

ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Научно-практический рецензируемый журнал №1, 2016

ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ
Научно-практический рецензируемый журнал

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия. Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ТУ74-00953

Адрес редакции: 454048, г. Челябинск, ул. Яблочкина, 24

Редакция журнала:
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ»
тел.: 8 (351) 232-00-13
E-mail: sumed74@mail.ru
www.sumj.ru

При информационной поддержке:
Министерства здравоохранения Челябинской области
ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Издательство:
Журнал отпечатан с оригинал-макетов в дизайн-студии «ТЕТА», г. Челябинск, ул. Яблочкина, 23. Номер подписан в печать по графику 29 марта 2016 г. в 18:00. Фактически 29 марта 2016 г. в 18:00. Дата выхода 29 марта 2016 г. Распространяется бесплатно. Перепечатка материала допустима только с письменного согласия редакционного совета.

Перепечатка материалов допускается только с письменного разрешения редакционного совета

18+

Тираж: 500 экземпляров
Выходит 4 раза в год

Главный редактор:
Летяева О.И.

Редакционный совет:
Зиганшин О.Р.
Москвичева М.Г.
Телешева Л.Ф.
Гизингер О.А.
Осиков М.В.

Члены редакционной коллегии:
Абрамовских О.С. (Челябинск)
Алехин Д.И. (Челябинск)
Важенин А.В. (Челябинск)
Волосников Д.К. (Челябинск)
Долгушин И.И. (Челябинск)
Долгушина В.Ф. (Челябинск)
Евстигнеева Н.П. (Екатеринбург)

Зуев А.В. (Калининград)
Казачков Е. Л. (Челябинск)
Коркмазов М.Ю. (Челябинск)
Кохан М.М. (Екатеринбург)
Кремлев С.Л. (Челябинск)
Молочков В.А. (Москва)
Охлопков В.А. (Омск)
Привалов А.В. (Челябинск)
Сахарова В.В. (Челябинск)
Шишкова Ю.С. (Челябинск)
Шаназаров Н.А. (Астана)
Юозайтите Э.Б. (Вильнюс)
Юцковская Я.А. (Владивосток)
Jianghua Ou (Харбин)

Технический секретарь:
Дольникова О. А.

СОДЕРЖАНИЕ

- 3 Слово главного редактора

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- 4 Москвичева М.Г., Кремлев С.Л., Щепилина Е.С.
КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТА
- 9 Михалевская И.С., Инсарская Т.И., Красовская Е.В.
ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТНОГО КОНТРОЛЯ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ
- 14 Землянская Л.А.
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОВЕРОК ПОРЯДКОВ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ, МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ И МЕДИЦИНСКИХ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ
- 17 Клейменова Н.В., Криницкая Т.А.
О СОСТОЯНИИ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ В ДИНАМИКЕ ЗА 2013-2015 гг.
- 21 Жукова Н.В., Москвичева М.Г., Сахарова В.В., Якушев А.М.
О РЕЗУЛЬТАТАХ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ
- 25 Николаева Е.В.
РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТРОЛЯ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ПОРЯДКА ВЫДАЧИ, ПРОДЛЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2015 ГОД
- 29 Пирогова Л.А., Пирогова А.В.
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2015 ГОД
- 33 Правила оформления статей для журнала «Южно-уральский медицинский журнал»

О.И. Летяева

СЛОВО ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

Вы держите в руках специальный выпуск Южно-уральского медицинского журнала, приуроченный к Областной научно-практической конференции «Актуальные вопросы клинико-экспертной работы». В последнее десятилетие произошел не только качественный скачок в технологическом обеспечении медицинской помощи, но и существенно поменялись организационно-правовые подходы в здравоохранении.

Подобные мероприятия - это возможность узнать новое, обменяться мнениями и поделиться накопленным опытом, приобрести тот багаж знаний и навыков, который позволит эффективно работать во благо наших пациентов.

В этом специальном выпуске представлены работы ведущих специалистов и экспертов в области организации здравоохранения, где собрана квинтэссенция всех действующих нормативных документов, обобщен опыт работы по экспертным вопросам.

Надеюсь, что «Южно-Уральский медицинский журнал» повысит уровень информированности специалистов и позволит использовать новые знания в практической работе.

Искренне желаю участникам конференции успешной работы и благополучия.

*Главный редактор «Южно-Уральского медицинского журнала», Доктор медицинских наук
Ольга Ивановна Летяева*



Москвичева М.Г., Кремлев С.Л., Щепилина Е.С.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТА

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования

«Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

454092, Россия, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Воровского, 64

Москвичева Марина Геннадьевна, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФДПО ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России.

Кремлев Сергей Леонидович, доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФДПО ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России,

Щепилина Екатерина Сергеевна, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФДПО ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России.

Автор, ответственный за переписку: Москвичева Марина Геннадьевна, 454092, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Воровского, 64; e-mail: moskvichevamg@mail.ru; телефон/факс: +7 (351) 231-48-90.

РЕЗЮМЕ

Одним из главных критериев качества медицинской помощи является удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием. Изучены основные факторы, влияющие на формирование удовлетворенности пациентов, получающих медицинскую помощь в медицинских организациях Челябинской области.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, удовлетворенность пациентов, факторы, влияющие на удовлетворенность пациентов.

Summary. One of the main criteria of quality of medical care is patient satisfaction with medical care. Studied the main factors influencing the satisfaction of patients receiving medical care in medical institutions of Chelyabinsk region.

Key words: the quality of care, patient satisfaction, factors affecting satisfaction of patients.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Одним из важных социальных аспектов эффективности деятельности системы здравоохранения как в стране в целом, так

и в отдельных регионах является степень удовлетворенности населения доступной и качественной медицинской помощью.

Под удовлетворенностью пациентов понимается восприятие ими степени выполнения их требований и ожиданий. Оценка медицинской помощи пациентами вещь достаточно субъективная. Она будет зависеть не только от реального положения дел, но и от ожиданий и запросов пациентов, их психологического и физического состояния. В связи с этим оценка удовлетворенности пациентов должна обязательно включать в себя социально-психологический анализ восприятия ими характеристик оказываемой медицинской помощи, включая сервисное обслуживание, особенности психологического взаимодействия медицинских работников и пациентов, соблюдение прав пациентов при оказании медицинской помощи [3].

В соответствии с ГОСТ ISO 9000-2011 «Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь» первым из основных принципов управления качеством является ориентирование на потребителя, поэтому одним из главных критериев качества медицинской помощи является удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием [1].

Важнейшим инструментом изучения удовлетворенности пациентов являются социологические исследования, результаты которых позволяют выявить основные причины формирования у пациентов оценки качества медицинской помощи и ее влияние на отдельные составляющие медицинского обслуживания. К основным компонентам формирования у пациентов оценки качества медицинской помощи относятся время ожидания медицинского работника, соблюдение прав при оказании медицинской помощи, доступность медицинской помощи, в том числе и финансовая, и другие [2].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить основные факторы, влияющие на формирование удовлетворенности па-

циентов, получающих медицинскую помощь в медицинских организациях Челябинской области.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С целью оценки удовлетворенности граждан медицинской помощью, оказанной в государственных и муниципальных медицинских организациях (далее – МО) Челябинской области, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, проведено социологическое исследование путем анкетирования, в рамках которого проведен опрос 1000 респондентов, в том числе 300 респондентов, в возрасте старше 18 лет, являющихся пациентами поликлиник и стационаров, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению, 300 законных представителей (родителей) детей, являющихся пациентами МО (детских поликлиник и стационаров) области, 200 респондентов, являющихся пациентами женских консультаций и родильных домов, 200 пациентов МО, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях наркологического, дерматовенерологического, фтизиатрического, онкологического профилей, а также больным ВИЧ-инфекцией. Из числа опрошенных: 392-пациенты МО г. Челябинска, 376 пациентов МО городских округов, 232 пациентов МО сельских районов области.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Основными причинами неудовлетворенности медицинской помощью, полученной взрослыми пациентами в стационарных условиях, явилась необходимость приобретения лекарственных средств и расходных материалов в период госпитализации, что отметили 8% опрошенных пациентов, 15% пациентов отметили,

что в период госпитализации были направлены на диагностические исследования в другие МО, при этом 26% из направленных были вынуждены оплатить назначенные диагностические исследования, лишь 33,3% из направленных в другие МО были доставлены транспортом направившей МО, 66,7% пациентов решали этот вопрос за счет собственных средств (рис. 1).

Одной из основных причин неудовлетворенности медицинской помощью, оказанной взрослым пациентам в амбулаторных условиях, является несоответствие нормативным, установленным Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению (далее – ПГГ), срокам ожидания диагностических исследований – более 10 дней с момента получения направления ожидали: исследование крови на уровень гормонов – 6% пациентов, суточное мониторирование артериального давления (далее – АД) – 13% пациентов, суточное мониторирование электрокардиограммы (далее – ЭКГ) – 10,5% пациентов, ультразвуковое исследование – 18,5% пациентов, эндоскопическое исследование – 35% пациентов, эхокардиографию – 22,5% пациентов (рис. 2).

На вопрос о динамике возможности попасть на прием к участковому терапевту 36,0% пациентов МО отметили улучшение, об ухудшении сказали 8,0% опрошенных.

Остаются сложности в льготном лекарственном обеспечении – лишь 37,1% взрослых пациентов ответили, что не встречались с трудностями при получении лекарственных средств на льготной основе, 40,1% опрошенных сказали, что приходится долго ждать, искать препарат, имея оформленный рецепт, 10,8% отметили, что врачи не выписывают рецепты, ссылаясь на отсутствие лекарственных средств в аптеках (у детей это отметили 24% опрошенных родителей).

Основными причинами неудовлетворенности родителей медицинской помощью, оказан-

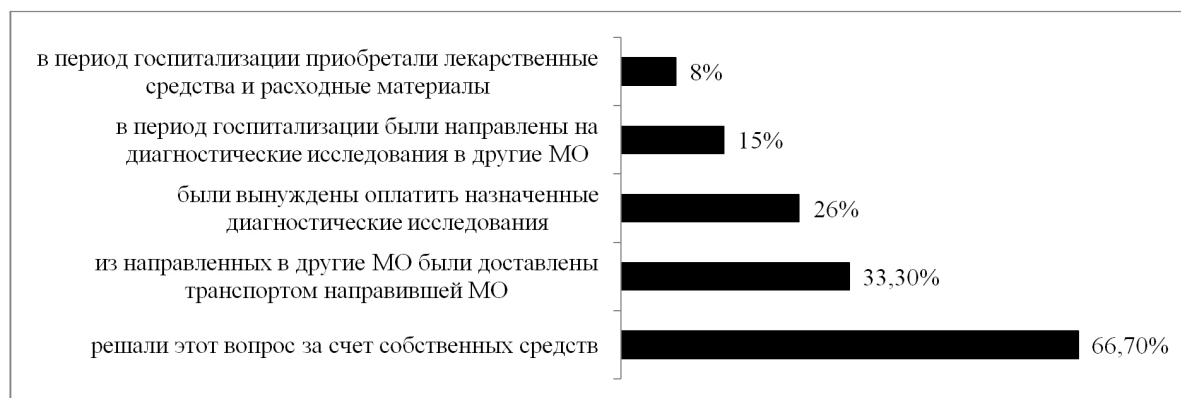


Рис. 1. Основные причины неудовлетворенности медицинской помощью, оказанной взрослым пациентам в стационарных условиях

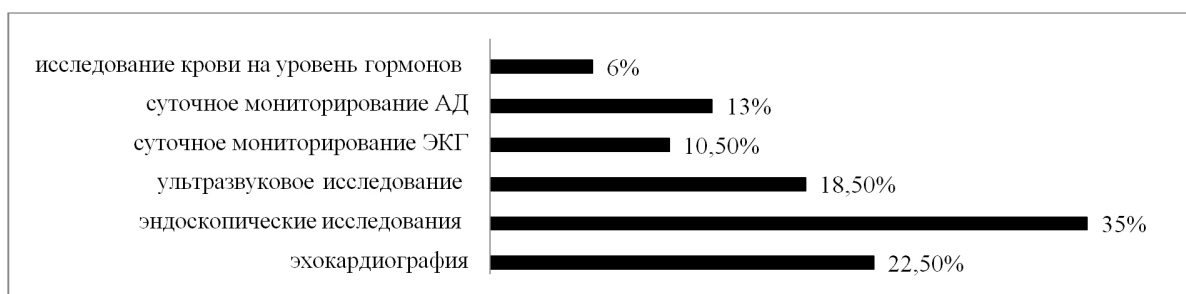


Рис. 2. Основные причины неудовлетворенности медицинской помощью, оказанной взрослым пациентам в амбулаторных условиях

ной детям в стационарных условиях, явилось следующее -13% респондентов отметили, что встретились со сложностями при посещении госпитализированных детей, 17% родителей отметили, что в период госпитализации детей направляли на обследование в другие МО, где (в отличие от взрослых) в 100% случаев было проведено бесплатное обследование, однако и здесь 47% респондентов отметили, что добирались до другой МО за счет собственных средств, 1 на 100 опрошенных родителей отметил сложности в решении вопроса о совместном нахождении с ребенком в стационаре (рис. 3). Одной из основных причин неудовлетво-

дений, суточное мониторирование АД – 15%, суточное мониторирование ЭКГ – 11%, ультразвуковое исследование – 4%, эндоскопическое исследование – 17%, эхокардиографию – 11,5% респондентов (рис. 4).

