляющему большинству врачебных специальностей планово-нормативное число посещений уменьшилось на 4–5%. В то же время по специальностям, в компетенцию которых входит оказание медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, плановое число посещений увеличилось весьма существенно: по психиатрии и фтизиатрии — в 2,2 раза, по психиатрии-наркологии — в 2,6 раза и по дерматовенерологии (прием по венерологии) — в 2,7 раза.

Одним из аспектов анализа планово-нормативных данных является сравнение этих данных с фактическими показателями заболеваемости. Анализ заболеваемости населения, как по данным статистики здравоохранения, так и по материалам специально проведенных научных исследований, достаточно полно представлен в современной литературе [9, 10, 11, 12]. В данной публикации показатели фактической обращаемости

мости населения за медицинской помощью приводятся только с точки зрения их сопоставления с планово-нормативными данными. При этом использованы материалы статистических сборников [13, 14, 15]. Хотя данные заболеваемости, приводимые в статистике здравоохранения, и не отражают в полной мере потребности населения, но их изучение позволяет установить основные тренды происходящих изменений.

Показатели заболеваемости представлены в статистике по отдельным заболеваниям или их группам, что затрудняет сравнения с данными по отдельным специальностям, указываемыми в территориальных программах. Например, пациенты с болезнями системы кровообращения могут лечиться не только у врача-кардиолога, но и у врача-невролога, врача-терапевта, врача общей практики (семейного врача). Однако показатели по социально значимым заболеваниям напрямую могут быть сопоставлены с той или иной специальностью. Так, данные по заболеваемости населения активным туберкулезом могут быть полностью отнесены к деятельности врачей-фтизиатров; по заболеваемости, обусловленной психическими расстройствами и расстройствами поведения, — к деятельности врачей-психиатров; заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами и наркоманией — к деятельности врачей-психиатров-наркологов, по заболеваниям, передающимся преимущественно половым путем, к врачам-дерматовенерологам (прием по венерологии).

Динамика изменения заболеваемости населения активным туберкулезом показывает, что постепенно и достаточно уверенно снижается как число состоящих на учете в лечебно-профилактическом учреждении, так и число больных с диагнозом, установленным впервые в жизни (рис. 2.1).

Снижение числа пациентов, взятых на учет с диагнозом, установленным впервые в жизни, сочетается с уменьшением больных из их числа, имеющих фазу распада. Следует отметить, что сопоставимые данные по динамике тех или иных показателей, различающиеся в 2 раза и более, изображены на полулогарифмической масштабной сетке, так как привычное изображение на арифметической масштабной сетке может привести в этом случае к ошибочным выводам [16].

Еще более выраженная траектория падения показателей представлена на рис. 2.2, отражающем динамику заболеваемости населения болезнями, передаваемыми преимущественно половым путем, т.е. болезнями, лечение которых входит в компетенцию врачей-дерматовенерологов (прием по венерологии).

