



Г.П. Сквирская,

д.м.н., профессор, заведующая лабораторией эффективности управления в здравоохранении НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением, ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия, gskvirskaya@mail.ru

И.М. Сон,

д.м.н., профессор, заместитель директора по науке, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, son@mednet.ru

А.Ш. Сененко,

к.м.н., заведующая отделением анализа кадрового обеспечения в здравоохранении ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, senenko@mednet.ru

С.И. Шляфер,

д.м.н., заведующая отделением организации планирования и управления научными исследованиями, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, sonia@mednet.ru

А.В. Гажева,

к.м.н., ученый секретарь, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, gazheva@mednet.ru

С.А. Леонов,

д.м.н., профессор, заведующий отделением медицинской статистики и документалистики, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, leonov@mednet.ru

Н.К. Горшунова,

д.м.н. профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии с курсом ОВП Курского государственного медицинского университета, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск, Россия, gorsh@kursknet.ru

ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ И ОТДЕЛЕНИЕ ПО УХОДУ: КОНЦЕПЦИЯ И ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ

УДК 614.2

Сквирская Г.П.¹, Сон И.М.², Сененко А.Ш.^{2,1}, Шляфер С.И.², Гажева А.В.², Леонов С.А.², Горшунова Н.К.³ *Отделение медико-социальной помощи взрослому населению и отделение по уходу: концепция и принципы организации* (1 ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет. И.М. Сеченов» Министерства здравоохранения России, Москва, 2 ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации в области здравоохранения» Министерства здравоохранения России, Москва, 3 ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Россия, Курск)

Аннотация. Предложена концепция организации медико-социальной помощи наиболее социально уязвимым контингентам населения (лицам пожилого и старческого возраста, инвалидам и гражданам с временным ограничением способности к передвижению и самообслуживанию после перенесенных заболеваний и травм), которая включает в себя создание отделений медико-социальной помощи в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях взрослому населению.

Ключевые слова: медико-социальная помощь; первичная медико-санитарная помощь; медицинские организации, оказывающие помощь в амбулаторных условиях; отделение медико-социальной помощи; лица пожилого и старческого возраста; инвалиды.

© Г.П. Сквирская, И.М. Сон, А.Ш. Сененко, С.И. Шляфер, А.В. Гажева, С.А. Леонов, Н.К. Горшунова, 2018 г.





Одной из важнейших проблем здравоохранения в настоящее время является оказание доступной и качественной медицинской помощи наиболее социально уязвимым контингентам населения: лицам пожилого и старческого возраста, одиноким, инвалидам, а также гражданам с обратимым ограничением способности к передвижению и самообслуживанию после перенесенных заболеваний и травм. Как правило, они нуждаются не столько в медицинской, сколько в медико-социальной помощи. В настоящее время предпринимаются меры для развития паллиативной помощи пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями и медицинского патронажа граждан с ограниченными возможностями здоровья. Однако целостного подхода к оказанию помощи перечисленным контингентам населения с учетом всего комплекса их потребностей в настоящее время не существует.

Согласно международным критериям, население считается старым, если доля людей в возрасте 65 лет и старше во всем населении превышает 7,0%. Прогрессивное постарение населения – увеличение доли лиц старше трудоспособного возраста в общей численности населения – наблюдается во всех без исключения развитых странах [1]. По данным федеральной службы государственной статистики (Росстат) на 1 января 2016 г. в Российской Федерации проживало 20,35 млн. человек в возрасте 65 лет и старше, что составило 13,9% населения (в 2005 г. – 13,8%); а число лиц старше трудоспособного возраста (мужчины в возрасте 60 лет и старше, женщины – 55 лет и старше) составило 35,99 млн. человек или 24,55% от всего населения (в 2005 г. – 29,35 млн. человек (20,3%)) [2]. В ближайшей перспективе, по прогнозам Росстата, процесс демографического старения населения будет только усиливаться. В период до 2035 г. (низкий вариант прогноза) в возрастной структуре населения нашей страны будут отмечены существенные изменения, которые связаны в основном

с процессом демографического старения населения. Долговременная тенденция снижения рождаемости и роста ожидаемой продолжительности жизни приведет к увеличению доли лиц старших возрастов в структуре населения (2017 г. – 25,1%, 2018 г. – 25,5%, 2019 г. – 26,0%, 2020 г. – 26,3%, 2025 г. – 27,7%, 2030 г. – 28,8%, 2035 г. – 30,2%) [3].

