

Современные формы организации лечебно-профилактической помощи детям, родившимся недоношенными, в Российской Федерации

Е.С. Кешишян, Е.С. Сахарова, Г.А. Алямовская

ОСП «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева» ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Modern forms of organization of medical and preventive support of premature infants in Russian Federation.

E.S. Keshishyan, E.S. Sakharova, G.A. Alyamovskaya

Clinical Research Institute of Pediatrics named after acad. Veltischev, Pirogov Russian National Research Medical University, Russia

Высокая частота повреждений незрелых внутренних органов и систем организма недоношенных детей в постнатальном периоде способствует формированию хронической патологии и нарушению нейрокognитивного развития, внося немалый вклад в мировую проблему роста неинфекционных заболеваний и программируя будущее здоровье населения. Основной задачей современного реформирования системы здравоохранения как в Российской Федерации, так и во всем мире является поиск наиболее эффективного и экономичного пути оказания медицинской помощи, повышение значимости поликлинического звена, а также направление основных усилий на профилактические мероприятия. Наиболее функциональной и экономически эффективной формой оказания медицинской помощи недоношенным детям является создание специализированного центра с трехуровневой системой сопровождения, состоящего из амбулаторно-консультативного звена, отделения реабилитации в условиях дневного пребывания, а также круглосуточного стационара для проведения лечения и сложных диагностических процедур, возможности получения информации по системе телемедицины.

Создание центра требует четкого определения структуры, нормативов штатного обеспечения и методологии подхода к организации сопровождения недоношенных детей после выписки из неонатального стационара с учетом особенностей планово-нормативных и финансовых показателей медицинской помощи и сложности постановки клинического диагноза в современных условиях в Российской Федерации. Учитывая стабильную тенденцию к увеличению показателя выживаемости недоношенных детей, необходимо создание единого реестра на базе крупного научно-практического центра как логистической регрессионной модели, позволяющей проводить рандомизированные исследования доказательного характера.

Ключевые слова: недоношенные дети, система постнеонатального медицинского сопровождения, абилитация.

Для цитирования: Кешишян Е.С., Сахарова Е.С., Алямовская Г.А. Современные формы организации лечебно-профилактической помощи детям, родившимся недоношенными, в Российской Федерации. Рос вестн перинатол и педиатр 2017; 62(5): 6–15. DOI: 10.21508/1027–4065–2017–62–5–6–15

Abstract. The high frequency of injuries to immature internal organs and body systems of premature infants in the postnatal period contributes to the formation of chronic pathology and the violation of neurocognitive development, making a significant contribution to the global problem of the growth of non-infectious diseases and programming the future health of the population. The main goal of health care system modern reform in the Russian Federation and around the world is to find the most effective and economical way of providing medical care, to increase significance of outpatient service and to give attention to prophylaxis. The most functional and cost-effective structure of medical care for premature infants is specialized center with a three-level support system. It consists of ambulatory counselling, the one-day hospital for medical abilitation, and full-day hospital for treatment and complex diagnostic procedures, on the system of telemedicine. The organization of the center requires a clear definition of the structure, standards of staffing and methodology of approach to the organization of support for premature infants after discharge from the neonatal hospital, taking into account the specifics of the planned and regulatory and financial indicators of medical care and the complexity of setting a clinical diagnosis in the modern conditions in the Russian Federation.

In accordance to stable tendency of increasing in the survival rate of premature infants, the uniform register would be created – in base of major medical scientific and practical centre as a logistic regression model, that will make possibilities for randomize clinical studies of evidence-based nature.

Key words: premature infants, post-neonatal medical support system, abilitation of premature infants.

For citation: Keshishyan E.S., Sakharova E.S., Alyamovskaya G.A. Modern forms of organization of medical and preventive support of premature infants in Russian Federation. Ros Vestn Perinatol i Peditr 2017; 62(5): 6–15 (in Russ). DOI: 10.21508/1027–4065–2017–62–5–6–15

© Коллектив авторов, 2017

Адрес для корреспонденции: Кешишян Елена Соломоновна — д.м.н., проф., зав. отделом неонатологии и патологии детей раннего возраста Научно-исследовательского клинического института педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева

Сахарова Елена Станиславовна — к.м.н., вед. научн. сотр. отдела неонатологии и патологии детей раннего возраста Научно-исследовательского клинического института педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева
Алямовская Галина Александровна — к.м.н., ст. научн. сотр. отдела неонатологии и патологии детей раннего возраста Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева
125412 Москва, ул. Талдомская, д. 2

Достижения современной неонатологии, совершенствование реанимационных технологий, внедрение мероприятий, направленных на создание благоприятных условий для длительного внеутробного развития плода, позволяют сохранить жизнь недоношенным и экстремально незрелым детям, рожденным в середине срока беременности, — предел жизнеспособности сегодня опустился до 22–23 нед гестации. Вместе с тем высокая частота повреждений

незрелых внутренних органов и систем организма недоношенных детей в постнатальном периоде способствует формированию у них хронической патологии и нарушению нейрокогнитивного развития в дальнейшем, внося немалый вклад в мировую проблему роста неинфекционных заболеваний и программируя будущее здоровье населения [1, 2]. В последние десятилетия растет беспокойность специалистов возможными отдаленными нарушениями развития, связанными с недоношенностью. Описано большое количество социальных, познавательных проблем и трудностей обучения у таких детей, причем некоторые из них проявляются уже после окончания подросткового периода [3].

Во всем мире сегодня остро стоит вопрос об эффективном использовании ресурсов здравоохранения, при этом приоритетным является развитие замещающих госпитализацию технологий (одно из самых затратных направлений — оказание стационарной медицинской помощи) [2]. Стратегическое направление реформирования здравоохранения в современных условиях по-прежнему состоит в определении путей перехода к качественно новому уровню: переносу акцента с лечения на профилактику, со стационарной помощи на амбулаторно-поликлиническое звено [4].

