

3(18) 2017

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА

СПЕЦИАЛЬНЫЙ
ВЫПУСК

ЖУРНАЛУ МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА

3 ГОДА

5

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

О пройденном московским здравоохранением пути рассказывает Леонид ПЕЧАТНИКОВ

19

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
ПОМОЩЬ

О принципах организации медпомощи в городе рассказывает Алексей ХРИПУН

62

ЮБИЛЕЙ

Первой градской
215 лет

Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета

Печатников Леонид Михайлович, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

Редакционный совет

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Зеленский Владимир Анатольевич, директор МГФОМС

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

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

здравоохранения города Москвы

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

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

Департамента здравоохранения города Москвы

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

Мухтасарова Татьяна Радиковна, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

Назарова Ирина Александровна, председатель Совета главных врачей города Москвы

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

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

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

Погонин Алексей Владимирович, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

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

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

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

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

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

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

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

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

Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**

Шеф-редактор: **Ирина Георгиевна Красивская**

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

www.moscowmedicine.ru

Учредитель: Департамент здравоохранения города Москвы

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

28 апреля 2014 года

Регистрационный номер ПИ № ФС 77 - 57984

Три года назад – в июне 2014 года вышел первый номер журнала «Московская медицина».

В приветственном слове на его страницах мэр Москвы Сергей Семенович Собянин, перечислив стоящие перед городской системой здравоохранения задачи, подчеркнул: «Успех в решении этих и других задач городского здравоохранения во многом зависит от взвешенного подхода и общественного обсуждения актуальных вопросов, в том числе в средствах массовой информации. В этой связи столичное правительство выступило с инициативой издания Департаментом здравоохранения Москвы журнала “Московская медицина”. Новый журнал рассчитан не только на информирование медицинского сообщества о сути и целях преобразований в столичном здравоохранении. Важно, чтобы профессиональное издание стало площадкой для свободных дискуссий и обмена мнениями по актуальным вопросам развития московской медицины».

За время выхода журнала в городском здравоохранении произошли немалые перемены, о чем подробно рассказывалось на страницах издания. Мы постарались обозначить в материалах журнала «Московская медицина» самые актуальные проблемы столичного здравоохранения и обсудить пути их решения. Уверен, что журнал стал для многих московских медиков настольным изданием, интересным и полезным чтением. Только работая сообща, мы сможем достичь всех поставленных целей и решить главную задачу – сохранить здоровье жителей и гостей города.

Поздравляю всех своих коллег с Днем медицинского работника и желаю всем нам становиться профессиональнее с каждым днем, для того чтобы как можно лучше выполнять нашу работу и призвание – лечить людей!



Алексей ХРИПУН,
руководитель
Департамента
здравоохранения
города Москвы

СОДЕРЖАНИЕ**ОТ РЕДАКЦИИ**

Обращение к читателям руководителя Департамента здравоохранения Москвы
Алексея ХРИПУНА **2**

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

**Леонид ПЕЧАТНИКОВ: Задача формулируется предельно
просто - жить нужно приучаться по средствам** **5**

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

**Владимир ЗЕЛЕНСКИЙ: ОМС - конкурентная система,
где деньги должны идти за пациентом** **13**

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ

**Алексей ХРИПУН: Необходимо менять подходы
медиков к своей работе** **19**

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Валерий ПАВЛОВ: Главная задача - гарантировать
финансово-экономическую стабильность работы отрасли** **26**

ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

**Татьяна МУХТАСАРОВА: Врачи общей практики разгрузят,
но не заменят узких специалистов** **37**

АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ

**Алексей ПОГОНИН: В центре внимания сегодня находится
пациент и его интересы** **42**

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

**Юлия АНТИПОВА: Централизация закупок позволяет
экономить средства** **49**

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ

Владимир МАКАРОВ: ЕМИАС стала рабочим инструментом врача **56**

ЮБИЛЕЙ

Вековые традиции, новые технологии
Первой градской 215 лет **62**

Николай Пирогов

Историческая справка **75**

ОТ РЕДАКЦИИ

В спецвыпуске собраны ранее опубликованные интервью с ключевыми спикерами московской системы здравоохранения с их комментариями.

ЛЕОНИД ПЕЧАТНИКОВ: ЗАДАЧА ФОРМУЛИРУЕТСЯ ПРЕДЕЛЬНО ПРОСТО — ЖИТЬ НУЖНО ПРИУЧАТЬСЯ ПО СРЕДСТВАМ

Не будет преувеличением сказать, что за последние три года ситуация в московском здравоохранении кардинально изменилась. Наряду с масштабным переоснащением клиник, проведенным в рамках программы модернизации, осуществлялись и преобразования в системе оказания медицинской помощи в столице.

Об идеологии реформ и принципах, на основе которых выстраивается новое московское здравоохранение, рассказывает заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид ПЕЧАТНИКОВ.

- Леонид Михайлович, а сколько в вашей работе занимает здравоохранение?

- 70%. Как стационарная помощь в структуре нашей отрасли. Но это была изначальная договоренность с мэром города, для него здравоохранение – абсолютный приоритет. Он понимает, что это едва ли не самая сложная в плане реформирования область с громоздкой системой финансирования, заскорузлой ментальностью и низким качеством исполнения.

- Как, исходя из сегодняшних реалий отечественного здравоохранения, можно сформулировать главную задачу, стоящую перед людьми, ответственными за управление отраслью?

- С 1992 года в России началось движение, пусть и очень медленное, в сторону страховой медицины. Да, у нас до сих пор нет по-настоящему страховой медицины, это очевидно всем, но те подвижки, которые произошли, заставили главных врачей больниц и поликлиник примерно представлять себе, что такое жизнь в рамках определенного



Леонид ПЕЧАТНИКОВ,
заместитель мэра
Москвы по вопросам
социального развития

бюджета. Надо всем понимать важную вещь: деньги – штука конечная. Денег много не бывает, и мы прекрасно понимаем, что в предкризисных условиях, условиях снижения ВВП, возможности государства ограничены. Поэтому основная задача формулируется предельно просто: жить нужно приучаться по средствам.

Мы всегда говорили, что нам не хватает денег, лучше не будет, и жили с таким настроением десятилетиями, при этом те деньги, которые были, никогда никто не считал. Не секрет, если скажу, что все без исключения наши руководители здравоохранения никогда не понимали, что такое себестоимость медицинской помощи. В то же время мой опыт руководства частной клиникой подтвердил основной постулат управленца – расходы могут быть только по доходам. Собственно, этот опыт и трансформировался в понимание возможных путей реформирования здравоохранения города.



МЫ ПОШЛИ НА ДОСТАТОЧНО РИСКОВАННЫЙ И ДОРОГОСТОЯЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ — «ОТЦЕПИЛИ» МЭС ОТ ЧИСЛА ДНЕЙ ПРЕБЫВАНИЯ БОЛЬНОГО НА КОЙКЕ. СЕГОДНЯ ВЕРОНИКА СКВОРЦОВА ГОВОРИТ О ТОМ, ЧТО ЭТО НУЖНО БЫЛО ДЕЛАТЬ ВЕЗДЕ И УЖЕ ДАВНО. НО НА ПРАКТИКЕ ЭТО ОБОШЛОСЬ МОСКВЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНО В 7 МИЛЛИАРДОВ РУБЛЕЙ.

ально. И вины поликлиник в этом нет, система была выстроена таким образом. В этой ситуации главной задачей на первом этапе было оснащение поликлиник. Они должны были стать тем, чем являются во всем мире, – 70% медпомощи оказывается на амбулаторном этапе. Понятно, что купить в каждую поликлинику весь набор диагностического оборудования невозможно, да и не нужно. Их было пять сотен, и к каждой прикреплено по 20–30 тысяч человек. Поэтому была сделана попытка функционально объединить мелкие учреждения вокруг крупных, оснатив последние всем необходимым. Но в этой ситуации главный врач уже оснащенной оборудованием поликлиники просто начинал зарабатывать деньги. Причем вполне легально. И тогда было решено объединить их не только функционально, но и юридически. Сегодня в Москве функционируют 46 поликлиник для взрослых и 40 – для детей. Каждая такая поликлиника с прикрепленными к ней 200–300 тысячами горожан представляет собой головной центр и филиалы. И каждый из прикрепленных граждан гарантированно получает помощь специалиста по любому из имеющихся направлений. Нам нужно было хоть как-то увеличить доступность специализированной медицинской помощи. И в некоторых поликлиниках это удалось сделать.

– Какие зоны здравоохранения были наиболее проблемными в 2011 году, когда вы возглавили Департамент здравоохранения Москвы?

– Первая и основная проблема – абсолютная неготовность московских клиник работать в рамках страховой модели. Москва никогда не жила и не пыталась жить в условиях страховой медицины. Город получал довольно высокие доходы и на здравоохранение тратил порядка 9% своего ВВП. Это немалые средства, но эффективность их использования никогда не контролировалась.

Вторая проблема – большая часть вопросов решалась в стационарах. Поликлиник при этом было достаточно, там работала целая армия врачей, но получить в них сколько-нибудь серьезную медпомощь было нереально.

– Почему не везде?

— Это связано с тем, что, к сожалению, сами главные врачи до конца свою миссию не понимают. И я даже не могу их за это винить, они выросли совсем в другое время. Но, если они не справятся, их придется менять. Я имею репутация жестокого, резкого

руководителя, но у меня нет обязательств перед врачами, у меня есть обязательства перед пациентом. И если я вижу равнодушное отношение к делу, буду делать соответствующие выводы. Например, в одной из поликлиник установили компьютерный томограф. А он простаивает 3–4 месяца. Начинаем выяснять, почему. Я ведь все равно все подробности узнаю. Я получаю информацию не от чиновников, а из первых рук. Оказывается, не могут подключить, потому что кабеля нет. А главный врач письма пишет. Не выходя из кабинета. Но надо не письма писать, а решать проблему! Вообще, ту смехотворную сумму, которая нужна на прокладку кабеля, он давно мог бы найти в собственных ресурсах. А уж если денег нет, то должен был не выходить из кабинета чиновников, пока их ему не дадут! Но ему было все равно. Такие руководители не нужны, и когда Георгий Натанович Голухов попытался его защитить, я его спросил: если бы это случилось в ГКБ № 31, через сколько бы заработал томограф? Ответ был: через неделю.

- Насколько эффективно удалось использовать средства, выделенные в рамках программы модернизации здравоохранения города?

– Я никогда в своей жизни ничего не продавал и не покупал. Но когда увидел цены, рекомендованные для покупки 64-срезового КТ, вспомнил, что хозяйева частной клиники, из которой я пришел, покупают такие аппараты намного дешевле. И действительно, когда при тех объемах закупок, которые были нам необходимы, мы начали участвовать в торгах, рынок был практически обрушен. При рекомендованной цене в 60 миллионов мы купили 64-срезовый КТ за 20 миллионов, а 1,5-тесловые МРТ при рекомендованной цене в 90 миллионов за единицу приобрели за 30 с небольшим.

– Существует ли в Москве проблема, характерная для некоторых регионов, – закупили, а работать некому?

– Для Москвы на рубеже 2011–2012 годов лишнего ничего быть не могло, потому что если не 100%, то почти 90% оборудования было морально и физически устаревшим.

К тому же в городе всегда были и есть специалисты, которые могут работать на такой технике, и с самого начала было ясно, кому и у кого учиться. Сегодня из 1800 закупленных аппаратов так называемой тяжелой техники осталось подключить 15. И это связано только с тем, что регламентный срок подключения КТ и МРТ в среднем год-полтора, это объективно длительный процесс. Кстати, гарантийный срок на закупленную технику включается только после запуска прибора. Это существенный момент! Был случай, когда главврач вместо того, чтобы подписать акт приемки груза, подписал акт ввода



**Из 1800
закупленных
аппаратов
«тяжелой техники»
осталось
подключить 15**

техники в эксплуатацию. Наверное, это ошибка, оплошность, но таких оплошностей нельзя допускать. Главврач нанес ущерб, и будет уволен. Такие ошибки не имеет право допускать руководитель медучреждения! Он должен чувствовать себя хозяином в своем учреждении. Хочу подчеркнуть, сейчас в Москве совсем другая медицина. Материальная база уж точно другая. Сегодня нет такого района города, где люди не могли бы получить необходимую высокотехнологичную помощь. Более того, мы с этого года смогли себе позволить гарантировать сроки ожидания получения медпомощи, чего не было никогда.

- А есть кому работать в новых условиях?

- По статистике, в Москве врачей переизбыток. Даже те нормативы Минздрава, которые, на мой взгляд, являются избыточными, перевыполнены. Но если посмотреть на стационары... На 8 миллионов населения государства Израиль функционирует 16 тысяч коек, на 10 миллионов населения Сеула – 25 тысяч коек, а на 12 миллионов застрахованных жителей Москвы – более 120 тысяч! У нас в течение многих лет каждый главный врач стационара определял свою важность и значимость количеством коек в подведомственном ему учреждении. От этого пора избавляться. Мы пошли на достаточно рискованный и дорогостоящий эксперимент – «отцепили» МЭСы от числа дней пребывания больного на койке. Сегодня Вероника Скворцова говорит о том, что это нужно было делать везде и уже давно. Но на практике это обошлось Москве дополнительно в 7 миллиардов рублей – на эту сумму увеличились расходы МГФОМС.



**СРЕДНЯЯ ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА ВРАЧА
В ПОЛИКЛИНИКЕ СЕГОДНЯ 70 С ЛИШНИМ
ТЫСЯЧ РУБЛЕЙ. И КОГДА Я СЛЫШУ:
«КАКИЕ 70? Я БОЛЬШЕ 30 НЕ ПОЛУЧАЮ!»,
ТО НЕ УДИВЛЕН. ВЕДЬ ЕСЛИ ВРАЧ ПРИШЕЛ
В 9:00 И УШЕЛ В 14:00, ЕГО ЗАРПЛАТА
НЕ БУДЕТ ВЫСОКОЙ. НО ВСЕ ВОЗМОЖНОСТИ
ЗАРАБАТЫВАТЬ, РАБОТАЯ ТАК, КАК РАБОТАЮТ
ВРАЧИ ВО ВСЕМ МИРЕ, ЕСТЬ.**

- Это было решение на уровне московского правительства?

- Это было мое решение, согласованное с мэром. Я сказал врачам: когда вы считаете, что больной может быть выписан, – выписывайте, кладите на эту койку следующего и зарабатывайте деньги по ОМС. И все на эту мою удочку попались: люди поняли, что могут заработать, но и нам стало совершенно понятно, что почти 30% коечного фонда используются неэффективно и кадровый ресурс в стационарах есть. В них явный профицит коек, освободив которые, мы высвободим и врачей для поликлиник. Но даже сейчас, после всех приложенных усилий, я знаю, что до 40% больных в стационарах являются больными

амбулаторными. Поэтому если главврачи больниц хотят нормально жить, получать нормальную зарплату, то должны понимать, что важность и значимость руководителя клиники для здравоохранения заключается не в количестве коек, а в эффективности их работы. Им необходимо пересмотреть эффективность коечного фонда и оставить ровно столько коек, сколько нужно, исходя из их возможностей и потребностей города. Хочу подчеркнуть, что город не оставил клиники один на один с фондом ОМС, у нас есть некая «подушка безопасности» – средства бюджета города, которые могут быть выделены непосредственно клиникам. Но дадим мы средства из резерва только тем, кто реально показывает свою эффективность. В противном случае не только не будет дополнительных денег, но и контракт на оказание медпомощи в рамках программы госгарантий может быть расторгнут.

- А каким образом и на каких основаниях стационары должны оптимизировать свой коечный фонд?

- Они должны это делать совместно с Департаментом здравоохранения. Основная проблема – выстроить четкую маршрутизацию пациентов. В любом отделении

хирургии должны владеть всем спектром рутинных операций, но нужны и подразделения, специализирующиеся на сложных, высокотехнологичных операциях. В ОМС теперь работает 35 крупных стационаров, где мы формируем бригады хирургов различной специализации, которых хорошо знаем.

- Много разговоров во врачебной среде ведется вокруг реструктуризации сети ЛПУ, следствием которой становится определенная ротация кадров, не всегда понятная рядовым медикам. К чему нужно быть готовым специалисту, желающему найти свое место в московском здравоохранении в новых условиях?

– Мы должны в Москве создать компактную и эффективную систему здравоохранения, должны увеличивать число высокотехнологичных, активных коек, а не превращать больницы в социальные пансионаты. Мы призываем врачей идти в поликлиники, которые сейчас совсем не те, что были три года назад. Средняя заработная плата врача в поликлинике сегодня 70 с лишним тысяч рублей. Не оклад, что важно, а именно заработная плата. И когда я слышу: «Какие 70? Я больше 30 не получаю!», то не удивлен. Ведь если врач пришел в 9:00 и ушел в 14:00, его зарплата не будет высокой. Но все возможности зарабатывать, работая так, как работают врачи во всем мире, есть.

- Вы имеете в виду работу на две и больше ставок?

– Никакой утвержденной ставки больше нет. Давайте вернемся к финансированию амбулаторной сети. Те деньги, которые город получает из системы ОМС, мы условно делим на две части: стационарную и амбулаторную. Каждое поликлиническое объединение получает деньги на прикрепленное население и дополнительно за обслуживание неприкрепленного контингента. Если человеку ваша клиника понравилась больше, то вы получите за оказанную ему медпомощь деньги из бюджета той поликлиники, к которой он прикреплен. Помимо этого, деньги на услугу из ТФОМС идут за диспансеризацию, работу центров здоровья и дневного стационара. То есть 80% бюджета поликлиники формируется по подушевому нормативу и 20% – за дополнительные услуги. По грубым подсчетам, при прикрепленном населении в 200 тысяч человек клиника получит на год порядка 1 миллиарда рублей. Исходя из этого бюджета и формируется штатное расписание, которое никто не имеет права продиктовать главврачу. Руководителю клиники нужно понимать, сколько и каких специалистов ему необходимо и сколько он может себе позволить при условии выплат достойных зарплат. И это мы проконтролируем. При этом главный врач заинтересован в том, чтобы средняя зарплата врача была выше, так как его заработок находится в прямой зависимости от этого показателя.

- А как осуществляется оплата стационарной помощи?

– Вторая условная половина средств ТФОМС тоже находится в распоряжении поликлиники, но она может использовать их только для оплаты помощи в стационарах. При этом все, что удалось сэкономить на госпитализации, остается на виртуальном счете поликлиники. В случае, когда госпитализация осуществлена через службу скорой помощи, возникает вопрос ее обоснованности. Если она не обоснована, стационар получает деньги не от поликлиники, к которой прикреплен поступивший больной, а от «скорой». В то же время, если госпитализация осуществлена не вовремя, с опозданием, если из-за «жадности» главного врача поликлиники больной попал в стационар в запущенном состоянии, платить придется уже поликлинике, причем в двойном размере. Понятно, что эта система должна пройти отладку, но в идеале она должна стать саморегулируемой. Никому не выгодны необоснованные госпитализации.

**1 млрд
РУБЛЕЙ**
средний годовой
бюджет
поликлинического
объединения



Участковый терапевт зарабатывает сегодня до 100 тыс. рублей

- Что происходит со специализированной медпомощью? Вы можете объяснить логику реструктуризации в этом сегменте?

– Мы очень быстро осуществили реорганизацию специализированной помощи. Причем это возврат к тому, что уже было, к хорошо забытому старому. Никогда, например, женские консультации не существовали отдельно от родильных домов, просто на каком-то этапе их решили разделить, увеличив количество начальников и прочего обслуживающего персонала. Мы восстановили статус-кво. Но это важно не только для того, чтобы сократить административный персонал. Ведь когда консультации были сами по себе и уровень их оснащения был соответствующим, по любому мало-мальски сложному случаю беременную женщину направляли на дополнительные обследования. А как только консультация становится амбулаторным отделением роддома, как минимум ясно, где эти обследования можно пройти, а главное – главврач роддома несет ответственность за роженицу с первых дней беременности, что очень важно. Такова логика реструктуризации и других служб. Объединив диспансеры со стационарами, мы сделали специалистов стационаров ответственными за больных, что существенно повышает качество лечения. Следующий шаг в службе родовспоможения – «погружение» роддомов в многопрофильные больницы. Это делается для людей, а не просто для экономии. Роженица – такой же человек со своими болячками, а значит, попадая в роддом, она будет нуждаться в дополнительной медпомощи в случае осложнений.

- Уже пошел процесс перетекания кадров из стационаров в поликлиники? Помогают ли врачам как-то перестроиться, перепрофилироваться в случае, если их специализация не востребована?

– Процесс пошел. Он медленный, но необратимый. Врачи, приходящие из стационаров в поликлинику, видят, что это уже совсем другого уровня клиника. Но скажу, что и выхода у специалистов нет. Если врач хочет кушать и остаться в профессии, то должен искать себя. И если вдруг ты не состоялся как дерматолог, твои услуги не востребованы, то надо переквалифицироваться. Мы в этом помогаем врачам. За счет департамента такая переквалификация по наиболее востребованным специальностям возможна. Но надо торопиться, пока есть вакансии. У нас избыток дерматологов, урологов, гинекологов, но не хватает терапевтов. При этом участковый терапевт зарабатывает сегодня до 100 тысяч рублей. Но для этого нужно побегать – деньги не должны падать с неба.

- Вы сказали, что неэффективных руководителей клиник будете заменять, а есть кем? Ведь дефицит профессиональных управленцев в здравоохранении очевиден. И можно ли как-то перестроить ментальность тех, кто работает сегодня?

– Меняться придется. Условия меняются, и я, как могу, объясняю ситуацию, что еще можно сделать, я просто не знаю. Пока отбор происходит методом проб и ошибок.

Опубликовано в журнале «Московская медицина» № 1 за 2014. с. 5–11.

КОММЕНТАРИЙ

Леонид ПЕЧАТНИКОВ, заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

Пытаясь дать оценку тому, что произошло в городском здравоохранении за последние три года, можно много говорить о том, что удалось сделать, а что удалось не до конца или не удалось вовсе. Но, на мой взгляд, красноречивее всего говорят об итогах работы цифры.

Сегодня в Москве самая высокая ожидаемая продолжительность жизни среди других регионов. По итогам 1-го квартала 2017 года – 77,2 года. Это на пять лет выше, чем показатель по Российской Федерации в целом. В городе самая низкая не только в Российской Федерации, но и по сравнению с целым рядом развитых стран внутрибольничная летальность от острого коронарного синдрома: по итогам 1-го квартала 2017 г. – 6,2%. А ведь начинали мы почти с 30%. На треть снижены показатели материнской и младенческой смертности. Наблюдается проградцентное снижение смертности людей в трудоспособном возрасте. Все это цифры, официально подтвержденные Росстатом, мы их не выдумываем.

Научилась ли городская система здравоохранения жить по средствам, что было крайне важно в новых экономических условиях? Честно говоря, я никого не знаю, кто умеет жить по средствам. Денег всегда не хватает. Другое дело, научиться их эффективно расходовать – это серьезная наука. Подавляющее большинство наших больниц и поликлиник сводят концы с концами. Они не все стали прибыльными, но такой задачи перед ними и не стоит. Их задача заключается в том, чтобы тех средств, которые они получают, хватало на оказание квалифицированной и эффективной медицинской помощи. Больниц и поликлиник, которые по разным, иногда вполне объективным причинам не сумели выйти в ноль, остается совсем немного. И некоторые из стационаров, видимо, объективно не могут это сделать при нынешних тарифах ОМС. Например, стационары, которые в своей структуре имеют психосоматические отделения. Это заведомо убыточные с экономической точки зрения отделения. Мы это прекрасно понимаем и помогаем таким стационарам.

Важный, на мой взгляд, итог усилий последних лет – изменения менталитета московских медиков, их подхода к своей работе. Преобразования проходили непросто. Сокращение коечного фонда нередко сопровождалось и сокращением штатов московских медицинских организаций. И я не раз говорил, что это было болезненно не только для рядовых медиков, но и для руководства Департамента здравоохранения города, для меня лично. Мы все врачи, прежде всего, и прекрасно представляли проблемы коллег. Но сегодня понимание того, что в профессии надо совершенствоваться постоянно и держать очень высокую профессиональную планку, есть у всех. Есть определенный профессиональный уровень, ниже которого опускаться нельзя, иначе ты перестанешь быть востребован в современной медицине. Это объективное требование времени, и, по моему ощущению, понимание этого у московских медиков есть. На сегодняшний день все смогли найти работу в соответствии со своими профессиональными навыками. Никаких очередей из медиков на бирже труда так и не образовалось.

А вот чего нам действительно не хватает, что хорошо иллюстрируют разбираемые на городских клиничко-анатомических конференциях случаи, так это мультидисциплинарного

подхода к каждому больному. В рамках программы «Московский врач» мы попытаемся поправить положение дел, дать каждому из специалистов недостающие им, но совершенно необходимые знания и навыки. Условно говоря, терапевт не может полноценно выполнять свою работу, если он не в состоянии на рентгеновском снимке или компьютерной томограмме увидеть очевидные изменения. А хирург, на мой взгляд, должен уверенно ориентироваться в данных микроскопии по тому материалу, который он удаляет.

