

На правах рукописи

СТЕБУНОВА

Рената Вячеславовна

**ОПТИМИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
НОЗОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени кандидата
медицинских наук

Москва – 2017

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:
доктор медицинских наук

Перхов Владимир Иванович

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор,
руководитель лаборатории демографических
аспектов здоровья населения
ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр
профилактической медицины» Минздрава
России

**Самородская Ирина
Владимировна**

Доктор медицинских наук, профессор,
заместитель директора Института лидерства
и управления здравоохранением ФГАОУ ВО
«Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М.
Сеченова» Минздрава России

Хальфин Руслан Альбертович

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А.Семашко»

Защита диссертации состоится 24 ноября в 10 часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.110.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) по адресу: 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России по адресу: 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11 и на сайте института: http://mednet.ru/images/stories/files/replay/Stebunova_text.pdf

Автореферат разослан _____ 2017 г.

Учёный секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Сабгайда Тамара Павловна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

В современных условиях ухудшение показателей здоровья населения России обуславливается как текущими социально-экономическими процессами, так и неблагоприятными изменениями в системе здравоохранения. Особого внимания заслуживают ухудшение качества планирования медицинской помощи и отсутствие баланса между ее видами (Стародубов В. И., Флек В. О., Сон И. М., Леонов С. А. и др., 2010).

Проведенные в период реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения рядом авторов (Солодкий В.А., Тихомиров А.В., 2008) исследования показали, что, несмотря на реформы, в государственной системе здравоохранения страны сохраняется техническая, медико-социальная, экономическая и структурная неэффективность использования ресурсов, нарастает противоречие между социальными ориентирами деятельности медицинских учреждений и товарными механизмами распределения средств на бесплатное оказание медицинских услуг.

В условиях отсутствия программы развития здравоохранения, соответствующей состоянию здоровья населения, отмечаются ухудшение управляемости системой здравоохранения, сохранение экстенсивного характера его развития, подмена части гарантированных объемов медицинской помощи платными медицинскими услугами, активизация теневого рынка медицинских услуг (Стародубов В.И., Флек В.О., 2006).

Наблюдается преобладание дорогих, но не всегда клинически эффективных услуг в структуре медицинской помощи. Сохраняются и углубляются различия в объемах финансирования высокотехнологичной медицинской помощи между отдельными субъектами Российской Федерации, которые в условиях недостаточности ресурсов приводят к их несправедливому размещению, отсутствию межтерриториального единства медико-организационного пространства, к снижению доступности медицинской помощи для населения (Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В., 2008, Перхов В.И., Янкевич Д.С., 2011).

В Российской Федерации ежегодно от болезней системы кровообращения (БСК) умирает около 1 миллиона человек. По количеству умерших от ишемической болезни сердца (ИБС) Российская Федерация находится в первой тройке наряду с Китаем и Индией (Бойцов С.А., Самородская И.В., 2012). Отдельно стоит отметить крайне высокую смертность населения трудоспособного возраста, в том числе от БСК, среди причин которой наряду с комплексом социально-экономических факторов исследователи отмечают низкую доступность и несвоевременность оказания стационарной помощи (Иванова А.Е., Сабгайда Т.П. с соавт., 2013).

Степень разработанности темы исследования

Снижение уровня смертности от БСК не менее чем в 1,4 раза и повышение эффективности лечения заболеваний, в том числе выявленных на ранних стадиях, заявлены в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации к 2020 году. Достижение этих целей потребует должного научного обоснования соответствующих управленческих решений и механизмов их реализации. Однако отмечается недостаток исследований, определяющих пути и формы работы органов управления здравоохранением по регулированию и оптимизации деятельности больниц в условиях одноканального финансирования через систему обязательного медицинского страхования (ОМС). Многие одновременно проведенные исследования фокусируются в основном на оценке фактических преобразований в стационарном секторе в результате реформ. Вопросы планирования и нормирования показателей медицинской помощи, в том числе путем её стандартизации, изучаются гораздо реже.