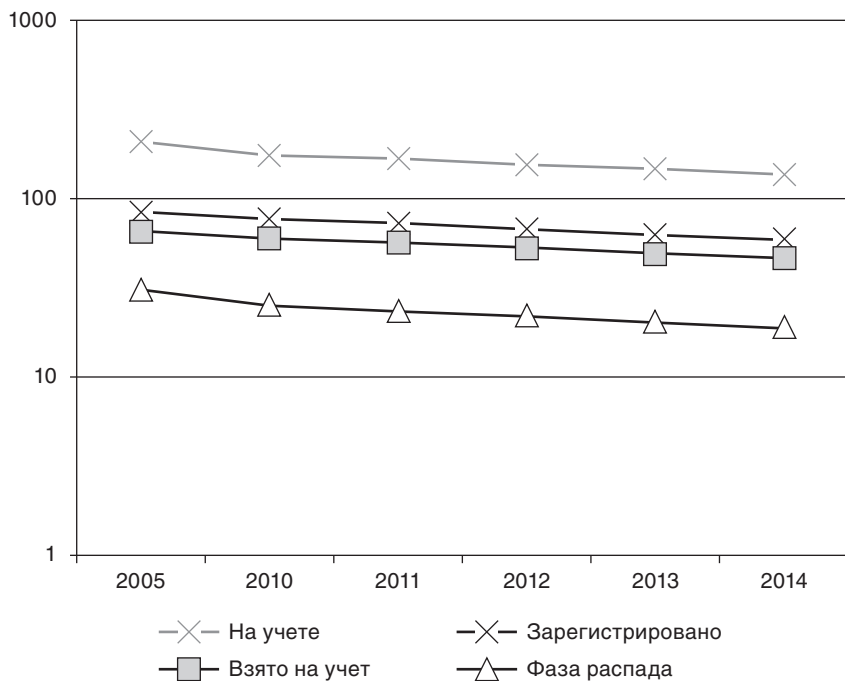


Рис. 2.1. Динамика заболеваемости населения активным туберкулезом (на 100 тыс. населения)

Как видно на рисунке, заболеваемость по всем болезням снизилась примерно в 3 раза. При анализе динамики заболеваемости по болезням, передающимся преимущественно половым путем, следует иметь в виду, что эти материалы основаны на статистических показателях Минздрава России. Одной из причин снижения обращаемости с этими заболеваниями в государственные, муниципальные медицинские организации может быть определенный отток пациентов в коммерческие структуры, причем более значимый, чем при других заболеваниях.

Изменения заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения представлены на рис. 2.3.

Численность больных психическими расстройствами и расстройствами поведения, состоящих на учете в лечебно-профилактическом учреждении, уменьшилась на 15% и стабилизировалась в последние годы; численность пациентов, взятых под наблюдение с диагнозом, установленным впервые в жизни, уменьшилась с 67,3 до 44,1 на 100 тыс. насе-

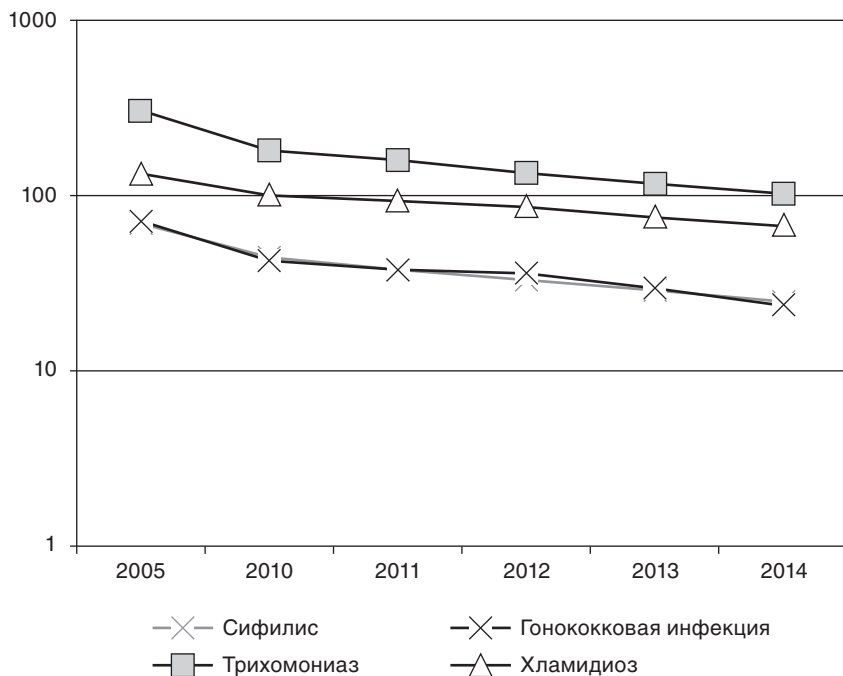


Рис. 2.2. Заболеваемость населения болезнями, передающимися преимущественно половым путем (зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни) на 100 тыс. населения

ления, или на 34,5%. Напротив, число пациентов, обратившихся за консультативной помощью, носит достаточно устойчивый характер: 1429,9 в 2005 г. и 1466,9 в 2014 г. на 100 тыс. населения.