В свое время Сергей Семенович Собянин говорил о задаче сделать Москву медицинским центром мирового уровня. Не могу сказать, что мы уже выполнили эту задачу, но, безусловно, планомерно приближаемся к ее решению. Если удастся реализовать идею создания международного медицинского кластера на территории города, это существенно приблизит нас к поставленной цели. И уже сейчас до 30% наших пациентов не москвичи, а люди, приехавшие за медицинской помощью из других регионов и из стран ближнего зарубежья. Но главная, на мой взгляд, задача, которая сейчас стоит перед нами всеми и которую нельзя решить на уровне города или какого-то отдельно взятого региона, – это, конечно, повышение уровня медицинского образования. Если мы не сумеем повысить качество медицинского образования, как бы мы ни оснащали клиники, мы никогда не приблизимся к тому идеалу, к которому стремимся.

ВЛАДИМИР ЗЕЛЕНСКИЙ: ОМС – КОНКУРЕНТНАЯ СИСТЕМА, ГДЕ ДЕНЬГИ ДОЛЖНЫ ИДТИ ЗА ПАЦИЕНТОМ

В современных условиях система обязательного медицинского страхования – ключевое звено здравоохранения. Через ОМС проходит львиная доля финансирования медицинской помощи, и от того, насколько руководители ЛПУ понимают механизмы работы системы, зависит благополучие клиник, а главное – качество оказываемой пациенту медицинской помощи. Об особенностях работы системы ОМС на региональном уровне рассказывает директор МГФОМС Владимир ЗЕЛЕНСКИЙ.

- Владимир Анатольевич, масштабные реформы московского здравоохранения идут параллельно с серьезными изменениями всей национальной системы здравоохранения, не последнюю роль в которых играет система ОМС. В этой ситуации на что необходимо обратить пристальное внимание руководителям московских ЛПУ?

– Основной принцип обязательного медицинского страхования – создание конкурентной среды – как на уровне страховых компаний, так и на уровне медицинских организаций. С 2012 года количество негородских медицинских организаций увеличилось с 93 до 173 в 2014 году. В этих условиях руководителям московских медицинских организаций необходимо в первую очередь учитывать, что объем ресурсов системы ОМС ограничен и распределяется между теми ЛПУ, которые оказывают наиболее качественные медицинские услуги и, как следствие, востребованы гражданами.

Второе важное обстоятельство – повышение внутренней эффективности медицинских организаций. Как финансист не могу не процитировать Бюджетный кодекс: эффективность – это достижение заданных результатов с использованием наименьшего объема средств или достижение наилучшего результата с использованием заранее определенного объема средств.



**Владимир
ЗЕЛЕНСКИЙ,**
директор МГФОМС

- Какие преимущества дает переход на подушевое финансирование для поликлиник и планируемый переход на оплату по законченному случаю медпомощи, оказываемой в стационарах в соответствии с клиничко-статистическими группами заболеваний?

— Основное преимущество подушевого финансирования в амбулаторном звене – бюджет поликлиники больше не зависит от объема услуг, предъявленных к оплате страховым медицинским компаниям, а зависит от количества прикрепившихся к этой поликлинике граждан. Главное, что необходимо иметь в виду при переходе на подушевое финансирование, – гарантированный бюджет не должен приводить к снижению доступности медицинской помощи для граждан. Гражданин, которого не устраивает своя поликлиника, может открепиться и выбрать другую, это приведет к линейному сокращению бюджета учреждения, из которого гражданин ушел.

Оплату стационарной помощи предлагается осуществлять с использованием клиничко-статистических групп (КСГ), то есть группировки медико-экономических стандартов в более крупные позиции. Укрупнение тарифов на стационарную помощь значительно облегчит планирование объемов деятельности больницы и ее бюджета.

Переход на учет и оплату законченных случаев лечения на основе клиничко-статистических групп заболеваний планируется не ранее 2015 года. С начала этого года реализуется пилотный проект, в рамках которого в тестовом режиме на базе 4 городских стационаров осуществляется учет медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, по этой системе. С апреля круг участников пилотного проекта расширен, в него включены практически все городские стационары. Результаты пилотного проекта дадут нам и Департаменту здравоохранения города Москвы возможность проведения сравнительного анализа финансовых результатов работы медицинской организации при учете медицинской помощи по медицинским стандартам и по клиничко-статистическим группам для последующего корректного расчета коэффициентов и тарифов на КСГ.

- Что бы вы посоветовали в обязательном порядке учитывать руководителям клиник при работе над годовыми бюджетами своих учреждений в новых условиях работы?

– При составлении годовых бюджетов необходимо руководствоваться годовыми объемами финансового обеспечения, установленными Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год, поскольку в условиях ограниченного ресурса ОМС превышение согласованных объемов медицинской помощи оплачиваться страховыми компаниями не будет.

Необходимо равномерно распределять по кварталам объемы финансового обеспечения, установленные на год, с учетом сложившейся сезонности оказания медицинской помощи.

- Каковы основные принципы эффективного функционирования каждого типа медицинских организаций в городской системе ОМС на нынешнем этапе?

– Основной принцип – быть конкурентоспособными.

- Каким образом финансируется и каковы механизмы расчета оплаты экстренной медпомощи, оказываемой службой скорой медицинской помощи в Москве? За счет каких средств и в каком объеме оплачивается помощь незастрахованным гражданам?

– В соответствии с законодательством скорая медицинская помощь включена в базовую программу ОМС. И в настоящее время скорая медицинская помощь как гражданам РФ, так и иностранным гражданам и лицам без гражданства, в том числе не имеющим полиса

ОМС, оплачивается напрямую из МГФОМС, минуя страховые компании. Единицей оплаты скорой медицинской помощи является вызов. Средняя стоимость вызова в 2014 году – 5191,08 рубля. Но, обращаю внимание, оказание скорой медицинской помощи не должно быть обусловлено наличием у гражданина полиса ОМС, несмотря на то, что она включена в обязательное медицинское страхование.

На сегодняшний день основной задачей является создание системы идентификации пациентов, в том числе выяснения региона, в котором гражданин застрахован, для того чтобы МГФОМС мог получать компенсацию оплаты скорой медицинской помощи, оказанной иногородним гражданам.

- Не возникает ли сложностей в связи с переводом на оплату за счет средств ОМС все новых видов медпомощи?

– С 2013 года в рамках Территориальной программы ОМС по медицинским показаниям предусмотрено оказание услуг по лечению бесплодия с применением экстракорпорального оплодотворения. Также в Территориальную программу ОМС включены медицинские услуги по заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа. С 2014 года часть видов высокотехнологичной медицинской помощи переведена на оплату за счет средств ОМС.

Главным инструментом регулирования финансового состояния системы являются тарифы на медицинские услуги и внедрение новых способов оплаты медицинской помощи.

В соответствии с решением Минздрава России о переводе части видов высокотехнологичной медицинской помощи на оплату за счет средств ОМС были разработаны тарифы на 401 метод, на остальные 50 методов тарифы установлены Федеральным фондом ОМС. При этом включение в ОМС новых видов медицинской помощи не должно приводить к разбалансированию бюджета ОМС – установленные Комиссией объемы финансового обеспечения на год должны стать константой договорных обязательств между всеми участниками системы.

- На решении каких задач сконцентрируется МГФОМС в ближайшее время? К чему в связи с этим нужно быть готовым руководителям и сотрудникам московских клиник?

– В первую очередь совместно с Департаментом здравоохранения мы оценим потребность москвичей в медицинской помощи, соотнесем ее с возможностями городской сети здравоохранения, разработаем прозрачные критерии распределения объемов между медицинскими организациями.

В части тарифной политики будет произведен пересмотр медико-экономических стандартов. Это необходимо сделать для последующего перехода на клинико-статистические группы, а также для корректного включения высокотехнологичной медицинской помощи в систему ОМС. При совершенствовании тарифной политики особое внимание будет уделено механизмам экономического стимулирования снижения уровня госпитализации и переноса медицинской помощи на амбулаторный уровень.

Также необходимо самое пристальное внимание уделить системе защиты прав застрахованных граждан – страховые медицинские организации должны быть мотивированы не на проведение «механистических проверок» заполнения медицинской документации, а на реальную экспертизу качества медицинской помощи и помощь гражданам в защите их прав. Отдельной масштабной темой, от которой зависит решение остальных запланированных задач, является информационное обеспечение системы ОМС. Необходимо создать современную прозрачную систему, которая будет полностью интегрирована с созданной в Москве системой ЕМИАС и использована как на этапах планирования бюджета МГФОМС, так и на этапах реализации территориальной программы ОМС и последующего контроля

за участниками системы ОМС. Кроме того, эта система должна позволить застрахованным получить информацию о деятельности страховых компаний и медицинских организаций.

- Насколько эффективна и жизнеспособна, на ваш взгляд, саморегулирующаяся финансово-экономическая система фондодержания в управлении потоками пациентов, оценка результата обследования и лечения на всех этапах оказания медицинской помощи?

— Фондодержание является одним из возможных способов управления уровнем госпитализации и стимулирования амбулаторного звена на стационарзамещающие технологии. Опыт внедрения системы полного фондодержания в субъектах Российской Федерации выявил ее положительные и отрицательные стороны. К первым следует отнести оптимизацию коечного фонда, снижение уровня госпитализации и стимулирование развития амбулаторных учреждений (совершенствование диагностической базы, повышение квалификации медицинских работников, внедрение стационарзамещающих технологий, усиление профилактической работы). Вместе с тем были выявлены серьезные отрицательные моменты системы. В частности, несмотря на использование поло-возрастных коэффициентов при расчете подушевого норматива, медицинские организации, в которых прикрепленного детского населения больше 20%, а лиц старших возрастов – более 25%, а также поликлиники, имеющие относительно небольшую численность прикрепленного населения, – неспособны эффективно осуществлять деятельность в условиях фондодержания. Кроме того, снижение доступности медицинской помощи (как амбулаторной, так и стационарной) приводило к увеличению количества осложнений при поздних госпитализациях.

Элементы фондодержания, в частности, подушевое финансирование амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающих медицинскую помощь прикрепленному населению и взаиморасчеты между ними, в настоящее время внедрены в московскую систему ОМС. Кроме того, внедрено так называемое виртуальное фондодержание, которое заключается в мониторинге госпитализации пациентов, прикрепленных к конкретным амбулаторным центрам. Говорить о внедрении полного фондодержания возможно только после подведения итогов «виртуального фондодержания», а также создания системы управления потоками плановых пациентов, с одновременным повышением качества прогнозирования уровня госпитализации исходя из потребностей населения города Москвы.

- Как можно объективизировать распределение объемов медицинской помощи между участниками реализации территориальной программы государственных гарантий, заявивших свою работу в системе ОМС, в том числе «негородских медицинских организаций»?

— В настоящее время готовятся изменения в федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», которые предполагают установление критериев распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями. Другими словами, Департамент здравоохранения Москвы совместно с МГФОМС должен определить потребность населения города в конкретных видах медицинской помощи, и после этого объемы медицинской помощи в натуральном выражении для каждой конкретной медицинской организации любой организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности, участвующей в реализации городской программы ОМС, должны распределяться с учетом прозрачных и понятных критериев.

Еще раз хочу напомнить, что система ОМС является конкурентной системой, где деньги должны идти за пациентом в ту медицинскую организацию, которую он выберет. И создаваемая система критериев должна также давать ответ на вопрос, какая медицинская организация является наиболее качественной и эффективной.

Из отчета о работе Московского городского фонда обязательного медицинского страхования за 2016 год

Бюджет

Бюджет МГФОМС на 2016 г. утвержден Законом города Москвы от 21 октября 2015 г. №59 «О бюджете Московского городского фонда обязательного медицинского страхования на 2016 г.» (в ред. Закона города Москвы от 27 апреля 2016 г. №19) (далее – Закон Москвы от 21.10.2015 №59).

На основании ст. 6 Закона города Москвы от 21 октября 2015 г. №59 был изменен план по доходам Фонда на 2016 г. и составил 194 577 885,4 тыс. рублей.

Исполнение бюджета МГФОМС по доходам составило 192 381 156,6 тыс. руб., или 98,9% от запланированных доходов, в соответствии с уточненным планом на 2016 г.

Средства бюджета МГФОМС в 2016 г. направлялись на финансирование реализации ТП ОМС в размере 161 826 342,4 тыс. руб., в том числе на финансирование СМО – 152 238 055,8 тыс. руб. (из них на ведение дела – 1 508 390,2 тыс. руб., на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным по ОМС в г. Москве лицам, – 150 729 665,6 тыс. руб.), на оплату медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным на территории г. Москвы, на других территориях РФ, – 5 670 397,7 тыс. руб.

Расходы на оплату скорой и неотложной медицинской помощи ССиНМП им. А.С. Пучкова, в рамках выполнения ТП ОМС, составили 13 747 125,0 тыс. руб.

Кроме того, расходы на:

■ оплату медицинской помощи, оказанной иногородним пациентам в МО города Москвы, на сумму 17 444 346,9 тыс. руб., в том числе:

– за счет компенсаций, поступивших от территориальных фондов ОМС, в сумме 14 163 406,6 тыс. руб.;

– за счет прочих доходов в сумме 82 303,0 тыс. руб.;

– за счет средств субвенции из бюджета ФОМС с последующей компенсацией средств территориальными фондами ОМС в 2017 г., в соответствии с Правилами ОМС, установленными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н, в сумме 31 98 637,2 тыс. руб.;

■ оплату медицинской помощи, оказанной гражданам, не идентифицированным и не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, при заболеваниях и

состояниях, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в целях реализации территориальной программы ОМС на сумму 4 687 543,1 тыс. руб.;

■ оплату 10% средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для СМО годового объема средств на сумму 5 698 824,4 тыс. руб.;

■ выполнение управленческих функций МГФОМС на сумму 1 762 709,4 тыс. руб., или 99,3% от утвержденных бюджетных назначений на 2016 г., из которых кассовые расходы «на выплату персоналу» составили 694 890,1 тыс. руб., или 98,8% от бюджетных назначений, утвержденных на эти цели на 2016 г. в сумме 703 396,2 тыс. руб.

Городская программа ОМС

С января по декабрь 2016 г. финансирование Территориальной программы ОМС города Москвы осуществлялось 11 страховыми медицинскими организациями (далее – ОМС), имеющими соответствующие лицензии: АО «МАКС-М», Московский филиал ООО «СМК «РЕСО-Мед», ООО «МСК «МЕДСТРАХ», ОАО СК «РОСНО-МС», АО МСК «УралСиб», АО СГ «Спасские ворота-М», ООО «СК «Ингосстрах-М», ЗАО СК «Согласие-М», ОА «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», ООО «Росгосстрах-Медицина» Филиал ООО «РГС-Медицина»-«Росгосстрах-Столица-Медицина», АО ВТБ «Медицинское страхование».

По состоянию на 31 декабря 2016 г. в реализации ТП ОМС участвовало 406 медицинских организаций (далее – МО), из них: 205 – подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы (далее – ДЗМ), 89 – подведомственных федеральным органам исполнительной власти; 112 – МО частной системы здравоохранения.

Средний подушевой норматив финансирования, установленный ТП ОМС на 2016 г., составил 14 231,59 руб.¹, в т.ч. за счет субвенции ФОМС – 12 763,19 руб.

¹ Без учета расходов на обеспечение выполнения МГФОМС своих функций, предусмотренных законом города Москвы о бюджете Московского городского фонда обязательного медицинского страхования по разделу 01 «Общегосударственные вопросы». Расходы на обеспечение выполнения Московским городским фондом обязательного медицинского страхования своих функций составляют на одно застрахованное лицо – 148,33 рублей.

По состоянию на 01.01.2016 численность застрахованных

по ОМС лиц, прикрепленных на медицинское обслуживание к МО, подведомственным ДЗМ, составляла 10 284 348 человек, в МО иных форм собственности и подчинения прикрепленный контингент составил 173 933 человека. На 31.12.2016 численность застрахованных лиц, прикрепленных на медицинское обслуживание к МО, подведомственных ДЗМ, составила 10 435 944 человек, в медицинских организациях иных форм собственности и подчинения – 231 566 человек. Таким образом, численность прикрепленного населения в целом на 31.12.2016 увеличилась относительно 01.01.2016 на 209 309 человек (2%).

Основную часть обращений москвичей также составляют обращения за амбулаторной медицинской помощью, при этом стоимость стационарной медицинской помощи составляет 60,5% от общей стоимости медицинской помощи.

Тарифная политика

Тарифная политика в системе ОМС г. Москвы является составной частью общей политики экономических отношений в системе здравоохранения. Тарифы на оплату медицинской помощи являются едиными для всех МО независимо от организационно-правовой формы, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС города Москвы.

С 01.01.2016 г. в Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС включены:

- медицинские услуги для взрослого и детского населения «Позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ)» (тариф – 58659, 21 руб.);

- медицинские услуги, оказываемые в условиях дневного стационара взрослым и детям, при нейросенсорной потере слуха двусторонней после кохлеарной имплантации пациентам, нуждающимся в замене речевого процессора системы кохлеарной имплантации (тариф за оплату медицинской помощи, оказанной взрослому населению, – 734 712,93 руб., детскому населению – 735 011,04 руб.);

- 487 комплексных медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях детскому населению, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или законного представителя с ребенком в стационарных условиях.

Плановые проверки

В план проверок на 2016 г. было включено 185 организаций, в том числе 11 (100%) СМО и 174 МО (42,8% от общего числа МО, участвующих в реализации ТП ОМС в 2016 г.).

Всего в 2016 г. было проведено 224 проверки, что составляет 121% от плана проверок. В 2015 г. этот показатель составил 102%.

Всего в 2016 г. выявлено нецелевое использование средств обязательного медицинского страхования в 34 МО, что составляет 17,5% от проверенных организаций, и в 2,8 раза меньше, чем в 2015 г. (94 организации). Сумма нецелевого использования средств, выявленная в 2016 г., составила 21 295,6 тыс. руб., что в 6,5 раза меньше, чем в 2015 г. (135 524,2 тыс. руб.).

В ходе ЭКМП выявлено 1212 страховых случаев, содержащих нарушения (33,7% от общего числа проверенных случаев).

Работа с застрахованными

В целях повышения уровня осведомленности застрахованных лиц, МГФОМС в части своей компетенции осуществляет непрерывную работу по информированию населения, в том числе, проводя разъяснительные мероприятия о правах при получении медицинской помощи по ОМС, о порядке обеспечения защиты прав застрахованных и т.п., посредством следующих механизмов:

- работа с обращениями застрахованных лиц и их представителей;
- работа со средствами массовой информации;
- выпуск наглядных материалов;
- взаимодействие через информационно-телекоммуникационные сети.

Следует отметить, что за период с 01.01.2016 по 31.12.2016 численность регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц увеличилась более чем на 140 тыс. (с 11 983 499 до 12 125 223) человек, что в определенной степени обусловлено проводимыми МГФОМС компаниями и мероприятиями по информированию граждан о системе ОМС города Москвы.

В целях обеспечения прав застрахованных по ОМС лиц, МГФОМС обеспечивает круглосуточное функционирование службы «Горячей линии», которая работает в режиме работы оператора с 8.00 до 20.00 по рабочим дням, в режиме работы «электронного секретаря» с 20.00 до 8.00 по рабочим дням, в выходные и праздничные дни, с возможностью информирования по наиболее часто задаваемым вопросам.

В 2016 г. ежедневно службой «Горячей линии» обрабатывалось от 170 до 200 устных обращений. Среднее время обработки звонка составило 3 мин 40 с.

АЛЕКСЕЙ ХРИПУН: НЕОБХОДИМО МЕНЯТЬ ПОДХОДЫ МЕДИКОВ К СВОЕЙ РАБОТЕ

Модернизация столичного здравоохранения продолжается - на очереди стационарное звено. О том, на чем будет концентрировать свое внимание, осуществляя текущее управление отраслью, руководство Департамента здравоохранения Москвы, рассказывает его новый руководитель Алексей ХРИПУН.

- Алексей Иванович, расскажите, пожалуйста, какие цели стоят сегодня перед департаментом и каким образом вы предполагаете их достичь.

– Главная цель, сформулированная некоторое время назад, остается неизменной – создание эффективной и компактной системы оказания медицинской помощи в Москве с высоким уровнем ее доступности и качества. Проблемы, стоящие перед Москвой, как и перед другими регионами, в этой области не так остры, как еще два-три года назад. В начале 2011 года, например, существовал заметный перекося в развитии стационарных и амбулаторных методов лечения: в больницах был сосредоточен основной материально-технический и кадровый ресурс. Но дисбаланс наблюдался внутри каждого звена: и стационарного, и поликлинического, и скоропомощного. В первую очередь беспокоили кадровые проблемы: профицит одних специалистов и дефицит других. Все это наслаивалось на серьезную степень изношенности материальных ресурсов.

За прошедшие годы в целом здравоохранение Москвы значительно изменилось в лучшую сторону. В первую очередь за счет изменения ресурсной базы: многие учреждения отремонтированы, переоснащены. Только на медицинское оборудование за последние три года ушло около 50 миллиардов рублей. При этом деньги расходовались весьма эффективно. Благодаря современной технике удалось перейти на новые технологии во всех сферах деятельности по оказанию медицинских услуг. Изменилась структура организации медицинской помощи: мы пошли по пути концентрации имеющихся ресурсов в больничных комплексах и поликлинических объединениях. Так многие технологии становятся в разы более доступны москвичам. Но, помимо ресурсной базы, необходимо менять и подходы самих специалистов-медиков к своей работе, к использованию этих ресурсов. Сегодня эта задача является



Алексей ХРИПУН,
руководитель
Департамента
здравоохранения
Москвы

приоритетной. Если раньше мы должны были держать больного на койке две-три недели, то сейчас можем ограничиться двумя днями. В итоге большее количество больных могут получить квалифицированную помощь, но уже при меньших ресурсных затратах. Для этого не нужны, например, такие большие больничные площади, какие есть сейчас, и те штаты, которые формировались десятилетиями, они теперь являются избыточными.

- Готовы ли врачи к таким инфраструктурным изменениям?

– Это очень серьезная проблема. Изменить менталитет врачебного сообщества достаточно сложно. В медицину пришли новые технологии и ресурсы, и работать по старинке, как 30 лет назад, уже невозможно. Еще сложнее объяснить медработникам, что сегодня мы живем в другом ритме и необходимо увеличивать интенсивность работы. Специалисты должны понимать, что если они отстают от этого ритма, необходимо пройти переобучение или перейти на другую позицию. На мой взгляд, самое сложное – убедить их в необходимости таких мер. Но департамент уже работает над этим и рассчитывает на поддержку главных врачей. Возьмем среднестатистическое хирургическое отделение. Если главный врач понимает, что это отделение обладает достаточным ресурсом для того, чтобы держать пациента на общехирургической койке всего два-три дня, то других вариантов быть не должно. Но по-другому необходимо в этом случае оценивать и кадры. Если человек владеет передовыми медицинскими технологиями, много практикует и учится, успевает заниматься наукой, то почему у него должна быть такая же зарплата, как и у коллеги, который ничего этого не делает, работает по старинке, не стремится к освоению нового?! В таком случае главный врач должен побеседовать с отстающим врачом и объяснить, что динамично развивающаяся медицина требует постоянного пополнения знаний и необходимо либо соответствовать современным требованиям, либо задуматься о смене сферы деятельности.

ОТ РЕДАКЦИИ



В целях расширения возможностей информационного взаимодействия с Департаментом здравоохранения Москвы в социальных сетях открыты его официальные представительства:

ВКонтакте
www.vk.com/dzdmoss

Facebook
www.facebook.com/dzdmoss

Twitter
www.twitter.com/dzdmoss

Instagram
www.instagram.com/dzdmoss

- В процессе реструктуризации штатные расписания клиники неизбежно претерпят изменения, а значит, будут врачи, которые столкнутся с необходимостью смены места работы. Каков механизм работы с врачом в этом случае? Кто и что ему может и должен предложить в качестве альтернативы?