Основными причинами неудовлетворенности медицинской помощью, оказанной женщинам в родильном доме/отделении, явилась необходимость приобретения лекарственных средств и расходных материалов в период госпитализации, что отметили 3% опрошенных женщин, 34% женщин были доставлены в родильный дом (родильное отделение) бригадой скорой помощи, 66% женщин поступили

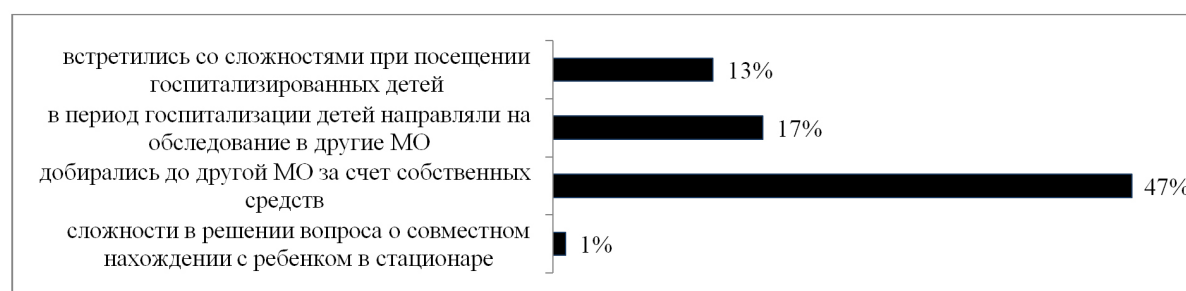


Рис. 3. Основные причины неудовлетворенности родителей медицинской помощью, оказанной детям в стационарных условиях

ренности родителей медицинской помощью, оказанной детям в амбулаторных условиях, является несоответствие нормативным, установленным ПГГ, срокам ожидания диагностических исследований - более 10 дней с момента получения направления ожидали: исследование крови на уровень гормонов – 13% респон-

дентов, при этом у всех опрошенных женщин не возникло сложностей с госпитализацией в родильный дом (родильное отделение), 86% опрошенных женщин знают, что законодательством Российской Федерации предусмотрена возможность нахождения отца ребенка или одного из членов семьи при родах,

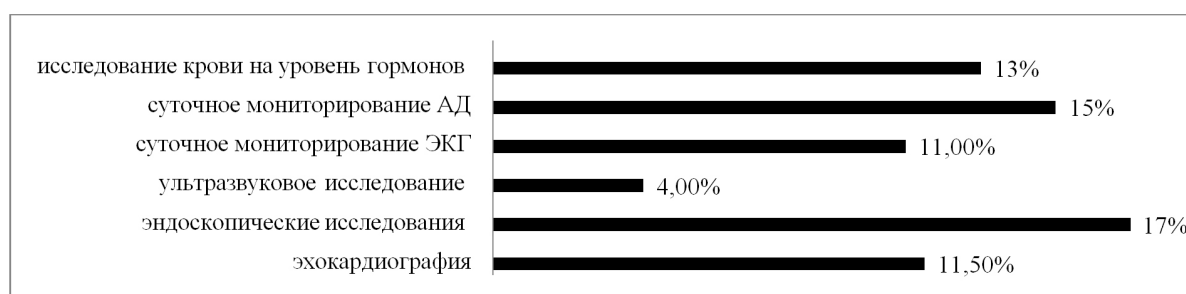


Рис. 4. Основные причины неудовлетворенности родителей медицинской помощью, оказанной детям в амбулаторных условиях

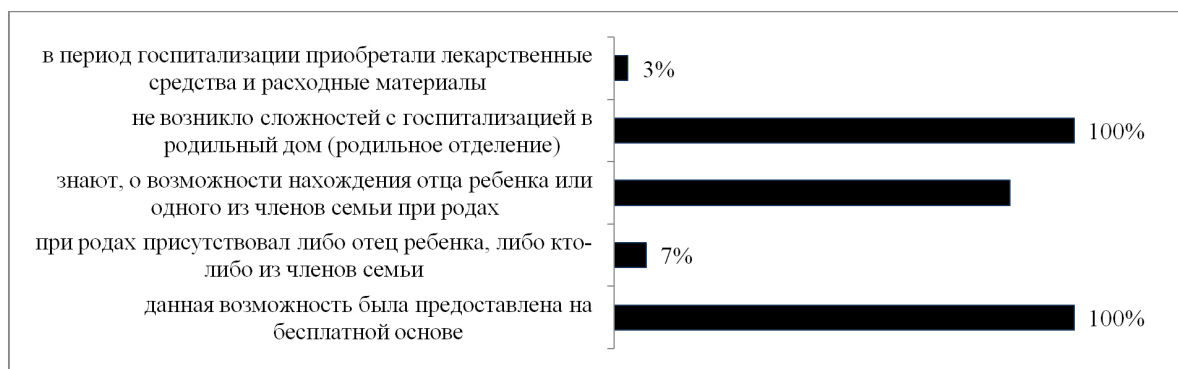


Рис. 5. Профиль удовлетворенности медицинской помощью, оказанной женщинам в родильном доме/отделении

при этом у 7% женщин при родах присутствовал либо отец ребенка, либо кто-либо из членов семьи, при этом в 100% данная возможность была предоставлена на бесплатной основе (рис. 5).

Одной из основных причин неудовлетворенности медицинской помощью, оказанной

по искусственному прерыванию беременности (аборт) ?» 4% опрошенных женщин дали положительный ответ, при этом выявлено нарушение статьи 56 Федерального закона от 21. 11. 2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" [4] (табл. 1).



Рис. 6. Основные причины неудовлетворенности медицинской помощью, оказанной женщинам в женской консультации

женщинам в женской консультации, является несоответствие нормативным, установленным ПГГ, срокам ожидания диагностических исследований – более 10 дней с момента получения направления ожидали: исследование крови – 4,2% респондентов, исследование крови на уровень гормонов – 6,5%, суточное мониторирование АД – 33%, суточное мониторирование ЭКГ – 17%, УЗИ-исследование – 11%, эндоскопическое исследование – 33%, эхокардиографию – 13,5% респондентов (рис. 6).

На вопрос «Приходилось ли Вам, за прошедший год, обращаться за проведением операции

Ответ респондентов:	%
в этот же день	25,0
на следующий день	25,0
через два дня	0,0
через неделю и более	25,0
отказ от ответа	25,0

Таблица 1. Через какое время, после Вашего обращения, была проведена операция искусственному прерыванию беременности?

Общими причинами неудовлетворенности для всех категорий респондентов явились: пе-

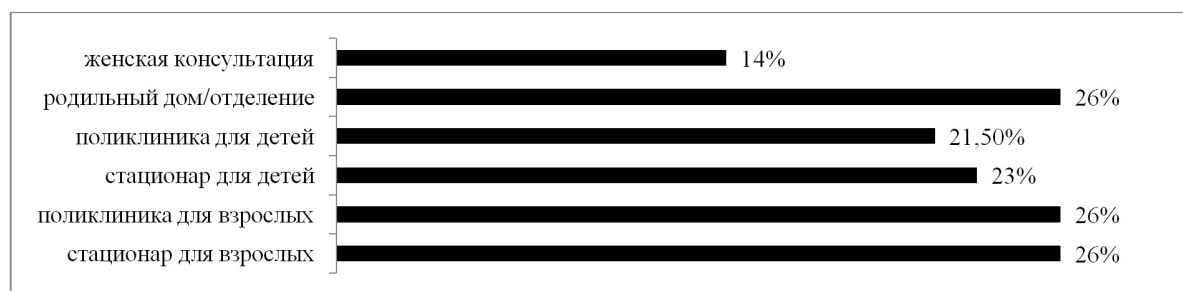


Рис. 7. Перенаправление в частные МО для проведения лабораторных и инструментальных методов обследования



Рис. 8. Отказ в получении бесплатной медицинской помощи и предложение пролечиться в той же МО на платной основе

ренаправление в частные МО для проведения лабораторных и инструментальных методов обследования при получении медицинской помощи в рамках ПГГ (рис. 7), отказ в получении бесплатной медицинской помощи и предложение пролечиться в той же МО на платной основе (рис. 8), ожидание прохождения компьютерной или магнитно-резонансной томографии (далее – КТ или МРТ) (рис. 9).

Системная проблема недостаточной доступности диагностических исследований требует решения в рамках работы органов управления здравоохранения всех уровней и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Полученные данные свидетельствуют о недостаточной правовой грамотности медицинских работников и необходимости изучения



Рис. 9. Ожидание прохождения КТ или МРТ

Кроме того, среди взрослых пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, 78% опрошенных указали, что ожидали прохождения ангиографии более 30 дней с момента получения направления.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ мнения пациентов во многом объясняет высокий уровень неудовлетворенности населения Челябинской области оказанной медицинской помощью и конкретизирует задачи, стоящие перед МО. Только при условии понимания важности изменения отношения как руководителя МО, так и медицинских работников к времени ожидания медицинского работника, соблюдению прав при оказании медицинской помощи, доступности медицинской помощи, в том числе и финансовой, и к другим факторам, возможно изменение имеющегося уровня неудовлетворенности населения оказанной медицинской помощью.

вопросов обеспечения прав пациентов при оказании медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. "ГОСТ ISO 9000-2011. Межгосударственный стандарт. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь".
2. Зырянов С.Г. Удовлетворенность населения Челябинской области организацией и качеством медицинского обслуживания (по результатам социологического мониторинга) /С.Г.Зырянов, В.А.Шепелев, М.Г. Москвичева, А. Н. Саевец //Монография. -Челябинск, 2009. -239 с.
3. Трифонов Г.С. Ожидание в очереди как фактор восприятия качества медицинской помощи / Г. С.Трифонов // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. - 2015. - № 9. - С. 9-11.
4. Федеральный закон от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Михалевская И.С., Инсарская Т.И., Красовская Е.В.

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТНОГО КОНТРОЛЯ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области, г. Челябинск, Россия, 454000 ул. Труда, 156

Михалевская Ирина Сергеевна- директор территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области;

Инсарская Татьяна Ивановна – заместитель директора по вопросам ОМС территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, кандидат медицинских наук;

Красовская Елена Владимировна – начальник отдела медицинской экспертизы территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области

Автор, ответственный за переписку– Красовская Елена Владимировна.

эл. адрес – krasovskaya74@gmail.com, тел +79193305474

РЕЗЮМЕ

В статье отражена динамика результатов экспертизы качества медицинской помощи в период с 2013 по 2015 год. Представлен уровень дефектов с учетом условий и профильности оказания медицинской помощи, отмечена необходимость развития тематических экспертиз с целью оценки качества медицинской помощи тех случаев, которые являются основной причиной смертности населения.

Ключевые слова: экспертиза качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, объем экспертиз, уровень дефектов, тематическая экспертиза.

Summary. In the article " The questions of expert control of compulsory health insurance in Chelyabinsk region" you can find the evolution of the results over the period from 2013 TO 2015. There is the level of faults in health care conditions and profiles. There is the need for the check up and control improvement of medical help concerning the cases which specifically contribute to the mortality rate.

Key words: quality control of medical help in the compulsory health insurance system, the volume of control, the level of faults, theme control.

В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

от 21.11.2011. г. № 323 дано понятие качества медицинской помощи, как «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».

Результатом качественной медицинской помощи является достижение максимально положительного результата в виде стабилизации состояния при хроническом или выздоровления при остром заболевании. Важным является своевременность оказания медицинской помощи и предупреждение развития грозных осложнений, которые влияют на причины смертности населения. Таким образом, совершенствование качества медицинской помощи является одним из факторов, влияющих на показатели здоровья населения.

Важным является тенденция на увеличение средней продолжительности жизни за счет снижения смертности населения. Недаром 2015 год был объявлен Президентом Национальным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями[2].

Наиболее широко контрольная функция за качеством оказания медицинской помощи представлена в системе обязательного медицинского страхования, где регламентирован объем проверяемой медицинской документации. Важным условием является проведение проверки во всех медицинских организациях, работающих в системе обязательного медицинского страхования с учетом условий оказания медицинской помощи: стационарной, стационарзамещающей, амбулаторной и скорой медицинской помощи.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования явилось проведение анализ результатов экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. 0,005.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На территории Челябинской области экспертный контроль проводится в соответ-

ствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденному приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230 (далее - Порядок) с соблюдением 3 последовательных этапов: медико – экономического контроля (МЭК), медико –экономической экспертизы (МЭЭ), экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП).

Объем экспертизы качества медицинской помощи рассчитывается от числа законченных случаев лечения не менее процента, регламентированного Порядком и составляет не менее 5 по круглосуточному стационару (далее КС); 3 - по стационарзамещающим подразделениям (далее СЗП); 0,5 – амбулаторно-поликлиническим подразделениям (далее АПП) и 1, 5 - по скорой медицинской помощи (далее СМП)[3].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В данной статье представлены результаты третьего этапа контроля - ЭКМП, проведенного профильными специалистами, требования к которым определены Порядком ведения

Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих

- порядков оказания медицинской помощи;
- стандартов медицинской помощи;
- клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти

Таким образом, требования к оценке качества медицинской помощи, как при проведении внутреннего контроля [1], так и контроля в системе обязательного медицинского страхования единые [3]. Тем не менее, частота встречаемости дефектов по данным экспертов качества медицинской помощи, работающих в системе обязательного медицинского страхования при оказании медицинской помощи в медицинских организациях области достаточно высока (таблица 1).

Таким образом, требования к оценке качества медицинской помощи, как при проведении внутреннего контроля [1], так и контроля в системе обязательного медицинского страхования единые [3]. Тем не менее, частота встречаемости дефектов по данным экспертов качества медицинской помощи, работающих в системе обязательного медицинского страхования при оказании медицинской помощи в медицинских организациях области достаточно высока (таблица 1).

Таблица 1

Результаты оценки качества медицинской помощи по данным ЭКМП

	2015 год		2014 год		2013 год	
	Абсолютное число	Показатель дефектов	Абсолютное число	Показатель дефектов	Абсолютное число	Показатель дефектов
Количество экспертиз качества медицинской помощи	240 679		194 717		214 806	
Выявлено нарушений всего, в том числе	64 762	27	57 135	29	50 823	23

территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования (ТФОМС) и размещения его на официальном сайте ТФОМС в сети "Интернет", утвержденного приказом ФФОМС от 13.12.2011 N 230 т.е. специалистами, имеющими высшее медицинское образование, стаж работы по специальности не менее 10 лет, соответствующий сертификат и прошедшие подготовку в системе обязательного медицинского страхования, в том числе, по технологии оценки качества медицинской помощи.

По результатам контроля за последние 3 года количество экспертиз имеет тенденцию к увеличению, уровень выявленных нарушений соответствует значениям 23-29-27 случаев в расчете на 100 экспертиз.