Увеличение абсолютного числа лиц старших возрастных групп объективно ведет к повышению численности граждан, испытывающих трудности с решением медицинских, социальных и психологических проблем [4]. Потребность в амбулаторно-поликлинической помощи у пожилых в 2–4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста, в то время, как реальные показатели обращаемости за медицинской помощью на догоспитальном этапе граждан старших возрастных групп лишь в 1,5 раза превышают аналогичные данные для трудоспособного населения [5]. Услуги медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, в большей степени остаются недостаточно доступными для данной категории потребителей по ряду причин: затруднения, связанные с ограниченными возможностями передвижения, перегруженность врачей-терапевтов участковых (врачей общей практики (семейных врачей)) и врачей-специалистов приемом пациентов с острыми заболеваниями, трудоспособного населения и т.д. В то же время ряд видов диагностики и лечения может быть проведен с участием среднего медицинского персонала [6]. Учитывая весь комплекс задач, стоящих перед медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, и фактическую нагрузку на медицинский персонал можно даже теоретически определить, что возможности для оказания адекватной медико-социальной помощи данной категории граждан сегодня недостаточны. Это порождает большое число проблем, обусловленных, с одной стороны, неудовлетворенностью указанных категорий пациентов результатами медицинской



помощи, а с другой – неудовлетворенностью медицинских работников, связанной с перегруженностью большими объемами медицинских услуг, требуемых указанными контингентами населения. При этом очевидно, что «запущенная» на догоспитальном этапе заболеваемость влечет за собой фактический рост потребляемых стационарных медико-социальных услуг [7]. Структура поликлиник в настоящее время не позволяет качественно изменить объемы и эффективность медицинского обеспечения перечисленных выше контингентов населения и требует существенных изменений в подходах к ее обеспечению, проведению структурных преобразований, подготовке и работе медицинского персонала в этом направлении, внедрении современных медико-социальных технологий [4].

В принятом второй Всемирной ассамблеей по проблемам старения Мадридском международном плане действий по проблемам старения (2002 г.) указано, что «пожилые люди имеют полное право на доступ к профилактическому и иному лечению, включая реабилитационный уход. Рост потребностей в уходе и лечении со стороны стареющего населения требует соответствующей стратегии. Стратегии, которые поощряют укрепление здоровья на протяжении всей жизни, включая лечение и профилактику заболеваний, уход, реабилитацию, при соответствующих показаниях, услуги по охране психического здоровья, поощрение ведения активного образа жизни и создание благоприятных для этого условий, могут понизить уровень инвалидности среди пожилых людей, а это, в свою очередь, приведет к эффективному расходованию бюджетных средств» [8].

Обращение лиц старше 60 лет за медико-социальной помощью, по данным отдельных поликлиник, составляет около 30% от общего числа обращений, а в г. Москве, например, до 80%. Среди лиц, получающих помощь на дому, пожилые составляют более половины пациентов. На одно сестринское посещение на дому пациента в возрасте до 60 лет

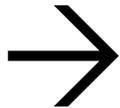
приходится 5–6 сестринских посещений пациентов пожилых возрастов. Население старших возрастов страдает множественными тяжелыми хроническими заболеваниями, протекающими на фоне сниженных компенсаторных возможностей. Уровень заболеваемости у пожилых (60–74 года) почти в 2 раза выше, а у лиц старческого возраста (75 лет и старше) – в 6 раз выше, чем у лиц молодого возраста [5].