– Сегодня главный врач вправе изменить структуру коечного фонда своей клиники, чтобы она соответствовала уровню задач, решаемых им в рамках выполнения программы госгарантий оказания бесплатной медпомощи населению. Следующий шаг – формирование и утверждение штатного расписания под эти задачи. А дальше руководитель действует в рамках положения Трудового кодекса. Если заведующий отделением или главный врач приходит к выводу, что данный сотрудник выпадает из технологической цепочки и не может выполнять функции, которые от него требуются, он должен поговорить с этим человеком и объяснить ему, что либо он должен учиться, либо ему стоит задуматься о перепрофилировании. Если переучиваться врач не может или не хочет, то руководитель клиники должен проинформировать сотрудника, выпадающего из технологической цепочки, о том, что в новом штатном расписании его позиции нет, и через два месяца он будет уволен. Однако специалисту необходимо рассказать и об имеющихся у него альтернативах как внутри клиники, так и в целом в системе здравоохранения города. При этом понятно, что, когда руководитель организации приходит к выводу о необходимости изменений коечного фонда, он должен учитывать потребности города, рекомендации главных внештатных специалистов департамента. Решение о новом коечном фонде и штатном расписании – зона компетенции главного врача, но если он принимает неправильное решение, не учитывает реальных потребностей города, мы можем его поправить, а в определенных случаях и поднять вопрос о его уровне компетенции как руководителя.

– Не приведет ли оптимизация коечного фонда к снижению доступности медпомощи для пациентов: увеличению ожидания плановой

госпитализации или к тому, что при экстренной госпитализации может не оказаться свободной койки?

– Такого быть не может в принципе. Концентрация ресурсов – это не громкие слова, а технологический термин. Концентрация ресурсов позволяет выполнять те же и даже большие объемы медпомощи с меньшими затратами ресурсов при соответствующей специализации. Лет 10 назад я побывал в Австрии и был свидетелем, как в течение рабочего дня, с 8 утра до 2 часов дня, в одной из ортопедических клиник коллеги выполнили шесть эндопротезирований бедра и колена. При том, что у них был только один операционный стол! Врач каждый день выполнял такое количество операций и делал это быстро, привычно, качественно. Все работает как часы. Но это возможно тогда, когда все ресурсы: и кадровые, и технические – сконцентрированы. И если в нескольких больницах организована медпомощь такой интенсивности, доступность операции увеличивается в разы. В то время в московских клиниках в день мы выполняли одну, максимум две такие операции.

- При реструктуризации на врачей увеличивается нагрузка. Но врачи, работающие в эффективных клиниках, и так работают со 100%-ной нагрузкой. Не приведет ли это к тому, что они не будут справляться?

– Индивидуальный предел возможностей каждого врача разный. Даже темперамент у всех разный: один все делает неспешно, другой трудится динамично. Но нам нужно прийти к некоему технологически оптимальному варианту. Например, хирург должен оперировать быстро, качественно, при этом успевать следить за тем, что происходит в отделении, и вовремя осматривать больных. Многие врачи жалуются, что писанина их изводит, отнимает огромное количество времени, но ведь есть ординаторы, аспиранты, которые могут выполнять такого рода работу. Кроме того, мы не требуем сейчас оформлять документы так, как это было раньше. Главное – правильно зафиксировать диагноз, назначения и манипуляции врача. Идет работа и по внедрению электронных медицинских карт, которые значительно облегчают работу. С нашей точки зрения, мы можем концентрировать ресурсы и вмонтировать их в определенные технологические цепочки без риска, что кто-то что-то не успеет.

Приведу показательный пример несоответствия штатного расписания потребностям пациентов. Недавно до меня довели жалобу пациента, страдающего сахарным диабетом, о том, что главный врач одной из поликлиник Юго-Западного округа столицы решил уволить часть эндокринологов. Начали разбираться и выяснили, что к этому консультативно-диагностическому центру прикреплены 56 тысяч человек. На все объединение приходится 1600 человек, страдающих эндокринной патологией, так называемая диспансерная группа наблюдения. Именно этой группой должен заниматься эндокринолог. При этом в головном подразделении числятся шесть эндокринологов и еще по одному врачу в каждом филиале. Если их 11, а пациентов 1600, получается на одного врача чуть больше 100 человек, которые не каждый день к нему приходят. Совершенно очевидный перекос, специалистов должно быть как минимум в три раза меньше. Главному врачу лучше видно, сколько их должно быть, потому что он знает, какая обращаемость, какова реальная занятость рабочего дня, и сколько человек нужно, чтобы выполнить этот объем. Остальных специалистов нужно переориентировать. Например, предложить после переквалификации и соответствующего обучения поработать терапевтом или врачом общей практики. Мы готовы за переобучение платить, было бы у врачей желание.

- Получается, что у главных врачей большая свобода действий и достаточное количество рычагов влияния на ситуацию сегодня, а какова зона ответственности департамента в оперативном управлении системой оказания медпомощи в городе?

– Управленческой функции департамента никто не отменял. Распространенность того или иного заболевания, обращаемость по этому поводу в медицинские организации, результаты

диагностики и лечения – все это находится под пристальным вниманием департамента. Мы постоянно анализируем ситуацию с точки зрения соответствия имеющихся в системе ресурсов потребностям в медпомощи жителей города. Департамент здравоохранения должен владеть всей ситуацией, но в Москве около 50 тысяч врачей, и управлять каждым невозможно. Поэтому мы обязаны делегировать управленческие функции определенного уровня руководителю клиники, который лучше владеет ситуацией на месте.

- В 2015 году из средств ОМС будет финансироваться еще несколько видов медпомощи. К чему в связи с этим должны готовиться медики?

– Надолго останутся в бюджете психиатрия, наркология, туберкулез. Все остальное постепенно будет погружаться в ОМС. Сейчас это онкология и диализ, в перспективе – инфекционные болезни. Правительство Москвы, имея в виду необходимость некоего переходного периода, выделяет определенные средства из бюджета на химиотерапию дополнительно. Наши главные специалисты и главные врачи клиники работают над актуализацией тарифов. Словом, делается все для того, чтобы процесс погружения новых видов медпомощи в систему ОМС прошел спокойно, гармонично и без снижения доступности или качества оказываемой медпомощи.

- Ваша специализация - хирургия, насколько изменилась эта область медицины за последнее время?

– О хирургии я могу говорить часами. Между тем, что было 20 лет назад, и тем, что есть сейчас, – пропасть. Это два разных времени. Когда я начинал работать хирургом в ГКБ №4, у нас в хирургическом отделении было два лапароскопа, произведенных объединением «Красногвардеец». Это совершенно иная техника, нежели та, что применяется в лапароскопии сегодня. Тогда это была преимущественно диагностика. Сегодня же нет такого заболевания или органа брюшной полости, которые невозможно было бы прооперировать с помощью лапароскопических технологий. Но чтобы эти операции делать, нужно быть высококвалифицированным специалистом. Решающую роль в работе хирурга играют его мануальные навыки, без них, без буквально – рукодействия в прямом смысле, ему не обойтись. У человека должны быть способности к этому, он должен быть натренированным. И сейчас есть множество возможностей тренироваться вне организма больного. Например, в симуляционном центре. Но руки хирурга не должны идти впереди головы, прежде всего он должен быть компетентным, грамотным врачом. И если в одном отделении есть два таких врача, то на них должны равняться остальные, они незаменимые кадры для хирургического отделения.

- Что бы вы посоветовали специалистам, которые ищут сегодня свое место в профессии?

– В Москве очень много врачей, и все они разные. Имеющиеся ресурсы заставляют нас работать по-другому, поэтому в перспективе мы будем работать над выстраиванием системы оценки профессиональной компетенции врачей и спрашивать с них по-другому. Ставя перед собой амбициозные цели и располагая определенными ресурсами, мы будем стремиться к тому, чтобы гармонизировать наши возможности и желания, объясняя при этом спокойно и убедительно, с цифрами и фактами, свою позицию врачебному сообществу. А позиция очень проста в своей основе, и это мое личное убеждение. Я употребляю термин «технологическая цепочка», но медицина, безусловно, – особая сфера деятельности. Прикасаясь к человеку, ты возлагаешь на себя ответственность за его здоровье и жизнь, поэтому настоящий врач, настоящая медсестра – это не профессия, а образ жизни. Если человек это понимает, его профессиональный путь будет успешным.

**50
МЛРД
РУБЛЕЙ**

**ушло на медицинское
оборудование за по-
следние три года**

КОММЕНТАРИЙ

Алексей ХРИПУН,
руководитель Департамента здравоохранения города Москвы

- Алексей Иванович, в интервью 2014 года Вы сформулировали основную цель работы Департамента и преобразований в городском здравоохранении - создать в Москве эффективную и компактную систему оказания медицинской помощи с высоким уровнем ее доступности и качества. Можно ли сказать, что эта цель достигнута?

– За прошедшие 3 года действительно удалось сделать многое, чем по праву может гордиться московская медицина.

Программа развития столичного здравоохранения сформирована и реализуется с учетом экспертного мнения профессионального медицинского сообщества, запросов москвичей и требований федеральных законов и иных нормативных актов.

Одни мероприятия более заметны жителям, другие наши действия не находятся на виду у населения, однако серьезным образом сказываются на работе отдельных сегментов городского здравоохранения.

Пожалуй, главное, о чем хотелось бы рассказать, это организация работы амбулаторно-поликлинической службы. Можно без преувеличения сказать, что московская поликлиника стала другой.

Регистратура, навигация, запись на прием, условия ожидания, техническая оснащенность – улучшения затронули практически каждый аспект работы. Записаться на прием, перенести или отменить запись при необходимости теперь можно не выходя из дома. Практически исчезли очереди, среднее время ожидания приема врача «у двери» сократилось с 30 до 16 минут.

Кардинально изменились диагностические возможности поликлиник. По уровню технической оснащенности поликлиники не уступают стационарам, поэтому сегодня уже нет необходимости ложиться в больницу «для обследования». Продолжается работа по созданию пациентоориентированной среды внутри самих организаций (понятные простые указатели, комфортные зоны ожидания, доброжелательный персонал и т.д.). Задачи на ближайшее время – дальнейшее повышение качества оказания первичной медико-санитарной помощи и развитие профилактического направления работы.

Также в Москве увеличились возможности стационарного звена. Объем оказания высокотехнологичной медицинской помощи вырос в сравнении с 2014 годом на 20% (с 98 до 119 тыс. чел.), а в сравнении с 2010 годом – в четыре раза. Москвичам стали доступны ПЭТ-исследования, операции с применением аппаратов «Гамма-нож» и «Да Винчи».

Создание в столице «инфарктной сети» позволило почти на треть снизить смертность от инфарктов миокарда. По аналогии с этой системой уже формируется «инсультная сеть». Еще один интересный проект – стационары краткосрочного пребывания, когда пациенту в больнице в течение одного дня выполняется необходимое оперативное вмешательство, а дальнейшее наблюдение и при необходимости реабилитационные мероприятия выполняются амбулаторно. Это позволяет горожанам получать высокопрофессиональную медицинскую помощь, практически не меняя привычный образ жизни.

В целом московское здравоохранение активно развивается, но говорить о достижении целевого уровня, наверное, еще рано.

- Самое сложное в период преобразований - это изменить менталитет людей, привыкших работать в других условиях. Московские медики научились работать в новых условиях?

–Вы абсолютно правы. Как известно, кадры решают все. После того, как мы оснастили наши организации современным высокотехнологичным оборудованием, внедрили повсеместно информационные системы, изменился и уровень требований к профессиональной подготовке специалистов.

На протяжении последних лет мы активно занимались этим вопросом. Обучающие семинары главных внештатных специалистов, зарубежные стажировки, циклы лекционных и практических занятий в Медицинском симуляционном центре, участие в конференциях стали неотъемлемой частью жизни городского медицинского сообщества. Но мы подходим к кадровому вопросу шире. В целях повышения престижа медицинской профессии и привлечения высококвалифицированных специалистов в городские больницы и поликлиники Департамент здравоохранения совместно с Комитетом государственных услуг города Москвы реализовал на портале «Активный гражданин» проект, в рамках которого путем голосования определены лучшие 30 специалистов первичного звена медицинской помощи: врачи-терапевты и врачи-педиатры участковые, а также медицинские сестры поликлиник. Победители были награждены Почетными грамотами Департамента здравоохранения города Москвы, дипломами и памятными подарками Комитета государственных услуг города Москвы.

Кроме того, в 2016 году Правительством Москвы учреждены новые награды города Москвы: Почетный знак «Заслуженный врач города Москвы» – высшая форма поощрения за заслуги в области здравоохранения в городе Москве и Почетное звание «Почетный медицинский работник города Москвы».

Еще одним важным шагом к повышению профессионального уровня специалистов станет городской проект «О присвоении статуса «Московский врач», направленный на создание нового механизма развития кадрового потенциала системы здравоохранения города Москвы, а также стимулирование непрерывного и целенаправленного повышения уровня квалификации врачей медицинских организаций, необходимого для применения современных медицинских технологий, повышения их профессиональной культуры, личностного и профессионального роста.

Надеемся, что введение статуса «Московский врач» значительно оживит работу, поскольку индивидуальная оценка профессионального уровня перестанет быть формальностью. Она станет требовательной, объективной, независимой и будет построена на теснейшем сотрудничестве с медицинскими ВУЗами столицы.

- Какова динамика ключевых показателей эффективности работы городской системы здравоохранения в последние три года?

– Пожалуй, красноречивее всего результаты нашей деятельности отражают улучшения медико-демографических показателей. Продолжительность жизни москвичей по итогам 2016 года перешагнула рубеж в 77 лет и увеличилась по сравнению с 2010 годом на 3 года.

Смертность в трудоспособном возрасте – показатель, на который уровень здравоохранения влияет непосредственно, за шесть лет снизилась на 22%.

Включение родильных домов в состав крупных больничных комплексов позволило снизить младенческую смертность за тот же период на 32%. При этом выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую массу тела, увеличилась на 36 процентных пункта.

Но мы не собираемся останавливаться на достигнутом и продолжим бороться за улучшение здоровья москвичей.

- На чем сегодня сконцентрированы внимание и усилия Департамента здравоохранения города?

Если коротко, то приоритеты 2017 года сконцентрированы вокруг двух основных направлений –повышение профессионального уровня врачей и улучшение качества медицинской помощи. Вообще, вопросы квалификации кадров мы считаем абсолютным приоритетом сегодняшнего дня.

Если говорить чуть подробнее, то мы продолжим поэтапное внедрение в работу поликлиник врачей общей практики. Такой шаг позволит совершить качественный скачок в работе поликлиник.

Для ведения пожилых пациентов с множественными хроническими заболеваниями в каждом филиале городских поликлиник уже начали прием специально выделенные врачи. Эффективность такого индивидуального подхода была доказана в ходе ранее проведенного пилотного проекта.

Мы будем развивать и поддерживать эти проекты, в том числе путем материального стимулирования медицинских работников.

Рассчитываем, что уже в сентябре этого года врачи получат возможность сдать экзамен и претендовать на высокий статус «Московский врач», а с ним и на прибавку к зарплате и на перспективы карьерного роста.

Отдельно будем заниматься подготовкой управленческого кадрового резерва. Все заинтересованные строить карьеру в системе московского здравоохранения смогут заполнить анкету на сайте, пройти онлайн-тестирование и заявить о своем желании развивать свои управленческие навыки. После очного собеседования будет проведена оценка уровня подготовки кандидата с составлением общего рейтинга, подготовлен индивидуальный план развития.

Так что работа еще предстоит большая, и мы готовы к ней. Во многом нас мотивирует на это обратная связь, которую мы получаем от москвичей. Более 5 тыс. человек уже приняли участие в акции «Спасибо, доктор!», выразив свою благодарность врачам наших медицинских организаций.

ВАЛЕРИЙ ПАВЛОВ: ГЛАВНАЯ ЗАДАЧА – ГАРАНТИРОВАТЬ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКУЮ СТАБИЛЬНОСТЬ РАБОТЫ ОТРАСЛИ

Финансы всегда были камнем преткновения на пути развития системы оказания медпомощи в стране. Столица на общем фоне выглядела в этом плане более-менее благополучно, но и при наличии денег их нужно уметь считать. В Москве это научились делать. О принципах рационального подхода к решению финансовых проблем отрасли рассказывает первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Валерий ПАВЛОВ.



Валерий ПАВЛОВ,
первый заместитель
руководителя
Департамента
здравоохранения
Москвы

– Валерий Валентинович, каков на сегодняшний день бюджет московского здравоохранения?

– Департамент здравоохранения города оперирует бюджетом в 184,5 миллиарда рублей. С учетом средств ОМС и расходов других департаментов на здравоохранение сумма составляет 317,4 миллиарда.

– Можно ли сказать, что все эти средства используются максимально эффективно?

– В целом да. Хотя всегда есть над чем работать в этом направлении. На повышение эффективности использования средств направлены мероприятия в рамках осуществления финансового контроля за расходованием бюджетных средств. По итогам 2015 года нами было возвращено в городской бюджет 95,7 миллиона рублей, использованных не по назначению. При этом должен отметить: финансовая дисциплина столичных медицинских учреждений неизменно улучшается, что отмечает в своих документах Главконтроль Москвы.

Со своей стороны, мы делаем акцент в работе на профилактику различных нарушений. Например, для контроля эффективности расходов медицинских организаций, подведомственных департаменту, создана и постоянно действует рабочая группа. Она контролирует закупку товарно-материальных ценностей, в том числе

лекарственных препаратов, расходных материалов, мебели (кровати, тумбочки, перевозки для маломобильных пациентов) и необходимых лечебным учреждениям услуг (ремонт, уборка, стирка белья и т.п.). Большинство закупок проводится централизованно департаментом или на совместных с лечебным учреждением торгах. Принципиально важно, что закупки медицинского назначения в абсолютном приоритете. Рабочая группа Департамента здравоохранения Москвы рассматривает все поступающие предложения по закупкам от лечебных учреждений на предмет их эффективности и необходимости.

- Много дискуссий ведется в последнее время вокруг вопроса об эффективности работы системы ОМС, в том числе и финансовой. Что вы думаете по этому поводу?

– Сегодня страховые принципы в финансировании оказания медпомощи используются во многих странах с развитой системой здравоохранения. Отличие такой модели состоит в более ответственном и эффективном отношении к вопросам оказания медицинской помощи.

Например, медицинским организациям такая система дает определенную самостоятельность в выборе приоритетов и способов развития. Если при сметно-бюджетном финансировании учреждения могли использовать средства в пределах доведенных объемов и только на цели, на которые они доводились, то при переходе на финансовое обеспечение за счет средств ОМС медицинские организации получили возможность получать средства за фактически оказанные медицинские услуги в соответствии с утвержденными стандартами и порядками оказания медпомощи. Это дает большую свободу для финансового маневра на уровне клиники, повышает мотивацию руководства медучреждения и медперсонала. Задействуются механизмы конкуренции клиник за пациента, а значит, будет расти и качество оказываемой медпомощи. Руководству медицинских организаций пришлось пройти через своеобразную мировоззренческую «перезагрузку», поскольку результативность работы сегодня зависит не от административных возможностей того или иного главного врача, а базируется на совершенно четких показателях, связанных с объемами и качеством медицинской помощи. И каждый руководитель может и должен «считать» эффективность работы медорганизации и каждого отдельного сотрудника. Конечно, особняком стоит вопрос повышения эффективности работы страховых медицинских организаций. К сожалению, не всегда страховые компании заинтересованы в объективной проверке качества оказания медицинской помощи. Бывают случаи, когда собственные интересы идут вразрез с интересами отраслевого развития, интересами пациента. В связи с этим в экспертной среде даже обсуждаются возможности перехода на систему страхования с единым страховщиком. Так или иначе, слова главы государства – значимый сигнал, и Министерство здравоохранения России заявило о готовности совершенствовать работу в этом направлении.



В ФОКУСЕ ВНИМАНИЯ БУДЕТ ПЕРЕХОД НА СИСТЕМУ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП В СТАЦИОНАРАХ И СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ МОТИВАЦИИ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИК ПРИ ПОДУШЕВОМ ФИНАНСИРОВАНИИ.

- Много претензий к тарифам ОМС, в том числе и у самих медиков, у руководителей клиник. Что планирует предпринять в связи с этим руководство департамента?

– В прошедшем году мы активно сотрудничали в этом направлении с МГФОМС. С другой стороны, совместно с главными врачами городских стационаров и поликлиник проведен анализ и тщательно проработан вопрос тарифов на медицинские услуги по таким направлениям, как болезни хирургического профиля, болезни системы кровообращения, травматология и ортопедия, онкология, в том числе оказываемые в детских стационарах. В итоге мы совместно пришли к выводу, что тарифы требуют корректировки. Для повышения качества оказания медицинской помощи москвичам город нашел средства и возможности поддержать медицинские организации. Было принято решение об увеличении с 1 июля 2015 года тарифов по 80 медицинским услугам. Дополнительные поступления стационарным учреждениям при оказании медицинских услуг за каждый страховой случай составили: при легочных заболеваниях – 19–30 тысяч рублей (в 1,7–2,0 раза), при хронических заболеваниях (гепатит, цирроз, колит) – 30–55 тысяч рублей (в 1,9–2,3 раза), при гнойных и воспалительных заболеваниях – 7–47 тысяч рублей (в 1,3–1,9 раза) и др.

Значительно выросли поступления лечебным учреждениям при проведении хирургического лечения раковых заболеваний (рак пищевода, желудка, поджелудочной железы) – от 80 до 130 тысяч рублей (в 2–2,5 раза).

В 2,8 раза, почти на 300 тысяч рублей, вырос тариф на оказание медицинской помощи в случае тяжелых распространенных глубоких ожогов и обморожений.

Не остались без внимания и детские стационары. Так, дополнительные поступления за оказанные медицинские услуги при лечении глазных болезней составили 58–100 тысяч рублей (в 2,2–3,1 раза), при переломах, травмах – от 35 до 113 тысяч рублей (в 1,3–2,1 раза) и др.

Одновременно было принято решение о повышении подушевого норматива финансирования для городских поликлиник в среднем на 14%, что открыло дополнительные возможности для улучшения деятельности лечебных учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению.

Повышенные тарифы пролонгированы и на 2016 год.

Кроме того, для совершенствования политики применения тарифов ОМС в настоящее время Департаментом здравоохранения Москвы совместно с МГФОМС прорабатывается вопрос о переходе в стационарах на оплату по клинко-статистическим группам заболеваний. В Москве в 2016 году будет реализовываться пилотный проект в отдельных учреждениях (прошедших отбор) по применению клинко-статистических групп, внедрение которых запланировано в 2017 году.

– С какими сложностями пришлось столкнуться руководству департамента в связи с быстро меняющейся экономической ситуацией в стране?

– Происходящие изменения в экономике страны, отражающиеся на колебании валют, конечно же, неблагоприятно сказываются на организации закупок, например лекарственных препаратов и расходных материалов импортного производства. Но мы это постарались учесть при формировании бюджета города Москвы на 2016 год и плановый период 2017 и 2018 годов, в котором заложена индексация на закупку лекарственных препаратов и медицинского расходного материала. Проведена индексация расходов бюджета и по другим видам расходов, таким как питание, проведение скрининговых исследований, приобретение оборудования.

Показательный пример – финансовое обеспечение оказания отдельных затратных видов медпомощи. Например, в прошлом году из средств бюджета города Москвы на приобретение дорогостоящих лекарственных препаратов, имеющих наибольший положительный эффект и минимальное побочное действие, в том числе для лечения



Валерий ПАВЛОВ: «Для повышения качества оказания медицинской помощи москвичам город нашел средства и возможности поддержать медицинские организации»

онкологических заболеваний, было направлено 1331,4 миллиона рублей. В 2016 году на указанные цели в бюджете города Москвы предусмотрены средства в сумме 1945,2 миллиона рублей (рост в 1,47 раза).

- Какова сегодня мера участия коллектива клиники в определении зарплаты ее штатных сотрудников?

– Как известно, сегодня в соответствии с Трудовым кодексом система оплаты труда работников медицинских организаций и ее порядок, условия и размеры выплат стимулирующего характера устанавливаются коллективными договорами, которые согласуются с профсоюзом. В рамках эффективного контракта стимулирующие выплаты, в том числе премии и надбавки за эффективность, устанавливаются в соответствии с положениями об оплате труда работников медицинских организаций с учетом выполнения определенных показателей и конкретизированы в трудовых договорах работников. Дифференцируется величина оплаты труда медицинских работников и в зависимости от сложности, качества выполняемых работ, а также эффективности деятельности работников по заданным критериям и показателям. При этом каждая медицинская организация самостоятельно разрабатывает показатели эффективности деятельности работников исходя из различных критериев: удовлетворенности граждан качеством оказания медицинской помощи, отсутствия обоснованных жалоб, соблюдения трудовой дисциплины и профессиональной этики и других. Все это существенно расширяет возможности клиники влиять на уровень оплаты труда своих сотрудников и эффективно перераспределять средства фонда заработной платы внутри организации.

- На чем сосредоточите внимание в наступившем году?

– Наша главная задача – гарантировать финансово-экономическую стабильность работы отрасли и наших медицинских и обеспечивающих организаций. Считаю, что заложенные объемы финансирования позволяют гарантировать ее реализацию.

В части же совершенствования системы оплаты медпомощи в фокусе внимания будет переход на систему клиничко-статистических групп в стационарах и создание системы мотивации к повышению качества работы поликлиник при подушевом финансировании.