В практическом здравоохранении Российской Федерации в настоящее время существуют разнообразные формы оказания лечебно-профилактической помощи этому сложному контингенту детей. Реформирование системы отечественного здравоохранения предполагает замену одних медицинских технологий другими, более совершенными и эффективными, повышающими качество оказания специализированной медицинской помощи на основе преимущественного использования интенсивных факторов [5]. На современном этапе в российском здравоохранении реализуются цели по обеспечению оптимального соответствия объемов и качества предоставляемых населению медицинских услуг и объемов финансирования федеральной и территориальных программ государственных гарантий оказания медицинской помощи [6, 7].

В своем обращении к Федеральному собранию 1 декабря 2016 г. президент РФ В.В. Путин обозначил перечень задач в сфере здравоохранения, которые предстоит решить во всех регионах страны. Главной из них президент России назвал повышение доступности и качества медицинской помощи, выделив ключевые направления этой работы, в частности организацию и финансирование бесплатной медицинской помощи. Глава государства указал на необходимость предметно заниматься структурными преобразованиями в здравоохранении, развивать систему дневных стационаров, увеличивать объемы услуг в поликлиниках. Для этого в самих медицинских учреждениях имеется огромный ресурс рационального использования средств. При этом необходимо отказываться от неэф-

фективных методов управления, когда средства направляются на содержание койко-мест.

Организация дневных стационаров на базе больничных учреждений, как правило, позволяет более широко и эффективно использовать возможности больничных учреждений, структурировать коечный фонд по степени интенсивности лечения (в основном по типу долечивания в профильных отделениях). Кроме того, возможно использование варианта самостоятельных структурных подразделений с выделением отдельного помещения и штатов. Функциональная модель стационаров дневного пребывания как самостоятельного структурного подразделения позволяет более экономно расходовать финансы больничных учреждений. Стоимость лечения больных в таких отделениях почти в 2 раза меньше, чем в одноименных отделениях круглосуточного пребывания, за счет сокращения ночных дежурств врачей, среднего и младшего медицинского персонала, расходов на питание, коммунальные услуги и др. [8].

Исследования показывают, что от 20 до 50% лиц, получающих лечение в стационарах, направлены на госпитализацию необоснованно и могли бы получать более эффективную и значительно менее дорогостоящую медицинскую помощь в условиях дневных стационаров и на дому [9]. По данным отечественных ученых, экономический эффект от организации стационара дневного пребывания как самостоятельного структурного подразделения составляет 1,2% от текущих и годовых расходов на содержание коечного фонда за счет упразднения ночных дежурств персонала, расходов на питание, экономии воды и электроэнергии [7–9].

Первые однодневные стационары в больничных учреждениях России были открыты еще в 30-е годы XX века в психоневрологической службе. Затем к этой форме организации медицинской помощи вернулись в 1970-е годы и только в конце 80-х годов минувшего века впервые был издан приказ Минздрава СССР № 1278 от 16 декабря 1987 г., регламентирующий работу дневных стационаров, а затем, гораздо позднее, приказ Минздрава России № 438 от 09.02.1999 г. [10]. Последнее способствовало созданию подобных педиатрических подразделений. Так, в 1980 г. были открыты нефрологический (в Московском НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России) и хирургический стационары (на базе детской городской клинической больницы №13 им. Н.Ф. Филатова г. Москвы). Проведение манипуляций и наблюдение медперсонала проводились в течение одного дня, что принципиально отличалось от тех требований, которые выдвигаются сегодня, — применение современных технологий, алгоритмов, стандартов диагностики, лечения и реабилитации больных в условиях многопрофильных, хорошо оснащенных лечебных учреждений при минимальном отрыве детей от привычной социальной среды [11].

Для нашей страны наиболее характерна организационная форма стационара дневного пребывания в поликлинике [7–9]. Однако материально-техническая база «типичной» поликлиники далеко не всегда позволяет выполнять поставленные задачи, поэтому сегодня происходит слияние последней со стационаром в консультативно-диагностическом центре или в многопрофильной больнице [11].

Для повышения финансовой эффективности программы государственных гарантий в Российской Федерации проводится поэтапная реструктуризация объемов медицинской помощи. В 2013 г. впервые введены нормативы оказания медицинской помощи — профилактической, неотложной и паллиативной. Причем министр здравоохранения В.И. Скворцова подчеркнула, что данное перераспределение объемов развивает ресурсосберегающие технологии и повышает интенсивность работы стационаров, не снижая качества медицинской помощи. При этом реформирование стационарной помощи подразумевает не сокращение коечного фонда, а лишь оптимизацию его использования [3]. В свете представляемой проблемы требуется четкое определение структуры, нормативов штатного обеспечения и методологии подхода к организации сопровождения недоношенных детей после выписки из неонатального стационара с учетом особенностей планово-нормативных и финансовых показателей медицинской помощи и сложности постановки клинического диагноза в современных условиях в Российской Федерации.

Классически стандартизация медицинских услуг основывается на следующих системных принципах:

- адекватности используемых приемов при установлении диагноза и выборе лечебных мероприятий;
- полноты набора мероприятий и последовательности их выполнения;
- временной связи (синхронизации работ) выполняемых мероприятий;
- эффективности в прохождении цикла (выполнение требований с учетом имеющихся ресурсов);
- оптимальности в выполнении функций каждой стадии цикла медицинской помощи [4].

Развитие трехуровневой системы сопровождения недоношенных детей

Вышепредставленные правила служат для научно обоснованного планирования и финансирования деятельности медицинских учреждений и оценки качества медицинской помощи [12, 13]. На основании изложенного наиболее рационально развитие трехуровневой системы сопровождения недоношенных детей после выписки из неонатального стационара в зависимости от состояния здоровья: амбулаторного консультирования, обследования и реабилитации в условиях дневного стационара, проведения интенсивного лечения и сложных диагностических процедур в условиях стационара круглосуточного пребывания,

повсеместного внедрения консультирования по системе телемедицины.