По данным формы федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», в 2015 г. в Российской Федерации показатель общей заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста составил 202382,19 на 100 тысяч населения соответствующего возраста и был выше, чем у взрослого трудоспособного населения (120190,23 на 100 тысяч взрослого трудоспособного населения).

В структуре общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста на первом месте находятся болезни системы кровообращения (30,2% (61097,08 на 100 тысяч населения соответствующего возраста)), на втором месте – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (10,8% (21835,78)), на третьем – болезни органов дыхания (9,9% (20056,64)), на четвертом – болезни глаза и его придаточного аппарата (9,3% (18732,17)), на пятом – болезни органов пищеварения (7,2% (14662,51)), на шестом – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (7,1% (14435,52)), на седьмом – болезни мочеполовой системы (6,6% (13397,88)) и др. На эти семь классов болезней приходится 81% зарегистрированных пациентов старше трудоспособного возраста.

Важнейшим условием поддержания здоровья в пожилом возрасте являются не только меры по укреплению здоровья и наличие равного доступа пожилых людей к здравоохранению и медицинским услугам, которые





включают профилактику заболеваний на протяжении всей жизни. Необходима планомерная, методически подкрепленная деятельность по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, направленная на сохранение самостоятельности в плане ухода за собой, профилактику и замедление течения болезни и инвалидности, обеспечение лечения, а также на повышение активности и качества жизни пожилых людей, которые уже являются инвалидами [8].

Одним из вариантов решения указанных проблем, предлагаемым к рассмотрению в рамках данной работы, является организация отделений медико-социальной помощи – структурных подразделений медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, контингентам населения, испытывающим трудности в посещении медицинской организации: лицам пожилого и старческого возраста; одиноким; пациентам, перенесшим тяжелые острые и обострения хронических заболеваний, травмы; пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями; инвалидам. Очевидно, что задачи этой службы и объем её деятельности будут отличаться от отделений паллиативной помощи.

Сотрудники отделения медико-социальной помощи должны решать следующие задачи:

- совместно с врачами-терапевтами участковыми (врачами общей практики (семейными)), врачами-специалистами выявлять пациентов, нуждающихся в медико-социальной помощи, и формировать списки таких пациентов для планирования работы с ними с конкретизацией потребности в различных видах услуг отделения медико-социальной помощи;
- планировать работу с пациентами отделений медико-социальной помощи;
- организовывать и оказывать медицинскую помощь, которая включает мероприятия по профилактике, лечению и реабилитации пациентам, проживающим в домашних условиях и имеющих существенные ограничения посещения медицинских организаций, в том

числе в условиях стационара на дому по назначению лечащих врачей;

- осуществлять взаимодействие с органами социальной защиты, общественными и иными организациями для решения медико-социальных, психологических, правовых и иных проблем в интересах пациента;

- проводить медицинский патронаж пациентов, состоящих под наблюдением специалистов отделения;

- оказывать содействие в лекарственном обеспечении;

- взаимодействовать с отделениями паллиативной помощи при оказании помощи пациентам в терминальной стадии заболеваний;

- осуществлять взаимодействие со специалистами других подразделений медицинской организации по вопросам медицинского обеспечения пациентов отделения, включая своевременное консультирование и направление на госпитализацию, медико-социальную экспертную комиссию или в учреждение социальной защиты по показаниям;

- организовывать мероприятия по информационному обеспечению, гигиеническому обучению пациентов и их родственников;

- вести учетную отчетную документацию, предоставлять отчеты о деятельности отделения в установленном порядке.

Перечисленные функции определяют требования к образованию специалистов. Очевидно, что для осуществления основных функций отделения потребуются преимущественно работники со средним профессиональным образованием, имеющие подготовку по специальности «медико-социальная помощь» и осуществляющих самостоятельную деятельность в пределах своей компетенции. Таким образом, организация отделений медико-социальной помощи, укомплектованных преимущественно специалистами со средним медицинским образованием, будет решать ещё одну важнейшую задачу: исключение из деятельности врачебного персонала функций, не требующих участия специалистов с высшим медицинским образованием, за



счет расширения сферы деятельности среднего медицинского персонала с выделением зон самостоятельной ответственности медицинских сестер и фельдшеров. В конечном итоге это должно способствовать повышению доступности и качества помощи целевым контингентам населения. Для пациентов отделения это будет означать переход от формального ведения к планомерному наблюдению, лечению и адаптации к новым условиям жизни и здоровья, основанным на постоянной и последовательной медицинской помощи и контроле состояния их здоровья.