В частности, разрабатывается для внедрения в практику система рейтингования лечебных учреждений городской системы здравоохранения. Мэром Москвы Департаменту здравоохранения города было поручено пересмотреть показатели эффективности работы главных врачей медицинских организаций. До сих пор подобная оценка была, с одной стороны, достаточно формальной, с другой – опиралась на трудно проверяемые критерии самооценки. Теперь ситуация изменится.

Сегодня мы работаем над созданием экономического паспорта поликлиники, который содержит ключевые данные по ее финансово-экономическому положению. В числе базовых показателей оценки эффективности работы главного врача поликлиники значатся вполне конкретные критерии доступности медицинской помощи, например, время ожидания пациентом приема терапевта и специалистов первого и второго уровня. Качество оказываемой помощи оценивается исходя из анализа доли вызовов скорой помощи (в первую очередь неоднократных) и внеплановых госпитализаций по хроническим заболеваниям. Отдельный блок – удовлетворенность пациентов. Мы учитываем отзывы о работе медицинской организации и ее специалистов, а также долю жалоб, которые признаны обоснованными. Оценивается и финансовая эффективность работы: анализируются доля немедицинских расходов в бюджете медицинской организации, эффективность загрузки персонала и аналогичные параметры.

Параметры оценки стационаров в определенной степени похожи, но есть и различия, конечно. В частности, важными показателями работы больниц являются частота повторных госпитализаций и параметры хирургической активности.

Понятно, что показатели рейтинга лягут в основу управленческих и административных решений. Но важно то, что это будет не наказание или поощрение персонала, а работа по совершенствованию всей системы. «Отстающим» клиникам будет предложено формировать индивидуальные планы развития, к работе над которыми будут активно подключаться специалисты Департамента здравоохранения. Успешное же выполнение базовых показателей гарантирует для клиник наличие всех необходимых ресурсов для успешной работы и стимулирования сотрудников. Важно нам будет и учесть опыт лучших, чтобы помочь остальным.

Опубликовано в журнале «Московская медицина» № 1 за 2016. с. 28–31.

Валерий ПАВЛОВ, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

Департаменту здравоохранения города Москвы в соответствии с утвержденным городским бюджетом в текущем году предусмотрено 200,6 млрд рублей. С учетом средств обязательного медицинского страхования и расходов других департаментов в наших интересах консолидированный бюджет здравоохранения города Москвы составляет 364,9 млрд рублей.

Структура расходов бюджета включает:

■ бюджет развития – 48,1 млрд рублей, из которых 27,6 млрд рублей – средства Адресной инвестиционной программы, 8,6 млрд рублей – на капитальный и текущий ремонт объектов здравоохранения и 11,9 млрд рублей – на приобретение оборудования и основных средств;

■ расходы на социальную поддержку – 35,4 млрд рублей;

■ текущие расходы отрасли – 117,1 млрд рублей, в том числе:

– содержание государственных бюджетных и казенных учреждений – 66,3 млрд рублей, из них на оплату труда – 46,0 млрд рублей;

– межбюджетные трансферты в бюджет МГФОМС – 25,8 млрд рублей;

– централизованные расходы на обеспечение деятельности подведомственных организаций – 9,1 млрд рублей (закупка специфических лекарственных препаратов, дорогостоящих расходных материалов и др.);

– оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, – 5,3 млрд рублей;

– оснащение медицинских организаций локально-вычислительными сетями (расходы Департамента информационных технологий) – 3,0 млрд рублей;

– на кадровое обеспечение и другие расходы – 7,6 млрд рублей;

■ средства обязательного медицинского страхования – 164,3 млрд рублей.

Общий объем финансирования городского здравоохранения ежегодно увеличивается. Объем консолидированного бюджета на здравоохранение на 2017 г. по сравнению с 2010 г. выше на 93%.

За счет двух источников (бюджет города Москвы и бюджет МГФОМС) ежегодно отмечается увеличение расходов на оказание медицинской помощи по видам и условиям ее оказания, к которым относятся: амбулаторно-поликлиническая помощь; медицинская помощь в условиях стационара; медицинская помощь в условиях дневных стационаров; медицинская реабилитация; паллиативная медицинская помощь; скорая медицинская помощь и др.

Так, оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях обходится городу в 127,6 млрд рублей, что выше в два раза к уровню расходов в 2010 г. (60,2 млрд рублей).

В рамках реализации этих мероприятий предусмотрены целевые средства на обеспечение лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и специализированным лечебным питанием граждан по перечню заболеваний. В 2017–2019 гг. на эти цели предусмотрено 26,3 млрд рублей (ежегодно) с

увеличением на 8,0 млрд рублей, или на 43% относительно бюджетных ассигнований, утвержденных в бюджете на 2016 г. (18,3 млрд рублей), и с увеличением на 20,3 млрд рублей (в 4,4 раза) относительно расходов бюджета на данные цели в 2010 г. (6,0 млрд рублей).

Увеличение расходов на лекарственное обеспечение льготных категорий граждан, в том числе больных по профилям «онкология», «онкогематология», «эндокринология» (сахарный диабет), орфанными и прочими заболеваниями, предусмотрено с учетом роста их численности, а также увеличения затрат на одного обратившегося в связи с изменением схемы лечения, что обусловлено применением новых, более эффективных и дорогостоящих препаратов.

На оказание медицинской помощи *в условиях стационара* на 2017 г. запланированы средства в сумме 157,9 млрд рублей, или на 78% выше к уровню расходов в 2010 г. (88,7 млрд рублей).

В пределах указанных средств осуществляются мероприятия по совершенствованию оказания специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, скорой медицинской помощи, в том числе специализированной, и других видов медицинской помощи: медицинская помощь больным ВИЧ-инфекцией, больным туберкулезом, паллиативная помощь, развитие службы психиатрической и психотерапевтической, гериатрической помощи, службы крови, трансплантации.

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

Объем финансирования в 2017 г. из бюджета города Москвы и средств ОМС на оказание специализированной медицинской помощи *в условиях дневного стационара* составляет 11,0 млрд рублей, с увеличением почти в три раза по сравнению с расходами 2010 г. (3,7 млрд рублей).

Увеличение ассигнований связано с развитием стационарзамещающих технологий оказания медицинской помощи.

Также ежегодно в бюджете города Москвы предусмотрены средства в объеме 5,0 млрд рублей для *оплаты экстренной медицинской помощи*, оказанной не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам при заболеваниях и состояниях, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования. Указанные средства предусматриваются в бюджете города Москвы, начиная с 2015 года.

Общий объем ассигнований на реализацию мероприятий кадровой политики и медицинского образования составляет 2,7 млрд рублей ежегодно. В сравнении с расходами 2010 г. увеличение произошло на 0,5 млрд рублей, или 22,7%.

Указанные средства расходуются на перспективное развитие обеспеченности медицинскими кадрами, поэтапное устранение диспропорций в структуре медицинских кадров, повышение роли специалистов первичного звена с одновременным улучшением профессиональных показателей; планирование подготовки и трудоустройства медицинских работников, позволяющих обеспечить медицинские организации

квалифицированными кадрами; повышение престижа профессии медицинских работников, решение социальных вопросов.

Необходимо отметить, что в целях совершенствования оказания медицинской помощи жителям города Москвы и повышения уровня профессионализма, авторитета, имиджа московских врачей и медсестер, Правительством Москвы принято решение о предоставлении из бюджета города Москвы медицинским организациям грантов. Так, в целях материального поощрения врачей, получивших статус «Московский врач», в апреле текущего года Правительством Москвы принято соответствующее постановление, которым предусмотрены дополнительные стимулирующие выплаты врачам, прошедшим добровольные оценочные процедуры и получившим статус «Московский врач». Сумма дополнительной выплаты установлена в размере 15,0 тыс. рублей в месяц.

Также приняты постановления о предоставлении грантов медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях:

- реализующим программу ведения пациентов старших возрастных групп с множественными хроническими заболеваниями, сумма дополнительной выплаты врачу составит 20,0 тыс. рублей в месяц, среднему медицинскому персоналу – 10,0 тыс. рублей в месяц;

- для стимулирования врачей общей практики (семейных врачей) сумма ежемесячных доплат врачу составит 20,0 тыс. рублей.

Кроме того, в настоящее время Правительством Москвы учреждены гранты в целях поддержания высокого уровня оказания специализированной медицинской помощи и повышения мотивации медицинского персонала, в том числе:

- «Спасая жизни» – в целях поддержания высокого уровня оказания специализированной медицинской помощи при угрожающих жизни и здоровью человека заболеваниях и состояниях;

- «Ранняя диагностика. Рак победим» – в целях повышения уровня раннего выявления онкологических заболеваний и осуществления своевременных мер по борьбе с ними;

- «За применение передовых технологий в столичном здравоохранении» – для медицинских организаций, внедряющих передовые технологии при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях;

- в целях улучшения качества профилактической работы медицинскими организациями государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающими первичную медико-санитарную помощь;

- медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим плановую первичную медико-санитарную помощь на дому взрослым пациентам с ограничением (отсутствием) способности или возможности к самостоятельному передвижению и (или) самообслуживанию, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

- в целях улучшения качества оказания плановой первичной медико-санитарной помощи взрослому населению на дому и материального поощрения медицинского персонала, участвующего в оказании такой помощи.

В 2017 г. расходы бюджета города Москвы на предоставление грантов подведомственным Департаменту медицинским организациям запланированы в объеме 3,8 млрд рублей.

С точки зрения объемов финансирования из бюджета города Москвы за последние 5 лет проблем нет. Департаменту по его заявке при планировании бюджета

ежегодно предусматриваются дополнительные средства на мероприятия, которые не могли быть учтены ранее, в связи с изменением законодательства, в том числе протоколами лечения и стандартами оказания медицинской помощи, проведением профилактических и других мероприятий. По всем этим вопросам решения принимаются Правительством Москвы после изучения представленных Департаментом расчетов и обоснований, а также в профильных комитетах Московской городской Думы при рассмотрении проекта закона о бюджете.

Здравоохранение – социально-значимая отрасль, и в современных условиях развития городского здравоохранения определяются основные показатели, достижение которых направлено на улучшение состояния здоровья населения города Москвы на основе повышения качества и доступности медицинской помощи, приведения ее объемов и структуры в соответствие с заболеваемостью и потребностями населения, современными достижениями медицинской науки.

Руководители подведомственных медицинских организаций за последние годы научились грамотно и рационально использовать имеющийся коечный фонд в соответствии с его фактической заполняемостью. Оптимизация коечного фонда, а соответственно, и упорядочивание расходов на его содержание позволили перераспределить и направить финансовые средства на внедрение стационарзамещающих технологий, оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара, развитие и укрепление амбулаторной службы, модернизацию медико-реабилитационных отделений.

В целях более тесной увязки основных экономических показателей деятельности учреждения и выработки единых подходов в вопросах финансового обеспечения оказания медицинской помощи населению Департаментом здравоохранения города Москвы внедрен Экономический паспорт медицинской организации, который представляет собой систему сбалансированных медицинских и финансовых показателей, дает представление о текущей эффективности деятельности учреждения. Это позволяет ретроспективно оценить, как те или иные управленческие решения повлияли на деятельность учреждения и спрогнозировать предполагаемые показатели на предстоящий период.

Самое важное в Экономическом паспорте – это тесная взаимосвязь как финансовых, так и операционных/медицинских показателей.

Внедренная система дает возможность сравнивать учреждения по разным видам показателей, например, количество квадратных метров на врача, где мы видим, есть ли дефицит в площадях, а в каких-то медицинских организациях – есть ли пространство для развития новых направлений.

Был внедрен процесс проведения комитетов по эффективности – это регулярные встречи с главными врачами медицинских организаций и их заместителями по экономическим/хозяйственным вопросам. В рамках комитетов по эффективности рассматриваются экономические паспорта учреждений, выявляются направления для развития и обсуждаются мероприятия по достижению лучших показателей. На этих встречах со стороны Департамента присутствуют представители практически всех управлений, и это хорошая возможность для учреждения и Департамента обсудить настоящие проблемы, с которыми сталкиваются руководители медицинских организаций. Главный результат таких встреч – это изменение мышления наших главных врачей. Если еще пару лет назад большинство врачей на разбиралось, как рассчитывается средняя списочная численность, то сегодня они со знанием дела оперируют экономическими и финансовыми терминами на уровне своих заместителей по экономическим вопросам.

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

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

Данные мероприятия позволяют применить единые подходы (финансовые условия) к планированию расходов для функционирования медицинских организаций, что в первую очередь способствует сокращению неэффективных расходов.

Основными приоритетами в работе финансового блока Департамента здравоохранения города Москвы в настоящее время являются:

- совершенствование финансового планирования на основе программно-целевого метода планирования и исполнения как бюджета отрасли в целом, так и на уровне каждой медицинской организации, с учетом происходящих изменений бюджетного законодательства и организационных мероприятий;

- совершенствование методической и правовой базы для расчета и анализа целевых показателей, позволяющих осуществлять системную оценку потребности в бюджетных средствах, необходимых для достижения конечных результатов и оценки достижения таких показателей;

- дальнейшее повышение эффективности бюджетных расходов в сфере здравоохранения, в том числе снижение неэффективных затрат, затрат на администрирование и расходы, не связанные непосредственно с оказанием медицинской помощи, проведение инвентаризации имеющихся земельных участков, площадей зданий и их состояния в разрезе отдельных учреждений, сокращение налогооблагаемой базы, расходов на коммунальные услуги;

- совершенствование и унификация нормативов затрат на выполнение государственного задания (услуг). Данная работа обусловлена необходимостью выработки единых подходов в вопросах финансового обеспечения медицинских организаций, входящих в группу учреждений, оказывающих медицинские услуги определенного профиля, позволяющих применить единые подходы (финансовые условия) их функционирования, что в первую очередь способствует сокращению неэффективных расходов;

- дальнейшее внедрение в практическую деятельность по финансовому обеспечению программно-аппаратных комплексов и современных автоматизированных систем управления.

В настоящее время организовано поэтапное внедрение в медицинских организациях современных модулей (подсистем) Единой медицинской автоматизированной системы (ЕМИАС) в целях организации сплошного бухгалтерского и бюджетного учета, начислений заработной платы персонала, формирования финансовой и иной отчетности. Данные подсистемы уже внедрены в амбулаторно-поликлинической сети, проводятся работы по их установке и вводу в промышленную эксплуатацию в стационарах города и прочих медицинских организациях.

Как и в предыдущие годы, особое внимание будет уделяться вопросам достижения целевых показателей повышения заработной платы медицинских работников в

соответствии с мероприятиями, предусмотренными Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 и региональной «дорожной картой».

В целях дальнейшего совершенствования системы оплаты труда работников медицинских организаций принимаются меры, направленные на внедрение новых подходов к формированию гарантированной части оплаты труда, увеличение доли окладной части заработка работников, сбалансированности доли компенсационных и стимулирующих выплат, установление прямой зависимости от достижений конкретных результатов деятельности по показателям и критериям эффективности и условий труда работников.

При переходе на новые условия оплаты труда увеличивается окладная часть в структуре оплаты труда. Виды и размеры выплат стимулирующего характера формируются исходя из необходимости их ориентации на повышение квалификации и достижение работниками установленных показателей.

Также с целью установления зависимости уровня оплаты труда от результатов труда, показателей качества и количества оказываемых услуг организованы и проводятся мероприятия по переводу работников на «эффективный контракт».

В целях повышения эффективности и результативности бюджетных расходов будет продолжена работа по организации и совершенствованию мероприятий внутреннего финансового контроля и внутреннего аудита, в том числе в сфере организации и проведения закупок.

В связи с изменениями в стандартах оказания медицинской помощи, структуре затрат медицинских организаций Департаментом здравоохранения города Москвы совместно с Московским городским фондом обязательного страхования организована и проводится работа по пересмотру тарифов на виды медицинской помощи, оказываемые по системе ОМС, а также подушевого норматива финансирования. Данная работа осуществляется на регулярной основе и является одним из важнейших условий повышения качества оказания медицинской помощи москвичам.

ТАТЬЯНА МУХТАСАРОВА: ВРАЧИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ РАЗГРУЗЯТ, НО НЕ ЗАМЕНЯТ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Врачи общей практики снова в центре внимания. На сегодняшний день в медицинских вузах уже обучены более одной тысячи медиков по этой дефицитной и востребованной в столице специальности. О том, как проходит и в чем заключается переподготовка врачей общей практики, а также чем отличается врач общей практики от обычного участкового, рассказывает первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Татьяна МУХТАСАРОВА.

- Татьяна Радиковна, почему возникла необходимость перучивать обычных терапевтов во врачей общей практики?

– Развитие первичной медико-санитарной помощи населению – одно из основополагающих направлений Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)». Чаще всего москвичи, нуждающиеся в медицинской помощи, обращаются за помощью к участковым врачам. В большинстве случаев для диагностики и лечения пациента участковый направляет его к нескольким узким специалистам, посещение которых может занять длительное время и чаще всего сводится к проведению разовой консультативной помощи. Загруженность узких специалистов значительно возрастает, а участковый врач, помимо выполнения основных профессиональных компетенций, оказывается диспетчером по распределению пациентов к другим специалистам. При этом практически отсутствуют профилактическая работа и диспансеризация. В результате неудовлетворенными оказываются и пациенты, и врачи. Как следствие, снижается престиж участкового врача.

Опыт зарубежных стран показывает, что при введении должности врача общей практики 80% пациентов начинают и заканчивают диагностику и лечение у одного врача, загруженность узких специалистов снижается, сокращается количество госпитализаций. Поэтому Министерством здравоохранения Российской Федерации еще в 1992 г. принято решение об обеспечении участковых служб



Татьяна МУХТАСАРОВА,
первый заместитель
руководителя
Департамента
здравоохранения
города Москвы

врачами общей практики. В приоритете значились сельские медицинские организации, в которых переход участковых врачей в семейную медицину рассчитан на несколько лет.

- Чем эта должность функционально отличается от обычных участковых?

– Функциональные обязанности врача общей практики многогранны: диагностика, лечение, профилактика, реабилитация больных, организационные мероприятия, решение психологических проблем и т.д. Это специалист, имеющий широкий спектр знаний в разных областях медицины, который позволяет ему диагностировать и лечить многие заболевания, оказывать многопрофильную непрерывную первичную медицинскую помощь конкретному пациенту, его семье и прикрепленному населению (взрослому или детскому) независимо от пола и характера заболевания. Для выполнения своих основных обязанностей он должен обладать большим перечнем профессиональных компетенций: знаний, умений и, самое главное, практических навыков.



ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ МОЖЕТ ТОЛЬКО ВЫЯВИТЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ОКАЗАТЬ ПОМОЩЬ НА РАННЕЙ СТАДИИ ЕГО РАЗВИТИЯ, ПРОВЕСТИ ПРОФИЛАКТИКУ, НО СЛОЖНЫЕ СЛУЧАИ ВСЕ РАВНО ОСТАНУТСЯ В ВЕДЕНИИ УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ.

Но это вовсе не означает, что в конечном итоге врачи общей практики вытеснят участковых и какие-то другие специализации. Семейный доктор может только выявить заболевание, оказать помощь на ранней стадии его развития, провести профилактику, но сложные случаи все равно останутся в ведении узких специалистов. Поэтому можно однозначно сказать, что врачи общей практики значительно разгрузят, но не заменят узких специалистов.


- Программа подготовки ВОП идет в Москве не первый год, правильно?

– В Москве пилотный проект Департамента здравоохранения Москвы о переподготовке врачей-терапевтов по специальности «Общая врачебная

практика (семейная медицина)» стартовал в 2014 году. Было принято решение о введении в штатное расписание городских поликлиник должности врача общей практики — специалиста широкого профиля, владеющего профессиональными навыками узкого специалиста. Началась подготовка врача, который должен обладать большим перечнем профессиональных компетенций, знаний, умений и, самое главное, практических навыков. Основная цель пилота – подготовить врача общей практики в максимально короткие сроки. В настоящее время эта специальность является одной из самых дефицитных и востребованных в поликлиниках.

- Известно, что на врачей общей практики переобучаются терапевты. Какой срок занимает переподготовка?

– Традиционно программа переподготовки по общей врачебной практике составляет 864 часа, период обучения – 6 месяцев. Учитывая цели пилота, медицинскими вузами Москвы предложена сокращенная программа переподготовки в количестве 504 часов – до 4 месяцев – за счет использования методик дистанционного (online и электронного) образования, расширения внеаудиторной работы врача с обязательным контролем знаний (самообразование).



Татьяна МУХТАСАРОВА: «Опыт зарубежных стран показывает, что при введении должности врача общей практики 80% пациентов начинают и заканчивают диагностику и лечение у одного врача, загруженность узких специалистов снижается, сокращается количество госпитализаций»

- Что изучают врачи в процессе переобучения?

– Программа профессиональной переподготовки по специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)» состоит из образовательных модулей по внутренним болезням, неврологии, лор-заболеваниям, хирургии, фтизиатрии, кожным, глазным и инфекционным болезням. При этом половина часов отводится на обучение без отрыва от работы, а половина — на дистанционное обучение и стажировки на рабочем месте. В соответствии с договорами между медицинскими вузами и Департаментом здравоохранения Москвы отработка практических навыков врачей общей практики проводится в реальных условиях. Врачи работают с узкими специалистами-наставниками – неврологами, оториноларингологами, офтальмологами, хирургами.

- Сколько уже переподготовлено врачей общей практики?

– В 2014 году программа реализовывалась в рамках «пилота». За это время было подготовлено 113 специалистов. Результаты пилотного проекта получили высокую оценку работодателей медицинских организаций, в связи с чем руководством Департамента здравоохранения Москвы программа «Врачи общей практики» пролонгирована на 2015–2016 годы. Программа предполагает переподготовку врачей по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» как за счет городского, так и за счет федерального бюджета.



**ПО СОСТОЯНИЮ НА 01.01.2016 В ВУЗАХ
МОСКВЫ ОБУЧЕНЫ 1499 ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ
ПРАКТИКИ.**

По состоянию на 01.01.2016 в вузах Москвы обучены 1499 врачей общей практики. В первую очередь мы заинтересованы в обучении по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений.

- Недавно состоялся первый выпуск ВОП, которые прошли программу переподготовки. Эти врачи уже трудоустроены?

– Врачи, прошедшие переподготовку по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)», работают в тех же медицинских организациях, в которых они работали до переподготовки. Вообще, всем обучающимся гарантировано трудоустройство в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь населению, при наличии у этих организаций лицензии на право осуществления деятельности ВОП. В настоящее время такую лицензию уже имеют более 30 медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы.

В ГБУЗ «ГП № 2 ДЗМ» по программе обучения врачей общей практики проучены 5 врачей. Еще 5 врачей направлены на цикл профессиональной переподготовки

по специальности «Общая врачебная практика». В каждом филиале планируется работа двух кабинетов. В настоящее время получена лицензия на осуществление медицинской деятельности по общей врачебной практике, организовано и оснащено по одному кабинету. Для обеспечения деятельности врачей общей практики развернуто по одному вспомогательному кабинету для осуществления офтальмологии, измерения ВГД, риноскопии, отоскопии, определения шепотной речи, ЭКГ, функциональной и ультразвуковой диагностики.



**ВРАЧИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПРИЗВАНЫ
РАЗГРУЗИТЬ УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ
И УВЕЛИЧИТЬ ДОСТУПНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДПОМОЩИ.**

- Какой эффект ожидается от работы врачей общей практики?

– Врачи общей практики призваны разгрузить участковых терапевтов и увеличить доступность первичной медицинской помощи. Ожидается и снижение нагрузки на врачей-специалистов: оториноларингологов, офтальмологов, хирургов, неврологов,

эндокринологов и врачей функциональной диагностики за счет проведения врачом общей практики первичной диагностики и лечения ряда заболеваний (острые и неосложненные формы заболеваний по профилям). Этого планируется добиться за счет выборочного направления пациентов к узкому специалисту. Одновременно ожидается уменьшение количества обследований на одного пациента за счет комплексного подхода к формированию плана обследования и (или) лечения врачом общей практики и взаимных перенаправлений между врачами специалистами 1-го и 2-го уровней. Все это окажет положительное влияние на доступность медицинской помощи и обеспеченность ею прикрепленного населения. Объективно данные изменения найдут отражение в виде высвобождения части квот для самозаписи к врачам-терапевтам участковым и врачам соответствующих специальностей в ЕМИАС.

Опубликовано в журнале «Московская медицина» № 2 за 2016. с. 5–8.