Все изложенное указывает на важность и актуальность поиска новых методов и приемов для решения проблемы увеличения эффективности управления стационарной медицинской помощью, обуславливает важность проведения дальнейших научных исследований в этом направлении. Этим объясняется выбор темы, цели и задач диссертационного исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:

На примере оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения научно обосновать предложения по оптимизации управления стационарной медицинской помощью в условиях обязательного медицинского страхования с использованием нозологического подхода.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Изучить показатели медицинской помощи, предоставляемой пациентам с болезнями системы кровообращения на койках разных профилей в медицинских организациях разных уровней (федеральных и субъектов Российской Федерации).
2. Проанализировать нозологическую структуру медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях при болезнях системы кровообращения.
3. Разработать методику и рассчитать плановые объемы медицинской помощи при болезнях системы кровообращения с учетом показателей заболеваемости и смертности населения и сопоставить результаты расчетов с фактическими статистическими данными.
4. Рассчитать стоимость случая оказания стационарной помощи при болезнях системы кровообращения в соответствии со стандартами.
5. Разработать предложения по оптимизации планирования и финансирования медицинской помощи при болезнях системы кровообращения в условиях обязательного медицинского страхования.

ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ: процесс оказания специализированной медицинской помощи при БСК в условиях круглосуточного стационара.

ОБЪЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: федеральные медицинские учреждения (ФМУ), лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) субъектов Российской Федерации, объемы медицинской помощи при БСК.

ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ: формы государственной статистической отчетности (ГСО) № 12, 14, 47; реестры пролеченных с БСК в рамках территориальных программ ОМС, а также по государственному заданию; стандарты медицинской помощи при БСК; преискуранты платных медицинских услуг; тендерная документация.

ЕДИНИЦА ИССЛЕДОВАНИЯ: больной, страдающий БСК, выбывший из круглосуточного стационара медицинской организации.

Научная новизна исследования

Научно обоснованы предложения по оптимизации процессов планирования и финансирования стационарной помощи при БСК с учетом показателей этой помощи, оказанной на койках разных профилей в учреждениях разных уровней.

Новой для отечественного здравоохранения является выявленная проблема несоответствия методологических подходов к оплате медицинской помощи с использованием клинико-статистических групп (КСГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования правилам формирования КСГ, фактически сложившимся в зарубежных странах, а также проблема несостоятельности стандартов медицинской помощи как с экономической, так и с клинической точки зрения.

Показано, что стратегию оценки результатов оказания медицинской помощи необходимо строить не на оценке соответствия оказанной медицинской помощи стандартам, а на определении достижений в улучшении здоровья пациентов в результате медицинского вмешательства.

Разработаны принципы нозологического подхода к планированию в здравоохранении. Показано, что этот подход может дополнить, а при условии внедрения глобальных персонифицированных медицинских баз данных, со временем подменить существующую практику содержания стационарных мощностей вне зависимости от результативности их деятельности, а также характера и уровня заболеваемости населения.

Выявлены проблемы правового регулирования формирования и реализации государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, а также установления нормативов объема, обусловленные тем, что нормативы не дифференцируются на уровне классов международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), а при отдельных социально значимых заболеваниях, на уровне блоков МКБ-10. Это приводит к несбалансированности объемов и стоимости медицинской помощи, что снижает доступность её оказания.

Изучены риски интеграции федеральных государственных бюджетных учреждений здравоохранения и медицинской науки в систему ОМС.

Научно-практическая значимость работы и внедрение результатов исследования

Содержащиеся в работе основные выводы и предложения могут быть использованы Минздравом России и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения как научная основа для разработки показателей государственных заданий в сфере здравоохранения, территориальных программ ОМС, а также планов реструктуризации сети стационарных учреждений и имеющегося в них коечного фонда. Изученные характеристики стационарной помощи при БСК могут быть положены в основу нормирования и планирования нозологической структуры медицинской помощи, отражающей потребности граждан в профильных медицинских услугах с учетом имеющегося диагноза и состояния здоровья. Предложения по совершенствованию подходов в сфере стандартизации медицинской помощи будут способствовать более точным расчетам её стоимости, обеспечению качества и прав граждан на бесплатное её получение вне зависимости от места оказания. Основные положения диссертационной работы могут быть использованы при разработке нормативных актов в области охраны здоровья граждан, в учебной процессе и в методических материалах кафедр экономики, общественного здоровья и здравоохранения высших учебных заведений. Результаты исследования использованы при подготовке Приказа Российской академии медицинских наук (РАМН) от 29.12.2012 № 102 «О утверждении Порядка оказания федеральными государственными бюджетными учреждениями Российской академии медицинских наук государственных услуг в сфере здравоохранения»; Постановления президиума РАМН от 12.12.2012 № 293 «Об утверждении Порядка определения цен (тарифов) на платные медицинские услуги, предоставляемые федеральными государственными бюджетными учреждениями Российской академии медицинских наук»; Постановления президиума РАМН от 12.12.2012 № 294 «Об организации ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в федеральных государственных бюджетных учреждениях Российской академии медицинских наук», направленного на обеспечение прав пациентов на получение в федеральных государственных бюджетных учреждениях РАМН медицинской помощи надлежащего качества.