Руководство отделением осуществляет заведующий, назначаемый и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, в составе которой создано отделение.

Для осуществления перечисленных выше функций отделение должно быть обеспечено медицинским транспортом.

Практический опыт перехода к новым моделям организации медицинской помощи, особенно первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, требует активной информационной работы с населением. Прежде всего – разъяснительной, которая должна формировать у целевых категорий населения и их окружения правильное понимание целей и задач работы вновь образованных отделений, появления у пациентов новых возможностей в получении необходимой помощи.

Информационное обеспечение требуется и непосредственно в работе отделения с пациентами: информирование граждан в доступной форме об имеющихся у них заболеваниях, механизмах их развития и рекомендуемых мероприятиях по вторичной и третичной профилактике, рекомендации по рациональному образу жизни и т.д. Обязательным является информирование об объемах услуг и возможностях получения помощи в рамках отделения, так как именно эти знания позволят сформировать атмосферу сотрудничества и будут способствовать

повышению удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью в целом.

Важным разделом работ должны стать школы пациентов, ниже приведены основные направления их деятельности:

- информирование о механизмах развития имеющихся заболеваний и возможностях их коррекции; обучение рациональному образу жизни, выполнению рекомендованного лечения и реабилитационных мероприятий в целях сохранения и возможного восстановления ограниченных функций организма, предупреждения прогрессирования заболеваний и развития осложнений; обучение само- и взаимопомощи;

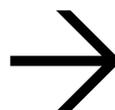
- занятия по медицинской, психологической и социальной адаптации к сложившейся жизненной ситуации; формирование адекватных состоянию здоровья поведенческих реакций, установок и др.;

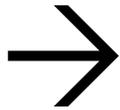
- школа для родственников пациентов по вопросам вторичной и третичной профилактики заболеваний, организации ухода за пациентами и инвалидами;

- школа активного долголетия, направленная на изменение отношения граждан старшего возраста к своему здоровью, привлечение их к активному досугу и регулярным занятиям физической культурой, вовлечение пожилых людей в работу волонтерских организаций для оказания помощи и психологической поддержки людям с ограниченными возможностями;

- школа для сотрудников учреждений социального обслуживания населения и здравоохранения, а также других лиц, осуществляющих профессиональный уход за гражданами, не способными к самообслуживанию, обучающая принципам общего ухода [9].

Организация медицинского ухода за тяжелобольными и ограниченно подвижными пациентами, проживающими в домашних условиях, является отдельной задачей. В зависимости от потребностей конкретной медицинской организации это может быть выделенная бригада в отделении медико-социальной помощи,





а при большом числе пациентов, нуждающихся в данном виде услуг, может быть сформировано самостоятельное отделение по уходу за тяжелобольными и маломобильными гражданами, организуемое наряду с отделением медико-социальной помощи.

В медицинском уходе могут нуждаться маломобильные граждане, к которым относятся:

1. инвалиды, имеющие нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приведшими к ограничению жизнедеятельности и вызывающими необходимость оказания им медицинского ухода с целью обеспечения необходимого качества жизни;

2. лица с ограниченными способностями или возможностями самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, вынужденные в силу устойчивого дефекта для своего передвижения применять специальные технические средства, приспособления и собак-проводников либо прибегать к посторонней помощи;

3. граждане с кратковременным и обратимым ограничением способности к передвижению (например, пациенты с гипсовой иммобилизацией конечностей после оперативного вмешательства на органе зрения);

4. лица в терминальной стадии заболеваний, нуждающиеся по своему состоянию в помощи по уходу.