КОММЕНТАРИЙ

Татьяна МУХТАСАРОВА, первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

В рамках реализации Программы дополнительных мер по снижению напряженности на рынке труда города Москвы, проводимых мероприятий по оптимизации структуры и штатов государственных учреждений здравоохранения, повышению эффективности организации медико-санитарной помощи взрослому населению, врачи-терапевты проходят первичное обучение на врачей общей практики (ВОП), в ходе которого они получают дополнительные навыки, в том числе практические, которые входят в функциональные обязанности врачей-специалистов (лор, офтальмолог, эндокринолог, хирург и др.). После прохождения обучения врачи общей практики могут консультировать пациентов не только по терапевтической нозологии, но и по сопутствующим заболеваниям как врачи-специалисты. Все врачи общей практики оснащены необходимым оборудованием: оториноофтальмоскопом, неврологическим молоточком, пульсоксиметром, бесконтактным тонометром. Внедрение врача общей практики в повседневную жизнь поликлиники значительно сократит очереди к таким врачам-специалистам, как офтальмолог, оториноларинголог, невролог, кардиолог, что позволит врачам данных специальностей уделять больше времени пациентам со сложными клиническими диагнозами.

С 2014 по 2016 гг. цикл профессиональной переподготовки по специальности «Общая врачебная практика» (семейная медицина) в Первом МГМУ им И.М. Сеченова, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Московском медико-стоматологическом университете им. А.И. Евдокимова и РМАПО прошли 2476 врачей. В 2017 г. планируется обучить еще 1470 врачей, в том числе в первом полугодии проходят обучение 800 врачей. Обучение проводится по очной форме с применением дистанционных образовательных технологий и стажировки по месту работы специалистов, которые имеют возможность отрабатывать практические навыки по дисциплинам: оториноларингология, офтальмология, неврология, эндокринология, амбулаторная хирургия. Включение дистанционных образовательных технологий и стажировки в программу обучения создает условия с минимальным отрывом, в удобное для слушателей время освоить основные разделы по специальности «Общая врачебная практика» (семейная медицина).

По состоянию на 31 мая 2017 г. врачей, имеющих сертификат ВОП, – 1545, врачей, работающих дежурными или участковыми ВОП, – 738. Планируется подготовить в общем счете 5520 ВОП.

АЛЕКСЕЙ ПОГОНИН: В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ СЕГОДНЯ НАХОДИТСЯ ПАЦИЕНТ И ЕГО ИНТЕРЕСЫ

Преобразования в московском здравоохранении были начаты на уровне поликлинического звена, и сегодня это уже принесло свои плоды. О том, что было сделано за последние несколько лет, и перспективах совершенствования системы оказания первичной медико-санитарной помощи рассказывает заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Алексей ПОГОНИН.



Алексей ПОГОНИН,
заместитель руко-
водителя Департа-
мента здравоохра-
нения
Москвы

- Алексей Владимирович, что сегодня представляет собой поликлиническое звено московского здравоохранения? Каковы отличия в его организации и структуре от того, что было, скажем, четыре-пять лет назад?

- Главное – были созданы поликлинические центры. Вместо разрозненных, не связанных между собой логически и функционально лечебных учреждений удалось сформировать единую общегородскую поликлиническую сеть. Это 46 поликлиник, каждая из которых объединяет три-пять лечебных учреждений с общим количеством прикрепленного населения порядка 200–250 тысяч человек.

- Что это дало пациентам?

- У москвичей появились новые возможности в получении медицинской помощи. Например, еще пять лет назад пациенту давали направление на консультацию ревматолога или на КТ и говорили: «А теперь идите и сами думайте, где вы это пройдете». Сегодня пациент получает конкретное направление с указанием даты и времени приема специалиста или проведения процедуры.

Во многом это стало возможным, потому что в период реализации программы модернизации поликлиники были хорошо оснащены, закуплено значительное количество компьютерных и магнитно-резонансных томографов. Сейчас практически каждое учреждение оснащено самым современным оборудованием. Это позволило сделать широкий спектр современных высокотехнологичных диагностических исследований доступным для москвичей. Например, в 2010 году пациентам, которым требовалось пройти обследование при помощи КТ или МРТ,

приходилось ждать своей очереди по 3–6 месяцев. Сегодня, согласно территориальной программе государственных гарантий, пациент должен пройти обследование в течение 20 дней с момента выписки назначения врачом, а по факту средний срок ожидания составляет 7–10 дней по разным округам.

- Как удалось добиться позитивных изменений с обеспечением доступности медпомощи?

– Принципиальным шагом в этом направлении можно назвать внедрение в деятельность лечебных учреждений Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС). Вспомните недавнее прошлое. Пациенты записывались на прием в тетрадке, лежащей в регистратуре, и следующий человек мог запросто вычеркнуть предыдущего и вписать себя. В результате возле кабинета врача нередко собирались очереди. Сегодня можно записаться к врачу не выходя из дома и попасть к тому же терапевту буквально в день записи. Благодаря внедрению ЕМИАС мы имеем возможность оценить доступность не только по отдельному лечебному учреждению, но и по каждому врачу. Отслеживается даже время, которое пациент проводит в ожидании возле кабинета врача: когда пациент приходит на прием, в регистратуре ему дают талон, в котором отмечается время прихода, а когда он попадает к врачу, тот нажимает на кнопку «начать прием», и мы смотрим, сколько времени человек ожидал своей очереди.

Сегодня 97% москвичей могут записаться на прием к врачу в сроки, определенные территориальной программой госгарантий.

Особенно я хотел бы отметить, что все изменения стали возможными благодаря координирующей роли мэра Москвы Сергея Семеновича Собянина, заместителя мэра Москвы Леонида Михайловича Печатникова и нашего руководителя Алексея Ивановича Хрипуна, которые являются драйверами позитивных преобразований. Они нас учат и вдохновляют, с ними очень интересно работать. Многого у нас получается, но мы еще многое придумаем и сделаем.

- Сегодня проводится большая работа по повышению эффективности работы поликлиник и удовлетворенности пациентов. На каких принципах должна быть построена идеальная поликлиника?

– В феврале на интерактивной онлайн-площадке правительства Москвы был проведен краудсорсинговый проект «Московская поликлиника», поучаствовать в котором мог любой желающий. На специальном портале зарегистрировались свыше 58 тысяч человек, которые в течение нескольких дней обсуждали спорные вопросы: имеющиеся недостатки при посещении поликлиники, что сейчас плохо, а можно сделать хорошо, вносили предложения. Таких уникальных предложений мы получили более 500 и по результатам экспертной проработки реализацию наиболее удачных из них разбили на этапы до 2018 года.

По блоку вопросов, которые сейчас очевидно лежат на поверхности, мы подготовили ряд мероприятий по повышению качества, доступности и эффективности оказываемой помощи и назвали его «Московский стандарт поликлиник». Кстати, уже разработан бренд и логотип московского стандарта поликлиники — сердце, внутри которого находится буква М.

- И что на сегодня уже сделано?

– Во-первых, была модернизирована регистратура, где всегда скапливались очереди и терялись карты. Карты перенесли в специальное хранилище, откуда они заблаговременно доставляются на прием к врачу. Освободившееся пространство в регистратуре превратилось в зоны комфортного пребывания для пациентов: здесь поставили телевизоры, кулеры, диваны, цветы, чтобы пациенты могли отдохнуть после

97%

москвичей могут записаться на прием к врачу в сроки, определенные территориальной программой госгарантий

7-10

дней
составляет время
ожидания пациентом
проведения
необходимого ему
КТ или МРТ

приема врача либо в комфортных условиях дождаться своей очереди, если пришли в поликлинику раньше.

Во-вторых, на первом этаже организовали работу дежурного врача и информационного бюро, где пациент может получить ответы на вопросы по маршрутизации и многие другие. Возле инфоматов теперь тоже дежурит сотрудник, готовый помочь в записи на прием и ответить на текущие вопросы.

Еще одна проблема, беспокоившая москвичей да и самих врачей: участковые терапевты значительную часть своего времени тратили на обслуживание вызовов на дому. Они обходили пациентов пешком, и зачастую пациент мог вызвать врача, но, не дождавшись его, сам уходил в поликлинику. Очевидно, что маршрут врача был нерациональным. Мы создали call-центр, который централизованно со всех филиалов поликлиники принимает вызовы на дом. Прежде чем отправить бригаду на очередной вызов, специалист call-центра проводит беседу с обратившимся пациентом по специально разработанному алгоритму. Исходя из симптомов и жалоб, медработник может передать этот вызов на неотложку либо предложить пациенту прийти в поликлинику для прохождения более углубленного осмотра. В то же время стоит отметить, если раньше врач ходил на дом только с фонендоскопом и ограниченным набором лекарств, сегодня за эти вызовы отвечает специально выделенный врач из отделения «Вызова на дом», он передвигается на автомобиле поликлиники, имеет при себе расширенную укладку лекарственных препаратов, аппарат ЭКГ. Это совершенно другой уровень качества оказания помощи и отношения к пациенту.

- Удалось ли помочь тем пациентам, кому необходимо получить направление на анализы или оформить типовые медицинские документы?

– Для этого в поликлиниках созданы медицинские посты. Они размещены на тех же этажах, что и терапевтические отделения. Пациент может обратиться туда, чтобы измерить артериальное давление, либо по направлению врача оформить санаторно-курортную карту, получить направление на анализы. Словом, все то, на что раньше приходилось тратить время на приеме у врача, сегодня делается за рамками этого приема на медицинском посту. Чтобы лучше узнать обо всех нововведениях, во всех поликлиниках имеются информационные брошюры и специальные плакаты, которые помогают пациентам, разъясняют порядок их действий и порядок получения тех или иных медуслуг. Замечу, что речь идет о поликлиниках для взрослого населения.

Также мы создали единый стандарт навигации в поликлиниках — стандарт оформления указателей, табличек, информационных плакатов, в едином стиле будут оформлены все медицинские посты и информационные бюро на входе. Безусловно, на этом преобразование не закончатся. Нам потребуется время, чтобы изменить как внешний облик, так и само содержание работы поликлиник.

- Удалось ли наладить обратную связь с пациентом?

– Действительно, эта задача была названа одной из значимых в ходе краудсорсинг-проекта «Московская поликлиника». На основе предложений от москвичей мы решили каждому пациенту старше 18 лет, зарегистрированному на портале госуслуг с указанием электронного адреса, после посещения врача направлять электронное письмо с предложением ответить на три вопроса: удовлетворен ли он качеством приема врача, отношением других сотрудников поликлиники, чистотой и порядком в медучреждении? Все отзывы обрабатываются в ежедневном режиме. В настоящее время почти 90% ответов пациентов – положительные. Это очень высокая цифра, но мы серьезно относимся и к негативным отзывам, которые тоже присутствуют. Ежедневно эти

отзывы направляются главным врачам поликлиник. В случае обоснованных претензий со стороны пациентов главным врачам необходимо принять адекватные меры по устранению выявленных жителями недостатков работы поликлиники и недопущению их повторного возникновения. Одновременно с этим в учреждениях внедрено анкетирование пациентов, по итогам которого будут строиться рейтинги поликлиник в зависимости от степени удовлетворенности пациентов от их посещения. Изменится и служба внутреннего контроля. Она будет в большей степени ориентирована на решение конкретной проблемы пациента в текущий момент при посещении поликлиники.

- Каковы ключевые направления модернизации первичного звена оказания медицинской помощи в Москве в ближайшей перспективе?

– С 2016 года начнется поэтапное внедрение электронной медицинской карты. Сейчас реализуется пилотный проект с участием 12 поликлиник, как детских, так и взрослых. Электронная карта уже апробирована, показала высокую эффективность, позволяет нам хранить все данные пациентов: результаты обследований и анализов, диагнозы и назначения врачей. Этот сервис будет помогать врачам: например, предупредит о неправильном решении в отношении конкретного пациента. Таким образом, по мере внедрения ЭМК, мы выйдем на другой уровень качества работы. Да и карта никогда не потеряется, все данные будут попадать в нее фактически в режиме онлайн.

Также продолжим развивать сервисы ЕМИАС, чтобы пациентам было еще удобнее получать медицинские услуги, а мы могли в динамике следить за состоянием здоровья москвичей, находящихся под врачебным наблюдением. Будет легче работать с хроническими пациентами, которые заслуживают особого внимания. Наша цель – максимально эффективно оказывать им медпомощь и обеспечивать полную преемственность в лечении, динамическом наблюдении за ними. Задача – сделать так, чтобы качественное лечение такие пациенты могли получить на уровне амбулаторно-поликлинического звена. Конечно, следует подумать над новыми возможностями для наших маленьких пациентов и их родителей. Скорее всего, мы вновь обратимся к самим москвичам, чтобы в рамках краудсорсингового проекта обсудить, как видится им «идеальная» детская поликлиника, какие существуют проблемы и их решения, что можно сделать нового. У нас тоже есть идеи, которые много обсуждаются среди врачей-педиатров. Уверен, что доктора поликлиник станут активными и заинтересованными участниками предстоящего обсуждения. Детская поликлиника – это особая среда, и важно, чтобы, уже переступая порог лечебного учреждения, маленький москвич и его близкие чувствовали – здесь вам рады и здесь вам обязательно помогут: максимально оперативно и с высоким качеством.

- Оправдывает ли себя ставка на централизацию лабораторной службы?

– Я думаю, ни для кого не секрет, что современное лабораторное оборудование – эффективное, мощное, обладает высокой производительностью и позволяет проводить несколько десятков тысяч исследований за короткое время. Мы не можем позволить себе использовать его лишь на 10–20%, оно должно работать в полную силу. На мой взгляд, централизация лабораторной службы – абсолютно оправданная мера, которая позволяет рационально расходовать бюджетные средства, ускорить сроки получения результатов лабораторных исследований. Кстати, сейчас в ЕМИАС мы пилотируем лабораторный сервис, с помощью которого учитываем большинство проводимых в ГП анализов.

- Ощутим ли уже какой-то экономический эффект от преобразований лабораторной службы?

– Безусловно, ощущается определенная экономия средств, в частности, на приобретении расходных материалов для лабораторных исследований. В целом мы можем говорить о более эффективном использовании оборудования. Перед тем, как принять решение о централизации лабораторной службы, в течение нескольких месяцев мы проводили большую проверку, которая показала, что в поликлиниках имеется вообще не используемое или используемое раз в неделю лабораторное оборудование.

- Расскажите, как будет организован «мониторинг смертности»? Действительно ли его планируется возложить на плечи участковых терапевтов?

– По поручению министра здравоохранения России Вероники Игоревны Скворцовой все регионы обязаны осуществлять подобный мониторинг. Мы чрезвычайно ответственно относимся к этому поручению. В частности, разработан и утвержден приказ Департамента здравоохранения Москвы о необходимых мероприятиях по снижению смертности от предотвратимых причин, предусмотрены масштабные профилактические мероприятия, главные профильные специалисты также включены в эту работу. Фактически это ежедневная работа, которая еженедельно контролируется руководством департамента. В случаях повышения показателей вызовов скорой помощи, госпитализации или летальности пациентов проводится работа с лечащими врачами, руководителями поликлиник. Современные технологии помогают провести детальный анализ ситуации на каждом участке, у отдельного врача и в случае возникновения каких-либо проблем эффективно наладить работу по сложным случаям, помочь экспертным мнением.

- Удалось ли перераспределить нагрузку со стационаров на поликлиническое звено для того, чтобы нивелировать известную общероссийскую диспропорцию, когда до 70% медицинской помощи оказывается именно в стационарах?

– Это одна из целей нашей работы. И перечисленные мной мероприятия во многом связаны и с ее достижением. В частности, мы ищем новые подходы к работе с хроническими пациентами, чтобы не дожидаться обострений, оказывать им качественную помощь в первичном звене. Развивается система дневных стационаров.

Очевидно, что проведенные организационные преобразования в системе столичного здравоохранения уже продемонстрировали готовность амбулаторно-поликлинической сети к качественно новым вызовам. Наша задача — наладить комплексное сопровождение определенных групп пациентов на уровне поликлиник, в частности, мы рассматриваем такие действия и по паллиативным больным.

- В целом к чему стремится прийти Департамент здравоохранения в ходе проводимых преобразований? Есть ли какие-то количественные параметры или качественные характеристики, на которые вы ориентируетесь?

– Качественные характеристики утверждены городской целевой программой развития «Столичное здравоохранение» на 2012–2020 годы. Она содержит набор показателей эффективности, которые мы отслеживаем. Кроме того, во многом вектор нашей работе задают указы Президента РФ № 597 и 598. Конечно, мы хотим создать такую технологическую и экономически эффективную модель столичного здравоохранения, которая была бы удобна и понятна пациентам, чтобы они знали, куда им обращаться, где окажут медпомощь, где получают диагностическую услугу в необходимые, порой очень сжатые, сроки. К такой модели мы идем и очень хотим добиться новых положительных результатов.

КОММЕНТАРИЙ

Алексей ПОГОНИН, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

Совершенствование системы оказания амбулаторной помощи в первую очередь осуществлялось благодаря внедрению Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС), а также проекта «Московский стандарт поликлиники», который с 2015 г. реализуется в медицинских организациях государственной системы города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению. Этот проект включает в себя три основных блока.

1. Повышение эффективности работы медицинских организаций, в том числе организация амбулаторного приема пациентов врачами-терапевтами участковыми и врачами общей практики исключительно по предварительной записи; амбулаторный прием пациентов дежурным врачом в часы работы медицинской организации в день обращения; направление на медицинский пост для оформления направлений на обследование, выписок из медицинской карты, справок об обращении в медицинскую организацию, справок для получения санаторно-курортного лечения, направлений на обследования по рекомендациям лечащего врача в день обращения в порядке живой очереди, а также рецептурных бланков, в том числе для обеспечения лекарственными препаратами льготных категорий граждан; оказание медицинской помощи силами отделения медицинской помощи взрослому населению на дому с организацией «Информационно-консультативного центра» (Call-центра) для приема и распределения потока поступающих вызовов по филиалам медицинской организации; функционирование регистратуры поликлиники по принципу «стойка информации» в холле первого этажа и «картохранилище» в изолированном недоступном для пациентов помещении, где осуществляется подбор карт на прием с последующей доставкой в кабинет врача согласно предварительной записи в ЕМИАС.

2. Соблюдение требований к доступности медицинской помощи, в том числе внедрение опыта работы медицинских организаций по достижению и сохранению лучших показателей доступности медицинской помощи; Мониторинг достижения критериев оценки устойчивости внедрения мероприятий «Московский стандарт поликлиники»; Перекрестный оперативный контроль устойчивости мероприятий «Московский стандарт поликлиники» с привлечением сотрудников медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы.

3. Повышение удовлетворенности пациентов обслуживанием в медицинской организации, в том числе повышение комфортности условий предоставления медицинских услуг (создание в медицинских организациях зон комфортного пребывания, оснащенных кондиционерами (сплит-системами), кулерами с водой, вендинговыми аппаратами с продуктами питания и горячими напитками); внедрение механизмов обратной связи с пациентами обеспечивается созданием условий для приема, регистрации, своевременного рассмотрения устных обращений граждан, в том числе в ходе личного приема, письменных обращений граждан, в том числе поступивших в электронном виде, проведением опросов и анкетирования прикрепленного населения, а также созданием условий для проведения независимой оценки качества медицинской помощи в установленном порядке; повышение информированности пациентов.

Некоторые итоги внедрения ЕМИАС:

- за последние два года нам удалось более чем в пять раз снизить долю пациентов, ожидавших начала приема терапевта, и практически в четыре раза – ожидавших начала приема педиатра. Сейчас доля таких пациентов составляет 4% во взрослых и детских поликлиниках. Доля пациентов, ожидавших начала приема специалистов первого уровня, снизилась в среднем в 5 раз по всей сети, до 2,5%;

- система развернута в 660 медицинских организациях, среди которых – все детские и взрослые городские поликлиники, стоматологические поликлиники, женские консультации, диспансеры, диагностические центры;

- в системе зарегистрировались более 9 млн уникальных пациентов;

- произведено 298 млн записей к врачу;

- оформлено более 3,4 млн электронных медкарт;

- более 90% рецептов оформляется врачами в электронном виде;

- всего выписано более 30 млн электронных рецептов льготного лекарственного обеспечения;

- пациентам выдано 2,66 млн электронных листов нетрудоспособности и более 2,2 млн электронных направлений на исследования.

Оценка результатов проекта «Московский стандарт поликлиники» демонстрирует высокую эффективность проводимой работы и положительную динамику практически всех направлений работы поликлиники, среди которых – снижение непродуктивной нагрузки на медицинский персонал, улучшение показателей доступности первичной медицинской помощи и качества обслуживания населения, а также повышение удовлетворенности пациентов.

Доступность приема врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров и врачей специалистов первого уровня во взрослой и детской сети находится на стабильном уровне. Отклонения в «красную зону» по данным показателям не превышают 5%, что соответствует целевым уровням, утвержденным приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 6 апреля 2016 года № 293 «Об утверждении методических рекомендаций по реализации мероприятий “Московский стандарт поликлиники” и критериев оценки устойчивости его внедрения». Анализ удовлетворенности уровнем оказания первичной медико-санитарной помощи проводится посредством опроса пациентов по электронной почте. Общее количество положительных ответов на вопросы анкеты за 1-й квартал 2017 г. составило более 317 тысяч. Доля положительных отзывов пациентов о посещении поликлиники по сравнению с данными за 1 квартал 2016 года увеличилась и в 1-м квартале 2017 года составила 91–92%. Доля благодарностей пациентов и нейтральных комментариев также увеличилась по сравнению с аналогичным периодом прошлого года и в 1-м квартале 2017 года составила 18%.

Среди дальнейших направлений деятельности Департамента здравоохранения города Москвы по совершенствованию оказания первичной медико-санитарной помощи населению необходимо отметить следующие:

- реализация проекта по ведению пациентов старших возрастных групп с множественными хроническими заболеваниями предусматривает профилактику осложнений у таких больных за счет индивидуального наблюдения врачом-терапевтом;

- повышение квалификации медицинских работников, а также внедрение систем непрерывного профессионального образования и добровольной сертификации «Московский стандарт врача»;

- повышение заработной платы медицинских специалистов;

- развитие информатизации московского здравоохранения, в том числе интеграция медицинских информационных систем амбулаторного и стационарного звеньев, а также городской Станции скорой и неотложной медицинской помощи.

Кроме того, усилия Департамента будут направлены на совершенствование оказания медицинской помощи беременным женщинам, онкологическим больным и пациентам по профилю «травматология».

ЮЛИЯ АНТИПОВА: ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ ЗАКУПОК ПОЗВОЛЯЕТ ЭКОНОМИТЬ СРЕДСТВА

Лечит пациента врач, но если пациенту не будут доступны необходимые ему лекарственные средства, терапия вряд ли будет высокоэффективной. О нюансах работы городской системы государственных закупок лекарственных средств рассказывает заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Юлия АНТИПОВА.

- Юлия Олеговна, каковы сегодня ключевые нюансы работы системы государственных закупок лексредств на региональном уровне?

- Ключевые нюансы в принципе известны. Первое – закупки препаратов по МНН – норма, определенная законом №44-ФЗ. Исключений практически нет: только в случае закупок лексредств, выписанных по заключению врачебной комиссии для конкретного пациента на конкретный срок. В этом случае можно закупать определенное врачебной комиссией торговое наименование. Собственно, это существенный момент, хоть такие случаи и редки. Дело в том, что каждое торговое наименование закупается отдельно: если есть пять пациентов, которым необходимо одно и то же торговое наименование, то должно быть проведено пять отдельных конкурсных процедур. Более того, по каждому такому случаю фактически проводятся две конкурсные процедуры: сначала мы закупаем у единственного поставщика на месяц, чтобы потом провести запрос предложений на остаток периода.

- Это, наверное, увеличивает нагрузку на специалистов департамента?

- Да, конечно. Заключить один контракт на 1000 упаковок или 2000 контрактов на ту же тысячу упаковок – большая разница. Формирование конкурсной документации – кропотливейшая работа, небольшая ошибка – поменял два знака местами в сумме – и это уже административное правонарушение. На один день пропустил регламентированный законом срок публикации протокола торгов, например, немного



Юлия АНТИПОВА,
заместитель
руководителя
Департамента
здравоохранения
Москвы

что-то изменилось в документации – административное нарушение. Это большой труд и большая личная ответственность. Но закон есть закон, надо работать, и работать внимательно.

- Закупки лекарств происходят сегодня исключительно на электронных аукционах?

– На сегодняшний день все лексредства, закупаемые по МНН, торгуются на электронных площадках. Примечательно, что фасовки в конкурсной документации мы уже не указываем, так как поставщик имеет право выставить на торги ту фасовку, которая у него имеется в наличии. Условно, если мы просим 1 упаковку по 20 таблеток, поставщик имеет полное право предоставить нам в рамках контракта 2 упаковки по 10 таблеток. В случае с твердыми формами лексредств в этом нет ничего страшного, другое дело, например, вакцины. Здесь фасовка имеет более принципиальное значение.

- Врачи и главврачи знают все эти нюансы, не бывает недопонимания с их стороны?