Для наблюдения недоношенных детей с учетом закономерностей роста и развития, особенностей формирования у них хронических и острых заболеваний, отличающихся от таковых у доношенных сверстников, необходима организация особых специализированных лечебно-профилактических подразделений [14, 15]. Создание подобных структур позволит своевременно выявлять отклонения и проводить рациональную коррекцию состояния здоровья недоношенных детей [16–18]. Наблюдение при этом может осуществляться в условиях «кабинета катамнеза», отделений раннего возраста, соматического, неврологического стационаров, детских поликлиник и т.д. [19–21].

Анализ работы педиатрической службы на территории Российской Федерации показал, что возможно планирование организации региональных центров на базе областных и городских детских клинических больниц, оснащенных современным оборудованием, владеющих диагностическими алгоритмами и укомплектованных подготовленными в ведущих медицинских учреждениях России кадрами [22, 23]. Современные подразделения оказания помощи недоношенным детям сегодня целесообразно организовывать в региональных центрах всех 12 экономических районов (федеральных округов) Российской Федерации. Наиболее оснащенными и подготовленными в плане оказания специализированной помощи являются следующие регионы: Архангельск, Астрахань, Башкортостан (Уфа), Бурятия, Вологда, Воронеж, Дагестан (Махачкала), Иркутск, Калининград, Краснодарский край, Мордовия, Москва, Нижний Новгород, Новосибирск, Оренбург, Орел, Пермь, Приморский край, Ростов, Рязань, Санкт-Петербург, Саратов, Свердловск, Ставропольский край, Татарстан (Казань), Тверь, Томск, Тюмень, Челябинск [24, 25]. Центры должны будут обеспечивать современный уровень внедрения в практику передовых достижений научно-практических разработок, позволяющих своевременно выявлять патологию, проводить адекватное консультирование недоношенных детей, осуществлять регулирующую и экспертную функцию в постановке диагноза.

Вариантов организации может быть много, выбор зависит от возможностей оказания медицинской помощи в лечебном учреждении конкретного региона России. При решении этого вопроса, с одной стороны, важно учитывать преемственность между специалистами второго этапа выхаживания и последующего лечебно-профилактического учреждения, с другой стороны, необходимо рационально использовать возможности педиатрического отделения [26].

Оптимально расположение отделений выхаживания новорожденных и последующего наблюдения в лечебном учреждении на одной территории. В этом случае консультанты будут иметь доступ и к перина-

тальному центру, и к амбулаторно-поликлиническим отделениям, и к стационару. Если таких условий нет, желательно наиболее близкое расположение неонатального стационара и педиатрического отделения, что позволит рационально использовать работу специалистов узкого профиля — окулиста, невролога и других консультантов. Если ни одно из отделений выхаживания новорожденных в городе не связано с детской больницей, возможна организация Центра «последующего наблюдения» на базе крупного педиатрического госпиталя, куда будут направляться все недоношенные дети региона. Так, дети, которые родились недоношенными в г. Москве, после стабилизации состояния и выписки домой в настоящее время имеют разную возможность наблюдения: как в детской поликлинике, кабинете «катамнеза», так и в отделениях последующего наблюдения (см. схему).

Однако внедрение стандарта оказания медицинских услуг в рамках ОМС ведет к тому, что дети, родившиеся недоношенными, не выделяемые в особую педиатрическую группу пациентов повышенной клинико-диагностической сложности, по-прежнему обслуживаются в детских поликлиниках. Последнее

ограничивает шансы на специализированное наблюдение и статистический учет заболеваемости в условиях Центра для недоношенных детей. Эта проблема усугубляется еще и тем, что наблюдение за развитием и созреванием ребенка в настоящее время не является в принципе страховым случаем.

Вместе с тем результаты последних лет показывают все больший процент положительных исходов развития недоношенных детей. Однако разница в начале, частоте и продолжительности наблюдения, малое количество детей и большая вариабельность их гестационного возраста не позволяют выявить различия между детьми с возможными вариантами развития. Кроме того, многофакторность оценки исходов, варьирующаяся от физиологических параметров до осложнений неонатального периода, различные, нередко короткие периоды последующего наблюдения, определяют необходимость проведения дальнейшего анализа.

Вышеизложенное обуславливает насущную потребность изменения стандартизации оказания медицинской помощи в новых условиях реформы здравоохранения в Российской Федерации, а также