Результаты научно-практических и экспертных исследований свидетельствуют о наличии существенных проблем как у самих пациентов, так и у их родственников при необходимости обеспечения медицинского ухода на дому [1]. Если в крупных городах можно найти хотя бы на платных условиях медицинского работника по уходу или сиделку для пациента в соответствующих агентствах, то в малых городах и сельской местности проблема является весьма трудноразрешимой. При этом качество и безопасность ухода не всегда обеспечиваются.

В отделении по уходу за такими пациентами должны работать младшие медицинские

сестры, вероятнее всего, на условиях платных медицинских услуг в соответствии с федеральным законом № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и постановлением Правительства Российской Федерации № 1006 от 4 октября 2012 года «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» [10; 11]. Открытым остается пока вопрос об источниках финансирования таких услуг для лиц, не имеющих средств, достаточных для оплаты такой помощи. Однако очевидно, что организация в поликлиниках отделений по уходу, возглавляемых медицинской сестрой с высшим сестринским образованием, укомплектованных младшими медицинскими сестрами по уходу и работающих в тесном контакте с отделением медико-социальной помощи, может оказать значительное позитивное влияние на качество жизни пациентов и членов их семей, повышение доступности помощи по уходу, профилактику осложнений у пациентов данной категории. С выходом приказа Минтруда России от 12.01.2016 г. № 2н «Об утверждении профессионального стандарта «Младший медицинский персонал» [12] стали четко определены трудовые функции – профессиональный уход за пациентом, а перечисленные в нем трудовые действия, необходимые умения и знания в полной мере отвечают описанной выше концепции отделения по уходу.

Выводы. Представленные принципы организации деятельности отделений медико-социальной помощи и отделений по уходу в поликлинике отвечают одной из самых актуальных задач здравоохранения сегодня – задаче совершенствования помощи наиболее тяжелым пациентам: лицам, нуждающимся в социальной помощи и постороннем уходе, в том числе – пожилого и старческого возраста. Обширный круг проблем, возникающий при оказании помощи социально уязвимым группам населения, требует решения вопросов не только организации деятельности



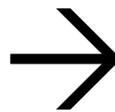
самых отделений, но и разработки технологичных взаимодействия и преемственности между ними, а также с участковой службой, с отделением паллиативной помощи, другими отделениями медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Отдельным вопросом будет организация межведомственного взаимодействия со службой социальной защиты населения и другими структурами, оказывающими помощь указанным категориям населения. Тем не менее ожидаемый эффект от внедрения таких организационных технологий может существенно повысить не только качество

медицинской и медико-социальной помощи, но и повысить удовлетворенность целевых категорий населения оказанной помощью. За счет перераспределения функций, введения отделений с преимущественным представительством среднего и младшего медицинского персонала предложенные меры должны снизить нагрузку на врачей, в том числе – исключить деятельность, не требующую высшего медицинского образования. Это в конечном итоге должно привести к повышению в целом результативности деятельности медицинской организации при оказании помощи всем категориям прикрепленного населения.



Литература

1. *Карюхин Э.В.* Геронтологические НКО от моделей ухода к становлению сектора: Пособие по социальной геронтологии для персонала геронтологических НКО/ М.: Эслан, 2002.
2. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2016 г. Статистический бюллетень/ М.: Федеральная служба государственной статистики (Росстат), 2016.
3. Демографический ежегодник. 2015. Статистический сборник. М., Федеральная служба государственной статистики (Росстат), 2015. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/demo15.pdf (Дата обращения: 28.12.2016).
4. Распоряжение Правительства Российской Федерации № 164-р от 5 февраля 2016 г. «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rocmintrud.ru/docs/government/173> (Дата обращения: 01.11.2016).
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 297 от 28 июля 1999 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» // Главная медицинская сестра. – 2000. – № 5. – С. 137–145.
6. *Пузин С.К., Гришина Л.П., Хромов К.С.* Инвалидность как геронтологическая проблема // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2004. – № 4. – С. 3–6.
7. *Яцемирская Р.С., Беленькая К.Г.* Социальная геронтология: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений/ М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 1999.
8. Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 года. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/pdf/ageing_progr.pdf (Дата обращения: 19.11.2016).
9. Медико-социальная помощь. Департамент здравоохранения Администрации города Тюмени Муниципальное медицинское автономное учреждение «Городская поликлиника № 5». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://poliklinika5.ru/medikosotsialnaya_pomoshc/ (Дата обращения: 30.09.2016 г.).





10. Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902373051> (Дата обращения: 27.02.2017).
11. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902312609> (Дата обращения: 05.12.2016).
12. Приказ Министерства труда Российской Федерации от 12 января 2016 г. № 2н «Об утверждении профессионального стандарта «Младший медицинский персонал» (зарегистрировано в Минюсте России 08.02.2016 г. № 40993).

UDC 614.2

Skvirskaya G.P.¹, Son I.M.², Senenko A.Sh.^{2,1}, Shlyafar S.I.², Gazheva A.V.², Leonov S.A.², Gorshunova N.K.³ **The Department of Medical and Social Assistance to the Adult Population and the Department of Nursing: the concept and principles of organization** (¹FGBOU VO «First Moscow State Medical University, IM Sechenov», Ministry of Health of Russia, Moscow, ²FGBU «Central Research Institute of Organization and Information in the Field of Health», Ministry of Health of Russia, Moscow, ³FGBOU VO «Kursk State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, Russia, Kursk)

Abstract. The concept of the organization of medical and social assistance to the most socially vulnerable population contingents (people in the residential and senile age, the disabled and citizens with a temporary restriction of the ability to move and self-care after the transferred diseases and injuries) is proposed. This includes the creation departments of medical and social assistance in medical organizations that provide assistance to the adult population on an outpatient basis.

Keywords: medical and social assistance; primary health care; medical organizations that provide assistance on an outpatient basis; Department of medical and social assistance; persons of elderly and senile age; disabled people.

Здравоохранение-2018



НОВЫЙ ПОРЯДОК ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БУДЕТ БОЛЬШЕ РАБОТАТЬ КАК СКРИНИНГ

Новый порядок диспансеризации на первом этапе будет больше работать как скрининг. Об этом заявил главный внештатный специалист Минздрава РФ по профилактической медицине, генеральный директор НМИЦ кардиологии Сергей Бойцов. «Прежний порядок был переходным от советского формата диспансеризации к скринингу. Сейчас очень сложный период, и я не уверен, что мы быстро эту задачу решим, потому что социальные сети показывают, что врачи бурлят: «что за непрофессионалы, зачем убрали анализ мочи, зачем убрали анализ крови?». Со стороны населения пока нет реакции, но, думаю, к концу февраля она тоже появится», – заявил он.

Новый порядок диспансеризации взрослого населения в возрасте от 18 лет и старше вступил в силу с 1 января 2018 года. В нем уточнена периодичность проведения диспансеризации в отношении отдельных процедур и групп граждан, а также ее этапы. Из прежнего варианта были исключены некоторые исследования, такие как общий и клинический анализы крови, общий анализ мочи и УЗИ брюшной полости. Вместо них в список исследований добавлены анализ кала на скрытую кровь иммунохимическим методом один раз в два года для всех граждан в группе от 50 до 70 лет, а для женщин – маммография. При этом существенно увеличено плановое значение охвата диспансеризацией населения – с текущего значения «не менее 21%» до «минимум 63%». По данным главного специалиста, сегодня диспансеризацию проходят порядка 23 млн. человек в год. Сергей Бойцов подтвердил, что среди причин пересмотра перечня диспансеризации экономические факторы учитывались. «Я знаю пример, когда сделали анализ крови и выявили рак. И таких случаев немало. Но если говорить в популяционных масштабах, о миллиардах рублей, то это несопоставимые экономические и организационные затраты», – резюмировал он.

Источник: <https://medvestnik.ru>