– Надеюсь, что знают и понимают, поскольку регулярно в рамках совещаний до них доводятся все нововведения и нюансы законодательства о закупках. В обязательном порядке рассылаем информационные письма. Может быть, они не очень удобны для восприятия и написаны сухим языком, но ключевые моменты, которые должен знать человек, отвечающий в клинике за лекобеспечение, в них прописаны четко.

Есть возможность и подучиться у таких специалистов. Сейчас достаточно учебных курсов, семинаров на тему закупок. Тем более, что специалисты обязаны проходить сертификацию на знание нормативно-правовой базы раз в три года. Правда, преимущественно такие программы нацелены на закупщиков в целом, вне зависимости от сферы работы специалиста. Но, так или иначе, возможности для того, чтобы быть в курсе всех особенностей подготовки и проведения торгов, сегодня есть для всех, у кого есть желание и необходимость это знать.



МЫ СТАРАЕМСЯ РАБОТАТЬ С ДОГОВОРАМИ МАКСИМАЛЬНО БЫСТРО, И, КОНЕЧНО, ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ОБРАБОТКИ ЗАЯВОК НА ЛЕКПРЕПАРАТЫ И ПРОВЕДЕНИЯ ТОРГОВ, БОЛЬНОЙ НЕ ОСТАЕТСЯ БЕЗ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

- Сказывается ли как-то на пациенте такой большой объем работы, проводимой в рамках осуществления госзакупок лекарственных средств?

– Мы стараемся работать с договорами максимально быстро, и, конечно, вне зависимости от сроков обработки заявок на лекпрепараты и проведения торгов, больной не остается без медицинской помощи, в том числе и без необходимых ему лекарственных средств. При этом, не очень понимаю, почему нельзя добавить в закон строчку о том, что в случае, если, например, десять человек по решению врачебной комиссии получают один и тот же препарат, мы можем закупить этот препарат одним аукционом, приложив соответствующие документы? Всем от этого было бы легче.

- Насколько сегодня централизованы закупки лексредств в Москве?

– В рамках той работы, которая проводится в Москве по централизации и стандартизации закупок, с прошлого года мы делаем совместные с клиниками

торги на ЖНВЛП. Мы собираем потребности клиник, готовим процедуру, проводим аукцион. Это облегчает жизнь клиникам, у них нет необходимости держать в штате людей, которые бы специально занимались только сопровождением закупок. Напомню, это очень кропотливая работа. Такая централизация позволяет и экономить средства, ведь понятно, что чем крупнее лот, тем дешевле лекарственное средство обходится.

Также для стационаров мы осуществляем централизованные закупки лекарственных средств по трем направлениям: онкология, ревматология и неонатология. По этим профилям город взял на себя дополнительные расходы по лекобеспечению. Ну и, конечно, централизованы все закупки препаратов в рамках программы льготного лекарственного обеспечения.

- Этот процесс как-то автоматизирован?

– Да, с 2012 года существует специализированный портал Департамента здравоохранения Москвы, который автоматизирует сбор и обработку заявок. Больницам многие вещи не нужно делать самим. Не надо ничего печатать в экселевских табличках: выбираешь препарат, пишешь дозировку, какое количество нужно, и программа на основе реестра зарегистрированных отпускных цен выдает стоимость закупки. Жить с этим порталом проще больницам – легче формировать, а нам проще контролировать процесс. В электронном виде – это не на бумаге, всегда можно посмотреть, что у больницы в совместных торгах, а что они самостоятельно нам на рабочую группу подали и в каких объемах.

- Эта система привязана к ЕМИАС?

– Нет, в этом нет смысла. С прошлого года к ЕМИАС привязана заявочная кампания на лекарственные препараты для льготных категорий граждан. Кроме того, в 2015-м мы сделали электронный рецепт по лекарственным препаратам. Это, безусловно, облегчит жизнь поликлиникам. Сейчас совершенствуем эти сервисы.

- Во многих регионах представители пациентских организаций жалуются на перебои с лекарственным обеспечением. Как с этим дело обстоит в Москве?

– В Москве мы стараемся заявочные кампании проводить заранее. Заранее выясняем потребности, готовим конкурсные процедуры. Заявочные кампании на следующий год начинаются в апреле текущего. В этом году немного изменили заявочную кампанию по неспецифическим лекарственным препаратам: определили, сколько в среднем стоит один рецепт на льготника в Москве, умножили на количество льготников, обратившихся в конкретную поликлинику или филиал, получили определенную сумму и довели эту информацию до поликлиник, а они уже, исходя из этого, формировали заявку на лекарственное обеспечение льготников под конкретного пациента. Это позволяет планировать и закрывать потребность в лекарственных средствах намного эффективней, а главное, встроить в процесс планирования сами поликлиники, чтобы у них не возникало проблем. В прошлом году торги по льготным лекарственным средствами мы провели уже в ноябре–декабре, контракты заключены, поставка была предусмотрена в 20-х числах декабря.

Не могу сравнить Москву с другими регионами, но часто в кругу коллег слышу мнение, что Москва – один из регионов, у которого самые прозрачные закупки, в определенном смысле пример для подражания.

- Можете вы выделить какие-то проблемные места в работе системы?

– Есть нюансы законодательства, которые несколько осложняют практику реализации закупок. Мой любимый пример – очень сложно купить кислород, а закись азота вообще невозможно. Нюанс в том, что при проведении торгов мы не можем учесть стоимость необходимого для хранения и транспортировки закиси азота оборудования. В итоге, нет производителей, желающих фактически за свой счет покрывать эти расходы, так как платим мы только за сам препарат. Эти дополнительные расходы ложатся на плечи системы здравоохранения города. Есть и определенные сложности с понятием «терапевтический эквивалент». Оно не зафиксировано в законе, но прописано в рекомендациях и разъяснениях ФАС. Теперь, если нам нужны таблетки, а производитель, выигравший торги, может поставить только порошок, мы обязаны его взять. Или мы просим раствор, а получаем порошок без растворителя. Также, согласно позиции ФАС, условно 1 таблетка и 6 могут быть эквивалентны, если содержат одинаковое количество активного действующего вещества. Но ведь существуют ситуации в клинической практике, когда это далеко не так. Больному с раком гортани и одну таблетку принять проблематично.

Конечно, ограничение конкуренции недопустимо. Но разве допустимо ограничение прав потребителя? Нужно искать компромисс.

- Что бы вам хотелось донести до лечащих врачей, исходя из того, что вы рассказали о нюансах работы системы госзакупок лекарственных средств?

– К сожалению, врачи не всегда разъясняют пациентам, что в рамках одного МНН существуют препараты с разными названиями, но совершенно идентичные по лечебному эффекту. Хотелось бы обратиться к специалистам стационаров, от которых пациенты уходят в поликлиники с вполне конкретными рекомендациями по лекарственной терапии. Если в такой рекомендации прописан конкретный препарат, врачу в поликлинике потом очень сложно убедить пациента в том, что есть не худший аналог.

А главных врачей я бы хотела попросить максимально внимательно относиться к процессу госзакупок, помня о его специфике. Все мы вместе занимаемся важным делом – лечением пациентов, и без лекарств, оборудования, расходных материалов врач сегодня вряд ли сможет им помочь. Пожалуйста, больше внимания уделяйте процессу планирования потребностей своего учреждения и реализации закупок. Не всегда то, что кажется простым и логичным на практике, можно легко и быстро реализовать в существующей системе госзакупок.

Опубликовано в журнале «Московская медицина» № 1 за 2016. с. 21–23.

КОММЕНТАРИЙ

Юлия АНТИПОВА, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы.

Одним из направлений здравоохранения как отрасли является обеспечение населения доступной, качественной медицинской помощью (лекарственное обеспечение рассматривается как составная часть медицинской помощи).

Лекарственное обеспечение жителей г. Москвы осуществляется по следующим направлениям:

- обеспечение отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, а также мер социальной поддержки (далее – отдельные категории граждан) в рамках реализации федеральных и региональных нормативных правовых актов, в том числе: обеспечение лекарственными препаратами лиц, страдающих злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей), а также лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями;
- в стационарных медицинских организациях;
- через розничные аптечные организации.

Лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан осуществляется в аптечных организациях, находящихся в шаговой доступности от медицинских организаций, осуществляющих выписку медикаментов бесплатно и с 50-процентной скидкой.

Удовлетворение потребности в лекарственных препаратах, медицинских изделиях, специализированных продуктах лечебного питания для обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи (в рамках федерального законодательства), а также мер социальной поддержки (в рамках регионального законодательства) (доля обеспеченных рецептов, %) за 2016 г. и 1-й квартал 2017 г. составило 99,9%.

Объем товарных запасов, исходя из среднемесячного расхода, в аптечных организациях и на складах фарморганизаций, осуществляющих логистические услуги, по состоянию на 31.12.2016 г. составил 3,16 мес (по состоянию на 01.04.2017 г. – 4,49 мес). На 2016 г. Правительством Москвы увеличены бюджетные ассигнования на обеспечение лекарственными препаратами отдельных категорий граждан с онкологическими, гематологическими заболеваниями, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями. За 2016 г. в соответствии с выписанными рецептами осуществлено обеспечение 931 пациента, страдающего редкими (орфанными) заболеваниями.

С 2016 г. за счет бюджета города осуществляется обеспечение граждан, страдающих хроническим вирусным гепатитом С, не имеющих права на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.

Для повышения доступности и безотказного обеспечения паллиативной помощью жителей г. Москвы наркотическими лекарственными препаратами в каждом округе организована работа аптек подведомственного Департаменту ГБУЗ «Центра лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения города Москвы», в которых постоянно поддерживается весь имеющийся ассортимент наркотических

лекарственных препаратов, независимо от наличия прикрепления больных к аптеке, что особенно актуально в выходные и праздничные дни.

Выполнение обязательств по лекарственному обеспечению осуществляется Правительством Москвы в полном объеме.

В 2016 г. опубликовано 4334 процедуры на закупку лекарственных средств.

На сегодня опубликовано 2444 процедуры.

Заключено контрактов – 1908.

В 2017 г. изменен порядок определения НМЦК на лекарственные препараты. На препараты ЖНВЛП с апреля 2017 г. в расчет принимается минимальная цена из зарегистрированных производителями в государственном реестре цен на препараты одного МНН.

На препараты, не входящие в ЖНВЛП, расчет осуществляется на основании не менее 3 КП, средневзвешенной цены по РФ, определенной по данным Реестра контрактов ЕИС, а также цены контракта, заключенного Департаментом по результатам предыдущей закупки. В расчет принимается минимальная из всех цен. Подготовка документации для проведения закупок осуществляется с использованием типовых технических заданий и проектов контрактов, расчет начальной цены контракта проводится в строгом соответствии с требованиями федерального законодательства и нормативных правовых актов Правительства Москвы. Вся информация размещается в открытом доступе в Единой информационной системе закупок. Медицинские организации имеют возможность получать товары и услуги в результате централизованных поставок, путем проведения совместных конкурсов и аукционов либо самостоятельных закупок.

Закупки медицинских изделий централизованно и в форме совместных конкурсов и аукционов осуществляются при наличии потребностей медицинских организаций в одних и тех же товарах. Сведения о потребностях обобщаются с использованием программных информационных средств. Перечень продукции, закупаемой указанными видами закупок, формируется, дополняется и актуализируется при участии главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения города Москвы на основании поступающих предложений от медицинских организаций и не является ограничительным.

Централизованно осуществляются закупки:

- лекарственных препаратов, медицинских изделий и продуктов специализированного питания для обеспечения льготных категорий граждан;
- лекарственных препаратов для обеспечения стационарных медицинских организаций, не осуществляющих медицинскую деятельность в системе обязательного медицинского страхования, а также дополнительно сверх базовой программы ОМС для стационаров, осуществляющих медицинскую деятельность в системе обязательного медицинского страхования, по профилям «Онкология» и «Онкогематология» (до 01.07.2017), «Неонатология».

Положительные итоги централизации закупок:

- повышение качества за счет стандартизации технического задания; низкая цена;
- возможность контроля исполнения контракта; общественный контроль крупных закупок;
- снижение количества нарушений законодательства при формировании процедур торгов и рассмотрении заявок участников;
- снижение количества жалоб;
- уменьшение коррупционных рисков при формировании документации о закупке и проведении итогов торгов;

– сокращение расходов на организацию и проведение государственных закупок. Общемировой практикой является осуществление централизованных закупок лекарственных препаратов для обеспечения граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, что позволяет закупать препараты оптом по более низкой цене при высоком качестве и, соответственно, увеличивать доступность лекарств для пациентов.

Закупки лекарственных препаратов Департаментом здравоохранения города Москвы проводятся на протяжении ряда лет с использованием типовой документации, в которой в техническом задании указывается только международное непатентованное наименование препарата, форма выпуска и дозировка. К участию в аукционе допускаются все желающие, за исключением случаев прямого несоответствия требованиям технического задания (например, увеличение дозировки).

При подготовке к участию в торгах для медицинского учреждения, прежде всего, важно правильное формирование начальной (максимальной) цены контракта. Особенно учитывая, что законодательство в данной сфере периодически меняется. В 2017 г. изменен порядок определения НМЦК на лекарственные препараты. На препараты ЖНВЛП с апреля 2017 г. в расчет принимается минимальная цена из зарегистрированных производителями в государственном реестре цен на препараты одного МНН. На препараты, не входящие в ЖНВЛП, расчет осуществляется на основании не менее 3 КП, средневзвешенной цены по РФ, определенной по данным Реестра контрактов ЕИС, а также цена контракта, заключенного Департаментом по результатам предыдущей закупки. В расчет принимается минимальная из всех цен.

При подготовке Технического задания необходимо исключить установление излишних требований к определенной фасовке и режимам хранения лекарственных препаратов, так как это может повлечь за собой нарушение норм действующего законодательства, а именно Федерального закона от 26.07.2006 № 135-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «О защите конкуренции».

Особое внимание следует уделять сроку годности поставляемого товара, учитывая, что сроки подготовки процедуры с момента внесения сведений в план-график до публикации извещения о закупке могут занять значительное время.

ВЛАДИМИР МАКАРОВ: ЕМИАС СТАЛА РАБОЧИМ ИНСТРУМЕНТОМ ВРАЧА

Уже пятый год в профессиональной среде идут разговоры о Единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС) – проекте новом и важном, а в чем-то даже уникальном. О том, что информационная система представляет из себя сегодня, как строилась и каковы перспективы ее развития, в беседе с директором НИИОЗММ Департамента здравоохранения Москвы Давидом МЕЛИК-ГУСЕЙНОВЫМ рассказывает главный архитектор и стратег проекта – заместитель руководителя Департамента информационных технологий Москвы Владимир МАКАРОВ.



Давид МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ,
директор НИИОЗММ
Департамента здравоохранения Москвы

Давид Мелик-Гусейнов (Д. М-Г.):

– Владимир, что заставило Москву заняться вопросом информатизации здравоохранения?

Владимир Макаров (В. М.):

– Идея ЕМИАС, как и само название, возникла еще до моего появления в Департаменте информационных технологий Москвы. Когда в апреле 2011 года мы с командой пришли в департамент, сначала приходилось просто выполнять ранее сформулированные поручения. Мы пришли заниматься этим проектом исходя из того, что информационная система должна работать и делать здравоохранение максимально прозрачным и управляемым. Накопленная масса проблем и непонимания была критической. Первое, что мы сделали, – провели



Владимир МАКАРОВ,
заместитель руководи-
теля Департамента
информационных
технологий Москвы

аудит текущей ситуации. Это было буквально безумие. Первая официальная презентация по факту проведения аудита так и называлась – «Безумие 2011». Создавать систему под красивые отчеты было бессмысленно. Ведь население и сами врачи уже не могли полноценно взаимодействовать. Мы сами проходили многочасовые живые очереди в клиниках, видели продажу талончиков на прием к врачу разными людьми, вплоть до охранников поликлиник. Отрасль вынуждена была признаться сама себе в этих проблемах. Как следствие, пришлось четко сформулировать ожидания и подписаться под конкретными сроками решения проблем. Это еще больше усложнило работу в тот момент. Хочешь или не хочешь, но сроки жестко поставлены и публично озвучены.

Все начиналось, по сути, с пустого места, и наша работа на первом этапе была тоже своего рода «безумным креативом». К примеру, нам в кратчайший срок нужно было обеспечить порядка 200 тысяч слаботочных электрических розеток по всей Москве. Порой нам приходилось самим протягивать провода через форточки, лишь бы только соединить между собой фрагменты системы.

Д. М-Г.:

– Но можно же было взять на вооружение какое-нибудь готовое решение. Скорее всего, кто-то уже в мире создавал что-то подобное. Купить такое решение стоит гораздо дешевле, чем создавать все с нуля.

В. М.:

– Назовите мне, пожалуйста, город или даже страну, где есть аналогичные системы. При такой концентрации пользователей, модели устройства самого здравоохранения, маршрутов пациентов – нам просто негде и не за кем было подсмотреть. Мы уникальны. Условия функционирования здравоохранения Москвы немного (лишь совсем немного) напоминают условия других крупных городов нашей страны. Но и в этих городах тоже не было достойного опыта. Мы ведь при создании системы не ориентировались лишь на функции записи к врачу. Задача была гораздо более амбициозной – создать систему управления ресурсами. Сегодня эта задача выполнена. Мы можем, к примеру, прогнозировать и даже управлять потоками пациентов, и не только этим.

Д. М-Г.:

– Но собственное развитие системы, помимо гордости за себя, порождает риски ошибок и подводных камней, которые невозможно предугадать. Как удалось их избежать?

В. М.:

– Возможные риски, как правило, определяются в большей степени архитектурой предложенного решения. Напомню, что в нашем случае архитектура ЕМИАС была обусловлена еще и заявленными сроками выполнения тех или иных задач. Возможности размышлять, проводить бесчисленное количество заседаний просто не было. Да и сейчас нет. Первый государственный контракт был заключен 10 октября 2011 года, а результат надо было показать уже 21 октября того же года. Правительственная комиссия захотела поехать в одну из поликлиник и посмотреть, как «это работает». Безусловно, 21 октября мы ничего не смогли показать и честно признались в этом. Нужно помнить, что мы даже программное обеспечение писали с нуля. Но тем не менее уже 15 ноября (чуть больше чем через месяц после старта) мы смогли показать базовый функционал работы



НЕСМОТЯ НА ВСЕ СЛОЖНОСТИ И ТЕХНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ, МОЖНО С УВЕРЕННОСТЬЮ СКАЗАТЬ, ЧТО СИСТЕМА ПРИЖИЛАСЬ.

Владимир МАКАРОВ

регистратуры. Что-то корректировалось по ходу внедрения, но от единой концепции мы не отошли. В январе 2012 года это уже был вполне зрелый проект, и его можно было начинать активно тиражировать.

Д. М-Г.:

– При этом, насколько я знаю, тиражирование системы проходило не без проблем. Я не поднимаюсь на уровень различных школ управления здравоохранением, весь «дьявол», скорее всего, был в конкретных деталях настройки системы. Так?

В. М.:

– Это факт. Когда с помощью системы медицинские учреждения стали наводить порядок в управлении потоками пациентов, кому-то стало дискомфортно от этого. У нас многие люди привыкли сами себе назначать консультации с разными специалистами, сами отвечать в комплексе за свое здоровье, сами себя маршрутизировать. Добавьте к этому внутриотраслевые противоречия. Например, к каким врачам пациенту можно записываться самому? Даже сегодня можно при желании собрать совершенно разные ответы на это вопрос. Если ко всем можно, например, то какой тогда смысл упорядочивать пациентопоток? А если не ко всем, то к каким? В результате длительных обсуждений родился перечень из шести специальностей, к которым пациенту можно записаться самостоятельно. К этому можно добавить необходимость настроек системы, связанных



**ВНАЧАЛЕ ПОДРАЗУМЕВАЛОСЬ, ЧТО САМЫМ
СЛАБЫМ ЗВЕНОМ МОГЛИ СТАТЬ САМИ МЕДИКИ.
ОДНАКО СЕГОДНЯ МОЖНО С УВЕРЕННОСТЬЮ
ОТМЕТИТЬ, ЧТО ОНИ СТАЛИ КАК РАЗ САМЫМ
СИЛЬНЫМ ЗВЕНОМ.**

Владимир МАКАРОВ

со специфическими требованиями работы системы оказания медпомощи в городе. Например, для декретированных категорий граждан. Представьте участника Великой Отечественной войны, записывающегося на прием к врачу через электронную систему. Информационная система должна была учесть его статус.

Д. М-Г.:

– Очевидно, что сказывался и так называемый человеческий фактор – что-то где-то «упало» или «зависло», кто-то неправильно что-то подключил или выгрузил информацию...

В. М.:

– Да, все это в том или ином объеме есть. Мы имеем сегодня доступ к данным в оперативном режиме. Вначале подразумевалось, что самым слабым звеном могли стать сами медики. Однако сегодня можно с уверенностью отметить, что они стали как раз самым сильным звеном. Они настолько трудолюбивы и терпеливы, что система выстояла и прижилась тогда, а сейчас активно развивается в большой степени благодаря их участию.

Часть ошибок удалось предотвратить, потому что мы долгое время просто жили в одной из поликлиник Москвы. Не просто работали, а реально жили в ней. Это была ГП №108. Мы подружились там с каждым сотрудником – от главного врача до охранников. Очень аккуратно заходили в проект, чтобы не нарушить сложившиеся внутри коллектива отношения. Мы показывали личным примером, что переход на использование системы – это не так страшно, как кажется. Начинали с регистратуры, потом приходили к врачам, находили нематериальные способы мотивации для более комфортного внедрения системы.

Сейчас те факторы риска, которые играли роль на первых этапах внедрения ЕМИАС, ушли в прошлое. Актуальные риски сегодня в другом. Например, нас часто спрашивают, а если эти данные кто-либо украдет? Но как только мне

расскажут, как именно можно украсть 200 терабайт зашифрованной деперсонализированной информации в максимально защищенной системе, мы сразу начнем прорабатывать алгоритмы по преодолению этого риска.

Однако есть и такие обстоятельства, на которые мы в полной мере повлиять не можем. Стабильность системы очень часто зависит от решений, принимаемых самими медицинскими организациями. Например, несанкционированное подключение wi-fi в поликлинике может привести к сбою работы системы в этом учреждении.

Наконец, как и любая IT-система, ЕМИАС имеет риски сбоев в связи с релизами обновлений функционала системы. Одна из актуальных задач — упорядочивание релизной политики (обновление функционала). Получая каждый раз новые задачи, мы вынуждены дописывать или переписывать код программы. Этот код усложняется и обрастает новыми алгоритмами и взаимосвязями.

Д. М.-Г.:

– Похоже, что сегодня московской поликлинике уже не выжить без ЕМИАС?

В. М.:

– Да, это так. ЕМИАС уже стала частью системы оказания медпомощи и рабочим инструментом врача. 95% рецептов на лекарственные препараты для льготных категорий граждан выписывается в электронном виде, хотя никто не запрещает делать это по-прежнему на бланках строгой отчетности. Та же история с направлениями и другим функционалом. Несмотря на все сложности и технические вопросы, можно с уверенностью сказать, что система прижилась. Теперь главная задача – ее развитие. Без изменений системы и ее настроек мы можем отстать от реальной потребности ее пользователей. Так что следите за обновлениями.

Опубликовано в журнале «Московская медицина» № 4 за 2015. с. 82–85.

ПОДРОБНОСТИ



Лучшее решение

ЕМИАС – проект, разработанный и реализуемый в Москве совместными усилиями двух департаментов: информационных технологий и здравоохранения. Цель внедрения системы – лечение «хронических болезней» московского здравоохранения: завышенного времени ожидания пациента в очереди к врачу, заполнения врачами избыточного количества околomedicalной документации, трудности поиска актуальной медицинской и статистической информации, необходимой врачам для правильного лечения пациентов и руководителям – для управления государственными медицинскими учреждениями.

Сегодня ЕМИАС позволяет управлять потоками пациентов, вести медицинскую документацию в электронном виде и консолидированный управленческий учет, контролировать загруженность медицинских учреждений и наблюдать за востребованностью конкретных специалистов.

Система персонализированного учета медицинской помощи решает задачу комплексной автоматизации процессов сбора, учета, хранения, обработки и обмена данными врачебной помощи, оказанной в системе обязательного медицинского страхования.

Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы стала лауреатом конкурса «Проект года 2013». Проект набрал наибольшее количество голосов IT-директоров компаний России и СНГ и признан лучшим в номинации «Лучшее отраслевое решение» в области медицины.

КОММЕНТАРИЙ

Из Стратегии развития Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) г. Москвы на 2016–2020 гг.