В статистике здравоохранения по наркологии, наркологии-психиатрии публикуются следующие данные, характеризующие в определенной мере объем лечебно-диагностической и профилактической деятельности:

- численность пациентов, состоящих на учете в медицинских организациях;
- численность пациентов, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением алкоголя, наркотических и ненаркотических веществ с вредными последствиями;
- число пациентов, взятых под наблюдение с диагнозом, установленным впервые.

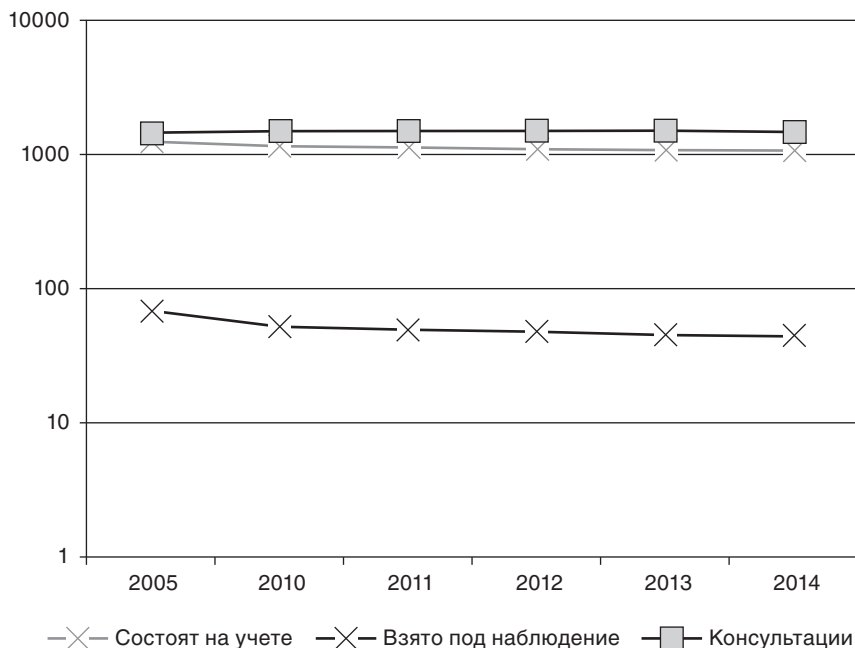


Рис. 2.3. Динамика заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения (на 100 тыс. населения)

Динамика изменения численности пациентов, состоящих на учете в медицинских организациях, свидетельствует о снижении этих показателей по всем диагнозам (табл. 2.4).

Таблица 2.4. Динамика численности пациентов, состоящих на учете в медицинских организациях (на 100 тыс. населения)

Диагноз	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Алкоголизм и алкогольные психозы	1541,8	1367,1	1304,3	1261,2	1215,7	1155,4
Из них алкогольные психозы	88,4	66,8	63,4	57,5	50,5	47,0
Наркомания	230,8	231,6	223,8	220,1	214,6	205,6
Токсикомания	10,2	8,5	7,9	7,5	7,0	6,6

Изменения в численности пациентов, состоящих на учете, по отдельным заболеваниям могут быть связаны либо с успешным лечением той или иной патологии и последующим снятием с учета, либо, напротив, с безуспешностью лечения и физической потерей пациентов. Наибольшее

снижение числа пациентов наблюдается по токсикомании — на 35%, по алкоголизму и алкогольным психозам снижение с 2005 по 2014 г. составило 25%, по наркомании — на 11%.

Иная картина складывается при анализе численности пациентов, взятых под наблюдение с диагнозом, установленным впервые (табл. 2.5).