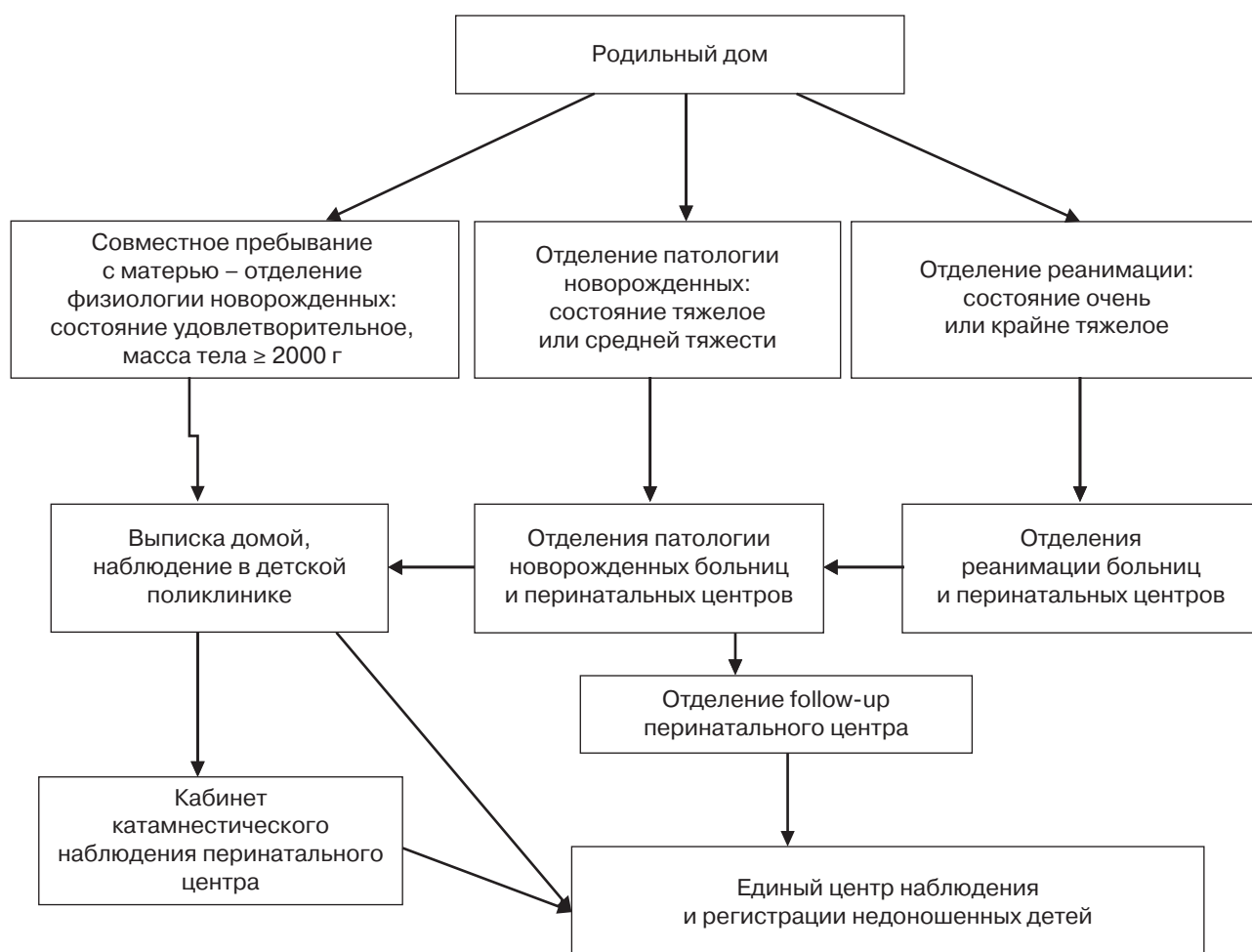


Рис. Схема маршрутизации недоношенного ребенка для оказания специализированной медицинской помощи в зависимости от состояния здоровья (A routing scheme for a premature baby for the provision of specialized medical care, depending on the state of health)

создания единой научной базы длительного наблюдения и реестра детей, родившихся недоношенными, на базе крупного научно-практического центра как логистической регрессионной модели.

Оказание медицинской помощи детям, родившимся недоношенными, по системе телемедицины

Телемедицинские центры в настоящее время есть в структуре многих крупных специализированных организаций. Они позволяют решать специфические медико-организационные задачи, включая вопросы логистики и финансирования, помогают компенсировать дефицит кадров, оптимизировать работу диагностических служб, управлять потоками пациентов. Медицинская организация, располагающая телемедицинским центром, неизбежно становится центром компетенции и повышения квалификации медицинских работников. Особую важность идея развития телемедицины приобретает в свете поддержки Правительства РФ по подключению к Интернету всех лечебных учреждений нашей страны (из обращения к Федеральному собранию президента РФ В.В. Путина 1 декабря 2016 г.).

Основной задачей телемедицинского центра является проведение телемедицинских процедур для пациентов медицинской организации в пределах административной территории, которую контролирует учреждение. Это дает возможность оказывать консультативную помощь в любых, в том числе в отдаленных регионах РФ, сокращать лист ожидания диагностических мероприятий, необоснованные траты на транспортировку и госпитализацию.

В свете развития центра телемедицины для оказания помощи недоношенным детям возможно про-

движение двух основных методических направлений:

1) клиническое (врач—врач) и пациент-центрированное (врач—пациент). Безусловно, при этом необходима интеграция различных медицинских видов телемедицинских процедур, единого стандарта медицинской помощи, равноправного доступа к ней, обеспечение информационной безопасности, сохранение медицинской тайны и конфиденциальности, целостности цифровой информации. Потребуется протоколирование и статистический учет телемедицинских процедур, развитие связи с вышестоящими системами: областными, окружными и федеральными.

Штатный состав телемедицинского центра должен включать координатора-диспетчера, который имеет образование — медицинское, информационные и телекоммуникационные технологии. Координатор решает экономические и организационные задачи, отвечает за бесперебойное проведение телемедицинских сеансов. Также необходимо присутствие врача-эксперта (проводит сеансы, дает консультативные заключения — эти специалисты могут быть штатными сотрудниками или консультантами на договорной основе), медицинской сестры (ведет сестринский телепатронаж, контролирует телемониторинг), инженера (обеспечивает бесперебойную работу оборудования и средств связи при наличии аппаратных систем видеоконференц-связи, серверного оборудования, средств телеассистирования). Финансировать работу центра возможно из средств системы ОМС. В результате по мере роста цифровой грамотности медицинского персонала и расширения информационно-коммуникационной инфраструктуры медицинских организаций центры телемедицины могут стать доступными источниками экспертизы федерального и регионального значения [27].

Таблица. Рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилям на 2015 г. (в соответствии с приказом Минздрава России от № 555н 17.05.2012 «Об утверждении коечного фонда по профилям медицинской помощи»)

Table. Special hospital medical care volumes in profiles for 2015 (in accordance to Ministry of Public Health Order №555н from 17 May 2015 «About approval bed stock for medical care profiles»)

Профиль медицинской помощи	Рекомендуемый уровень госпитализации, число госпитализаций на 1000 жителей в год	Используемая при расчете средняя длительность пребывания одного больного в стационаре, дни	Рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей
Педиатрия	9,2	10,1	79,1
Неонатология	2,1	10,1	25,4
Нейрохирургия	2,3	10,7	24,6
Пульмонология	3,2	11,3	36,2
Неврология	11,9	12,1	144,0
Офтальмология	5,3	6,8	36,0
Всего за счет средств бюджета субъекта РФ	21,0	34,0	714,3
Всего по медицинской помощи в стационарных условиях	193,0	11,9	2297,4

Особенности планово-нормативных и финансовых показателей медицинской помощи в современных условиях

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273, утвердившим Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на плановый период 2015–2017 гг., изменены величины показателей в рекомендуемых объемах специализированной медицинской помощи в стационарных и амбулаторных условиях, в том числе по базовой программе ОМС для федеральных медицинских организаций третьего уровня [28]. Согласно указанным нормативным документам, наиболее часто помощь недоношенным детям в современных условиях оказывается в рамках утвержденных рекомендаций по профилям неонатологии, неврологии, пульмонологии, нейрохирургии, педиатрии. Однако при этом отсутствуют стандарты с поправкой как на преждевременное рождение, так и на сложность лечебно-диагностических процедур. Поэтому современные планово-нормативные показатели требуют анализа (см. таблицу).