Один из ключевых трендов сегодняшнего дня – старение населения. В период с 1897 по 2010 гг. доля населения старше 60 лет увеличилась в два раза – с 7,3% до 18,2%. А к 2050 г., по прогнозам демографов, составит порядка 30%. Этот тренд вкупе с развитием технологий диктует повышение расходов на здравоохранение и увеличение объемов оказываемой медицинской помощи по всему миру. В развитых странах каждое десятилетие расходы на здравоохранение увеличиваются на 1% ВВП. Так, если в 20-е гг. XX в. цивилизованный мир тратил на нужды здравоохранения 0,7–1,2% ВВП, то в настоящее время в странах Европы эти затраты составили уже 7–9% ВВП, а в США — около 15%. При этом эффективность этих затрат падает. На рубеже XX столетия и до 20-х гг. увеличение расходов на здравоохранение на 10% приводило к увеличению показателей общественного здоровья на 12%, но затем это соотношение постоянно уменьшалось, и в 80-е гг. увеличение затрат на здравоохранение на те же 10% приводило в развитых странах к улучшению общественного здоровья лишь на 1,8%.

В этой ситуации необходимо думать о возможностях увеличения производительности систем здравоохранения как на национальном, так и на региональном уровне. Сегодня очевидно, что радикально повысить производительность отрасли возможно только за счет предельной виртуализации медицины. На уровне Москвы эта задача решается через развитие сервисов ЕМИАС.

Анализируя путь, пройденный в период с 2011 по 2015 гг., можно говорить о создании функционально зрелого, но несколько громоздкого и ресурсоемкого продукта. К его минусам можно отнести то, что существенная часть функционала системы фрагментарна и нацелена на обеспечение деятельности конкретных видов пользователей, а не на сквозной процесс оказания медицинской помощи. При этом ЕМИАС ассимилирован с амбулаторно-поликлиническим комплексом и органами управления здравоохранением. Ни те, ни другие уже не могут представить свою «жизнь» без ЕМИАС.

ЕМИАС сегодня охватывает подавляющее число медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. В части обеспечения их деятельности сервисы ЕМИАС позволяют решать задачи записи на прием к врачу, управления ресурсами, маршрутизации пациентов, учета прикрепленного контингента, управления приемом, ведения протоколов осмотров (в составе ЭМК), выписки электронных рецептов и электронных больничных листов.

При решении общегородских задач в сфере здравоохранения сервисы ЕМИАС позволяют осуществлять управление доступностью первичной медико-санитарной помощи, системой льготного лекарственного обеспечения, ведением паспортов медицинских учреждений.

В настоящее время разработана и реализуется Стратегия развития Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) г. Москвы на 2016–2020 гг. В рамках реализации стратегии предполагается вести работу в четырех ключевых направлениях.

Что подразумевает целевая стратегия?

Обеспечение качества

Обеспечение высокого уровня надежности и качества сервисов ЕМИАС. Оптимизация совокупной стоимости владения ЕМИАС.

Корректировка приоритетов

Трансформация ориентации ЕМИАС:

- от управления доступностью медицинской помощи к качеству ее оказания;
- от удовлетворения потребностей пользователей к бесшовному обеспечению целевых процессов оказания медицинской помощи.

Включение стационаров

Включение в информационный контур ЕМИАС стационаров как неотъемлемой части сквозных процессов оказания медицинской помощи.

Развитие аналитики

Повышение качества управленческой аналитики, скорости извлечения знаний из данных, в том числе с целью обеспечения приемлемого уровня прозрачности экономики здравоохранения.

ВЕКОВЫЕ ТРАДИЦИИ, НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова всегда занимала особое место в здравоохранении Москвы. Здесь наработан колоссальный опыт, передающийся из поколения в поколение. В научных лабораториях больницы разрабатываются уникальные технологии с использованием новейшей медицинской техники. Жизнь и здоровье наших граждан заставляют нас постоянно двигаться вперед, создавая для них комфортабельное нахождение в стенах нашего учреждения.

По материалам, предоставленным академиком РАМН Б.Р. Гельфандом сайту больницы.

История

Голицынская больница ведет свою историю с конца XVIII в. В память о своей любимой и единственной супруге, Екатерине Голицыной (Кантемир), князь Дмитрий Михайлович Голицын завещал построить на весь свой скопленный капитал «Человеколюбивое, Отечеству полезное учреждение». Княгиня Голицына, рано ушедшая из жизни, отличалась своей добротой, отзывчивостью на горе и нужды окружающих и заинтересованностью в медицинских и благотворительных делах. При смерти княгиня завещала крупное пожертвование в пользу акушерского дела в России. На проценты с завещанного ею капитала каждые шесть лет трое выпускников Московского университета должны были отправляться в Страсбургский университет, славившийся в то время лучшим преподаванием повивального искусства. На эти средства получили свое образование первые известные доктора-акушеры. После кончины князя Дмитрия Михайловича Голицына его двоюродные братья Александр и Михаил начали строительство больничных корпусов на берегу Москва-реки. По величию и красоте здания Голицынской больницы, сохранившегося до наших дней, мы можем составить ясное представление о том, сколько усилий вложил князь Александр Голицын для исполнения последней

воли завещателя, внеся немало и из своих личных средств. Также в возведении народной лечебницы приняла участие императрица Мария Федоровна – супруга Павла I, привлекая к делу архитекторов Василия Баженова и Матвея Казакова. В 1801 г. был возведен храм во имя Святого Благоверного Царевича Димитрия, торжественно освященный в присутствии императора Александра I. 22 июля 1802 г. больница приняла первых пациентов, самых бедных, из социально незащищенных слоев населения, кроме крепостных. С каждым годом в лечебнице росло количество мест, а в 1803 г. при больнице была открыта богадельня для неизлечимо больных. В помещении лечебницы проходили светские приемы со сбором благотворительных пожертвований.

Во время нашествия Наполеона Голицынскую больницу заняли под госпиталь для раненых французов. Здесь практиковали французские медики, спасая своих и русских раненых. Главным врачом госпиталя был личный хирург Наполеона, Доменик Жан Ларрей, который сам произвел операцию по ампутации ноги русскому офицеру Абраму Сергеевичу Норову, ставшему впоследствии министром народного просвещения. После боевых действий 1812 г. живопись, иконостас и отделка остались невредимы благодаря стараниям управляющего больницей Христиана Ивановича Цингера. Во время Отечественной войны он остался в больнице и сумел не допустить ее разграбления, а также сберечь оставленные ему на хранение деньги.

В 1828 г. по соседству с Голицынской лечебницей началось строительство Первой градской больницы – величественного здания с торжественно оформленным фасадом и куполом церкви Марии Магдалины. 27 октября 1833 г. Первая градская приняла первых больных. Первая больница, выстроенная на государственные деньги, так же как и Голицынская, предназначалась для неимущих, была самой крупной по числу мест. Позже были построены новые корпуса родильного дома и гинекологии, терапевтического отделения с амбулаторией и отделение кожных заболеваний.

22 марта 1866 г. недалеко была выстроена больница для больных тифом. Здание больницы было перестроено из двух помещений бывшей суконной фабрики, соединенных храмом Знамени Божьей Матери. Также к ней примыкала долговая тюрьма. Позже больница была названа Второй градской, а с 1902 г. она носила имя Московского градоначальника князя Щербатова А.А.

В 1924 г. по указу В.И. Ленина на территории Второй градской был построен корпус. В настоящее время в нем расположен урологический центр, а в здании долговой тюрьмы – Консультативно-диагностический центр.

В 1919 г. Голицынская больница лишилась самостоятельности и стала частью Первой градской. В 1959 г. к ней присоединилась и Щербатовская больница. После объединения трех больниц образовалась новая Первая градская больница им. Николая Ивановича Пирогова, превратившаяся в одну из крупнейших больниц Европы.

ГЛАВНЫЕ ВРАЧИ

1802–1810

Мухин Ефрем Осипович. **Главный доктор Голицынской больницы**

Русский врач-хирург, анатом, физиолог и судебный медик. Родился в родовом имении близ города Чугуева 28 января 1766 г. Обучение медицине начал в Харьковском коллегиуме, откуда был откомандирован в Елизаветградский госпиталь, а затем послан в главную квартиру генерал-фельдмаршала князя Потемкина и причислен к главному госпиталю. В 1802 г. князь Александр Голицын пригласил Мухина на должность главного доктора Голицынской больницы. За короткий промежуток времени больница стала самой лучшей в Москве. В ней впервые стали применять лечение электричеством и появился первый пункт скорой и неотложной помощи.

1810–1825

Альбини Антон Антонович. **Главный доктор Голицынской больницы**

Доктор медицины. Приобрел известность своим исследованием химического состава липецких минеральных вод. Поступил на должность главного доктора в Голицынскую больницу в 1810 г., где находился до 1825 г. В 1830 г., по возвращении из-за границы, получил должность главного доктора Московского Воспитательного дома, где через несколько недель умер от холеры.

1825–1837

Маркус Михаил Антонович. **Главный доктор Голицынской больницы**

Родился в 1790 г. в г. Курске. В 1808 г. окончил Императорскую медико-хирургическую академию в Санкт-Петербурге. В 1811 г. удостоился звания доктора медицины. В 1819 г. получил назначение на должность инспектора, а в 1825 г. стал главным доктором Голицынской больницы. За самоотверженную практическую и исследовательскую работу по лечению от холеры в 1833 г. ему была присуждена Монтионовская премия от имени Французской академии наук.

1833–1835

Эвениус Александр Егорович. **Главный доктор Первой градской больницы**

Врач. Родился в Нижнем Новгороде в 1795 г. Образование получил в Московском университете и Московской медико-хирургической академии; в 1818 г. за диссертацию: «De Scrophularum natura et medela» удостоен степени доктора медицины. В 1819–1822 гг. был за границей с ученой целью. С 1823 г. назначен адъюнктом офтальмологии и десмургии в Московском университете, в 1828 г. – экстраординарным профессором, а в 1836 г. – ординарным профессором. В 1833 г. заступил на должность главного доктора в

открывшуюся Первую Градскую больницу. Работал над эпидемическими болезнями, особенно тифом. Из-за нехватки мест в отделениях устроил добавочное отделение на сто мест в специально арендованном помещении для лечения больных тифозными горячками и язвами. Скончался от тяжелой болезни в 1872 г.

1859–1875

Сейделер Иван Иванович. Главный доктор Голицынской больницы

Родился в Ярославле в 1812 г. Поступил в московский университет в 1828 г. В 1832 г. награжден серебряной медалью за лучшее сочинение на латинском языке, в 1833 г. удостоен звания лекаря и доктора медицины в Дерптском университете в 1836 г. Поступил на службу ординатором в Голицынскую больницу в 1837 г. В 1859 г. назначен инспектором и главным доктором Голицынской больницы. Уволен по прошению в 1875 г. В 1865 г. вышла в свет его книга «Голицынская в Москве больница в ряду европейских больниц».

1875–1895

Стуковенков Николай Иванович. Главный доктор Голицынской больницы

Родился в 1835 г. Окончил курс медицинских наук в императорской Медико-хирургической С.-Петербургской академии со степенью лекаря и за успехи награжден серебряной медалью в 1857 г. По окончании курса поступил на службу в военно-медицинское ведомство, в котором исполнял обязанности военного врача в различных военных госпиталях.

В 1875 г. назначен на должность инспектора и главного доктора Голицынской больницы в Москве. Вышел в отставку по прошению в 1895 г.

1895–1898

Иноевс Константин Харлампиевич. Главный доктор Голицынской больницы

Родился в 1838 г. В 1865 г. окончил с отличием курс в императорском Московском университете. По

окончании курса поступил на службу в Московскую градскую больницу, а в 1867 г. был назначен на должность письмоводителя и бухгалтера Голицынской больницы. В 1871 г. определением Совета Императорского Московского университета утвержден в звании акушера. Повышаясь постоянно по службе, 28 октября 1895 г. был назначен на должность инспектора и главного доктора Голицынской больницы.

1899–1907

Дерюжинский Сергей Федорович. Главный доктор Голицынской больницы

Обучался в Смоленской гимназии. В 1875 г. был принят на медицинский факультет Московского университета. По окончании курса в 1881 г. утвержден в степени лекаря, а после практического экзамена – в звании уездного врача. Определен на службу в Голицынскую больницу сверхштатным ординатором в феврале 1882 г.; в 1891 г. назначен штатным ординатором, а в 1893 г. – старшим врачом.

В 1896 г. С.Ф. Дерюжинский защитил докторскую диссертацию «Кастрация и перевязка *art. iliacaеinternae* (по Bier'у) среди других методов радикального лечения гипертрофии предстательной железы». В 1899 г. назначен главным врачом Голицынской больницы. В должности главного врача вел активную врачебную деятельность, много оперировал. По его инициативе хирургическое отделение стало базой для практических занятий по факультетской хирургии для слушательниц Московских высших женских курсов; средний медицинский персонал «сердобольных и фельдшеров» был заменен общинными сестрами милосердия, для которых на территории больницы было организовано общежитие.

Как хирург Сергей Федорович Дерюжинский принадлежал к научной школе П.И. Дьяконова. Творческая инициатива, вера в науку, широкая эрудиция, огромный клинический опыт, отличная хирургическая техника упрочили за Сергеем Федоровичем славу выдающегося деятеля в области хирургии.

В 1912 г. Дерюжинский покинул пост главного врача больницы, но, несмотря на прогрессирующую онкологическую болезнь, остался в больнице и продолжал работать простым хирургом. На V съезде российских терапевтов (Санкт-Петербург, декабрь

1913 г.) на совместном с членами XIII Съезда российских хирургов заседании сделал уникальный доклад «Итоги 17-летней борьбы с помощью операций при раке желудка в Московской Голицынской больнице с 1896 г. по 1913 г.», с включением краткого описания им самим перенесенной резекции желудка, пораженного раком, – в течение 17 лет, пока он был болен, Дерюжинский наблюдал за ходом своей болезни и описывал ее симптоматику.

В 1901 г. им написана работа «100-летие больницы князей Голицыных». Кроме того, он подготовил главы в юбилейное издание «Сто лет Голицынской больницы в Москве», увидевшее свет в 1902 г.

С.Ф. Дерюжинский был награжден многими орденами Российской империи, состоял членом Общества российских хирургов.

1912–1925

Рейн Федор Александрович. Главный врач Градской больницы им. Н.И. Пирогова

После окончания медицинского факультета Московского университета в 1890 г. был оставлен при кафедре топографической анатомии и оперативной хирургии, возглавляемой А.А. Бобровым, где через 2 года получил должность помощника прозектора, а спустя еще 2 года – прозектора. Параллельно работал врачом в больницах Москвы (Басманной, Павловской, Александровской, Хлудовской, больнице Иверской общины). В 1894 г. Рейн защитил докторскую диссертацию «О подкожных повреждениях почки» и начал преподавательскую деятельность в Московском университете. В 1902 г. был избран экстраординарным профессором кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией и с упражнениями в операциях на трупах, а с 1910 г. – ординарным профессором этой кафедры. Одновременно с 1905 г. работал врачом-консультантом по хирургическим болезням при московских учебно-воспитательных заведениях Ведомства учреждений императрицы Марии. В 1911 г. вместе с группой профессоров и доцентов покинул Московский университет в знак протеста против реакционных мер, предпринятых министром народного просвещения Л.А. Кассо. В 1912 г. Ф.А. Рейн занял должность главного врача Первой Градской больницы, которой руководил до конца жизни. После Октябрьской революции Ф.А. Рейн вернулся

на кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии медицинского факультета Московского университета, которой заведовал до 1919 г.

С именем Рейна сейчас связана Хирургическая факультетская клиника 2-го Московского университета. К особым заслугам профессора Ф.А. Рейна следует отнести выполненные им в 1912–1925 гг. 89 операций при заболеваниях желчных путей, по результатам которых Клиника факультетской хирургии выдвинула положение о необходимости расширения показаний к операции при остром холецистите и выступила за раннюю операцию в первые дни заболевания, настаивая при этом на том, что операция должна быть методом выбора. Преемственность в разработке вопросов лечения заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы сохраняется в клинике до настоящего времени. Ф.А. Рейн умер 30 сентября 1925 г. в Москве.

1970–1993

Лысов Андрей Иванович. Главный врач ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

Врач-уролог, Заслуженный врач РСФСР, Кавалер Ордена Ленина (1976 г.). С 1970 по 1993 гг. главный врач ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова. За время руководства ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова награжден в 1983 г. Орденом Трудового Красного знамени. В 1993 г. создал и возглавил отделение «Ударно-волнового дистанционного дробления камней» (УДДК №52), возглавлял его до 1999 г.

1993–1997

Вершинин Валерий Петрович. Главный врач ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

Вершинин Валерий Петрович родился 6 ноября 1941 г. в Москве, когда фашистские войска стояли под Москвой. Жил и учился в мужской школе на Таганке. Увлекался спортом, выполнил норматив «Мастер спорта» по гребле на байдарке.

После окончания МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова (РГМУ) закончил ординатуру и аспирантуру по специальности «Травматология и ортопедия». Работал в НИИ им. Склифосовского. Защитил кандидатскую диссертацию. По предложенной Вершининым В.П. методике до сих пор оперируют привычный вывих плеча в клиниках РГМУ. Продолжал увлекаться спортом, являлся «судьей всесоюзной категории», участвовал в судействе Олимпийских

Игр в Москве в 1980 г. Неоднократно участвовал в судействе чемпионатов мира и других соревнований по гребле на байдарке и каноэ, ездил с командами и в роли врача.

Работая главным врачом ГКБ №1, совмещал руководство больницей с дежурствами по оказанию экстренной помощи в ГКБ №4. Руководил больницей в самое «смутное время» после развала СССР. Сумел сохранить организацию хирургической помощи и коллектив больницы. Помогал в создании и всячески поддерживал медицинское училище сестер милосердия при Храме больницы. С 2000 г. являлся действительным членом Академии медико-технических наук. Заслуженный врач России.

1997–2008

Рутковский Олег Всеволодович. Главный врач ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

Родился в семье потомственных врачей-профессоров. В 1972 г. окончил Первый Московский медицинский институт им. Сеченова по специальности «Гепатология».

После окончания ординатуры с 1974 г. работал в НИИ кардиологии им. Мясникова.

В 1982–1985 гг. – в НИИ профилактической кардиологии АМН СССР. До прихода в Московское городское здравоохранение более 10 лет работал на кафедре терапии и профболезней 1-го ММИ им. И.М. Сеченова. В 1978 г. защитил кандидатскую диссертацию по теме: «Состояние печеночного кровотока при хронических заболеваниях печени».

С 1985 г. – заместитель главного врача, затем – главный врач городской клинической больницы №64 города Москвы, в должности которого проработал до 1991 г.

В 1991–1993 гг. – начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В 1993–1997 гг. – главный врач городской клинической больницы №81 г. Москвы. Под его руководством здесь была организована и работает школа диабета, завод по производству внутривенных растворов.

В 1997–1998 гг. и с октября 1998 г. – главный врач Московской городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова. В больнице организована и работает школа диабета и кабинет диабетической стопы; родильный дом специализирован на приеме рожениц, страдающих диабетом. В результате реконструкции двух старых корпусов открыто современное отделение переливания крови и консультативно-диагностический центр. В 2006 г. введен

в эксплуатацию новый хирургический корпус на 290 коек, оснащенный современным медицинским оборудованием. В мае-сентябре 1998 г. – министр здравоохранения Российской Федерации.

Являлся заведующим кафедрой медико-технического менеджмента МГТУ им. Н.Э. Баумана.

В 2002 г. защитил докторскую диссертацию по теме: «Научные основы стратегического планирования ресурсного обеспечения учреждений здравоохранения».

Являлся членом Ученого совета НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко РАМН. Действительный член Академии медико-технических наук Российской Федерации.

В марте 2007 г. Рутковский О.В. открыл Учебно-научный медико-технический центр на базе кафедры Биомедицинского менеджмента – БМТ4 МГТУ им. Н.Э. Баумана и ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова.

Олег Рутковский скоропостижно скончался 11 марта 2008 г. в Первой Градской больнице.

2008–2011

Николаев Александр Петрович. Главный врач ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

В настоящее время руководит кафедрой «Медико-технический менеджмент» факультета «Биомедицинская техника» МГТУ им. Баумана. Профессор, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ.

2011–2013

Шабунин Алексей Васильевич. Главный врач ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова

Доктор медицинских наук. Профессор. Заслуженный врач Российской Федерации. Лауреат премии Правительства Москвы в области медицины. Действительный член правления Московского общества хирургов. Руководитель курса гепатопанкреатобилиарной хирургии Российской медицинской академии последипломного образования. Стажировки по хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы: Мюнхен (Германия), Бостон (США), Рим (Италия).

С октября 2013 г. – главный врач ГКБ им. С.П. Боткина.

С октября 2013 г. больницу возглавляет

Алексей Викторович Свет.

СЛОВА БЛАГОДАРНОСТИ

На сайте стационара в разделе «Отзывы» пациенты могут оставить свои мнения о работе больницы. Приводим несколько из последних.

31 МАРТА 2017 / ПЯТНИЦА

Здравствуйте, уважаемые представители ГKB №1.

Сложно подбирать слова благодарности, если дело касается спасения жизни (это без патетики) – признательность поистине безмерна.

Много лет я наблюдаюсь (и оперировалась) у врачей 2-го хирургического отделения, и не понаслышке знаю, какими Профессионалами они являются.

Но речь не обо мне, а о том, что эти полубоги исправляют ошибки и халатности «врачей» (намеренно в кавычках), которые манкируют своими прямыми обязанностями, что влечет порой к неисправимым последствиям! Это не доктора, а, простите, австралопитеки! Впрочем, не суть.

Отмечаю, в частности, хирургов А.О. Курскова, С.А. Гальцева и, естественно, зав. отделением К.Д. Далгатова – это, без сомнения, высочайшего класса Хирург, диагност (а это редкость) и, помимо всего, совершенно замечательный, грамотный, чуткий и прекрасный человек.

«Полечиться/прооперироваться в хирургическом отделении с удовольствием» отнюдь не оксюморон, если данное высказывание касается 2-го х/о ГKB №1 под руководством великолепного специалиста К.Д. Далгатова.

Без преувеличения, руководству Первой Градской крайне повезло, что она обладает специалистами в области хирургии таких сложных и коварных органов, как печень и поджелудочная железа (испытано на себе). Таких Специалистов нужно беречь, всячески поощрять и создавать самые лучшие условия для работы. Нет, не работы, а для спасения людских жизней. Ведь порой поступающие пациенты находятся на грани, когда не до политесов: все четко, слаженно и крайне профессионально налажено в прекрасном коллективе всего отделения Второй хирургии.

Огромная благодарность!

Простите, что лапидарно не получилось)))

Спасибо за уделенное время.

С уважением, Виктория Соболева, г. Москва.

12 ДЕКАБРЯ 2016 / ПОНЕДЕЛЬНИК

Хочу от всего сердца выразить благодарность врачам и медицинским сестрам ГКБ №1 им.Н.И. Пирогова. Особую благодарность хочу принести заведующей ревматологическим отделением Шмидт Евгении Исааковне, заведующей 1-м терапевтическим отделением Котовой Дарье Павловне, врачу-ревматологу Дмитриевой Марине Евгеньевне, врачу-кардиологу Щекочихину Дмитрию Юрьевичу. Благодаря их профессионализму и слаженной работе была правильно диагностирована болезнь моего сына Шигапова Марата, назначено и осуществлено нужное лечение, они своим трудом и знаниями спасли моего сына. Хочется также отметить прекрасное человеческое отношение сотрудников больницы, внимательность, отзывчивость, доброту, благодаря чему процесс лечения для пациентов протекает легче. С благодарностью вспоминаю ту неоценимую помощь, которую оказали Главный врач ГКБ №1 Свет Алексей Викторович и Зам. главного врача по терапевтической помощи Гиляров Михаил Юрьевич при госпитализации и организации лечения моего сына. Я и мой сын очень признательны этим замечательным Людям. С уважением, Шигапова Л.Р.

26 СЕНТЯБРЯ 2016 / ПОНЕДЕЛЬНИК

Мы, студенты четвертого курса МК №6, благодарим Вас за организацию мастер-класса по специальности «Анестезиология и реаниматология», «Рентгенология» в 1-й Градской Клинической больнице имени Н.И. Пирогова.

Врачи, проводившие это занятие, доступно, профессионально, интересно рассказали и на деле показали, как работают, с чем сталкиваются медицинские сестры отделения.

Еще раз спасибо Вам!

С уважением, студенты колледжа.

26 ИЮЛЯ 2016 / ВТОРНИК

Выражаем сердечную благодарность всему коллективу 12-го неврологического отделения, возглавляемого Юцковой Екатериной Валерьевной. Благодаря грамотному и четкому руководству коллективом в отделении созданы все условия для полного обследования, лечения и дальнейшей реабилитации пациентов. Имеется необходимая аппаратура, и работают высококвалифицированные специалисты, такие как наши лечащие врачи Лапик Николай Валерьевич и Метова Равида Анатольевна, и весь медицинский персонал. Личная благодарность от Е.В. Харинской замечательному нейрохирургу Авагян Тагику Норайдовичу. Мы искренне благодарны им не только за лечение, но и теплое к нам отношение, доброту, внимательность, чуткость.