Результаты контроля с учетом условий оказания медицинской помощи представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы, чаще встречаются дефекты при оказании медицинской помощи в условиях стационарзамещающих подразделений, затем в порядке убывания - в круглосуточном стационаре, амбулаторно-поли-

Таблица 2
Результаты ЭКМП 2015 г с учетом условий оказания медицинской помощи

Условия оказания МП	Всего экспертиз	Из них с дефектами	Показатель дефектов
Стационарзамещающие подразделения	16946	5386	32
Круглосуточный стационар	45291	13319	29
Амбулаторно – поликлинические подразделения	161628	42858	27
Скорая медицинская помощь	20887	3076	15

клиническом подразделении наименьший показатель отмечен при оказании СМП. Сравнительные результаты контроля показали, что меньшее число дефектов отмечено при оказании медицинской помощи детскому населению (таблицы 3, 4).

ния, связанные с оформлением медицинской документации, где преобладают дефекты ведения медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы (таблица 5).

На протяжении последних 3 – х лет стабильно отмечается высокий показатель дефектов

Таблица 3
Результаты экспертизы качества медицинской помощи взрослому населению с учетом условий оказания медицинской помощи

Условия оказания МП	Показатель дефектов		
	2015год	2014год	2013 год
Амбулаторно поликлинические подразделения	27	32	26
Стационарзамещающие подразделения	37	39	26
Круглосуточный стационар	29	26	22
Скорая медицинская помощь	15	15	20
Всего	27	29	24

Таблица 4
Результаты экспертизы качества медицинской помощи детскому населению с учетом условий оказания медицинской помощи

Условия оказания МП	Показатель дефектов		
	2015год	2014год	2013 год
Амбулаторно- поликлинические подразделения	25	25	22
Стационарзамещающие подразделения	25	28	19
Круглосуточный стационар	30	29	17
Скорая медицинская помощь	5	6	4
Всего	25	25	21

С учетом условий оказания медицинской помощи уровень дефектов выше при оказании стационарной помощи детям.

Среди выявленных дефектов лидируют нарушения, связанные с некачественным оказанием медицинской помощи. Наибольший удельный вес приходится на неисполнение стандартов и порядков медицинской помощи. Кроме того, отмечены несоблюдение сроков оказания медицинской помощи, случаи госпитализации пациентов, помощь которым могла быть оказана на амбулаторном этапе и (или) в условиях СЗП.

На втором месте по значимости - нарушение

при оказании медицинской помощи по ряду профилей (таблица 6).

Обращает на себя внимание тенденция увеличения уровня дефектов на протяжении последних трех лет по основным профилям, представленным в таблице. На наш взгляд, это связано с совершенствованием технологии экспертной проверки, стандартизации законодательной и нормативной базы, которая позволяет однозначно отнести то или иное отклонение в оказании медицинской помощи к определенному дефекту.

Отмечен высокий уровень дефектов при оказании медицинской помощи пациентам

Таблица 5
Дефекты оказания медицинской помощи по результатам ЭКМП

Дефекты	Показатель дефектов		
	2015 год	2014 год	2013 год
Оказания медицинской помощи	79	80	17
Оформления первичной медицинской документации	18	19	6
Ограничивающие доступность медицинской помощи	0,18	0,15	0,02
Прочие	43	42	53

Таблица 6
Дефекты при оказании медицинской помощи по отдельным профилям

Профили МП	2015 год		2014 год		2013 год	
	Количество ЭКМП	Показатель дефектов	Количество ЭКМП	Показатель дефектов	Количество ЭКМП	Показатель дефектов
Общеврачебная практика	4 299	77	3 765	64	4 790	64
Терапевтический	37 651	39	36 951	48	38 272	34
Стоматологический	4 202	33	14 596	34	23 443	29
Инфекционный	2 954	39	2 939	32	4 232	21
Неонатология	349	29	365	29	1 079	18
Неврологический	11 644	28	11 440	22	10 255	24
Педиатрический	44 100	27	31 539	28	30 886	19
Кардиологический	9 398	23	5 338	28	6 729	20
Хирургический	22 148	26	12 960	25	16 417	20

неврологического профиля, сохраняется, с незначительной тенденцией к снижению, уровень дефектов при оказании кардиологической помощи населению области.

В структуре неврологического и кардиологического профиля особое внимание необходимо уделять таким заболеваниям, как нарушение мозгового кровообращения, острый коронарный синдром - именно тем нозологиям, которые являются причиной высокой смертности населения.

Проведены тематические экспертизы этой категории пациентов. Выявлены дефекты, связанные с нарушением порядков оказания медицинской помощи, приказов по профильной маршрутизации пациентов в ПСО и РСЦ. Основными нарушениями эксперты качества медицинской помощи отметили такие, как неисполнение стандарта медицинской помощи в части не назначения электрокардиографического исследования в динамике, суточного мониторинга ЭКГ, ЭХОкардиоскопии, КТ, МРТ, биохимических исследований. В части недостаточного лечения отмечено отсутствие тромболитической терапии при наличии по-

казаний, отсутствие наблюдения в реанимации обязательного в стандарте медицинской помощи, неадекватное назначение антикоагулянтов. Кроме того, ведение медицинской документации не позволяло провести оценку времени начала острого нарушения мозгового кровообращения, болевого синдрома, наличие сопутствующей патологии, что затрудняло оценку показаний к проведению тромболитической терапии при остром коронарном синдроме, своевременности оказания медицинской помощи. Пациенты, госпитализированные по тяжести состояния в «ближайшую больницу», в дальнейшем не переводились в медицинские организации более высокого уровня при стабилизации состояния и проведения всего спектра лечения

Также следует обратить внимание на результаты целевых экспертиз, проведенных по случаям оказания медицинской помощи, закончившихся летальным исходом. Средний показатель дефектов по летальным случаям составил 43 случая в расчете на 100 экспертиз и превысил средне - областной показатель (26 на 100 экспертиз) практически в 1,6 раза. Это

ВЫВОДЫ

1. В медицинских организациях первого уровня необходимо провести анализ причин высокого уровня дефектов и усилить внутренний контроль качества с учетом зон неэффективности.

2. Необходимо обязательное соблюдение порядков и стандартов оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями, являющимися причиной высокой смертности населения.

3. Высокий уровень дефектов при оказании медицинской помощи в медицинских организациях Челябинской области требует системного подхода, направленного на развитие системы управления качеством медицинской помощи в медицинских организациях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Москвичева М.Г. Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации / М.Г. Москвичева, В.Б. Щетинин, Е.С.Щепилина // учебное пособие. – Челябинск, 2014. – 156 с.

2. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию от 04.12.2014г. "Послание Президента РФ Федеральному Собранию".

2. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010г. №230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию".

Землянская Л.А.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОВЕРОК ПОРЯДКОВ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ, МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ И МЕДИЦИНСКИХ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ

Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Челябинской области
454091, Челябинская область, г.Челябинск, площадь Мопра, 8А

Л.А. Землянская - Руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Челябинской области,

Автор, ответственный за переписку Землянская Лариса Александровна, 454091, Челябинская область, город Челябинск, площадь Мопра, 8А, : телефон 8 - (351) 263-21-22, эл. почта - info@74reg74.roszdravnadzor.ru

Контроль был и остается одним из ключевых звеньев системы государственного управления. От его эффективности зависит реализация решений Президента Российской Федерации и органов исполнительной власти, исполнение бюджетных обязательств, а в конечном счете — обеспечение прав и законных интересов граждан России [6].

Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения осуществляет функции по контролю (надзору) за соблюдением законодательства в сфере здравоохранения. Территориальным органом Росздравнадзора по Челябинской области проводится плановая и внеплановая работа по контролю и надзору в сфере здравоохранения, а также по исполнению всех государственных функций, полномочий и обязанностей, возложенных на территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения в субъекте Российской Федерации [2, 3, 5].

Для достижения указанных целей в соответствии с планом контрольных (надзорных) мероприятий, согласованным с Прокуратурой Челябинской области, Территориальным органом Росздравнадзора проводились контрольные мероприятия. Одной из ключевых функций Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения является государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

Задачами государственного контроля являются предупреждение, выявление и пресечение нарушения органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, а

также осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее - обязательные требования), и принятие предусмотренных законодательством Российской Федерации мер по пресечению и (или) устранению последствий нарушения обязательных требований [1, 4]. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется посредством проведения проверок в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 N 1152 "Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности".

За 2015 год проведено 150 проверок (в 2014 году - 110) государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, что составляет 7,3% (в 2014 году 5,4%) от количества подконтрольных юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

Из 150 проверок проведено 40 плановых выездных (в 2014 году 40 плановых) и 110 внеплановых (в 2014 году 70 внеплановых), в том числе выездных 29 и документарных 81.

В ходе проверок в 2015 году выявлено 139 правонарушений, по результатам 56 проверок, что составляет по 2,5 нарушения на 1 проверку (3 в 2014 году). Типичными нарушениями как в 2014, так и в 2015 году были:

- нарушения прав на охрану здоровья в части оказания гражданам доступной и качественной медицинской помощи,
- нарушения прав на медицинскую помощь,
- несоблюдение порядков и стандартов при оказании медицинской помощи;
- нарушения ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
- нарушения порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований.

В структуре нарушений прав на доступную

и качественную медицинскую помощь выявлялись следующие нарушения:

- несоответствие оказанной медицинской помощи сложившейся клинической практике, стандартам и порядкам оказания медицинской помощи;
- необоснованный отказ в оказании медицинской помощи;
- нарушения квалификации медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь пациенту;
- нарушения оформления медицинской документации.

В структуре нарушений прав на медицинскую помощь выявлялись нарушения:

- отсутствие информирования граждан о программе госгарантий на бесплатную медицинскую помощь;
- отсутствие информированного согласия на медицинское вмешательство, неполная информация о состоянии здоровья, необходимости обследования и лечения;
- нарушения сроков прерывания беременности;
- несоблюдение врачебной тайны.

При контроле за соблюдением проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и освидетельствований имелись нарушения порядка проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и освидетельствований:

- отсутствие полномочий на проведение медицинских экспертиз, медицинских осмотров, освидетельствований (отсутствие соответствующего вида работ (услуг) в лицензии);
- неполный состав комиссии, проводящий медицинские осмотры, отсутствие осмотров психиатра и или психиатра-нарколога муниципальной, государственной системы здравоохранения;
- отсутствие или несоблюдение сроков направления на врачебную комиссию;
- отсутствие необходимой квалификации у медицинских работников по специальности профпатология, специальной подготовки по предрейсовым и послерейсовым медицинским осмотрам, повышения квалификации один раз в пять лет;
- нарушения порядка выдачи и продления листов нетрудоспособности;
- нарушения ведения медицинской документации.

При контроле за организацией и проведением внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности были такие нарушения:

- отсутствие положения о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности;

- нарушения работы врачебной комиссии, а именно: отсутствие отчетов и

протоколов заседания врачебной комиссии;

- отсутствие документов по мероприятиям повышения качества медицинской помощи, эффективности внутреннего контроля;

- экспертиза качества, проведенная в медицинских организациях не соответствует приказу Минздрава Российской Федерации от 07.07.2015 №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

По итогам проверок при обнаружении нарушений выдано 56 предписаний (51 в 2014 году), что составляет 37% от проведенных проверок (43% в 2014 году), и 16 протоколов (12 в 2014 году).

Таким образом, в 2015 году наблюдается высокий процент 7,3% (рекомендуемый 5-7%) охвата государственным контролем качества и безопасности медицинской деятельности. При государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности традиционно высокий процент проведения внеплановых проверок 63,6% в 2014 году и до 73% в 2015 году. В ходе проверок в 2015 году в 37% случаев выявлены нарушения (в 2014 году 43%). В среднем на одной проверке выявляется 2,5 правонарушения. По итогам проверок при выявлении нарушений выдаются предписания, при нарушениях, за которые предусмотрена административная ответственность, составляются протоколы административного правонарушения. Исполнение предписаний берется на контроль. За 2015 год не исполнено в срок 2 предписания (в 2014 году не исполнено 2 предписания), составлены протоколы административного правонарушения. К концу 2015 года во всех случаях получена информация об исполнении предписаний.

Информация о результатах проверок для принятия соответствующих мер направлялась в Росздравнадзор, в органы Прокуратуры, в правоохранительные органы и в Министерство здравоохранения Челябинской области.

Кроме того, в 2015 году в соответствии с поручениями Правительства Российской Федерации Территориальным органом Росздравнадзора по Челябинской области проводились проверки по контролю за соблюдением мер направленных на снижение смертности населения от инфекционных заболеваний (гриппа) и соблюдения прав по доступности обезболивающей терапией и паллиативной помощью.

В ходе проверок за соблюдением мер направленных на снижение смертности населения от инфекционных заболеваний (гриппа) были выявлены нарушения:

- недостижение индикативного показателя

- процента населения, вакцинированного против гриппа (индикатив 30%), привито 28,5% населения;

- не определен порядок лабораторного обследования больных групп риска в Златоустовском, Южноуральском, Агаповском, Брединском, Нагайбакском, Варненском, Октябрьском, Саткинском, Ашинском, Еткульском муниципальных образованиях;

- нет документов по маршрутизации пациентов при необходимости госпитализации, перевода в отделения реанимации и подключения ИВЛ.

При контроле соблюдения прав по доступности обезболивающей терапией и паллиативной помощью были выявлены нарушения прав на облегчение боли:

- не обеспечиваются в необходимом объеме наркотическими лекарственными препаратами; нет достаточного набора наркотических лекарственных средств;

- нет возможности выписки рецептов на наркотические лекарственные препараты при выписке из стационара;

- нет выписки рецептов на наркотические лекарственные препараты самостоятельно медицинскими работниками (только через врачебную комиссию);

- на дому рецепты на наркотические лекарственные препараты не оформляются;

- недостаточное количество мест отпуска наркотических лекарственных препаратов сельского населения.