Таблица 2.5. Динамика численности взятых под наблюдение пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни (на 100 тыс. населения)

Диагноз	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Алкоголизм и алкогольные психозы	147,0	107,8	96,6	85,7	78,2	74,7
Из них алкогольные психозы	52,1	33,2	30,4	26,2	23,3	21,9
Наркомания	17,1	17,4	15,3	13,9	12,6	14,5
Токсикомания	1,4	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5

Этот показатель в определенной мере характеризует профилактическую активность деятельности не только врачей-психиатров-наркологов, но и врачей общей сети медицинских организаций.

На фоне снижения численности рассматриваемого контингента с алкоголизмом, стабилизации в последние годы с токсикоманией число пациентов, взятых под наблюдение с диагнозом, установленным впервые, по поводу наркомании возросло за последний из анализируемых периодов времени с 12,6 до 14,5 на 100 тыс. человек населения.

Динамика численности пациентов, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением алкоголя и психоактивных веществ с вредными последствиями, представлена на рис. 2.4.

На рисунке наглядно отражена разнонаправленность показателей: уменьшение численности пациентов с вредными последствиями алкоголя почти на 30%, ненаркотических веществ — почти на 40% сочетается с увеличением числа пациентов в связи с употреблением наркотических веществ с вредными последствиями более чем на 40%. Эти показатели свидетельствуют прежде всего о тяжести течения наркомании и ее последствий.

Анализ динамики статистических данных по деятельности медицинских организаций, оказывающих помощь по наркологии, позволяет сделать вывод о достаточно благополучной картине по алкоголизму: снижение всех анализируемых данных. Однако создается впечатление о замене употребления алкоголя наркотическими веществами. Но главная проблема наркологии — несвоевременность обращаемости за медицинской помощью — осталась за рамками данного анализа. Специально проводимые мониторинги по наркологической ситуации показывают, что только менее 10% пациентов, вовлеченных в эту проблему, проходили соответствующее лечение, более того, даже среди умерших от острых отравлений наркотиками состояли на учете менее 10% [17].

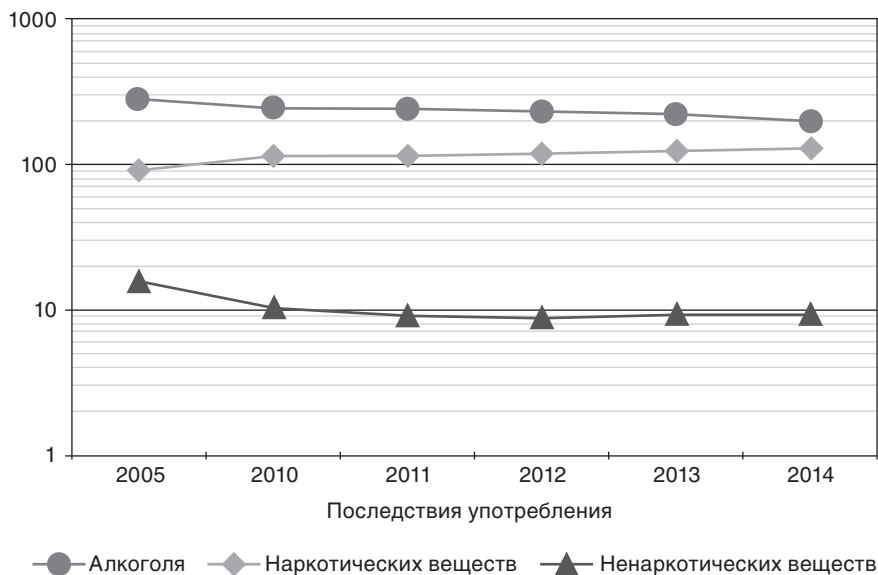


Рис. 2.4. Численность пациентов, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением алкоголя и психоактивных веществ с вредными последствиями (на 100 тыс. человек населения)

Одним из аспектов анализа заболеваемости являются показатели инвалидности. Показатели инвалидности лиц в возрасте 18 лет и старше (впервые признанных инвалидами) суммарно по всем причинам снизились с 2011 по 2014 г. на 13%: с 72,2 до 62,7 случаев на 10 тыс. населения, в то время как инвалидность в связи с туберкулезом уменьшилась с 2,0 до 1,6 на 10 тыс. населения, т.е. на 20%, а инвалидность в связи с психическими расстройствами и расстройствами поведения — с 4,8 до 2,7 на 10 тыс. населения, т.е. более чем на 40% (рис. 2.5).