Спасибо Абрамовой В.М., Захаровой Т.А., Калиновой П.Н., Молаховской Е.В., Цвинцинскому А.В., Моричевой Н.Н. и др.

Для скорейшего выздоровления пациента немаловажное значение имеют именно вовремя сказанные теплые слова, внимательный взгляд, приветливая улыбка.

Желаем всем сохранить любовь к своей профессии, к людям, в своих семьях, повышать свой профессионализм, душевного покоя и телесного здоровья.

С уважением, Харинская Е.В., Розова О.А., Перегудина Т.Н.

ПОЗДРАВЛЯЕМ!

Уважаемые коллеги!

Примечательно, что истории двух старейших клиник столицы – Первой градской и нашей 4-й, Павловской начинаются с благотворительности. В завещании князя Дмитрия Михайловича Голицына так прямо и говорится, что средства выделяются «на устройство в столичном городе Москве учреждения Богу угодного и людям полезного». Миссия эта актуальна и сегодня. Она определяет назначение всей нашей деятельности, в том числе и назначение нынешней Первой градской больницы – служить людям, помогать им в их бедах, заботиться об их здоровье.

За годы своего существования Первая градская стала лидером во многих областях медицины. Здесь разрабатывали вопросы заготовки, консервирования и транспортировки донорской крови, делали первые операции при различных врожденных пороках сердца, были созданы оригинальные модели электрокардиостимуляторов. И сегодня проводится множество сложнейших операций, работают уникальные специалисты.

Коллектив 4-й (Павловской) больницы сердечно поздравляет коллег с юбилеем и желает им здоровья, процветания, профессиональных побед!

Уважаемые коллеги!

От всей души поздравляем вас с 215-летием со дня основания одной из старейших в стране больниц!

За более чем двухвековую историю несколько поколений специалистов клиники, постоянно совершенствуя свое мастерство и развивая материально-техническую базу, исцелили тысячи пациентов. И сегодня, верные духу своих славных предшественников, вы продолжаете трудиться, не покладая рук, оказывая

высокотехнологическую медицинскую помощь гражданам Москвы, России, ближнего и дальнего зарубежья. Спасая жизни и возвращая здоровье, вы помогаете людям заново обрести себя, позволяете с надеждой смотреть в будущее и строить новые планы.

Поздравляем вас со столь знаменательной датой и желаем новых свершений, удачи в нелегком служении профессиональному долгу, больше благодарных пациентов, счастья и, конечно же, отличного здоровья!

Коллектив Городской клинической больницы №15 им. О.М. Филатова

Сердечно поздравляю Вас, Алексей Викторович, и весь коллектив Городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова ДЗМ с юбилеем!

Несколько поколений людей работали в этих стенах, вложили свои душевные и физические силы в историю вашего становления и развития. И до сих пор сохраняются замечательные традиции, которые были заложены предками и которые чтит и приумножает сегодняшнее поколение медицинских работников больницы.

Своей добротой и милосердием Вы облегчаете страдания пациентов, возвращая им здоровье и радость жизни. В этот праздничный день примите самые дружеские и искренние пожелания успехов во всех добрых начинаниях, благополучного настоящего и счастливого будущего, оптимизма, душевной стойкости, дальнейших профессиональных успехов и процветания на долгие годы!

Пусть Ваша работа приносит только удовлетворение.

**С уважением, главный врач
ГБУЗ «ГКБ №51 ДЗМ» В.А. Бражник**

Уважаемый Алексей Викторович!

Коллектив городской клинической больницы №52 от всей души поздравляет Вас и Ваших коллег с юбилеем! Славная история старейшей московской клиники – это десятки выдающихся клиницистов, тысячи врачей, преданных своему делу, это бесчисленное количество жизней, которые были спасены благодаря профессионализму, ответственности и самоотверженному труду ваших специалистов. Содружество ученых-исследователей и врачей-практиков в стенах Первой градской делает доступными уникальные медицинские технологии, самые современные методики диагностики и лечения не только для москвичей, но и граждан всей нашей огромной страны.

Мы благодарны вам за многолетнее доброе сотрудничество, за взаимопонимание и поддержку. Ценим желание и умение создавать совершенно новые проекты, готовность делиться опытом и эффективно взаимодействовать для достижения общих целей.

В этот праздничный день примите дружеские и искренние пожелания удачи во всех начинаниях, благополучного настоящего и счастливого будущего, позитивного настроения и реализации самых амбициозных планов. Крепкого здоровья, профессиональных успехов и личного счастья вам, коллеги!

**С уважением, главный врач М.А. Лысенко,
президент В.И. Вторенко**

Глубокоуважаемый Алексей Викторович!

Искренне и сердечно поздравляю коллектив Городской клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова с юбилеем!

215-летний юбилей – это не только исторический отрезок времени, это целая эпоха, со своими вехами и этапами, конкретными людьми и событиями. Это время, когда подводятся итоги делам минувшим, определяются задачи на будущее и намечаются пути их решения.

За этим юбилеем – ежедневный самоотверженный труд врачей, медицинских сестер, младшего медицинского персонала больницы. Несколько поколений людей работали в этих стенах, вложили свои душевные и физические силы в историю вашего становления и развития. И до сих пор сохраняются замечательные традиции, заложенные предками, которые чтит и приумножает сегодняшнее поколение медицинских работников больницы. Принося в дар людям свою любовь и сопереживание, добротой и милосердием вы облегчаете страдания пациентов, возвращая им здоровье и радость жизни.

В этот праздничный день примите самые дружеские и искренние пожелания успехов во всех добрых

начинаниях, прекрасного настоящего и счастливого будущего, оптимизма, душевной стойкости, дальнейших профессиональных успехов и семейного благополучия.

**С искренним уважением, главный врач
Городской клинической больницы
им. А.К. Ерамишанцева А.Р. Габриелян**

Уважаемый Алексей Викторович!

Сердечно поздравляем Вас и весь коллектив больницы им. Н.И. Пирогова со славной годовщиной. Открыв свои двери 1802 году, Первая градская больница уже более 200 лет несет москвичам здоровье и жизнь. Из небольшой лечебницы, построенной как «учреждение Богу угодное и людям полезное», она выросла в крупнейший медицинский центр столицы. Во все времена, какими бы сложными они ни были, больница принимала пациентов. И во время мира, и во время войны врачи Первой градской спасали жизни больных и раненых, применяя самые современные в данный момент методики и технологии. И сегодня многопрофильный стационар Пироговской больницы остается одним из ведущих медицинских учреждений Москвы.

Профессионализм, мастерство, передовые достижения науки в сочетании с самоотверженностью и гуманизмом позволяют Вам, дорогие коллеги, выполнять свой долг с милосердием и терпением, помогая всем страждущим.

Мы поздравляем Вас с этой замечательной датой и от всей души желаем каждому врачу, каждой медицинской сестре, всем сотрудникам больницы здоровья, воплощения в жизнь самых смелых замыслов и, конечно, счастья и семейного благополучия.

**Главный врач С.Ф. Торубаров и коллектив
больницы ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого**

Уважаемые друзья, соратники, коллеги!

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ» искренне поздравляет коллектив ГКБ №1 им. Н. И. Пирогова с 215-летием больницы.

215-летие – это не только исторический отрезок времени, это целая эпоха со своими вехами и этапами, конкретными людьми и делами. Это время, когда подводятся итоги делам минувшим, определяются задачи на будущее и намечаются пути их решения.

Многие поколения людей работали в этих стенах, вложили свои душевные и физические силы в историю

вашего становления и развития. И до сих пор сохраняются замечательные традиции, которые были заложены предками и которые чтит и приумножает сегодняшнее поколение медицинских работников больницы. Примите самые дружеские и искренние пожелания успехов во всех начинаниях, благополучного настоящего и счастливого будущего, дальнейших профессиональных успехов.

Коллектив ГБУЗ «ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ»

Глубокоуважаемый Алексей Викторович!

От всей души позвольте поздравить Вас, Ваших коллег и всех сотрудников Вашей славной больницы с блистательным юбилеем – 215-летием со дня основания ГБУЗ «Городская клиническая больница №1 им. Н.И.Пирогова ДЗМ».

История Вашей больницы – это история нашей страны от классиков, основоположников отечественной медицинской школы – в Голицынской больнице – Ефрема Осиповича Мухина, Антона Антоновича Альбини и др. до наших современников – не нуждающихся в представлениях профессора Валерия Петровича Вершинина, Алексея Васильевича Шабунина, Анатолия Олеговича Вирганского и других.

Прекрасные сооружения гениев архитектуры М. Казакова и О. Бове продолжают служить для оказания качественной, эффективной и доступной медицинской помощи людям, оправдывая слова лейб-медика Наполеона Доминика Жана Ларрея о том, что Голицынская больница – одна из лучших больниц в Европе.

От имени всей педиатрии Москвы поздравляем с юбилеем самую близкую, в прямом смысле, к Морозовской больнице знаменитую 1-ю Градскую.

Желаем всему коллективу процветания и успехов в самом главном деле нашей жизни – «сбережение здоровья народа».

С уважением, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач И.Е. Колтунов

Уважаемые коллеги!

Юбилей одной из известнейших больниц Москвы является, безусловно, событием для всей медицинской общественности города и страны в целом. Отечественная медицина всегда характеризовалась почитанием лучших традиций высокого профессионализма, милосердным отношением к пациентам и, одновременно, стремлением к постоянному развитию

и внедрению самых современных методов диагностики и лечения.

Юбилей Первой Градской больницы, создание которой в нынешнем виде стало результатом оптимизации XX века (слияние 1-й, 2-й Градских и Голицынской, Любимовской больниц) блестяще демонстрирует неразрывность исторических традиций и самого современного уровня развития диагностических и лечебных возможностей одного из старейших учреждений здравоохранения Москвы, овеянного именами Е.О. Мухина и Е.А. Маркуса, Н.К. Боголепова и Н.Ф. Лежнева, Н.А. Лопаткина и В.С. Савельева, А.Д. Адо и Е.И. Гусева.

Коллектив первой в Москве детской клинической больницы им. Н.Ф. Филатова (созданной в 1842 г.) поздравляет своих коллег с праздником. Желаем Вам крепкого здоровья, достижения новых высот профессионального мастерства, следуя славным традициям Вашей клиники.

Поздравляем с юбилеем ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова!

Впервые открыв свои двери для пациентов в 1802 году, эта больница стала ведущим лечебным учреждением нашего города. Бережно храня традиции гуманности и милосердия, накапливая опыт и знания, коллектив клиники продолжает осваивать новые передовые методы лечения и диагностики.

Уважаемые коллеги! Примите слова искренней благодарности за ваш труд, золотые руки и высокий профессионализм. Проявляя терпение и чуткость, отдавая знания и частичку души, вы дарите своим пациентам здоровье, часто спасаете их жизнь. Ваше сопереживание дает надежду, помогает легче переносить боль и страдания. Мы желаем больнице развития и процветания, всему коллективу – крепкого здоровья, счастья, благополучия, успешного осуществления планов, добрых дел и начинаний, а вашим пациентам – скорейшего выздоровления!

Главный врач ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» О.В. Гриднев

Сердечно поздравляем трудовой коллектив одной из старейших больниц города Москвы - Городской клинической больницы №1 им Н.И. Пирогова с замечательным юбилеем!

Ежедневно и ежечасно вы охраняете самое ценное, что есть у людей – их жизнь и здоровье. Через ваши

заботливые руки за эти годы прошли около миллиона пациентов. Огромное спасибо коллективу за верность долгу, профессионализм, повседневную готовность прийти на помощь. Желаем успехов в служении своему делу, крепкого здоровья, счастья и благополучия вам и вашим семьям.

**Правление РОО
«Столичное объединение врачей»**

Уважаемые коллеги!

ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ» поздравляет Вас с важной вехой в истории Больницы – 215-летним юбилеем! Вековые традиции и новые технологии создали динамично развивающийся медицинский «город» в начале Ленинского проспекта, где пациенты получают качественную медицинскую помощь на всех уровнях, по многим современным направлениям нашей специальности. Все это позволяет Вам уже второй век спасать жизни и «держат планку».

Краеугольным камнем, определяющим силу учреждения, является команда, успешная работа которой характеризуется стремлением к непрерывному медицинскому образованию. Достижение высокого качества оказания медицинской помощи в многопрофильной больнице может быть обеспечено только за счет интеграции науки, клиники и инновационной деятельности. В Больнице в полной мере в интересах пациентов объединены лечебный, научный и педагогический процесс, что определяет ее клинический статус.

От всей души поздравляем коллектив Больницы с этой знаменательной датой. Желаем Вам, уважаемые коллеги, плодотворной работы, дальнейших успехов и новых свершений на благо отечественного здравоохранения.

**Главный врач ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ»
Д.Н. Проценко**

Уважаемые коллеги!

Коллектив Городской клинической больницы №17 Департамента здравоохранения города Москвы поздравляет с Юбилеем!

У Первой Градской больницы очень достойная история. За пройденные годы был проделан огромный путь совершенствования, и больница имени Н.И. Пирогова всегда неизменно оставалась Первой! На протяжении столетий Вы спасаете жизни, стоите на страже здоровья граждан и являетесь примером исполнения клятвы Гиппократова. В стенах больницы трудились и работают сегодня блестящие врачи и ученые, внесшие

неоценимый вклад в становление больницы и отечественное здравоохранение. Заложенные ими традиции сохраняются и приумножаются и по сей день.

В этот поистине знаменательный день мы хотим пожелать Вам больших успехов в работе Вашего дружного коллектива, передовых идей, профессионализма. Пусть путь к восстановлению здоровья пациентов не будет слишком тернист, невзгоды обойдут Вас стороной, и успех станет верным спутником по жизни!

Сегодня на плечах работников больницы лежит огромная ответственность за жизнь и здоровье пациентов, и мы желаем Вам всегда оставаться флагманом отечественного здравоохранения и гордо нести в своих стенах великие традиции российской медицины!

Крепкого здоровья и благополучия Вам, Вашим родным и близким!

**Главный врач ГБУЗ «ГКБ №17
ДЗМ» Б.Г. Завьялов**

Уважаемые сотрудники Городской Клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова!

Сердечно поздравляем весь коллектив Городской Клинической больницы №1 им. Н.И. Пирогова с юбилеем! Основанная в начале XIX века Городская Клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова сегодня стала одной из крупнейших современных многопрофильных медицинских организаций города Москвы.

Бережно храня традиции гуманности и милосердия, накапливая опыт и знания, Вы продолжаете осваивать новейшие медицинские технологии, внедрять современные методики диагностики и лечения.

Новых трудовых успехов Вам, реализации всех задуманных планов и новых проектов.

Пусть все Ваши начинания будут плодотворными и удачными, способствующими сохранению и накоплению профессионального опыта, кадрового потенциала.

**Главный врач ГБУЗ «ГКБ №29
им. Н.Э. Баумана ДЗМ» О.В. Папышева**

**Уважаемый Алексей Викторович!
Администрация ГБУЗ «ГКБ №31 ДЗМ»
сердечно поздравляет Вас и возглавляемый
Вами коллектив с Юбилеем!**

Высокий профессионализм, верность своему делу, милосердие медицинского персонала ГБУЗ «Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова Департамента здравоохранения города Москвы» позволили многим людям вернуться к активной деятельности и обрести уверенность в завтрашнем дне.

Пусть последующие десятилетия станут для Вас временем процветания, а высшей наградой будет благодарность Ваших пациентов.

В этот праздничный день желаем Вам и Вашему коллективу новых побед и профессиональных успехов, здоровья и благополучия Вашим семьям!

Главный врач Н.М. Ефремова

Дорогие коллеги!

Примите наши искренние поздравления с особо значимой датой для Вашего коллектива профессионалов, единомышленников и Врачей с большой буквы. Ваш опыт, самоотверженность и милосердие всегда будут настоящим примером для последователей и гордостью для потомков. Вы являетесь достойным продолжением истории и традиций отечественной медицины.

Желаем Вам крепкого здоровья, новых успехов в благодарном труде, исполнения всех желаний, счастья и благополучия! Пусть в Ваших сердцах живут любовь и чувство сопричастности к величайшему делу на Земле!

Коллектив ГБУЗ «ГКБ № 68 ДЗМ»

Поздравляем с юбилеем!

Первая Градская – заслуженно Первая. Из ее стен вышли не только великие врачи и учителя, в ней созданы медицинские школы, которые успешно развиваются и являются гордостью российского здравоохранения! Свет знаний развеет тьму!

Главный врач ГБУЗ «ГКБ имени Ф.И. Иноземцева ДЗМ» А.Е. Митичкин

Дорогие коллеги!

От всего коллектива ГКБ имени Е.О. Мухина поздравляю Вас с юбилеем!

Ваша больница – один из ветеранов российского здравоохранения. И все эти годы Вы не только спасаете людей, сохраняя им здоровье и даря радость жизни, но и передаете бесценный опыт от одного поколения врачей другому. Несмотря на солидный возраст, больница по-прежнему остается молодой – модернизируется, совершенствуется, осваиваются

новые высокие технологии и успешно применяются в лечебном процессе.

Искренне желаю удачи Вам в добрых начинаниях, здоровья и счастья каждому сотруднику! Успехов в нелегком, но благородном труде!

Главный врач ГБУЗ «ГКБ им. Е.О. Мухина ДЗМ» Александр Извеков

Дорогие друзья, соратники, коллеги!

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница имени Д.Д. Плетнёва Департамента здравоохранения города Москвы» поздравляет Вас с юбилеем!

215 лет – это не просто исторический отрезок времени, это целая эпоха со своими вехами и этапами, конкретными людьми и делами. И это – очередной вызов, когда определяются задачи на будущее и намечаются пути их решения. За этим юбилеем – ежедневный самоотверженный труд врачей, медицинских сестер и младшего медицинского персонала больницы.

Поколения врачей работали в этих стенах, вкладывая душу в историю Вашего становления и развития. Все эти 215 лет сохраняются замечательные традиции, которые были заложены предками и которые чтит и приумножает сегодняшнее поколение медицинских работников больницы. Даря людям свои любовь и сопереживания, своей добротой и милосердием Вы облегчаете страдания пациентов, возвращая им здоровье и радость жизни.

В этот праздничный день примите самые дружеские и искренние пожелания успехов во всех добрых начинаниях, благополучного настоящего и счастливого будущего, оптимизма, душевной стойкости, дальнейших профессиональных успехов и не забывайте о собственном здоровье, столь необходимом в нашей профессии.

Заместитель главного врача по медицинской части, к.м.н. М.А. Куценко

Двести пятнадцать – срок для людей, увы, не малый, А для Вселенной – вообще не большой.

Врачи, работая и от недугов люд спасая,

Гордятся Градской клиникой – и первой, и родной!

Главный врач ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ» А.С. Шкод

НИКОЛАЙ ПИРОГОВ

Николай Иванович Пирогов родился в семье военного казначея и был тринадцатым, самым младшим ребенком. Для того чтобы поступить в Московский университет, ему пришлось прибавить 2 года к своему возрасту. Все это, впрочем, не помешало ему стать выдающимся врачом, заслуги которого признаны во всем мире.

Образование младший сын военного казначея начал получать дома, а потом еще два года учился в частном пансионате. Пансионат пришлось оставить в связи с ухудшившимся материальным положением отца. Однако в 1824 г. Николай Пирогов поступает на медицинский факультет Московского университета. Причем в числе так называемых своекоштных студентов, тех, кто содержал себя сам. Мать Николая, из известной купеческой семьи, была против обучения за казенный счет. С этого момента началось становление выдающегося русского медика и ученого Николая Ивановича Пирогова.

1828 г. – окончил курс со степенью лекаря и был зачислен в воспитанники Профессорского института, открытого при Дерптском университете для подготовки будущих профессоров российских университетов.

1833 г. – после защиты диссертации на степень доктора медицины был направлен для учебы в Берлинский университет.

1836 г. – по возвращении в Россию был назначен профессором теоретической и практической хирургии в Дерптский университет.

1841 г. – возглавил кафедру хирургии в Медико-хирургической академии в Санкт-Петербурге.

Руководил Клиникой госпитальной хирургии.

Занимался изучением распространенных в те времена хирургических методов. Разработал ряд новых приемов в хирургии, благодаря чему ему удавалось чаще, чем другим хирургам, избегать ампутации конечностей. Один из таких приемов до настоящего времени называется «Операция Пирогова».

Применял в обучении анатомические исследования на замороженных трупах. Сам Пирогов это называл «ледяной анатомией». Так родилась новая медицинская дисциплина – топографическая анатомия. Спустя несколько лет такого изучения анатомии Пирогов издал первый анатомический атлас под заглавием

Николай Иванович ПИРОГОВ (1810-1881) - русский хирург и анатом, естествоиспытатель и педагог, создатель первого атласа топографической анатомии, основоположник русской военно-полевой хирургии, основатель русской школы анестезии.

«Топографическая анатомия, иллюстрированная разрезами, проведенными через замороженное тело человека в трех направлениях».

1847 г. – уезжает в действующую армию на Кавказ. На Кавказе впервые применяет перевязку бинтами, пропитанными крахмалом. Первым начинает оперировать раненых с эфирным обезболиванием в полевых условиях.

Получает чин действительного статского советника.

1854 г. – вместе с возглавляемой им группой врачей и медсестер выезжает из Санкт-Петербурга на театр военных действий в Крым. Был главным хирургом осажденного англо-французскими войсками Севастополя.

Впервые в истории русской медицины применил гипсовую повязку, дав начало сберегательной тактике лечения ранений конечностей и избавив многих солдат и офицеров от ампутации. Важнейшей заслугой Пирогова является внедрение в Севастополе совершенно нового метода ухода за ранеными: раненые в зависимости от тяжести ранений или подлежали немедленной операции в полевых условиях, или с более легкими ранениями эвакуировались вглубь страны для лечения в стационарных военных госпиталях.

1855 г. – избран почетным членом Московского университета.

За заслуги в оказании помощи раненым и больным Пирогов был награжден орденом Святого Станислава 1-й степени.

1858 г. – повышен в чине до тайного советника, а затем переведен на должность попечителя Киевского учебного округа.

1860 г. – удостоен ордена Св. Анны 1-й степени.

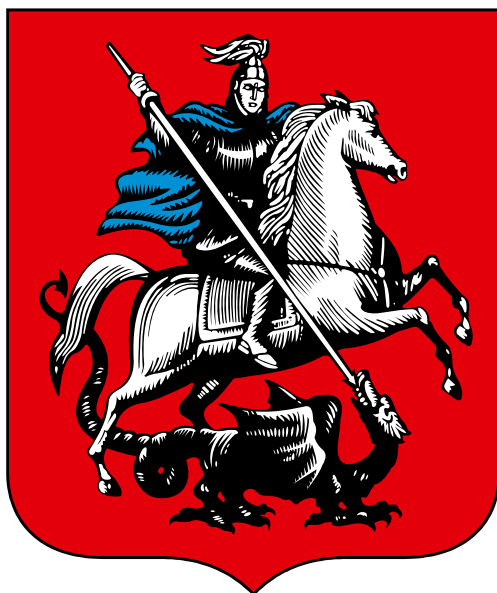
1862 г. – направлен руководить обучающимися за границей русскими кандидатами в профессора. Выбрал своей резиденцией Гейдельберг.

В расцвете творческих сил Пирогов уединился в своем небольшом имении «Вишня» неподалеку от Винницы, где организовал бесплатную больницу. Он ненадолго выезжал оттуда только за границу, а также по приглашению Петербургского университета для чтения лекций. К этому времени Пирогов уже был членом нескольких иностранных академий. Относительно надолго Пирогов лишь дважды покидал имение: первый раз в 1870 г. во время Франко-прусской войны, будучи приглашен на фронт от имени Международного Красного Креста, и второй раз в 1877–1878 гг. – уже в очень пожилом возрасте – несколько месяцев работал на фронте во время Русско-турецкой войны. В 1873 г. Пирогов был удостоен ордена Св. Владимира 2-й степени.

1881 г. – становится пятым почетным гражданином Москвы «в связи с пятидесятилетней трудовой деятельностью на поприще просвещения, науки и гражданственности».

24 мая 1881 г. Н.В. Склифосовский установил наличие рака верхней челюсти у Николая Пирогова. В 20 ч. 25 мин. 23 ноября 1881 г. в с. Вишня, ныне часть Винницы, Николай Иванович Пирогов скончался.

В черте Винницы в с. Пирогово находится музей-усадьба Н.И. Пирогова, в километре от которой располагается церковь-усыпальница, где покоится забальзамированное тело выдающегося хирурга. Там же регулярно проводятся Пироговские чтения. Пироговское общество, существовавшее в 1881–1922 гг., представляло собой одно из самых авторитетных объединений русских врачей всех специальностей. Конференции врачей Российской империи назывались Пироговскими съездами.



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**