Методология и методы исследования

Методология диссертационного исследования учитывает результаты аналитического обзора специальной литературы. Разработана программа исследования, проведена статистическая обработка данных из форм государственной статистической отчетности и реестров пролеченных пациентов с БСК и произведен расчет плановых объемов стационарной помощи при болезнях системы кровообращения в разрезе профилей коек и уровней оказания и

показателей финансового обеспечения стационарной помощи при БСК в соответствии с действующими стандартами её оказания. Полученные материалы систематизированы и изложены в главах собственных исследований. Сформулированы положения, выносимые на защиту, выводы, практические рекомендации.

Рабочая гипотеза диссертационного исследования. Стандарты медицинской помощи не имеют регулятивной ценности, их обязательное использование носит декларативный характер, не соответствует современным моделям организации здравоохранения и не способствует улучшению качества планирования показателей медицинской помощи.

Положения, выносимые на защиту:

1. Результаты анализа реестров пациентов, получивших стационарную помощь при БСК в медицинских учреждениях разных уровней подчиненности.
2. Методика и результаты расчета модели объемов стационарной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (ОИМ) и стенокардии и её стоимости.
3. Результаты сопоставления фактических и моделированных объемов стационарной медицинской помощи в субъектах РФ.
4. Риски интеграции федеральных государственных бюджетных учреждений здравоохранения и медицинской науки в систему ОМС.
5. Предложения по оптимизации процессов планирования и финансирования стационарной помощи при БСК в условиях ОМС.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность результатов исследования, выводов и положений, выносимых на защиту, основывается на достаточном по объему репрезентативности материале, использовании современных методов исследования и применения корректных методов статистической обработке данных.

Личный вклад автора. Диссертантом самостоятельно выполнена статистическая обработка данных из форм государственной статистической отчетности и реестров пролеченных пациентов с БСК и произведен расчет плановых объемов стационарной помощи при болезнях системы кровообращения в разрезе профилей коек и уровней оказания и показателей финансового обеспечения стационарной помощи при БСК в соответствии с действующими стандартами её оказания; описание и литературное оформление исследования; разработаны конкретные предложения по внедрению результатов исследования в практику. Вклад автора в разработку плана, этапов исследования, формулировку выводов и предложений составляет не менее 80%.

Апробация работы. Результаты исследования обсуждены на 7-ой международной научно-практической конференции «Ключевые вопросы в современной науке» (Москва, 2011). Работа апробирована на заседании

апробационного совета при Федеральном государственном бюджетном учреждении «ЦНИИОИЗ» Минздрава России 07.02.2017 (протокол № 4) и предложена к защите.

По результатам исследования опубликовано: 10 печатных работ, в том числе в изданиях, рекомендованных высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки Российской Федерации – 3 публикации.

Объем и структура диссертации. Основной текст диссертации изложен на 232 страницах наборного текста. Диссертация иллюстрирована 9 таблицами и 7 рисунками. Состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, 4 приложений на 51 странице. Список литературы включает 250 источников, в том числе 106 зарубежных публикаций.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

В первой главе представлен анализ отечественных и зарубежных публикаций, посвященных современным тенденциям в вопросах обеспечения населения стационарной помощью при болезнях системы кровообращения. Установлено, что основная стратегия оптимизации объемов стационарной помощи в зарубежных странах заключается в улучшении координации между интенсивной терапией и этапами долечивания, переходом на проспективную систему оплаты по клинко-затратным группам (КЗГ, или diagnosis-related groups, DRG) и развитию стационарозамещающих технологий, а также учреждений медицинской реабилитации и длительного ухода. В зарубежных странах одной из важных мер улучшения медицинской помощи является разработка клинических рекомендаций, которые рассматриваются как инструмент обеспечения качества медицинской помощи. Анализ публикаций также показал, что в последнее десятилетие сложился общий для отечественных и зарубежных авторов исследовательский тренд в вопросах рационализации расходов на стационары, однако в отечественной литературе мало исследований, посвященных планированию объемов стационарной помощи на койках разных профилей, оказываемой пациентам с разными диагнозами.