По итогам проверок также выданы предписания об устранении нарушений, получена информация об устранении нарушений. Для предотвращения аналогичных нарушений сведения доведены до Министерства здравоохранения Челябинской области, данные вопросы заслушивались на координационных совещаниях Территориального органа Росздравнадзора по Челябинской области, Министерства здравоохранения Челябинской области и ТФОМС.

Основной целью контрольных мероприятий Территориального органа Росздравнадзора по Челябинской области на 2016-2017 годы является защита прав и интересов граждан Челябинской области в сфере здравоохранения посредством контроля за соблюдением законодательства юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями при осуществлении ими деятельности в сфере здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.2004г. №323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения».

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 12.11.2012г. №1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.12.2012г. №1040н «Об утверждении Положения о территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения».

4. Федеральный закон от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5. Федеральный закон от 26.12.2008г. №294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля».

6. Шаронов А.Н. Государственный и ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности: разграничение полномочий между Росздравнадзором и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации / А.Н. Шаронов, С.В. Ковалёв // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – №2. – С.3-5.

Клейменова Н.В., Криницкая Т.А.

О СОСТОЯНИИ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ В ДИНАМИКЕ ЗА 2013-2015 ГГ.

Федеральное казенное учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Челябинской области» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

454091 г. Челябинск, ул. К. Маркса, 38.

Клейменова Наталья Владимировна, руководитель-главный эксперт ФКУ «ГБ МСЭ по Челябинской области» Минтруда России, Заслуженный врач РФ Криницкая Татьяна Анатольевна, начальник отдела по организации работы с документами и обращениями граждан ФКУ «ГБ МСЭ по Челябинской области» Минтруда России.

Автор ответственный за переписку: Криницкая Татьяна Анатольевна

454091 г. Челябинск, ул. К. Маркса, 38, krinic-ta@mail.ru, 8-912-772-15-69

РЕЗЮМЕ

Анализ данных статистической отчетности показателей первичной и повторной инвалидности взрослого населения Челябинской области за период 2013-2015 гг. показал снижение уровня первичной и повторной инвалидности.

В структуре как первичной, так и повторной инвалидности по возрасту преобладают инвалиды пенсионного возраста, в структуре инвалидности по тяжести - 3 группа инвалидности, в нозологической структуре преобладает сердечно-сосудистая патология.

Ключевые слова: первичная инвалидность, повторная инвалидность, структура инвалидности, уровень инвалидности.

Summary. An analysis of statistical registering of indicator of primary and repeated disability of adult population of the Chelyabinsk region for the period 2013-2015 гг. showed a decrease in the level of primary and repeated disability.

In the structure of both primary and secondary disability by age is dominated by persons with disabilities of the retirement age, in the structure of disability severity group 3 disability, in the nosological structure of prevalent cardiovascular disease.

Key words: primary disability, repeated disability, structured disability, level disability.

Инвалидность - сложное медико-социальное явление, формирующееся под воздействием социально-бытовых, производственно-профессиональных, медицинских,

биологических и поведенческих факторов. Инвалидность является одним из важнейших показателей здоровья населения, к тому же, в определенной степени, может служить показателем качества и эффективности социально-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий.

В соответствии с Конвенцией ООН о правах инвалидов, инвалидность - понятие эволюционирующее и является результатом взаимодействия между имеющимися нарушениями здоровья людьми и барьерами в среде и социуме, препятствующими их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими [2].

Целью исследования являлось изучение динамики показателей первичной и повторной инвалидности взрослого населения в Челябинской области за период 2013-2015 гг. Первичная инвалидность - инвалидность, установленная впервые в данном календарном году. Повторная инвалидность - инвалидность, установленная при переосвидетельствовании. Анализ инвалидности проведен на основании формы федерального статистического наблюдения 7-собес "Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше" [1].

Освидетельствование граждан старше 18 лет осуществляется сетью, стоящей из

29 бюро, в том числе: 4 бюро, освидетельствующих лиц с психическими расстройствами, 2 бюро офтальмологического профиля и 2 бюро, освидетельствует лиц, страдающих туберкулезом. Остальные бюро - общего профиля.

Общее количество граждан впервые направленных на освидетельствование имеет устойчивую тенденцию к снижению с 2009 г. За анализируемый период их число снизилось на 7,0% - с 25 376 в 2013 г. до 23 594 в 2015 г. Соответственно, число граждан, признанных инвалидами также уменьшилось с 21 436 в 2013 г. до 19 476 в 2015 г. (на 9,1%).

Уровень первичной инвалидности также снижается. По взрослому населению в целом (от 18 лет и старше) он составил 68,9 на 10 000 населения. В пенсионном возрасте - 135,6; в трудоспособном - 39,95. Сохраняется существенная разница показателей инвалидности

Таблица №1
Количество лиц, освидетельствованных впервые, (чел.)

Категории пациентов	Годы					
	2013г.	+ \- к 2012г.	2014г.	+ \- к 2013г.	2015г.	+ \- к 2014г.
Граждане старше 18 лет	21 436	-3,5%	21 166	-1,3↓	19 475	-8,0
Из них:						
трудоспособного возраста	8 862	-4,4%	8 551	-3,5↓	7 875	-7,9
пенсионного: возраста	12 574	-2,8%	12 615	+0,3↑	11 600	-8,0

в трудоспособном и пенсионном возрасте.

В структуре первичной инвалидности лиц старше 18 лет по классам болезней на протяжении многих лет «лидерство» сохраняют болезни системы кровообращения, в 2015г. их доля составила 30,6% от всех ВПИ; злокачественные новообразования занимают второе ранговое место (29,1%); болезни костно-мышечной системы на третьем месте – 7,1%.

–6,5%; по психическим расстройствам – 16,8%, злокачественным образованиям – 28,5%.

В группе ВПИ вследствие туберкулеза преобладали инвалиды, которым была установлена 2 группа инвалидности – 91,7% случаев. Аналогично по злокачественным новообразованиям: преобладали инвалиды 2 группы – 47,40%. Высокий процент установления 1 группы инвалидности больным вследствие психиче-

Таблица №2
Уровень первичной инвалидности (на 10000 населения)

Категории пациентов	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Взрослое население	76,2	75,5	68,9
Трудоспособный возраст	44,5	43,5	39,95
Пенсионный возраст	152,7	150,5	135,6

С 2013 г. на четвертое место по числу ВПИ вышли инвалиды вследствие психических расстройств, их доля составила в 2015 г. – 6,2%, инвалидов вследствие травм, отравлений и других воздействий внешних причин переместились на пятое место – 3,8%. Далее следуют ВПИ вследствие заболеваний органа зрения – 3,6; туберкулеза – 3,4%, болезни нервной системы – 3,3%. На остальные заболевания приходится менее, чем по 3,0% ВПИ.

В течение 3х лет структура инвалидности по тяжести существенно не менялась: отмечается преобладание ВПИ, которым устанавливалась 3 группа инвалидности (почти в половине случаев), вторая группа инвалидности устанавливалась в среднем в 37,0% случаев.

В 2015г. несколько выросла частота установления 1 группы инвалидности: с 13,5% до 16,6%. Доля инвалидов 2 группы снизилась с 36,9% до 34,7%.

Определение третьей группы преобладало практически по всем нозологиям. Максимально высокий процент определения 3 группы инвалидности оказался по болезням уха: в 100% случаев. По профессиональным болезням – 84,6%; болезням костно-мышечной системы: 86,6%, болезням органов дыхания – 77,2%. Минимальный процент – по туберкулезу

ских расстройств – 43,3% случаев и инвалидам вследствие злокачественных новообразований в 24,0% случаев. Аналогичная картина наблюдалась и в предыдущие три года.

В возрастной структуре первичной инвалидности преобладают лица третьей возрастной группы: от 58,7% (2013 гг) до 59,6% (2015 г.). Вторая возрастная группа составляла 26,2% в 2013 году, 24,4% в 2015 году. Самая малочисленная в структуре ВПИ первая возрастная группа в среднем – 15%.

Преобладание третьей возрастной группы имело место почти по всем нозологиям за исключением туберкулеза, где преобладали инвалиды первой возрастной группы, их доля составила в 2015 г. почти 72,4%, а также вследствие травм, отравлений и др. воздействий внешних причин, их доля составила в 2015г. 46,4%. Приблизительно равномерно распределились по трем возрастным группам инвалиды вследствие болезней нервной системы, болезней органов пищеварения. Доля третьей возрастной группы по прочим заболеваниям составила от 60% до 80%.

Общее число признанных инвалидами при переосвидетельствовании снизилось на 14,2%. Число лиц трудоспособного возраста – на 16,0%, лиц пенсионного возраста на 18,2%,

Таблица №3
Число лиц, освидетельствованных повторно (чел.)

Категории пациентов	2013 г.	+ \- к 2012г	2014 г.	+ \- к 2013г	2015 г.	+ \- к 2014г
Признаны инвалидами повторно	45 044	-2,4	40 230	-10,7	34770	-13,6
Из них:						
трудоспособного возраста	22 905	-5,0	19 946	-12,9	16 754	-16,0
пенсионеры:	22 139	+1,7	20 284	-8,4	18 016	-18,2

детей – на 13,6. Снижение, по нашему мнению, обусловлено высоким процентом установления инвалидности без срока переосвидетельствования, а также изменениями в критериях установления инвалидности.

Уровень повторной инвалидности взрослого населения (от 18 лет и старше) по отношению к 2014г. снизился со 143,0 до 123,0 на 10 000 населения. Показатель снизился и в трудоспособном, и в пенсионном возрасте. Показатель повторной инвалидности, как и в предыдущие годы в пенсионном возрасте более чем в 2 раза превышает аналогичный в трудоспособном возрасте.

По результатам повторного освидетельство-

3 возрастной группы и уменьшению 1 и 2 возрастных групп.

Преобладание 3 возрастной группы имело место почти по всем нозологиям за исключением туберкулеза, где преобладали инвалиды 1 возрастной группы, их доля составила в 2015г. – 59,1%, и инвалиды вследствие травм, отравлений и др. воздействий внешних причин, где также преобладали инвалиды 1-ой возрастной группы, их доля составила в 2015г. 43,3%. То есть по тем заболеваниям, где высок реабилитационный потенциал. Также высока доля инвалидов 1-ой возрастной категории среди ППИ вследствие психических расстройств: 63,1% в 2015г. Доля инвалидов 3 возрастной категории по этим заболеваниям

Таблица №4
Уровень повторной инвалидности (на 10000 населения)

Категории пациентов	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Взрослое население	172,8	160,0	143,5	123,0
Трудоспособный возраст	127,7	115,1	101,5	85,0
Пенсионный возраст	285,5	268,8	241,9	210,7

вания чаще всего определялась 3 группа инвалидности, в 2015г. в 57,6% случаев. Вторая группа инвалидности устанавливалась примерно в одном случае из трех. Доля первой группы инвалидности выросла с 8,2% в 2013г. до 10,8% - в 2015г. Определение 3 группы инвалидности преобладало практически по всем нозологиям за исключением туберкулеза, где преимущественно устанавливалась 2 группа инвалидности: в 67,1% случаев; и психических расстройств, где также преобладала 2 группа (58,1%). В возрастной структуре повторной инвалидности также преобладают лица третьей возрастной группы, они составили чуть больше половины ППИ (51,8%). Вторая возрастная группа составила 27,5%, первая возрастная группа – 20,7%. В динамике заметна тенденция к возрастанию доли ППИ

минимальна: вследствие туберкулеза – 11,5%; по психическим заболеваниям – 16,7%; по последствиям травм – 22,8 %.

В структуре повторно признанных инвалидами (ППИ) также, как и в структуре впервые признанных инвалидами (ВПИ) первое место занимают болезни системы кровообращения – 30,5%. Второе место – злокачественные заболевания – 21,5%. На третьем месте в отличие от ВПИ находятся психические расстройства (11,1%). Болезни костно-мышечной системы - на IV месте. На V – заболевания глаз (4,4%). С VIII на VI место переместились болезни нервной системы. Далее следуют последствия травм отравлений и др. последствий внешних причин (3,3,0%). Туберкулез – на VIII месте (2,9%) , болезни органов дыхания на IX (2,8%) и т.д. Показатели реабилитации

Таблица №5
Динамика показателей реабилитации за 2013-2015 годы

Вид реабилитации	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Частичная	18,0	20,7	15,1
Полная	5,5	5,2	7,6

в 2015 г. сохраняются на высоком уровне: полная – 7,6%; частичная – 15,1%.

Таким образом, анализ данных статистической отчетности показал снижение уровня как первичной, так и повторной инвалидности в динамике. Структура первичной и повторной инвалидности по тяжести, возрасту и по классам болезней остается относительно стабильной с сохранением приоритета сердечно-сосудистой патологии. Сохраняется преобладание инвалидов пенсионного возраста, 3 группы инвалидности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Федеральной службы государственной статистики от 06.10.2015г. №460 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации статистического наблюдения за деятельностью федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы».

2. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 13.12.2006г. №61/106. / Конвенция о правах инвалидов. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/500/81/PDF/N0650081.pdf?OpenElement>.

Жукова Н.В., Москвичева М.Г., Сахарова В.В., Якушев А.М.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Министерство здравоохранения Челябинской области,
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ФДПО ГБОУ ВПО
Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава
России, 454092, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Воровского, 64

Н.В. Жукова, к.м.н., главный внештатный специалист по контролю качества медицинской деятельности Министерства здравоохранения Челябинской области,

М.Г. Москвичева, д.м.н., заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФДПО ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России,

Сахарова В.В., к.м.н., заместитель Министра здравоохранения Челябинской области

А.М. Якушев, к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФДПО ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России

Автор, ответственный за переписку
Жукова Нелли Валентиновна, эл. почта:
zhuckowa.nel@yandex.ru, 8-9028936838

РЕЗЮМЕ

Представлены результаты анализа внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Челябинской области. Данные анализа рассматриваются по итогам экспертиз, проведенных в медицинских организациях первого, второго и третьего уровней оказания медицинской помощи в Челябинской области. Оценивались результаты случаев, подлежащих обязательному контролю и целевых экспертиз с позиций сравнения показателей и структуры дефектов в амбулаторных и стационарных условиях оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности, дефекты медицинской помощи, структура дефектов, целевые экспертизы.