Следует отметить определенную зависимость статистических данных по инвалидности от решений ряда ведомств по установлению групп инвалидности по отдельным заболеваниям в зависимости от стадии и характера течения болезни, а также от активности пациента в получении группы инвалидности, обусловленной как заболеваемостью, так и экономическими причинами.

Наиболее объективным показателем являются данные смертности населения. Общая смертность населения снизилась с 2005 по 2014 г. почти на 20%, а по туберкулезу — более чем в 2 раза (рис. 2.6).

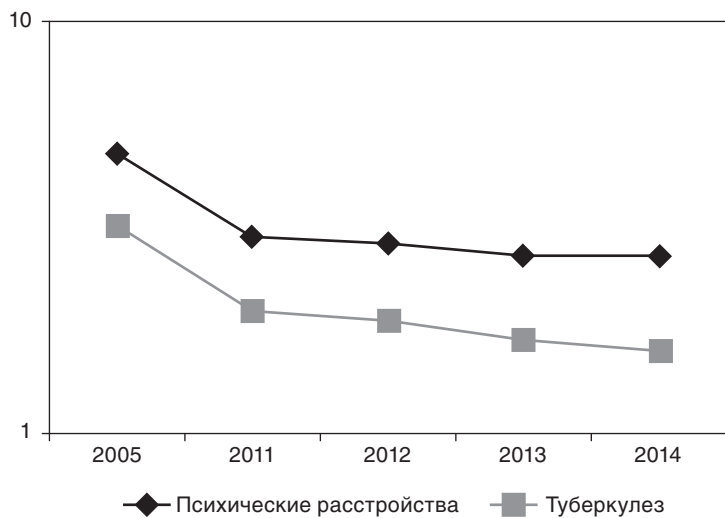


Рис. 2.5. Численность лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, по причинам инвалидности (на 10 тыс. населения)

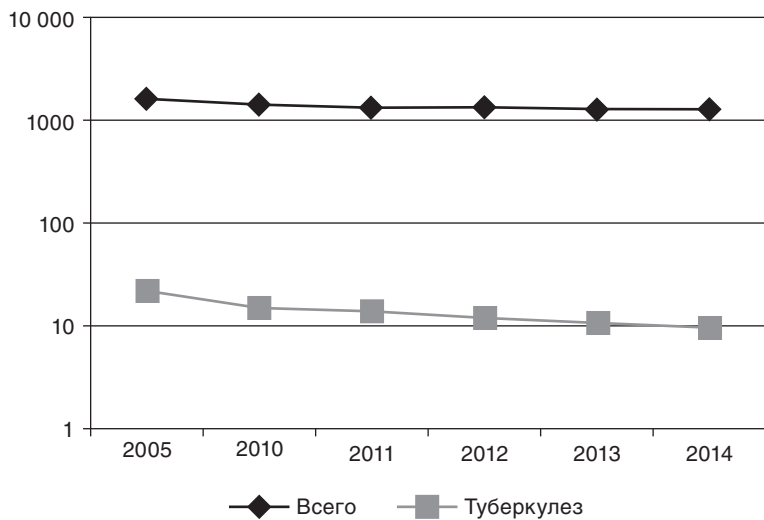


Рис. 2.6. Смертность населения от всех причин и от туберкулеза всех форм (на 100 тыс. населения)

Таким образом, значительное увеличение планово-нормативного числа посещений по фтизиатрии, по дерматовенерологии (прием по венерологии), по психиатрии и по психиатрии-наркологии не мотивировано динамикой изменения заболеваемости. Хотя теоретически можно предположить, что именно потому и сложилась положительная динамика заболеваемости по рассматриваемым специальностям, что увеличилось планово-нормативное число посещений. Однако такое объяснение было бы правомочно только в том случае, если бы фактические показатели посещаемости соответствовали планово-нормативным. К сожалению, такие сопоставления на федеральном уровне невозможны из-за отсутствия необходимых данных по фактической посещаемости или обращаемости населения.