В главе 2 изложены основные методические подходы, использованные в ходе проведения исследования на основе анализа ГСО; данные реестров пациентов с БСК, пролеченных в ФМУ и ЛПУ Московской области; стандартов медицинской помощи при БСК; прейскурантов платных услуг медицинских учреждений; данных тендерной документации. На рис. 1 представлена программа исследования.

В качестве методов исследования использованы контент-анализ; методы описательной статистики; параметрические методы изучения взаимосвязи переменных; дисперсионный анализ с использованием программного синтаксиса ANOVA; регрессионный анализ; метод моделирования. Формирование информационной базы, обработка и анализ информации проводились с помощью

программы Microsoft Excel. При моделировании объемов стационарной помощи при БСК за эталонные коэффициенты приняты среднероссийские показатели: отношения количества пациентов, пролеченных с диагнозом БСК и выбывших из круглосуточных стационаров к количеству умерших от БСК; интенсивные показатели стационарной помощи при БСК (в расчете на численность населения).



Рис. 1. ПРОГРАММА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование выполнено в период с 2010 по 2017 год и состояло из 4 этапов:

Этап 1 (2010 г.) – анализ отечественных и зарубежных литературных источников, составление программы и плана исследования, определение теоретических положений, единиц, объема и методов исследования.

Этап 2 (2011-2013 гг.) – сбор материала (данные реестров пролеченных пациентов с БСК на федеральном и муниципальном уровнях, тендерная документация, прейскуранты платных медицинских услуг).

Этап 3 (2013 г.) – обработка полученного материала: сводка и группировка статистических данных, анализ совокупных данных, арифметический и логический

контроль, вычисление статистических показателей, создание итоговых статистических таблиц, графическое изображение статистических данных.

Этап 4 (2013-2017 гг.) – анализ, резюмирование и интерпретация полученных данных, формулирование выводов и предложений, литературное оформление работы.

Для аналитических целей объемы помощи при БСК в региональных ЛПУ разделены на 2 уровня: первый уровень – участковые, городские районные больницы, второй уровень – центральные городские и районные больницы.

В главе 3 представлены результаты анализа реестров пациентов, страдающих БСК и пролеченных за счет средств федерального бюджета и средств ОМС, соответственно в ФМУ и региональных учреждениях здравоохранения.

Более половины всего объема стационарной помощи (52,3%), оказываемой больным с БСК в ФМУ, предоставляется пациентам с ишемической болезнью сердца. В МКБ-10 рубрика ИБС включает 76 диагнозов. В анализируемых реестрах пациентов с БСК, пролеченных на федеральном уровне, встречается только 29 диагнозов из этой рубрики. При этом 83% объема оказанной стационарной помощи приходится на всего 5 диагнозов из рубрики ИБС: «Хроническая ишемическая болезнь сердца» (ХИБС, 28,95%); «Другие формы стенокардии» (22,2%), «Атеросклеротическая болезнь сердца» (АБС, 11,22%), «Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда» (10,33%), «стенокардия [грудная жаба]» (9,76%). Анализ реестров пациентов с БСК, пролеченных в ФМУ, выявил, что для оказания медицинской помощи используются 19 профилей коек, причем основные объемы помощи (96,33%) оказываются на койках трех профилей: кардиохирургические, сосудистой хирургии и кардиологические.

В суммарных объемах стационарной помощи, оказанной в ФМУ, объемы помощи больным с ОИМ составляют 5,14 % (с учетом рубрики I22 – 6%), объемы помощи больным со стенокардией составляют 34,38% (с учетом рубрики I25 – 92,75%).

Основная возрастная категория пациентов с БСК, пролеченных на койках ФМУ, 18-60 лет включительно, составляет 64,5% от общего числа. Пациенты старше 60 лет составляют 33,2%, а пациенты до 17 лет включительно – 2,3%. Дисперсионный анализ выявил статистически достоверные отличия пациентов с БСК в ФМУ по возрасту ($F=369,83$ $p<0,05$) и средней продолжительности лечения ($F=299,11$ $p<0,05$) у пациентов с различными диагнозами в рамках трехзначной рубрики БСК (т.е. возраст и продолжительность лечения пациентов с диагнозами цереброваскулярные болезни, ишемическая болезнь сердца и другими достоверно отличались в рамках рубрики). Проведенный линейный корреляционный анализ выявил среднюю прямую корреляционную связь между возрастом и продолжительностью лечения ($r=0,31$), связь недостоверная при $p>95\%$.