Summary. Presents the results of the analysis of internal quality control and security of medical activity in health organizations of the Chelyabinsk region. Data analysis are discussed according to the results of the examinations conducted in medical organizations of the first, second and third levels of medical assistance in the Chelyabinsk region. Evaluated the results of the cases subject to mandatory control and trust expertise positions compare indicators and structure defects in outpatient and inpatient care.

Key words: internal control quality and safety of medical services, medical aid defects, structure defects, the target of the examination.

В соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в медицинских организациях Челябинской области разработаны и утверждены локальные нормативно-правовые акты об организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, о создании и деятельности врачебной комиссии. В области создана и работает трехуровневая система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, целью которой является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества [1, 2, 3].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Целью работы явилось проведение анализа деятельности медицинских организаций Челябинской области по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности, отчетов по работе врачебной комиссии за три года (2013-2015г.г.).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Анализ проведен по результатам сдачи годовых отчетов за 2013, 2014 и 2015 годы. В годовых отчетах оценивались объемы экспертиз, показатель и структура дефектов лечебно-диагностического процесса, выявленные при проведении внутреннего контроля качества медицинской деятельности в медицинских организациях первого, второго и третьего уровней оказания медицинской помощи в Челябинской области.

Сбор информации и анализ представленных данных осуществлялся с использованием информационной системы «Барс. Мониторинг здравоохранения» Челябинской области.

Результаты и их обсуждение. Анализ представленных отчетов показал, что на первом

уровне контроля при оказании медицинской помощи в условиях стационара объем проведенных экспертиз в сравнении с 2013 годом в целом по области увеличился, при этом количество проводимых экспертиз в медицинских организациях первого уровня значительно снизилось.

Объем проведенных экспертиз контроля качества на первом уровне контроля при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по сравнению с 2013 годом в целом по области увеличился в медицинских организациях всех уровней, в медицинских организациях второго уровня - в 2 раза. Ниже среднеобластных показателей объема экспертиз на первом уровне контроля медицинской помощи в условиях стационара выявлено в МУЗ Агаповская центральная районная больница - 8,4% от законченных случаев, МУЗ «Чесменская центральная районная больница» (9,2%), МБЛПУ «Центральная городская больница Верхнеуфалейского городского округа» (22,4%), МБЛПУ Пластская центральная городская больница (22,3%), ГБУЗ «Областная больница г. Чебаркуль» (25%), МБУЗ «Уйская центральная районная больница» (24%), ГБУЗ «Областной перинатальный центр» (30,2%). Ниже среднеобластных показателей объема экспертиз на первом уровне контроля медицинской помощи в амбулаторных условиях выявлено в МУ «Карабашская городская больница» (2,3%), МУЗ «Каслинская центральная районная больница» (12,3%), Чебаркульском МР (16,2%), МУЗ «Чесменская центральная районная больница» (6,4%), ГБУЗ «Областная больница г. Чебаркуль» (16,9%).

Недостаточный объем проведенных экспертиз на одного эксперта второго уровня контроля в квартал при оказании медицинской помощи в условиях стационара отмечается в МУЗ Агаповская центральная районная больница (33%), МУЗ «Чесменская центральная районная больница» (49%), ГБУЗ «Областная больница» рабочего поселка Локомотивный (40%), в медицинских организациях Златоустовского ГО (51%), ГБУЗ «ОПЦ» (45%). Недостаточный объем проведенных экспертиз на 1 эксперта второго уровня контроля в квартал при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях отмечается в МУЗ Верхнеуральская ЦРБ (29%), МУ «Карабашская ГБ» (58%), ГБУЗ «ОПЦ» (39%), МУЗ Агаповская ЦРБ (12%), МУЗ «Чесменская ЦРБ» (49%).

Показатели дефектов на первом и втором уровнях контроля медицинской помощи в условиях стационара в целом по Челябинской области по сравнению с 2013 годом остаются на прежнем уровне. Средние по области пока-

затели дефектов на первом и втором уровнях контроля медицинской помощи в амбулаторных условиях снизились по сравнению с 2013 годом за счет медицинских организаций всех уровней.

Наиболее высокие значения показателей дефектов на первом и втором уровнях контроля в условиях стационара отмечаются в МБУЗ «Уйская ЦРБ» (0,044 – 0,04), ГБУЗ «Районная больница с. Еткуль» (0,04-0,04), МУЗ Агаповская ЦРБ (0,04-0,05), МБЛПУ «Центральная городская больница Верхнеуфалейского городского округа» (0,05-0,05), ГБУЗ «ОПЦ» (0,03-0,03), МУЗ «ЦГБ г. Коркино» (0,03-0,03), ММЛПУ Кыштымская ЦГБ им. А.П. Силаева (0,03-0,03). Выше среднего значения показатели дефектов на первом и втором уровнях контроля в амбулаторных условиях отмечается в МУЗ Агаповская ЦРБ (0,05 – 0,07), МБУЗ «Уйская ЦРБ» (0,044 – 0,05), МБЛПУ «Центральная городская больница Верхнеуфалейского городского округа» (0,04-0,05), МУЗ «ЦГБ г. Коркино» (0,03-0,03), ГБУЗ «ОПЦ» (0,03-0,02), МУЗ «Южноуральская ЦГБ» (0,03-0,03).

В структуре дефектов медицинской помощи в условиях стационара на первом месте за последние годы традиционно занимают дефекты по оформлению медицинской документации, сохраняя показатели на уровне 2013 года. Увеличилось количество выявляемых дефектов оформления медицинской документации на первом уровне контроля в медицинских организациях третьего и первого уровней оказания медицинской помощи. Отмечается снижение значения этого показателя на втором уровне контроля в медицинских организациях третьего и первого уровней. Выше среднеобластного показателя дефектов оформления медицинской документации выявлены в ГБУЗ «ОКВД №4», ГБУЗ «ЧОКТГБВ», МБУЗ «ГКБ №5 г. Челябинска», ГБУЗ «ЧОКНБ».

На втором месте в структуре дефектов стационарной помощи, как и в предыдущие годы – дефекты диагностики (на первом уровне контроля – 26,4%, на втором уровне – 26,7%). В течение 3 лет этот показатель увеличился на 1-м и 2-м уровнях контроля качества за счет медицинских организаций всех уровней оказания медицинской помощи. Данная ситуация возможна за счет недостаточного материально-технического оснащения медицинских организаций первого и второго уровней, а в медицинских организациях третьего уровня оказания медицинской помощи – за счет несоблюдения стандартов оказания медицинской помощи. Выше среднего дефекты обследования выявлены в МБУЗ «Ашинская ЦГБ», МБЛПУЗ «ГБ № 3 г. Златоуст», МАУЗ «ГБ № 2 г.

Магнитогорск», ГБУЗ «ОПБ №3», ГБУЗ «ОНД», ГБУЗ «ОПЦ».

На третьем месте в структуре дефектов в условиях стационара в течение 3 лет - дефекты лечения (на первом уровне контроля - 15,0% и на втором уровне - 17,5%). Средний по области показатель дефектов лечения на первом уровне контроля по сравнению с 2013 годом снизился за счет медицинских организаций всех уровней оказания медицинской помощи, что, возможно, связано с улучшением обеспечения лекарственными средствами в 2015 году. На втором уровне контроля удельный вес этого показателя увеличился за счет медицинских организаций первого уровня, возможно, за счет несоответствия назначаемого лечения стандартам оказания медицинской помощи. Выше среднего показатели в ГБУЗ «ОПБ № 3», ГБУЗ «ОПЦ».

В 2015 году в медицинских организациях всех уровней оказания медицинской помощи снизился удельный вес дефектов, связанных с постановкой клинического диагноза и решением экспертных вопросов за счет увеличения доли дефектов диагностики в медицинских организациях всех уровней. Одна из возможных причин данной ситуации, - невыполнение стандартов и клинических рекомендаций в части обследования пациентов, сложившиеся за счет унификации требований к объемам обследования на всех уровнях оказания медицинской помощи, что на данном этапе развития здравоохранения достаточно затруднительно, и требует адаптации стандартов в зависимости от уровня медицинской организации.

Структура дефектов медицинской помощи в амбулаторных условиях сложилась следующим образом. На первом месте в течение ряда лет традиционно занимают, как и в стационарах, дефекты оформления медицинской документации (44,5% на первом уровне и 43,7% на втором уровне контроля в 2015 году). Среднеобластной показатель дефектов оформления медицинской документации увеличивается за последние годы на 1 и 2-м уровнях контроля / в медицинских организациях всех уровней, что отражает положительную тенденцию к снижению дефектов, связанных с непосредственным оказанием медицинской помощи.

Выше среднеобластного показателя выявлены дефекты в МАУЗ «ГБ № 2 г. Магнитогорск», МБУЗ «ГКБ № 6 г. Челябинска», ГБУЗ «ГБ № 4 г. Златоуста», МБУЗ «ГБ № 14 г. Челябинска», МБУЗ «Симская ГБ», ГБУЗ «ОТБ № 1».

В 2015 году второе место в структуре дефектов медицинской помощи в амбулаторных условиях занимают дефекты обследования

(диагностики): на первом и втором уровнях контроля качества (27,1% и 26,0%). Увеличение удельного веса дефектов диагностики по сравнению с 2013 годом отмечается за счет медицинских организаций всех уровней оказания медицинской помощи. На рост показателя дефектов диагностики в медицинских организациях могут оказывать влияние проблемы, описанные выше (структура дефектов в стационарах). Выше среднего уровень дефектов обследования (диагностики) показатели в МБЛПУЗ «ГБ № 2 г. Златоуста», МБУЗ «ГБ № 14 г. Челябинска», МУЗ «ГБ № 2 г. Коркино», МБУЗ «ГКП № 7 г. Челябинска», ГБУЗ «ОТБ № 1», МБУЗ «ДГКБ № 2 г. Челябинска».

Третье место в структуре занимают дефекты лечения (11,30% на первом уровне контроля и 12,4% на втором уровне). Удельный вес показателя дефектов снизился в сравнении с 2013 годом на первом и втором уровнях контроля в медицинских организациях второго и первого уровней. Выше среднего удельный вес дефектов лечения выявлен в ГБУЗ «ГБ № 1 г. Миасс», МБУЗ «ГБ № 16 г. Челябинска», МБУЗ «ГП № 9 г. Челябинска», МБУЗ Нязепетровская ЦГБ, МАУЗ «ГБ № 2 г. Магнитогорск», МБУЗ «ГБ № 3 г. Златоуст».

Определенный интерес представляет анализ структуры дефектов обязательных случаев экспертиз, так как здесь выявляется явное отличие приоритетов оценки от общей структуры дефектов по всем медицинским организациям области, приведенным выше. При анализе структуры дефектов случаев, подлежащих обязательному экспертному контролю в стационарных условиях на первом и втором уровнях контроля в медицинских организациях третьего уровня оказания медицинской помощи выявлено, что в медицинской документации случаев с летальными исходами и клинико-анатомическими расхождениями первое место занимают дефекты диагностики, второе место - оформление медицинской документации.

При расхождениях клинико-анатомических диагнозов второе место занимают дефекты постановки заключительного клинического диагноза, что свидетельствует о недостаточных знаниях врачей клиницистов МКБ-10 и отсутствии преемственности в необходимых случаях со специалистами смежных специальностей. В случаях внутрибольничного инфицирования на первом месте находятся дефекты лечения, что зачастую можно связать с нарушением алгоритмов выполнения лечебных манипуляций.

В организациях второго уровня оказания медицинской помощи при экспертизе летальных случаев в структуре дефектов

второе место занимают дефекты лечения. В медицинских организациях первого уровня при экспертизе медицинской документации с клинико-анатомическими расхождениями диагнозов в структуре дефектов первое место занимают дефекты постановки диагноза.

При анализе структуры дефектов случаев, подлежащих обязательному экспертному контролю, в поликлинических условиях в медицинских организациях всех уровней оказания медицинской помощи выявлено, что в случаях летальных исходов на дому и диагностики онкологических заболеваний на поздних стадиях дефекты диагностики занимают первое место, на втором месте дефекты лечения при этих же обязательных случаях.

По результатам анализа отчетов по внутреннему контролю качества службы скорой медицинской помощи области установлено, что объём экспертиз на первом уровне контроля составил 30%, среднее количество экспертиз на одного эксперта второго уровня в квартал – 80%, средний показатель дефекта на первом и втором уровнях контроля 0.01 (в 2014г на первом уровне 0,03). В структуре дефектов на первом месте находятся дефекты диагностики (39%), на втором месте дефекты лечения (31%), на третьем – оформление медицинской документации (20%). По сравнению с 2014 годом уменьшилось количество дефектов на 100 экспертиз с 40 до 33, кроме г. Миасса, где этот показатель увеличился до 52 дефектов на 100 экспертиз.

Выводы. Таким образом, при анализе результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Челябинской области за 2015 год необходимо отметить следующее:

1. В медицинских организациях области создана и функционирует система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

2. Объем проводимых экспертиз в течение трех лет имеет выраженную тенденцию к увеличению.

3. Структура дефектов, выявляемых при оказании медицинской помощи в стационарных и амбулаторных условиях, стабильна в течение многих лет, в отличие от структуры дефектов, выявляемых при экспертизе обязательных случаев, которые имеют совершенно иное значение и на наш взгляд, более объективно отражают истинную ситуацию с качеством оказания медицинской помощи в конкретных случаях.

4. Функционирующая система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности направлена на мотивирова-

ние медицинских работников к качественному выполнению запланированных результатов деятельности через систему эффективного контракта, увязывая стимулирующие выплаты конкретного работника с объемом и качеством медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Максимов И.Б. О содержании и организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности / А.В. Есипов, В. В. Абушинов // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. - 2013. - № 5.

2. Москвичева М.Г. Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации / М. Г. Москвичева, В. Б. Щетинин, Е. С. Щепилина // учебное пособие. – Челябинск, 2014. – 156 с.

3. Стародубов В.И. Методологические технологии и руководство по управлению качеством медицинской помощи / В. И. Стародубов, Г. И. Галанова // монография. - ИД «Менеджер здравоохранения». – 2011. – 207 с.