В территориальных программах, начиная с 2013 г., т.е. после перехода на планово-нормативный показатель в виде обращений по поводу заболеваний, и до настоящего времени планово-нормативные показатели ни по посещениям, ни по обращениям, обусловленным заболеваниями, отсутствуют. В этих документах указывается лишь рекомендуемое число посещений с профилактическими и иными целями по специальностям и среднее число посещений по поводу заболеваний в одном обращении по 14 специальностям (при этом за основу принимается планово-нормативное число посещений на 2012 г.). Первоначально таблица, в которой приводится кратность посещений в одном обращении по поводу заболеваний, была приведена в Рекомендациях Минздрава России по способам оплаты [18], а затем без изменений перенесена в территориальную программу на 2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг. (Приложение 7 к территориальной программе). Эта же таблица приведена и в территориальной программе на 2016 г. (Приложение 8 к территориальной программе). Кроме того, эта же таблица приведена и в последнем (по дате утверждения) письме Минздрава России по способам оплаты медицинской помощи [19].

Определенные нововведения содержатся в территориальной программе на 2016 г. по планированию медицинской помощи по стоматологии. Ранее (п. 13 территориальной программы на 2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг.) было указано, что «при планировании и учете объема гарантируемой стоматологической помощи населению учитываются как посещения, так и условные единицы трудоемкости (далее — УЕТ). Для оплаты стоматологической медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, единицей объема следует считать посещение, стоимость которого корректируется с учетом содержащегося в нем количества УЕТ».

В территориальной программе на 2016 г. (п. 15) формулировка изменена следующим образом: «При планировании и учете объема гарантируемой стоматологической помощи населению по территориальной программе государственных гарантий учитываются как посещения с профилактическими и иными целями, так и обращения по поводу заболевания. При этом учитывается кратность условных единиц трудоемкости (далее — УЕТ) в одном посещении, которая в среднем по Российской Федерации в 2014 г. составляет 3,8».

Проведенное нами экономическое обоснование использования указанных УЕТ в одном посещении показывает, что для выполнения этого пункта территориальной программы 2016 г. необходимо увеличение численности должностей врачей-стоматологов и зубных врачей более чем в 2 раза. Расчеты проведены при плановом числе посещений по стоматологии, указанном в территориальной программе на 2012 г., и составляющем 1572,1 посещения на 1000 жителей в год (в последующих территориальных программах эти нормативы по стоматологии, как и по другим специальностям, как и указывалось, отсутствуют) и числе посещений с профилактическими и иными целями, равном 185,0 посещениям на 1000 жителей в год (территориальная программа на 2016 г.). Расчеты показали, что для выполнения указанного объема работы при условии, что одно посещение соответствует 3,8 УЕТ, необходимо около 170 тыс. должностей, а фактическое число должностей врачей-стоматологов и зубных врачей составляет немногим более 80 тыс.

Таким образом, приведенная в территориальной программе кратность УЕТ в одном посещении может сложиться только при условии, что все врачи-стоматологи и зубные врачи ведут амбулаторный прием и фактическое число посещений по стоматологии меньше планового в 2 раза. Сопоставить планово-нормативные и фактические данные по числу посещений врачей-стоматологов не представляется возможным. Дело в том, что число посещений к врачам-стоматологам, как и к другим врачам амбулаторного приема, содержащееся в отчетной форме медицинской организации (ф. №30), не публикуется в открытой печати, и эти показатели, как указывалось, недоступны для организаторов здравоохранения.

Число профилактических посещений в первоначальных территориальных программах не выделялось. Сопоставительные данные по плановым показателям по этим видам посещений на 2007 и на 2016 гг. представлены в табл. 2.6.