Представленные в таблице данные свидетельствуют о том, что в качестве основного планового и финансового показателя медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, принят случай госпитализации: средняя длительность пребывания в стационаре и, следовательно, число койко-дней. Так, в 2015 г. в два раза снижено число койко-дней в неонатологии за счет уменьшения средней длительности госпитализации при неизменном уровне госпитализации, увеличено число койко-дней по пульмонологии — за счет повышения как длительности, так и уровня госпитализации. По другим профилям средняя длительность пребывания одного больного в стационаре и общее число койко-дней на 1000 населения снижены на 5–10%, за исключением неврологии, где показатели были увеличены на 20% с учетом создавшихся трудностей в результате значительного уменьшения показателей койко-дней в 2013 г. При этом в формулировках отсутствует четкость разграничения на детский и взрослый возраст [28].

Кроме того, противоречивы рекомендации по нормам численности и нормам нагрузки на одну должность врача и среднего медицинского работника (согласно данным письма МЗ РФ «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015г. и на плановый период 2016г. и 2017 г.» № 11-9/10/2-9388 от 12.12.2014). Все это создает большие трудности при внедрении в практику здравоохранения, проведении расчетов численности медицинских работников в конкретных медицинских организациях, в регионах при выполнении приказа Минздрава России

от 26.06.2014 № 322 «О методике расчета потребности во врачебных кадрах».

Финансовые нормативы медицинской помощи в настоящее время следующие: рекомендации МЗ РФ «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп болезней (КСГ)», письмо № 14-6/10/2/-5305 от 20.12.2012; «Способы оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ), за счет средств системы ОМС», письмо МЗ РФ № 16 – 0/10/2-8405 от 11.11. 2013, приказ ФФОМС №229 от 14.11.2013; письмо МЗ РФ № 11.9/10/2-9454 от 15.12.2014 «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования». Финансовые нормативы устанавливаются согласно коэффициентам стоимости одного койко-дня по профилям отделений, а с 2013 г. — согласно коэффициентам затратоемкости по КПГ и КСГ [26, 27]. Таким образом, несмотря на отчетливую тенденцию к сокращению коечного фонда, неизменным остается объем медицинской помощи, что требует, безусловно, проведения дальнейшей работы по стандартизации в условиях законодательных противоречий.

Качественное оказание медицинской помощи недоношенным детям в предлагаемых условиях возможно при изменении технологии лечебно-диагностического процесса: показателей плановой обращаемости, отбора на госпитализацию, замене госпитального этапа другими видами медицинской помощи. Однако плановые нормативы первичной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, не устанавливаются с 2012 г. ни в посещениях, ни в обращениях в связи с заболеванием. Существуют только планово-нормативные данные по посещениям с профилактической целью. В связи с этим сравнение объема стационарной помощи с плановыми показателями медицинской помощи в амбулаторных условиях не представляется возможным [28, 29].

Таким образом, анализ планово-нормативных и финансовых данных по медицинской помощи, оказываемой в стационарных и амбулаторных условиях недоношенным детям, согласно существующим рекомендациям Министерства здравоохранения, доказывает необходимость доработки планово-нормативных правовых документов в соответствии с потребностью недоношенных детей в том или ином виде помощи и в соответствии с динамикой развития коечного фонда. Следует ликвидировать противоречия в величинах норм труда, приводимых в письме № 11-9/10/2-9388 и рекомендуемых в порядках ока-

зания медицинской помощи; необходимо определить структуру групп заболеваний по уровням при разработке коэффициентов затратно-медицинской помощи по КПП.

Несмотря на то что в рекомендациях 2014 г. значительно расширен перечень заболеваний, выделены группы детских болезней, упоминание о сопровождении недоношенных детей полностью отсутствует. Кроме того, в тексте документа указано, что субъект РФ может самостоятельно определять способ оплаты специализированной помощи: на основе КПП или КСГ. Однако в свете оказания помощи детям, рожденным ранее срока, не определены критерии для выбора оплаты согласно перечню заболеваний, которые могли бы быть включены в тот или иной профиль с обязательным выделением прочих заболеваний с соответствующим коэффициентом и структурой [26, 29].

Основными проблемами недоношенных детей являются заболевания органов дыхания, центральной нервной системы, патология органов зрения, особенности роста и развития. Поэтому структуризация медицинского сопровождения детей, родившихся недоношенными, может стать основой рекомендаций в порядке оказания медицинской помощи: определении структуры групп заболеваний по уровням и разработке коэффициентов затратно-медицинской помощи.

Вопрос о постановке диагноза детям, родившимся недоношенными, в Российской Федерации

Как следует из изложенного выше у детей, родившихся недоношенными (особенно это касается пациентов с экстремально низкой массой тела при рождении), имеется большое количество отклонений в состоянии здоровья, которые не попадают в графу известных диагнозов Международной классификации болезней (МКБ – 10) [30]. Так, у ребенка могут быть удовлетворительные показатели соматического статуса, функции дыхания и сердечно-сосудистой системы, положительная весовая кривая, прирост параметров психомоторного развития, мышечный тонус и безусловные рефлексы, соответствующие сроку гестации. Другими словами, такой ребенок не имеет на момент осмотра клинических проявлений повреждения внутренних органов, однако его параметры не соответствуют таковым у доношенных сверстников. Ребенок с гестационным возрастом 25 нед в 4 мес жизни выглядит как незрелый новорожденный с явлениями угнетения центральной нервной системы на фоне гипотрофии. В действительности же этот пациент заслуживает повышенного медицинского контроля, оценки состояния по особой системе, проведения функционального обследования, длительной беседы с родителями для разъяснения ситуации и особенностей ухода. Соответственно все это сопряжено с огромными затратами как рабочего времени медицинских работ-

ников, так и материальных ресурсов лечебно-профилактического учреждения за счет интенсивного использования лабораторно-диагностической базы.