Николаева Е.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТРОЛЯ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ПОРЯДКА ВЫДАЧИ, ПРОДЛЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2015 ГОД

ГУ Челябинское региональное отделение Фонда социального страхования РФ

454091, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Цвиллинга, 36

Е.В. Николаева - начальник отдела страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством ГУ Челябинское региональное отделение Фонда социального страхования РФ, к.м.н.,

Автор, ответственный за переписку – Николаева Елена Викторовна - начальник отдела страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством ГУ Челябинское региональное отделение Фонда социального страхования РФ, 454091, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Цвиллинга, 36, тел 8-351-265-84-91, info@ro74.fss.ru

РЕЗЮМЕ

В работе представлен анализ основных показателей заболеваемости с временной нетрудоспособностью и результаты контроля за соблюдением порядка выдачи, продления и оформления листов нетрудоспособности, правильного расходования средств Фонда социального страхования в медицинских организациях Челябинской области за 2015 год.

Ключевые слова: заболеваемость с временной нетрудоспособностью, контроль за соблюдением порядка оформления листов нетрудоспособности, листок нетрудоспособности.
Summary. In the work presented an analysis of the major pokazatelej morbidity with temporary incapacity for work and results monitoring procedures for issuing, renewal and registration sheets of incapacity for work, proper disbursement of social insurance fund in health organizations of the Chelyabinsk region for the year 2015.

Key words: morbidity with temporary incapacity for work monitoring of compliance with the order of registration leaves disability, disability data sheet.

В соответствии с федеральным законом 323-ФЗ от 21.11.2011г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (ст.59) экспертиза временной нетрудоспособности граждан в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности, проводится в целях определения способности работника осуществлять трудовую деятель-

ность, необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу. Фонд социального страхования Российской Федерации в целях оценки обоснованности расходования средств обязательного социального страхования на выплату пособий по временной нетрудоспособности вправе осуществлять проверку соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листов нетрудоспособности [1,2].

В работе представлен анализ основных показателей заболеваемости с временной нетрудоспособностью и результаты контроля за соблюдением порядка выдачи, продления и оформления листов нетрудоспособности, правильного расходования средств Фонда социального страхования в медицинских организациях Челябинской области за 2015 год.

Число случаев временной нетрудоспособности работающих граждан Челябинской области по данным ГУ Челябинского регионального отделения ФСС РФ увеличился с 763 759 в 2014 году до 772 560 в 2015 году, что на 8 801 случай временной нетрудоспособности меньше.

Показатель общей продолжительности временной нетрудоспособности работающих граждан Челябинской области снизился с 7807697 в 2014 году до 7695346 в 2015 году, что на 112351 дней меньше (рис.1). Средняя продолжительность одного случая временной нетрудоспособности в 2015 году уменьшилась и составила 9,96 дней.

Заболеваемость с временной нетрудоспособностью на 100 работающих (в дальнейшем - ВНТ) в 2015 году составила в календарных днях 592 (на 1,7% больше по сравнению с 2014 годом).

Общая сумма расходов на выплату пособий по временной нетрудоспособности выросла в 2015 году и составила 4600187,1 тыс. рублей, размер среднего пособия увеличился до 597,79 рублей.

В 2015 году низкий уровень потерь рабочего времени, оцениваемый по числу дней временной нетрудоспособности на 100 человек

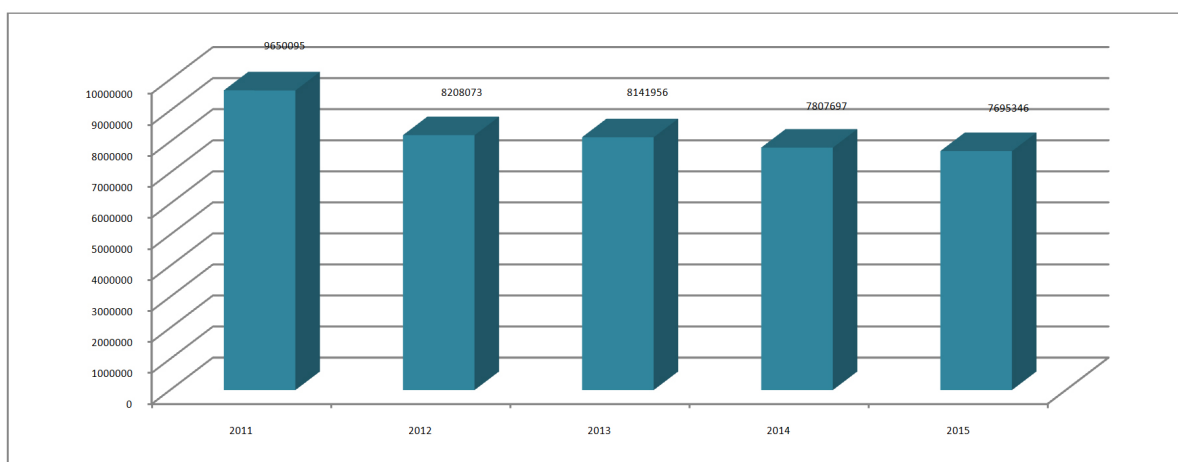


Рис. 1. Динамика общей продолжительности временной нетрудоспособности

работающих, отмечается в Уйском (395 дней), Нязепетровском (413 дней), Брединском (417 дней), Варненском (427 дней), Кизильском (436 дней), Верхнеуральском (456 дня), Агаповском (489 дней), Кусинском (529 дней) муниципальных районах. Высокие показатели количества дней нетрудоспособности на 100 работающих отмечаются в Ашинском (740 дней), Саткинском (728 дней), Аргаяшском (657 дней). Коркинском (646 дней) муниципальных районах, городах: Усть-Катаве (1043 дня), Верхнем Уфалее (863 дней), Трёхгорном (862 дня), Озерске (803 дня), Снежинске (800 дней), Кыштыме (655 дней), Копейске (652 дня).

В целях контроля за соблюдением порядка выдачи, продления и оформления листов нетрудоспособности, правильного расходования средств Фонда социального страхования РФ [1,2], в соответствии с планом Государственного учреждения — Челябинского регионального отделения Фонда социального страхования РФ от 21.11.2014 №1205/14 специалистами отдела страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Государственного учреждения — Челябинского регионального отделения Фонда социального страхования РФ в течение 2015 года проведены проверки соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листов нетрудоспособности в 131 медицинских организациях области, что составило 47,5% медицинских организаций, имеющих лицензии по ЭВН (2013 год - 58,6%, 2014 год - 65,4%,).

Из запрошенных при проведении плановых проверок 113 857 амбулаторных карт и 79 061 медицинских карт стационарного больного представлены соответственно 103 771 (91,1%) и 74 489 (94,2%), в целом представлено 178 260 первичных медицинских документов из 192 918 запрошенных (92,4%). В 2014 году было представлено 90,7%, в 2013 году - 79,6% запрошенных для проверки первичных медицинских

документов.

По представленной первичной медицинской документации при плановых проверках проверено соблюдение порядка выдачи и оформления 25 8693 листов нетрудоспособности, из них 1 152 (0,44% от числа проверенных) л/н выданы или продлены с нарушением действующего Порядка. В 2014г. данный показатель составлял 0,41%, в 2013г. - 0,44%. Кроме того, в 25 169 первичных медицинских документах выявлено некачественное ведение документации (9,7% проверенных). В 2014 году данный показатель составлял 11,6%, в 2013 году — 12,4%.

Наиболее частым нарушением Порядка явилось отсутствие в л/н отметки о нарушении режима: выявлено в 387 л/н - 33,5% нарушений (в 2014 году отсутствие отметки о нарушении режима отмечалось в 34,9%, в 2013 - 22,6%).

В 176 случаях (15,2% нарушений) в представленных первичных медицинских документах отсутствовали записи данных о состоянии здоровья пациента, обосновывающие необходимость освобождения от работы и выдаче л/н (в 2014 году этот показатель был равен 7,6%, в 2013 году 4,2%).

Продление и закрытие л/н без осмотра врачом в день выписки к труду («заочное закрытие») было выявлено в 166 л/н (14,4% нарушений), в 2014 году - 10,8%, в 2013 году - 17,7% нарушений.

Несоблюдение сроков выдачи или продления л/н медицинскими работниками выявлено в 146 л/н (12,6% выявленных нарушений); в 2014 году данный показатель составлял 21% выявленных нарушений установленного Порядка, в 2013 году - 28,8%.

Выдача или продление л/н без записей в медицинской документации, обосновывающих необходимость освобождения от работы (без признаков нетрудоспособности) - в 134 л/н (11,5% нарушений), в 2014 году — 7,8%,

в 2013 году этот показатель — 12,9%.

Установлено, что 35 больным выданы листки нетрудоспособности единолично лечащими врачами за прошедший период (без ВК), в том числе и по уходу за больным членом семьи, что составило 3% нарушений (в 2014 году - 4,1%, в 2013 году - 2,5%).

Выдача л/н фельдшерами на срок более 10 дней выявлена в 24 л/н - 2,1% (в 2014 году - 6,8%, в 2013 году — 5,4%).

Установлено, что в 24 случаях (2% нарушений) больные были направлены на долечивание в санаторно-курортное учреждение, в нарушение действующего законодательства, после лечения в дневном стационаре (в 2014 году - 0,8%, в 2013 году подобных нарушений не выявлено).

В 13 случаях (1,1%) листки нетрудоспособности продлевались по решению врачебной комиссии медицинских организаций на срок более 15 дней одновременно. В 10 случаях (0,9%) листки нетрудоспособности продлевались после установления группы инвалидности (в 2014 году - 0,6% нарушений, в 2013 году — 0,8%). В 9 случаях в л/н отсутствовали отметки об алкогольном опьянении при наличии его признаков - 0,8% нарушений (в 2014 году - 2,2%, в 2013 — 3,4%). В 9 случаях (0,8%) после выписки из стационара листки нетрудоспособности продлевались на период, превышающий 10 дней. Выданы 7 листов нетрудоспособности (0,6%) фельдшерами без приказа руководителя медицинской организации (2014 год — 0,2%). Выдано 4 л/н (0,3%) допризывникам, направленным на обследование призывной комиссией (2014 - 0,6% нарушений, в 2013 году — 0,5%). В 3 случаях (0,26%) при выдаче листов нетрудоспособности по беременности и родам нарушены сроки ВН (2014 - 0,6% нарушений). Выдано 2 дубликата л/н единолично врачом без решения врачебной комиссии, 1 листок нетрудоспособности (0,08%) выдан на обследование в амбулаторно-поликлинических условиях, 1 л/н (0,08%) продлен свыше 120 дней при очевидном неблагоприятном прогнозе.

Выявлен 1 случай выдачи лн при проведении косметической операции по коррекции внешности, 1 случай выдачи листка нетрудоспособности на долечивание с диагнозом гипертоническая болезнь.

По результатам проверок во все медицинские организации направлены Акты, на 112 из них получены информационные письма с мероприятиями, выполненными по результатам проверок.

Финансовые претензии по возврату денежных средств, выплаченных по листкам нетрудоспособности, выданным с нарушением

действующего Порядка, предъявлены к 74 медицинским организациям (56,4% от проверенных) по оплаченным страхователями 595 листкам нетрудоспособности на сумму 1 058 508,17 руб. В соответствии со сроками погашения претензий медицинскими организациями по проверкам 2015г. региональному отделению Фонда перечислены в досудебном порядке в 2015 году 889 179,68 руб. (по 498 ЛН). Отказов от перечисления средств по финансовым претензиям от администраций медицинских организаций в 2015 году не поступало.

Таким образом, за 2015 год региональному отделению Фонда после плановых проверок по финансовым претензиям медицинскими организациями перечислено всего 1 193 804,40 руб. (за 2014 год 1522477,12 руб., за 2013 год по плановым проверкам перечислено 1 333 444,87 руб.) В 57 медицинских организациях (43,6% от проверенных) нарушений, влекущих финансовые претензии, не выявлено.

В 2015 году по запросам страхователей проведено 290 внеплановых проверок, в ходе которых проверено соблюдение Порядка выдачи, продления и оформления 611 листов нетрудоспособности. В результате проверок установлено, что 156 листов нетрудоспособности выданы с нарушением установленного порядка (25,5% от числа проверенных, в 2014 году - 16,2%), 201 — с нарушением оформления. Экспертные нарушения по внеплановым проверкам составили 58% от числа проверенных случаев выдачи листов нетрудоспособности (в 2014 году — 38,5%, 2013 году — 19,8%). По результатам проверок направлены 290 писем страхователям и 366 актов в медицинские организации, где проводились проверки.

В ходе внеплановых проверок в 2015 году выявлены случаи грубых нарушений Порядка выдачи и продления листов нетрудоспособности:

- единоличное продление врачами листов нетрудоспособности при сроках временной нетрудоспособности, превышающих 15 календарных дней. Всего выявлено 22 случая подобных нарушений (14% выявленных нарушений);
- отсутствие в л/н отметок о нарушении режима - 15 случаев (9,6%);
- отсутствие в первичной медицинской документации записей, подтверждающих необходимость временного освобождения от работы - 7 случаев (4,5 %);
- отсутствие подтверждения страхового случая — 6 случаев (4%);
- выдача листов нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи за прошедший период — 4 случая (2,5%);
- 3 листка нетрудоспособности (1,9%) продле-

ны после установления группы инвалидности;
- 2 случая нарушений сроков продления листков нетрудоспособности (1,3%): единоличное продление листков нетрудоспособности фельдшером при сроках временной нетрудоспособности, превышающих 10 дней.

По полученной от страхователей информации, после внеплановых проверок не выплачено пособий по временной нетрудоспособности на основании листков нетрудоспособности, выданных с нарушением установленного порядка, на сумму 249 383,46 руб. (сумма предотвращенного ущерба). По результатам внеплановых проверок не принято к зачету у страхователей 276 165,48 руб., сумма 33 792,04 руб., необоснованно выплаченная страхователем в качестве пособия по временной нетрудоспособности по 11 листкам нетрудоспособности, после внеплановых проверок 2015 года возмещена региональному отделению Фонда медицинскими организациями. В целом, в 2015 году по итогам плановых и внеплановых проверок соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности медицинскими организациями Челябинской области возмещено ГУ Челябинскому РО ФСС РФ 1 231 157,14 руб., не принято к зачету у страхователей 276 165,48 руб., предотвращен ущерб на сумму 249 383,46 руб.