Таблица 2.6. Рекомендуемое число посещений с профилактическими и иными целями на 2016 г. и средние показатели, рекомендуемые для расчета норматива профилактических посещений на 2007 г.

Специальности	Число посещений		Отношение данных 2016 г. к 2007 г. (в %)
	на 2016 г.	на 2007 г.	
Кардиология и ревматология (на 2007 г. — кардиоревматология)	19,2	8,8	218,2
Педиатрия	340,5	212,2	160,5
Терапия	238,1	106,8	222,9
Эндокринология	25,5	25,5	100,0
Аллергология и иммунология (на 2007 г. — аллергология)	0,8	0,2	400,0
Неврология	28,7	18,7	153,4
Инфекционные болезни	3,5	1,5	233,3
Хирургия	65,4	60,9	107,4
Детская урология-андрология (на 2007 г. — урология)	10,2	2,2	463,6
Стоматология	185,0	108,2	171,0
Акушерство и гинекология	260,8	234,0	111,5
Оториноларингология	64,5	48,6	133,1
Офтальмология	75,3	52,4	143,7
Дерматология	72,5	41,6	174,3
Всего	1314,7 (расчетно)	921,7	142,6
Посещения центров здоровья	100,0	—	—
Посещения к среднему медицинскому персоналу	210,0	—	—
Разовые посещения по поводу заболевания	650,0	—	—
Посещения по медицинской помощи в неотложной форме	560,0	—	—
в том числе по стоматологии	15,0	—	—
Всего посещений по базовой программе ОМС	2910,0	—	—
Посещения при заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС, включая посещения с профилактической целью и по паллиативной медицинской помощи	600,0	—	—
Итого	3510,0	—	—

Общее число посещений по тем специальностям, по которым возможны сравнения, увеличилось более чем на 40%. По разным специальностям это увеличение носит неравномерный характер. Наиболее значимое увеличение, в 4–4,6 раза, отмечается по детской урологии-андрологии и по аллергологии-иммунологии.

Сопоставительные данные по посещениям с профилактическими и иными целями по двум последним территориальным программам представлены в табл. 2.7.

Таблица 2.7. Рекомендуемое число посещений с профилактическими и иными целями (на 1000 населения) на плановый период 2015 и 2016 гг.

Специальности	Число посещений	
	на 2016 г.	на 2015 г.
Кардиология и ревматология	19,2	19,2
Педиатрия	340,5	340,5
Терапия	238,1	218,1
Эндокринология	25,5	25,5
Аллергология и иммунология	0,8	0,8
Неврология	28,7	28,7
Инфекционные болезни	3,5	3,5
Хирургия	65,4	65,4
Детская урология-андрология	10,2	10,2
Стоматология	185,0	134,9
Акушерство и гинекология	260,8	290,9
Оториноларингология	64,5	64,5
Офтальмология	75,3	75,3
Дерматология	72,5	72,5
Посещения центров здоровья	100,0	100,0
Посещения к среднему медицинскому персоналу	210,0	230
Разовые посещения по поводу заболевания	650,0	650,0
Посещения по медицинской помощи в неотложной форме	560,0	500,0
в том числе по стоматологии	15,0	—
Всего посещений по базовой программе ОМС	2910,0	2800
Посещения при заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС, включая посещения с профилактической целью и по паллиативной медицинской помощи	600,0	600,0
Итого	3510,0	3400,0

Как видно из приведенных в табл. 2.7 данных, общее планово-нормативное число посещений с профилактическими и иными целями увеличено с 3400 до 3510,0 на 1000 населения. При этом по большинству специальностей данные остались неизменными. Увеличение показателей в расчете на 1000 населения произошло по стоматологии и по терапии, а также по посещениям в неотложной форме, при этом среди посещений в неотложной форме выделены посещения по стоматологии. В то же время уменьшен планово-нормативный показатель по акушерству и гинекологии и по посещениям к среднему медицинскому персоналу.