

the Centre for the study of human potential of the Institute of strategic studies of the Republic of Bashkortostan (Russia, Republic of Bashkortostan, Ufa, 50 let Oktyabrya st., 20/1. e-mail: utasheva@bashstat.ru).

2. Shamsutdinova Nailya Kadimovna (Russia, Ufa) – candidate of historical sciences, senior researcher, the Centre for the study of human potential of the Institute of strategic studies of the Republic of Bashkortostan (Russia, Republic of Bashkortostan, Ufa, 50 let Oktyabrya st., 20/1. e-mail: shamsutdinovank@gmail.com).

УДК 94.(47).084

М.А. Фельдман, А.А. Кузнецова

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ В РЕГИОНЕ: ДОЛГИЙ ПУТЬ ОТ ЗАМЫСЛА К РЕАЛЬНЫМ ДОСТИЖЕНИЯМ

В статье анализируются позитивные достижения и нерешенные проблемы диспансеризации. Рассматриваются пути оптимизации диспансеризации.

Ключевые слова: диспансеризация, Свердловская область, медицина, проблемы, результаты.

Основными стратегическими документами, определяющими направления диспансеризации, являются: Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»; приказ Правительства Свердловской области от 21.12.2012 № 1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения», приказ Правительства Свердловской области № 589-п от 30 апреля 2015 г. «О порядке проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения на территории Свердловской области». На основании этих документов были разработан ряд подпрограмм, определяющих мероприятия в рамках диспансеризации, в том числе:

- ранние выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, основных факторов риска их развития;
- определение группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, граждан с иными заболеваниями (состояниями), а также для здоровых граждан.

В программу диспансеризации должны входить: профилактический осмотр врачом-терапевтом, участковым цехового врачебного участка, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта; врача-стоматолога и гинеколога; врачей других специальностей по показаниям и с учетом фактора возраста и пола; лабораторные и инструментальные обследования, имеющие доказательную базу своей медико-экономической эффективности (обязательные и дополнительные по показаниям); профилактическое консультирование по поводу факторов риска хронических неинфекционных заболеваний; составление индивидуального плана-графика получения пациентом профилактических услуг, диспансерных и дополнительных обследований; оформление паспорта здоровья [1].

Основными критериями эффективности диспансеризации взрослого населения являются:

- 1) охват диспансеризацией населения, подлежащего диспансеризации в текущем году (плановое значение – не менее 23% ежегодно);

2) охват индивидуальным углубленным профилактическим консультированием граждан со II и IIIа группами состояния здоровья, а также граждан с IIIб группой состояния здоровья;

3) охват групповым профилактическим консультированием (школа пациента) граждан с II и IIIа группами состояния здоровья, а также граждан с IIIб группой состояния здоровья.

Диспансеризация взрослого населения имеет вполне определенные задачи:

- 1) снижение числа предотвратимых смертей на каждом терапевтическом участке;
- 2) рост числа впервые выявленных заболеваний;
- 3) снижение частоты обострений хронических заболеваний;
- 4) предупреждение развития заболеваний;
- 5) снижение развития осложнений.

Анализ ежегодных докладов Министерства здравоохранения Свердловской области о состоянии здоровья населения позволяет отразить динамику показателей диспансеризации в Свердловской области.

По данным Минздрава Свердловской области, в диспансеризации взрослого населения в 2014 г. принимали участие 102 медицинские организации различных форм собственности, в том числе 70 государственных бюджетных учреждений здравоохранения, 10 – муниципальных бюджетных и автономных учреждений здравоохранения, 11 МСЧ промышленных предприятий, 5 МСЧ ФМБА, 5 негосударственных учреждений здравоохранения ОАО «РЖД», 1 МСЧ ГУВД [2]. Диспансеризация проводится в следующих группах взрослого населения: работающие граждане; неработающие граждане; обучающиеся в образовательных учреждениях по очной форме. Результаты диспансеризации представлены в таблице 1 [2, 3].

Таблица 1

Численность диспансеризируемых граждан Свердловской области за 2007-2014 гг.

Показатель	2007 г.	2010 г.	2013 г.	2014г.
Всего прошли диспансеризацию, чел.	141106	111951	667722	728750
Граждане, отказавшиеся от диспансеризации, чел.	Нет данных	Нет данных	≈ 6000	≈ 4000
С впервые выявленными заболеваниями (% от всех прошедших диспансеризацию)	2,96	1,08	7,9	11,3

Согласно данным таблицы 1, очевидна позитивная тенденция, а именно увеличение охвата населения диспансеризацией в период 2007– 2014 гг. примерно в семь раз, что отражает определенную эффективность и действенность процесса диспансеризации. Этому результата удалось добиться благодаря, во-первых, изменениям в нормативно-правовой базе; во-вторых, увеличению финансирования данного процесса; в-третьих, организационным мероприятиям (которые проводили Министерство здравоохранения Свердловской области и ГАУЗ СО «Свердловский областной центр медицинской профилактики») [4].