Кроме того, в ходе проверок выявлено 95 поддельных листков нетрудоспособности (в 2014 году - 47), случаи нетрудоспособности сфальсифицированы. В 21 листках нетрудоспособности указаны несуществующие медицинские организации (7 - «ГКБ №4», 12 - «ГП №2», 2 - «СанМедЗапад»). Материалы проверок переданы в правоохранительные органы. Возбуждено 28 уголовных дел.

Таким образом, представленный анализ основных показателей заболеваемости с временной нетрудоспособностью и результаты контрольных проверок соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности свидетельствует о необходимости обучения медицинских работников вопросам экспертизы временной нетрудоспособности в связи с новыми требованиями к данному виду медицинской экспертизы и систематического контроля за данным разделом работы медицинских организаций области.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.06.2011г. №624н «Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности».

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012г. №1345н «Об утверждении Порядка осуществления Фондом социального страхования Российской Федерации проверки соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности».

Пирогова Л.А., Пирогова А.В.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2015 ГОД

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Городская клиническая поликлиника №5, г. Челябинск, 454138, г. Челябинск, Комсомольский проспект, 36а, Россия.
Челябинская областная клиническая больница

Пирогова Л.А.

Заведующий отделением клиничко-экспертной работы, кандидат медицинских наук. Главный внештатный специалист по клиничко-экспертной работе Минздрава Челябинской области.

Пирогова А.В.

Заведующий отделением экспертизы медицинской деятельности Челябинской областной клинической больницы.

Автор для корреспонденции:
Пирогова Анна Владимировна, эл. почта: annpansy@yandex.ru, с.т.: 8-90-90-74-69-85.

РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты анализа показателей заболеваемости с временной нетрудоспособностью по полу и возрастным группам населения Челябинской области за 2015 год.

Ключевые слова: структура заболеваемости с временной нетрудоспособностью, причины нетрудоспособности.

Key words: structure of morbidity with temporal disability, the causes of disability.

Вопрос сохранения здоровья трудоспособного населения является одним из наиболее значимых с точки зрения обеспечения стабильного экономического развития страны [4].

В последние годы для потери здоровья населения Российской Федерации приобретают значение неинфекционные заболевания. По итогам 2014 года в структуре общей заболеваемости населения на первых ранговых местах находятся болезни органов дыхания, системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани. В структуре заболеваемости населения с диагнозом, установленным впервые, остаются болезни органов дыхания, затем травмы, отравления и некоторые другие воздействия внешних причин, болезни мочеполовой системы. В структуре смертности – болезни системы кровообращения и новообразования [2].

Заболеваемость, инвалидность, преждев-

ременная смертность ведут к большим экономическим потерям в обществе [3]. Уровень социальной защиты временно нетрудоспособных граждан – один из факторов, которые в определенной мере влияют на среднюю продолжительность предстоящей жизни в регионе [1]. Согласно законодательству Российской Федерации (Трудовой Кодекс РФ, Федеральный закон «О трудовых пенсиях») активный период в виде трудоспособного возраста установлен для мужчин и женщин в интервалах 16-59 лет и 16-54 года. С развитием рыночных отношений наряду с термином «население трудоспособного возраста» используется термин «экономически активное население» (то есть часть населения, которая постоянно занята в хозяйственной сфере и получает от этого средства к существованию). Термин «экономически активное население» расширяет границы трудового периода населения [5].

ЦЕЛЬ

В рамках математико-статистического метода изучить особенности показателей заболеваемости с временной нетрудоспособностью по полу и возрастным группам населения Челябинской области за 2015 год.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

При статистической обработке и анализе материала использовался социально-гигиенический метод (выкопировка данных из отчетной документации Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной медицинский информационно-аналитический центр»: сведения о причинах временной нетрудоспособности населения Челябинской области за 2015 год).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В 2015 году соотношение всех заболеваний (строка 50-51) населения трудоспособного возраста и лиц старше трудоспособного возраста

составляет 85,0% и 15,0%.

Анализ распределения причин нетрудоспособности в структуре временной нетрудоспособности (далее – ВН) выявил различия и особенности в зависимости от половой принадлежности как у лиц трудоспособного, так и у лиц старше трудоспособного возраста (рисунок 1).

В целом, меньшую часть пациентов, имеющих ВН, составили мужчины – 43,4%, с увеличением доли в трудоспособном возрасте (46,1%), но резким снижением в пенсионном возрасте до 27,8%. Большинство пациентов, имеющих ВН – женщины (56,6%, 53,9% и 72,2%, соответственно).

По итогам 2015 года структура основных показателей ВН по заболеваниям населения Челябинской области не изменилась (рисунки 2 и 3).

На первом ранговом месте среди всех возрастных групп, и у мужчин и у женщин – болезни органов дыхания. У лиц обоего пола в целом (население Челябинской области) удельный вес составил 43,1%, в трудоспособном возрасте выше (44,2%), со снижением у лиц старше трудоспособного возраста до 37,2% (у мужчин – 32,3%, у женщин – 39,2%).

Напротив, доля пневмонии как причины нетрудоспособности выше у лиц старше трудоспособного возраста обоего пола (с 0,7% до 1,2%), у мужчин (с 0,9% до 1,6%), у женщин (с 0,6% до 1,1%).

Как причина нетрудоспособности болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани у лиц обоего пола в целом и в трудоспособном возрасте заняли второе место (13,8% и 13,6%, соответственно). В трудоспособном возрасте доля мужчин выше (16,4%, у женщин – 11,1%).

В группе лиц старше трудоспособного возраста на втором ранговом месте у лиц обоего пола (18,0%), и у мужчин и у женщин – болезни системы кровообращения. Удельный вес выше у мужчин (20,5%, у женщин – 17,0%).

Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин как причина временной нетрудоспособности находятся на третьем месте у лиц обоего пола в целом и в трудоспособном возрасте (10,2% и 10,4%, соответственно). В трудоспособном возрасте доля мужчин выше, более чем в 2 раза (14,9%, у женщин – 6,6%).

У лиц обоего пола старше трудоспособного возраста на третьем ранговом месте – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (15,0%). Выше удельный вес у женщин (15,1%, у мужчин – 14,6%).

На четвертом ранговом месте как причина

временной нетрудоспособности у лиц обоего пола трудоспособного возраста в целом и у мужчин трудоспособного возраста – болезни системы кровообращения (6,1%, 7,9% и 7,4%, соответственно). У женщин трудоспособного возраста – болезни мочеполовой системы (6,0%), доля которых у лиц обоего пола в целом значительно ниже и составляет 4,1%.

Отмечен значительный рост доли ишемической болезни сердца в старше трудоспособном возрасте у лиц обоего пола в 3,9 раза (с 0,9% до 3,5%), у мужчин в 3,7 раза (с 1,7% до 6,3%) и у женщин в 8 раз (с 0,3% до 2,4%). Рост доли цереброваскулярных болезней в старше трудоспособном возрасте составил у лиц обоего пола в 4,4 раза (с 0,5% до 2,2%), у мужчин в 4,6 раза (с 0,5% до 2,3%) и у женщин в 5,3 раза (с 0,4% до 2,1%).

У лиц обоего пола старше трудоспособного возраста, у мужчин и у женщин на четвертом ранговом месте находятся травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (8,6%, 9,0% и 8,4% соответственно).

Пятое ранговое место среди причин нетрудоспособности у лиц обоего пола в целом (4,6%) и у мужчин трудоспособного возраста (5,3%) занимают болезни органов пищеварения, у женщин трудоспособного возраста – болезни системы кровообращения (5,0%).

Болезни органов пищеварения как причина временной нетрудоспособности у женщин трудоспособного возраста заняли шестое ранговое место (3,8%), также как и у мужчин старше трудоспособного возраста, удельный вес которых составил 5,1%. У лиц старше трудоспособного возраста на пятом ранговом месте среди мужчин – новообразования (5,2%), у женщин – болезни органов пищеварения (4,5%).

В структуре всех причин нетрудоспособности доля новообразований у лиц обоего пола трудоспособного возраста составила 1,9%, но доля женщин выше более чем в 2 раза (2,6%, у мужчин – 1,2%).

У лиц обоего пола старше трудоспособного возраста удельный вес новообразований как причина временной нетрудоспособности выше, чем в трудоспособном возрасте в 2 раза (3,9%), у мужчин в 4,3 раза (5,2%), у женщин в 1,3 раза (3,4%).

Отмечен с увеличением возраста рост доли болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ у лиц обоего пола старше трудоспособного возраста (с 1,1% до 1,4%), больше у женщин (с 0,5% до 1,5%, у мужчин – с 0,6% до 1,2%).

Также с увеличением возраста отмечен рост доли болезней глаза и его придаточного

аппарата у лиц обоего пола старше трудоспособного возраста, более чем в 2 раза (с 1,2% до 2,8%), как у мужчин (с 1,4% до 3,5%), так и у женщин (с 1,0% до 2,5%).

Распределение болезней уха и сосцевидного отростка различно у лиц обоего пола, у мужчин и у женщин трудоспособного возраста (0,7%, 0,8% и 0,6%, соответственно), однако у лиц старше трудоспособного возраста на одном уровне (0,5%).

Удельный вес болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм у лиц обоего пола, у мужчин и у женщин трудоспособного и старше трудоспособного возраста на одном уровне (0,2%).

В трудоспособном возрасте выше доля психических расстройств и расстройств поведения у лиц обоего пола (0,5%, у мужчин – 0,7%, у женщин – 0,3%), чем у лиц старше трудоспособного возраста (0,4%, у мужчин – 0,3%, у женщин – 0,2%).

Подобная тенденция характерна и для болезней нервной системы: у лиц обоего пола, у мужчин и у женщин трудоспособного возраста (1,4%, 1,3% и 1,2%, соответственно) удельный вес болезней нервной системы выше, чем в старше трудоспособном возрасте (1,2%, 1,1% и 1,3%, соответственно).

Закключение. 1. Проведенный анализ заболеваемости с временной нетрудоспособностью позволил получить медицинский портрет работающего пациента Челябинской области, имеющего временную нетрудоспособность в 2015 году. Медицинский портрет представлен работающим пациентом, преимущественно женского пола как в трудоспособном, так и в старше трудоспособного возраста, имеющим основными причинами нетрудоспособности болезни органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, болезни системы кровообращения, органов пищеварения и мочеполовой системы.

2. Анализ уровня показателей заболеваемости с временной нетрудоспособностью по полу и возрастным группам, их структуры позволяет определить причины нетрудоспособности, возрастной, половой состав экономически активного населения Челябинской области и решать конкретные вопросы управления для предотвратимости основных заболеваний на каждом территориальном участке, на каждой прикрепленной к медицинской организации территории обслуживания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гусева Н.К. Социальные последствия снижения доступности и качества амбулаторно-поликлинической помощи на уровне субъекта Российской Федерации / Н. К. Гусева, В. А. Соколов и др. // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2013. – № 2. – С. 51-52.
2. Доклад Министра здравоохранения Российской Федерации «Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2014 году и задачи на 2015 год». – Москва. – 2015.
3. Егоршин А.П. Об экономическом эффекте снижения уровня заболеваемости и инвалидности населения / А. П. Егоршин, Н. А. Полина // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2015. – № 59 (1). – С. 22-25.
4. Онищенко Г.Г. Сохранение здоровья работников при внедрении здоровье- и ресурсосберегающей технологии / Г. Г. Онищенко, В. Н. Ракитский и др. // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2015. – № 59 (6). – С. 4-8.
5. Рофе А.И. Экономика и социология труда / А. И. Рофе // учебное пособие. – Издательство «МИК». – 1996. – 389 с.

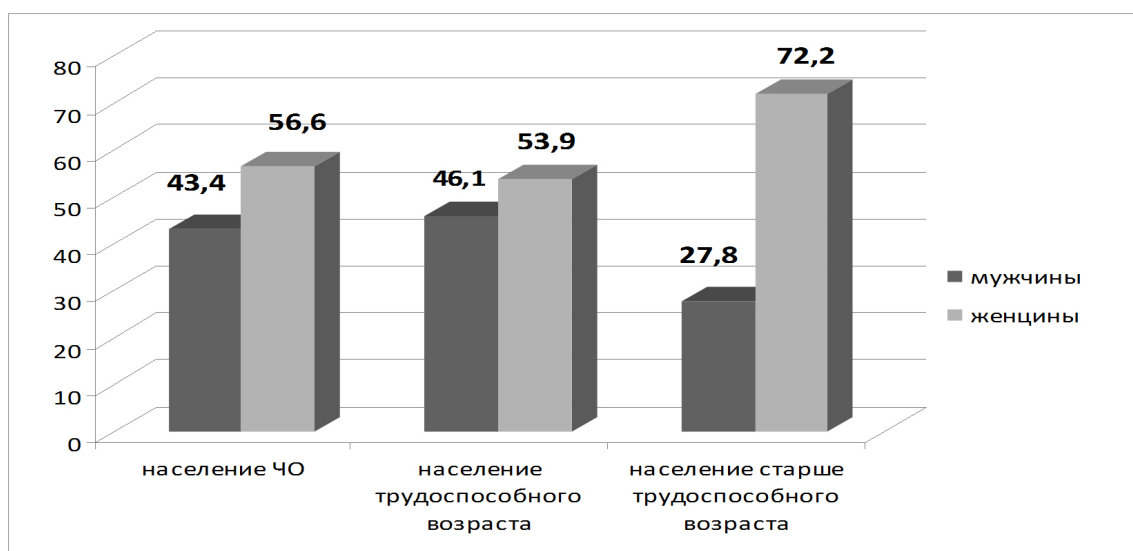


Рис. 1. Структура временной нетрудоспособности населения Челябинской области в зависимости от пола и возраста в 2015 году (в %).