Главное, этому ребенку нельзя поставить диагноз «здоров», так как он будет таковым только на момент осмотра относительно своего гестационного возраста, в данном случае 24–25 нед! С другой стороны, для этого ребенка не существует диагноза с позиции МКБ-10, так как он вышел по возрасту за грани состояний перинатального периода, указанного в разделе «Р» и в 4 мес жизни, согласно предлагаемой логике, уже нельзя учитывать экстремально низкую массу при рождении [30]. Все это приводит к тому, что при работе с недоношенными детьми врач вынужден «притягивать» удобный диагноз и подгонять заключение под определенный стандарт. Установленный таким образом диагноз будет требовать проведения соответствующего лечения и обследования, в которых пациент может и не нуждаться.

Необходимо отметить, что подобная проблема стоит перед врачами системы последующего наблюдения во всем мире. На этом основании был выбран формат, при котором врач описывает синдромокомплекс, фактически присутствующий у недоношенного ребенка в режиме реального времени, с учетом гестационного возраста, дает соответствующие рекомендации по питанию, развитию, коррекции дефицитных состояний и отклонений в развитии. Оплата при этом идет по факту ведения недоношенного ребенка.

Другими словами, ведение недоношенного ребенка в течение первых трех лет жизни (до достижения среднего возраста сравнения показателей развития с доношенными сверстниками) должно определяться отдельным пунктом в системе оплаты, в том числе из фондов ОМС. При формировании у недоношенного ребенка патологии требуется постановка диагноза и оплата труда медицинских работников в соответствии с существующей в настоящее время системой.

Заключение и выводы

Таким образом, организация наблюдения недоношенных детей зависит от материально-технических возможностей и оснащения лечебно-профилактического учреждения. Принципиальными моментами при этом являются специальная подготовка основного врача, использование функциональных методик в оценке состояния ребенка, в особых случаях – возможность его госпитализации на фоне информационной преемственности между медиками различных уровней выхаживания недоношенных детей. Для наблюдения недоношенных детей необходима организация особой структуры – специализированных лечебно-профилактических подразделений.

Основными особенностями консультирования недоношенного ребенка при плановом обращении является анализ преморбидного фона, оценка пси-

хомоторного развития и соматического состояния с учетом гестационного возраста. В среднем на прием одного недоношенного ребенка тратится 60 мин. При необходимости углубленного обследования и лечения требуются условия стационара.

Если состояние ребенка, прирост навыков его развития соответствуют скорректированному возрасту, независимо от анамнеза и тяжести перенесенной патологии в неонатальном периоде, не требуется медикаментозных и физических вмешательств в его естественное развитие, необходимо потенцирование процессов компенсации. Диагностировать патологию, составлять прогноз заболевания и проводить коррекцию состояния ребенка, родившегося недоношенным, следует исходя из его фактического состояния.

Качественное оказание медицинской помощи недоношенным детям в предлагаемых условиях возможно при изменении технологии лечебно-диагностического процесса: показателей плановой обращаемости, отбора на госпитализацию, замене госпитального этапа другими видами медицинской помощи.

Единый научный подход к организации отделений «последующего наблюдения» служит основой создания различных вариантов системы абилитации детей, родившихся недоношенными, в зависимости от материально-технических возможностей и региональных особенностей лечебно-профилактического учреждения. Это способствует реализации ресурсосберегающих технологий в медицине, снижает медикаментозную нагрузку и полипрагмазию, уменьшает формирование и обострение хронических заболеваний.

Учитывая стабильную тенденцию к увеличению показателя выживаемости недоношенных детей, необходимо создание единого реестра на базе крупного научно-практического центра как логистической регрессионной модели, позволяющей проводить рандомизированные исследования доказательного характера.

Анализ планово-нормативных и финансовых данных по медицинской помощи, оказываемый в стационарных и амбулаторных условиях недоношенным детям, согласно существующим рекомендациям Минздрава, доказывает необходимость доработки планово-нормативных правовых документов в соответствии с потребностью недоношенных детей в том или ином виде помощи, ликвидации противоречий в величинах норм труда, определении структуры групп заболеваний по уровням при разработке коэффициентов затратоемкости. Так, в МКБ-10 отсутствуют диагнозы, отражающие состояние недоношенных детей в постнеонатальном периоде. Например, диагноз «бронхолегочная дисплазия» (раздел «Р») правомочен только в первые 28 дней жизни и не распространяется на дальнейший возраст, в том числе на первые 12 мес жизни. Диагноз «экстремально низкая или низкая масса при рождении» ограничен неонатальным периодом, что делает невозможным постановку диагноза «здоров» недоношенным детям, которые соответствуют своему скорректированному возрасту, но значительно отличаются от доношенных сверстников. Отсутствуют утвержденные нормативы затрат времени на осмотр ребенка и штатное расписание отделений последующего наблюдения — они приравнены к нормативам обслуживания доношенных детей. Отсутствуют тарифы ОМС на оказание помощи, наблюдение и лечение недоношенных детей в постнеонатальном периоде. Нет специальных программ обучения и последипломной подготовки специалистов, занимающихся ведением и лечением недоношенных детей в постнеонатальном периоде.

Стандартизация оказания медицинской помощи в новых условиях реформы здравоохранения в Российской Федерации, устранение методологических ограничений позволят повысить эффективность оказания медицинской помощи недоношенным детям.

ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Володин Н.Н., Гераскина В.П., Акбашева Н.А. Диспансерное наблюдение за детьми с очень низкой массой тела при рождении в условиях поликлиники. Методические указания. МЗ РСФСР. М 1990; 51. [Volodin N.N., Geraschina V.P., Akbasheva N.A. Dispensary supervision for infants with very low birth weight in ambulence. Methodical recommendations of Health Care Ministry. Moscow 1990; 51. (in Russ)]
2. Курносоев Ю.В., Мерзлова Н.Б., Винокурова Л.Н., Батурин В.И. Результаты отдаленных наблюдений за состоянием здоровья глубоко недоношенных детей. Детская больница 2013; 2: 3–5. [Kurnosov Yu.V., Merzlova N.B., Vinokurova L.N., Baturin V.I. Remjite investigation results of health state of very premature infants. Detskaya Bolnitsa 2013; 2: 3–5. (in Russ)]
3. Скворцова В. Выступление министра здравоохранения на Первом Национальном съезде врачей РФ. Здравоохранение 2014; 1: 112–125. [Skvortsova V.I. The speech of Health Care Minister in the 1st National Forum of phisicians. Zdravooхранenie 2014.; 1: 112–125. (in Russ)]
4. Щепин В.О. Структурные преобразования в здравоохранении. М: Медицина 1997; 224. [Shepin V.O. Structural transformation in Health Care system. Moscow: Meditsina 1997; 224. (in Russ)]
5. Калашников С.В. Рекомендации круглого стола Комитета Государственной думы по охране здоровья от 20 октября 2015 г «О состоянии и перспективах развития системы оказания реабилитационной помощи (в том числе детям) в Российской Федерации». Заместитель главного врача 2015; 1; 6–10. [Kalashnikov S.V. Roundtable recommendations of State Duma Committee for Health Care at 20th Oct 2015 «About status and developmental perspectives in rehabilitation system (including infants) in Russian Federation». Zamestitel' glavnogo vracha 2015; 1: 6–10. (in Russ)]
6. Дети в России. 2009. ЮНИСЕФ, Росстат. М: ИИЦ. «Статистика России» 2009; 121. [Children in Russia. 2009. UNICEF, Rosstat. Moscow: Statistika Rossii 2009; 26–27. (in Russ)]