Качественным показателем улучшения хода диспансеризации в 2007–2014 гг. следует считать увеличение доли впервые выявленных хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) с 2,96 до 11,3%. Таким образом, можно сделать вывод о том, что принятые в 2012-2013 гг. меры позволили в **четыре** раза увеличить выявляемость ХНИЗ в рамках диспансеризации. Этому удалось добиться благодаря: увеличению количества медицинских организаций, на базах которых граждане могли воспользоваться этой услугой (в 2010г. – 89, к 2014 г. –102 медицинских учреждения); информационной рекламной кампании, посвященной всеобщей диспансеризации, что дало более широкую огласку и привлекло пациентов; большему охвату населения, прошедшего диспансеризацию.

Доля граждан, которые отказались от диспансеризации, сравнительно незначительна и сокращается: в 2013 г. – почти 6 тысяч человек, или 1 % от числа завершивших диспансеризацию. В 2014 г. этот показатель сократился до 4 тысяч человек, или 0,53 %. В принципе задачу можно считать решенной; а доля отказов хотя и мала, но, тем не менее, свидетельствует о сохранении недоверия к эффективности диспансеризации.

Анализ документов позволяет вскрыть причины отказов от диспансеризации:

1) гражданин отказывается от прохождения диспансеризации, если его не отпускает работодатель с предприятия, в нерабочее время поликлиники уже не ведут прием пациентов (гражданин вправе пройти диспансеризацию в рабочее время, это подтверждено в статье 24 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»);

2) если нужно проходить диспансеризацию в несколько этапов за несколько дней (это неудобство и работнику, и работодателю);

3) если это затратно по времени (очереди), платежеспособные граждане пройдут обследование самостоятельно в то время, когда им удобно, и тогда, когда захотят.

Спектр выявленных заболеваний весьма широк, что также подтверждает позитивность проводимой диспансеризации. Этот вывод подтверждается и статистикой выявленных онкологических заболеваний. Статистические данные фиксируют колоссальный рост случаев впервые выявленных таких заболеваний: с 51 в 2007 г. до 3780 в 2014 г. Оценивая данную ситуацию, выделим факторы, влияющие на выявляемость:

1) улучшенное оснащение медицинских учреждений;

2) привлечение к процессу диспансеризации узких специалистов (онкологов-хирургов);

3) доступность флюорографического исследования, которое входит в состав обязательных исследований (именно это исследование является «золотым стандартом» для выявления на ранних стадиях онкологических заболеваний);

4) улучшение информированности граждан относительно случаев раковых заболеваний, благодаря этому люди сами обращаются к специалистам за консультацией.

5) отрицательным моментом является то, что выявление может быть уже на поздних стадиях заболевания.

Таким образом, наблюдение данного массива пациентов – одно из приоритетных направлений диспансеризации, так как заболеваемость этой патологией находится на втором месте по распространенности в РФ. Высокая выявляемость опухолевых процессов даст возможность лечения пациентов на ранних стадиях, снижая в будущем инвалидизацию населения, а также смертность.

Мероприятия диспансеризации позволили структурировать группы здоровья граждан (из числа завершивших диспансеризацию) [2].

Таблица 2

Структура групп здоровья граждан (из числа завершивших диспансеризацию),%

Группа здоровья	2010 г.	2013г.	2014г.	В РФ в 2014 г.
I	26,6	29,5	34,4	35,4
II	73,3	25,0	25,6	18,5
III	0,04	38,9	40	44,4
Не установлена	0,06	6,6	0	1,7

Анализ полученных данных показывает, что, во-первых, качество выявления злокачественных новообразований до 2013 г. не выдерживает никакой критики. Во-вторых, тревожным фактором является тот факт, что лидирующие позиции занимает третья группа здоровья, требующая повышенного внимания со стороны медицинского

персонала, специализированной помощи, зачастую высокотехнологичной помощи, а значит большего финансирования лечения.

Важность выявления пациентов с третьей группой здоровья обусловлена необходимостью дальнейшего врачебного контроля, оказания необходимой медицинской помощи, в том числе и высокотехнологичной. Наблюдение данной группы пациентов позволяет обеспечить снижение затрат, связанных с лечением и выдачей больничных листов, а также предотвратить потери экономики, связанные с временной или постоянной утратой трудоспособности диспансеризируемых граждан, отнесенных к III группе здоровья.

Резюмируя, следует отметить ряд позитивных изменений в процессе диспансеризации:

1. Выросла численность охваченных диспансеризацией: с 141106 человек в 2007 г. до 728750 человек в 2014 г.

2. Снижился массив «отказников» от диспансеризации: до 0,55% от числа граждан, подлежащих диспансеризации.