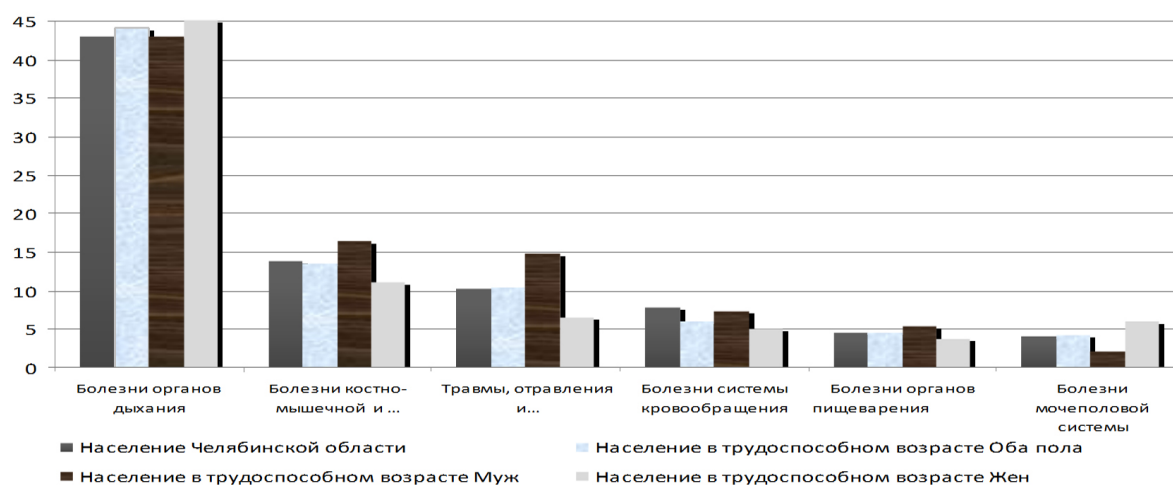


Рис. 2. Структура заболеваемости с временной нетрудоспособностью лиц трудоспособного возраста по полу в 2015 году (первые шесть ранговых мест).

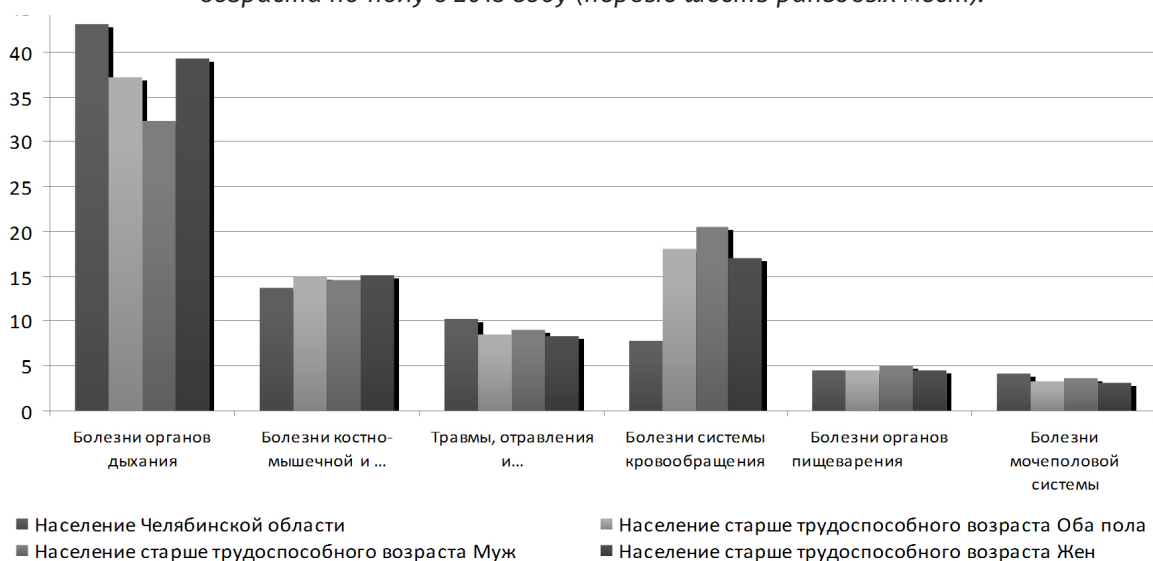


Рис. 3. Структура заболеваемости с временной нетрудоспособностью лиц старше трудоспособного возраста по полу в 2015 году (первые шесть ранговых мест).

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ ДЛЯ ЖУРНАЛА «ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ»

«Южно-Уральский медицинский журнал» является регулярным печатным изданием, в нем публикуются научные работы сотрудников образовательных, научно-исследовательских медицинских учреждений. В журнал принимаются статьи, содержащие результаты научных исследований, обзоры современной научной литературы во всех областях медицины, клинические наблюдения.

1. Поступившие статьи могут быть отклонены в случае нарушения установленных правил оформления рукописей.

Принятые к рассмотрению рукописи направляются на рецензирование членам редакционной коллегии либо внешним рецензентам.

Окончательное решение о публикации статьи принимается редакционной коллегией на основании мнения рецензентов, авторы извещаются об этом заранее. Рукописи не возвращаются. Редакция не несет ответственности за достоверность собственных клинических исследований авторов статей.

Объем статьи не должен превышать 12 страниц машинописного текста (формата А4) через 1,5 интервала, включая и список литературы.

2. Материалы в редакцию представляют по электронной почте sumed74@mail.ru в текстовых файлах. Тексты печатаются четким шрифтом без переносов на одной стороне стандартного листа белой бумаги. Основной текст набирается Times New Roman Cyr, 14 – кегль, сноски набираются размером 12 – кегль тем же шрифтом. Красная строка абзаца набирается отступом в 3 символа, т.е. 0,7 см. При использовании специфических символов – шрифты должны прилагаться.

3. Титульная страница должна содержать:

- Название статьи (должно быть по возможности кратким (обычно не более 10 слов) и отражать предмет исследования;
- Фамилию и инициалы автора, место работы, должность;
- Наименование учреждения, в котором выполнена работа;
- Фамилию, имя, отчество, полный почтовый адрес и e-mail, номера телефона и факса автора, ответственного за контакты с редакцией и читателями, фамилию руководителя учреждения.

В левом верхнем углу титульного листа должна быть виза и подпись руководителя учреждения или научного руководителя, заверенная круглой печатью учреждения.

Статья должна состоять из следующих частей: Введение является началом любой статьи. Во введении автор должен отразить актуальность проблемы и состояние вопроса на момент публикации, приведя данные подобных исследований. Необходимо также

сформулировать научную гипотезу, которая будет подтверждена или опровергнута данным исследованием, четко определить объект исследования, сформулировав цель и задачи исследования. Материалы и методы – необходимо достаточно детализированное описание всех этапов исследования. В этой части следует описать исследуемую группу, указать время происхождения исследования и его характер, метод статистического анализа полученных данных. В результатах необходимо отразить, как проведенное исследование соотносится с научной гипотезой, высказанной во введении. Следует сравнить полученные результаты с таковыми в контрольной группе, проверить, все ли данные получены с помощью описанных методов, правильно статистически проанализированы. Если используются относительные величины показателей, необходимо указывать также абсолютные значения. Единицы измерений должны соответствовать Международной системе единиц. Таблицы и диаграммы должны сделать полученные результаты наглядными и понятными читателю, но не должны дублировать текст статьи. Подписи к рисункам и описание деталей на них под соответствующей нумерацией необходимо представлять на отдельной странице. Место, где в тексте должны быть помещены рисунок или таблица, отмечается на полях страницы квадратом с номером рисунка или таблицы. Обсуждение – В обсуждении следует объяснить результаты проведенной работы, как они могут быть применены на практике. В обсуждении не следует повторять содержание раздела «Результаты».

Выводы – должны кратко и точно отражать полученные результаты

Указатель литературы. В нем должны быть указаны научные статьи, использованные в работе. При отсутствии последних редакция может отказать в публикации работы. В указателе все работы (отечественные и иностранные) перечисляются в порядке их цитирования по тексту статьи, а не по алфавиту. Порядок составления списка следующий: авторы, название книги или статьи, выходные данные. В библиографическом описании книги (после ее названия) приводятся город (где она издана), после двоеточия название издательства, после точки с запятой год издания. В библиографическом описании статьи из журнала (после ее названия) приводятся сокращенное название журнала, год издания, номер отечественного журнала (для иностранных журналов номер тома, в скобках номер журнала), страницы – первая и последняя (через тире). Список литературного

обзора, как правило, должен иметь не менее 35 и не более 70 ссылок на научные статьи и книги. Резюме печатается на отдельной странице, оно должно быть структурированным: а) цель исследования; б) материалы и методы; в) результаты; г) заключение. Объем резюме должен быть не более 200–250 слов. Ключевые слова: на русском и английском языке от 3 до 6 слов

Таблицы. Каждая таблица должна иметь название и порядковый номер соответственно первому упоминанию ее в тексте. Все разъяснения, включая расшифровку аббревиатур, надо размещать в примечании к таблице в виде сносок. Рисунки могут быть выполнены в формате наиболее распространённых графических файлов JPG, TIF, EPS и CDR. Рисунки должны быть пронумерованы последовательными арабскими цифрами. В подписях к рисунку даётся его описание и объяснение всех обозначений, указанных на нём.

Подпись к каждому рисунку состоит из его названия и «легенды» (объяснения частей рисунка, символов, стрелок и других его деталей). В подписях к микрофотографиям надо указывать метод обработки материала (окраска), кратность увеличения.

Фотографии должны быть чёткими, контрастными, хорошо проработанными в деталях, выполненными на белой глянцевой бумаге. На обороте каждого рисунка или фотографии должны быть указаны фамилии авторов, название статьи, номер рисунка.

Математические формулы следует набирать отдельным абзацем при помощи редактора формул типа Microsoft Equation (входит в состав пакета MS Word). Нумеруют только те формулы и уравнения, на которые впоследствии ссылаются.

4. Статья сопровождается:

- заявлением автора (авторов) на имя гл. редактора журнала с просьбой о публикации статьи в журнале (в свободной форме);
- фотографией автора (авторов) размером 10 x 15 см (цветная или чёрно-белая), с указанием фамилии и инициалов автора (на обороте фотографии);
- служебным и домашним адресами автора (авторов) с почтовыми индексами;
- номерами телефонов (домашнего и служебного) автора (авторов).

Направляя рукопись в редакцию журнала, автор гарантирует, что данная статья не была ранее опубликована и не направлена одновременно в другое издание.

Редколлегия оставляет за собой право сокращать и редактировать статьи.

Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

5. За содержание опубликованных материалов ответственность несёт автор статьи.

6. Публикуемые материалы, сопроводительное письмо направлять по адресу: 454048, г. Челябинск, ул. Яблочкина, 24 или по e-mail: sumed74@mail.ru.

**ПЛАН РАБОТЫ
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ
И КОСМЕТОЛОГОВ
ЧЕЛЯБИНСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ИМЕНИ И.И. ИЛЬИНА НА 2016 ГОД
(ПРИКАЗ №103 ОТ 29.01.2015 МЗ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ)**

№ пп	Наименование	Срок проведения
Конференции		
1	Областная научно-практическая конференция дерматовенерологов и косметологов «Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии»	17-18.11.2016
2	4-й Уральский медицинский форум «Современные тенденции развития медицинской косметологии»	19-20.04.16
Школы-семинары		
3	Школа-семинар «Вирусные инфекции в дерматовенерологии»	13.04.2016
4	Школа-семинар «ИППП и урогенитальные инфекции: современные подходы к диагностике и терапии»	18.05.2016
5	Школа-семинар «Проблема микозов на современном этапе»	08.06.2016
6	Школа-семинар «Псориаз с точки зрения современной медицины»	14.09.2016
7	Школа-семинар «Атопический дерматит: консенсус дерматологов, иммунологов и педиатров»	19.10.2016
8	Школа-семинар «Возможности косметологии в современном мире»	14.12.2016
заседания общества ЧОДВиК-каждый 4-й четверг месяца (кроме июля, августа)		

Главный врач ГБУЗ «ЧОККВД»,
главный внештатный специалист по
дерматовенерологии УрФО

О.Р. Зиганши

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

**Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России)**

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» в I полугодии 2016 года организует цикл повышения квалификации **«Высокотехнологичная медицинская помощь в дерматовенерологии» (72 часа)** для руководителей медицинских организаций, их заместителей по медицинской части, клинико-экспертной работе, организационно-методической работе, заведующих отделениями, врачей дерматовенерологов.

Сроки проведения цикла: 17- 30 мая 2016 года

Программа цикла:

- организационно-правовые основы оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- высокие технологии в терапии псориаза, атопического дерматита, пузырчатки, локализованной склеродермии, лучевого дерматита
- фототерапия
- фотохимиотерапия
- плазмаферез
- генно-инженерные биологические лекарственные препараты, используемые в дерматовенерологии
- опыт антицитокиновой терапии в стационаре ГБУЗ «ЧОККВД»
- лицензионные требования при осуществлении работ (услуг) в части высокотехнологичной медицинской помощи по профилю дерматовенерология

По окончании обучения выдается удостоверение о повышении квалификации государственного образца

Предоставление путевки на цикл осуществляется на основе письменной заявки, которая высылается по почте по адресу: 454092 г. Челябинск, ул.Воровского, д.66 ГБОУ ВПО «ЮУГМУ» МЗ РФ, деканат постдипломного факультета, а так же факсом: 8 (351) 262 – 78 - 20.

Образец заявки представлен на сайте: <http://www.chelsma.ru>, закладка «факультет дополнительного профессионального образования»

Стоимость обучения на цикле - 21 000 рублей, стоимость проживания в общежитии - 400-600 руб./сутки, тел. общежития 8-(351)-242-12-74, 8-(351)-11-99

Контактные данные:

Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Яблочкина, 24. Кафедра дерматовенерологии.
деканат факультета дополнительного профессионального образования:
8 (351) 262 – 78 – 20

Куратор цикла – Захарова Марина Анатольевна, тел. 8 (351) 232-00-93, 8 902 601 22 11,
e-mail: zahmant@mail.ru