7. Указ Президента РФ «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» (от 1 июня 2012 г. № 761). URL: <http://base.garant.ru/70183566/>. [The Decree of President of Russian Federation № 761 «About National strategy of child interests to 2016–2017 years» (at 1st Jun 2012) URL: <http://base.garant.ru/70183566/>. (in Russ)]
8. О состоянии и перспективах развития системы оказания реабилитационной помощи (в том числе детям) в Российской Федерации. Рекомендации круглого стола Комитета Государственной думы по охране здоровья 20 октября 2015 г. Заместитель главного врача 2015; 1: 3–5. [About status and developmental perspectives in rehabilitation system (including infants) in Russian Federation. Round-table recommendations of State Duma Committee for Health Care at 20th Oct 2015. Zamestitel' glavnogo vracha 2015; 1: 3–5. (in Russ)]
9. Гринев О.В., Гаврисюк Е.В., Картавецова Л.Р., Ковалева В.В. Реформирование первичной медико-санитарной помощи в рамках программы модернизации здравоохранения в г. Москве. Заместитель главного врача 2014; 1: 14–20. [Gridnev O.V., Gavrisyuk E.V., Kartavtzeva L.R., Kovaleva V.V. The primary Medical help reforming as part of Health Care modernisation Programm in Moscow. Zamestitel' glavnogo vracha 2014; 1: 14–20. (in Russ)]
10. Федеральный закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ). URL: <http://www.rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>. [The Federal Law of Russian Federation «About basis of Health Care of patrials in Russian Federation» (at 21th Nov 2011 №323). URL: <http://www.rg.ru/2011/11/23/zdorovie-dok.html>. (in Russ)]
11. Молчанова Л.Ф., Грачева И.Л. Медицинская, социальная и экономическая эффективность лечения больных с нефрологической патологией в условиях дневного стационара. Заместитель главного врача 2009; 10: 24–29. [Molchanova L.F., Grachyova I.L. Medical, social and economical efficiency of nephrological diseases treatment in one-day hospital. Zamestitel' glavnogo vracha 2009; 10: 24–29. (in Russ)]
12. Лахова Е.Ф. Основные направления государственной политики по охране здоровья ребенка, матери и семьи. Педиатрия 1994; Специальный выпуск: 5–10. [Lakhova E.F. Basic ways of State policy of child, mother and family's Health Care. Peditriya 1994; Special issue: 5–10. (in Russ)]
13. Шепин О.П. Роль социально-гигиенической науки в реформировании здравоохранения. Экономика здравоохранения 1998; 1: 5–6. [Shepin O.P. The role of Social-hygienic science in Health Care system transformation. The ehkonomika zdравookhraneniya 1998; 1: 5–6. (in Russ)]
14. Дегтярева М.Г., Ворон О.А., Бабак О.А. Пролонгированное катамнестическое наблюдение за глубоконедоношенным ребенком с экстремально низкой массой тела при рождении. Вopr практ педиатр 2006; 1 (2): 78–82. [Degtyaryova M.G., Voron O.A., Babak O.A. The longitudinal supervision of very premature infant with extremely low birth weight. Vopr prakt peditr 2006; 1 (2): 78–82. (in Russ)]
15. Сахарова Е.С., Кешисиян Е.С., Иванова Е.Л., Бердникова Е.К. Тактика ведения глубоконедоношенных детей в амбулаторно – поликлинической сети. Лекция для врачей. М 2007; 109. [Sacharova E.S., Keshishian E.S., Ivanova E.L., Berdnikova E.K. Tactic of follow-up supervision of very premature infants in ambulance. Lecture for peditricians. Moscow 2007; 109. (in Russ)]
16. Бабцева А.Ф., Заболотских Т.В., Романцова Е.Б., Юткина О.С., Харченко М.В., Васильева Е.В. Наблюдение глубоконедоношенных детей на амбулаторном этапе. Учебное пособие для студентов. Благовещенск 2011; 35. [Babtzeva A.F., Zabolotskikh T.V., Romantzova E.B., Yutkina O.S., Kharchenko M.V., Vasilyeva E.V. Very premature babies supervision in ambulance. Manual for students. Blagoveshensk 2011; 35. (in Russ)]
17. Виноградова И.В., Краснов М.В., Ногтева Л.Г. Катамнестическое наблюдение за детьми с экстремально низкой массой тела при рождении. Практическая медицина 2006; 8: <http://pmarchive.ru/katamnestichestoe-nablyudenie-za-detmi-s-ekstremalno-nizkoj-massoj-tela-pri-rozhdenii/>. [Vinogradova I.V., Krasnov M.V., Nogteva L.G. Follow-up service in extremely low birth weight infants. Prakticheskaya meditsina 2006; №8: <http://pmarchive.ru/katamnestichestoe-nablyudenie-za-detmi-s-ekstremalno-nizkoj-massoj-tela-pri-rozhdenii/>. (in Russ)]
18. Сафина А.И., Лутфулин И.Я., Рыбкина Н.Л. Последующее наблюдение недоношенных в Клинике развития Университета Эмори (США). Вестн соврем клин мед 2013; 1: 86–90. [Saphina A.I., Luftulin I.Ya., Ryibkina N.L. Follow-up for premature infants in Clinic of Development of Amori's University. Vestn sovrem klin med 2013; 1: 86–90. (in Russ)]
19. О повышении доступности и качества медицинской помощи в регионах. По материалам портала «Президент России» (президент.рф). Заместитель главного врача 2013; 9: 4–8. [About of increasing of availability and quality of medical care in regions. Materials from «President of Russia» data portal. Zamestitel' glavnogo vracha 2013; 9: 4–7. (in Russ)]
20. Потапова М.В., Сафина А.И., Малова А.А., Шарупова О.В., Агапова И.В. Этапность оказания медицинской помощи недоношенным детям с экстремально низкой и очень низкой массой тела в условиях городской детской больницы. Вестн соврем клин мед 2013; 6 (1): 95–97. [Potapova M.V., Saphina A.I., Malova A.A., Sharupova O.V., Agapova I.V. Medical care stages for extremely low birth weight premature infants in hospitals. Vestn sovrem klin med 2013; 6 (1): 95–97. (in Russ)]
21. Keshishian E.S., Sakharova E.S., Ziborova M.I. Follow-up service for high-risk neonates in Russian Federation. 3rd International Congress of UENPS 2012, 14–17 November, Porto – Portugal 2012; O88.
22. Башмакова Н. В. Сверхранние преждевременные роды: новые результаты. Оптимизация клинических исходов преждевременных родов: опыт Уральского федерального округа. Status praesens 2014; 12: 13–23. [Bashmakova N.V. Earliest premature delivery: new results. Optimization of medical outcomes of premature delivery: Ural Federal district's experience. Status praesens 2014; 12: 13–23. (in Russ)]
23. Владзимерский А.В. Телемедицинский центр в медорганизации. С чего начать. Заместитель главного врача 2016; 11: 106–109. [Vladzimerskiy A.V. Telemedicine centre in medical organization. What to do first. Zamestitel' glavnogo vracha 2016; 11: 106–109. (in Russ)]
24. Методические рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования. Заместитель главного врача 2014; 1: 120–123. [Methodological guide for payment of special medical care in hospitals and one-day-hospitals in the basis of disease's groups, including clinical-statistic groups and clinical-profile groups for account of funds of obligatory medical insurance. Zamestitel' glavnogo vracha 2014; 1: 120–124. (in Russ)]
25. Шипова В.М., Воронцов Т.Н. Планово- нормативные и финансовые показатели медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров на 2015 г. Заместитель главного врача 2015; 4: 17–27. [Shipova V.M., Vorontsov T.N. Planned-normative and financial medical care indices in hospitals and one-day-hospitals in 2015 year. Zamestitel' glavnogo vracha 2015; 4: 17–27. (in Russ)]

26. Keshishian E.S., Sakharova E.S., Alyamovskaya G.A., Ziborova M.I. Follow-up service for premature infants with very low birth weight in Russian Federation//6th Europaediatrics congress (The RCPCH Annual Conference) 5–8 June, 2013, Glasgow, UK. 2013; PP053.
27. Приказ Минтруда России № 504 от 30.09.2013 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях». Заместитель главного врача 2014; 12: 121–123. [The Order of Russian Ministry of Labor at 30th Sep 2013 №504 «About approval of methodological guides in development of systems of labor rates in state (municipal) institutions». Zamestitel' glavnogo vracha 2014; 12: 121–123. (in Russ)]
28. Шипова В.М. Штатное обеспечение больничной помощи в современных условиях. Заместитель главного врача 2009; 2: 12–23. [Shipova V.M. The standard supply of hospital care in modern conditions. Zamestitel' glavnogo vracha 2009; 2: 12–23. (in Russ)]
29. Сахарова Е.С., Кешишян Е.С. Принципы организации помощи недоношенным детям в постнеонатальном периоде. Рос вестн перинатол и педиатр 2014; 59 (1): 40–46. [Sakharova E.S., Keshishyan E.S. Principles in the organization of care to premature infants in the postneonatal period. Ros Vestn Perinatol i Peditr 2014; 59 (1): 40–46. (in Russ)]
30. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. ВОЗ. Женева, 1995; <https://www.mkb-10.com>. [The International statistic classification of diseases and health problems, 10th revision. WHO. Geneva, 1995; <https://www.mkb-10.com>. (in Russ)]

Поступила 14.03.17

Received on 2017.03.14

Конфликт интересов:

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, финансовой или какой-либо иной поддержки, о которых необходимо сообщить.

Conflict of interest:

The authors of this article confirmed the absence conflict of interests, financial or any other support which should be reported.