3. Выросла численность граждан с впервые выявленными заболеваниями: с 16275 в 2010 г. до 82427 в 2014 г.

4. Увеличилась доля пациентов первой группы здоровья с 26,6% в 2010 г. до 34,4% в 2014 г.

5. Как резюмирующий итог (несмотря на сложную экологическую ситуацию в Свердловской области) – понизилась смертность: если уровень смертности на 1000 человек населения в 2007г. составлял 14,65, то в 2014 г. – 14,0 смертей.

Очевидны и нерешенные проблемы диспансеризации. Например, нет динамики снижения числа граждан с впервые выявленными заболеваниями, поскольку на данном этапе диспансеризация – это только инструмент, благодаря которому выявляется уровень заболеваемости населения. Необходим целый комплекс мероприятий по совершенствованию всех показателей уровня жизни населения, в том числе введение подлинной страховой модели здравоохранения.

В перспективе, нужно полагать, этот критерий эффективности даст положительную динамику, когда граждане поймут, что забота об их здоровье – это не только государственный интерес, но и личный. Пациенты должны проявить сами инициативу по обнаружению факторов риска и профилактике заболеваний.

Несмотря на множество учитываемых показателей, существует проблема объективной оценки эффективности проведения диспансеризации взрослого населения. Проведя оценку критериев эффективности, нужно отметить, что самой важной проблемой диспансеризации является, по мнению авторов, что ее результатом является контроль в основном количественных показателей диспансеризации. Не уделяется должного внимания качественным показателям, а именно они отражают степень соответствия затраченных на данный процесс усилий и средств полученному результату.

К сожалению, в действующей редакции Трудового кодекса статьей 213 регламентирована обязательность диспансеризации *только для отдельных категорий граждан*. Работники, чьи профессии не входят в перечень, а таких большинство, лишены возможности участия в мероприятиях по раннему выявлению заболеваний. Помимо этого, в настоящее время работающим гражданам зачастую невозможно пройти диспансеризацию, поскольку работодатели не идут им навстречу и не отпускают их в рабочее время для посещения лечебно-профилактических учреждений. В этой связи в конце февраля 2016 г. в Госдуму внесен проект федерального закона [5], который позволяет работникам проходить диспансеризацию один раз в три года в течение одного рабочего дня с сохранением места работы и заработка. Хочется надеяться, что такой закон повысит доступность медицинских обследований для всех работающих граждан. При этом никаких дополнительных затрат со стороны работников и работодателей не

потребуется, так как диспансеризация входит в программу государственных гарантий и финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования.

© Фельдман М.А., Кузнецова А.А. Текст. 2016

Список источников

1. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294 // СПС КонсультантПлюс (дата обращения: 10.01.2016).
2. Об итогах проведения диспансеризации отдельных групп взрослого населения Свердловской области в 2014 г.: аналитическая справка Министерства здравоохранения Свердловской области Правительству Свердловской области // Текущий архив Министерства здравоохранения Свердловской области.
3. Доклад «Об итогах проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения Свердловской области в 2013 г.»: постановление Правительства Свердловской области от 13 марта 2014 г.а № 276-П //Текущий архив Министерства здравоохранения Свердловской области.
4. Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. № 36ан // Текущий архив Министерства здравоохранения РФ.
5. Исаев А. Всеобщая диспансеризация // Российская газета. – 2016. – 2 марта.

Информация об авторах

1. Фельдман Михаил Аркадьевич (Россия, Екатеринбург) – доктор исторических наук, профессор, профессор кафедры государственного управления и политических технологий Уральского института управления – филиала Академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ (620990, г. Екатеринбург, ул. 8 Марта, 66. e-mail: feldman-mih@yandex.ru);

2. Кузнецова Анна Андреевна (Россия, Екатеринбург) – аспирантка Уральского института управления – филиала Академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ (620990, г. Екатеринбург, ул.8 Марта,66; e-mail: kuzznetsann@mail.ru)

Feldman M.A., Kuznetsova A.A.

CLINICAL EXAMINATION IN THE REGION: A LONG WAY FROM A PLAN TO REAL ACHIEVEMENT.

The article analyzes the positive achievements and unsolved problems in the clinical examination. The ways of optimizing the clinical examination.

Keywords: clinical examination, Sverdlovsk region, medicine, results.

Information about the authors

1. Feldman Mikhail (Russia, Yekaterinburg) – Professor, Doctor of Historical Sciences, Professor of Public Administration and Political Technologies of the Ural Institute – the branch of the Academy of National Economy and Public Administration under the President of the Russian Federation (Russia, 620990, Yekaterinburg, 8 March st., 66; e-mail: feldman-mih@yandex.ru).

2. Kuznetsova Anna (Russia, Yekaterinburg) – doctor, e-mail: kuzznetsann@mail.ru.