На региональном уровне наибольшие объемы стационарной помощи больным БСК предоставляются больным в городских ЛПУ первого уровня (участковые, городские и районные больницы) - 64%. В ЛПУ этого уровня в 38,15% всех случаев госпитализаций составляют больные с диагнозом «Ишемическая болезнь сердца». В 24,53% случаев пациенты госпитализируются с диагнозом «Цереброваскулярные болезни» (ЦВБ); в 19,73% с диагнозом «Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением» (БХПКД); 7,69% – «Другие болезни сердца»; 4,7% – «Болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов, не классифицированные в других рубриках»; 4,66% – «Болезни артерий, артериол и капилляров»; 0,34% – «Хронические ревматические болезни сердца»; 0,19% – «Легочное сердце и нарушения легочного кровообращения» (ЛСНЛК).

36% объема стационарной помощи больным БСК предоставляется в региональных ЛПУ второго уровня (центральные городские и районные больницы). В стационарах этого уровня 39,65% госпитализаций составляют пациенты с диагнозом ИБС; ЦВБ – 25,86%; БХПКД – 19,43%; «Другие болезни сердца» – 5,36%; «Болезни артерий, артериол и капилляров» – 4,92%; «Болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов, не классифицированные в других рубриках» – 3,53%; прочие диагнозы (1,25%). Согласно данным из реестров, для оказания стационарной помощи лицам, страдающим БСК, на региональном уровне используется 13 профилей коек. При этом основные объемы помощи при БСК на региональном уровне предоставляются на койках четырех профилей: более 97% объема стационарной помощи при БСК предоставлены на терапевтических, кардиологических, неврологических и хирургических койках.

Из общего объема стационарной помощи больным БСК на региональном уровне объемы помощи больным с ИБС составляют 38,69%. В анализируемых региональных реестрах встречается только 22 диагноза из 76 диагнозов в рубрике ИБС. При этом 11 диагнозов составили 91,49 % объемов стационарной помощи при ИБС, из них: АБС (21,96%); другие формы стенокардии (18,22%); нестабильная стенокардия (18,07%); другие формы ХИБС (7,77%); перенесенный в прошлом ИМ (7,71%); хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная (3,74%); острый субэндокардиальный ИМ (3,16%) и прочие диагнозы (10,86%).

Средняя продолжительность лечения пациентов с БСК в региональных ЛПУ составила 13,98 дней. При этом в разрезе трехзначных рубрик МКБ-10 продолжительность лечения пациентов с диагнозами группы «Болезни артерий, артериол и капилляров» в региональных ЛПУ 14,27 дней, группы «Хронические ревматические болезни сердца» 15,53 дней, группы «Болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов» 11,69 дней; «ИБС» 14,11 дней; «Другие болезни сердца» 13,82 дней; «Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением» 13,39 дня; «Другие и неуточненные БСК» 10,5 дней; «ЛСНЛК» 11,38 дня; «ЦВБ» 14,75 дней.

В суммарных объемах стационарной помощи, оказанной в медицинских организациях субъектов Российской Федерации, объемы помощи больным с ОИМ составляют 8,69% (с учетом рубрики I22 – 13,15%), больным со стенокардией 40,84% (с учетом рубрики I25 – 86,8%).

Основная возрастная категория пациентов с БСК, пролеченных на койках региональных ЛПУ, старше 60 лет, составляет 74,89% от общего числа. Пациенты 18-60 лет включительно составляют 24,11%, а пациенты до 17 лет включительно – 1%.

Дисперсионный анализ выявил статистически достоверные отличия пациентов с БСК в региональных медицинских учреждениях по возрасту ($F=124,61$, $p<0,05$) и средней продолжительности лечения ($F=15,95$, $p<0,05$) у пациентов с различными диагнозами в рамках трехзначной рубрики БСК (т.е. возраст и продолжительность лечения пациентов с диагнозами цереброваскулярные болезни, ишемическая болезнь сердца и другими достоверно отличались в рамках рубрики).

Проведенный линейный корреляционный анализ выявил сильную прямую корреляционную связь между возрастом и продолжительностью лечения ($r=0,82$), связь достоверная при $p>99\%$, таким образом, с вероятностью безошибочного прогноза более 99% установлено, что, чем выше возраст пациента, тем больше продолжительность его лечения. Это вывод подтвержден данными проведенного регрессионного анализа: продолжительность лечения (результативный признак) на 93% ($R^2 = 0,929$; $p<0,05$) объясняется возрастом пациентов (факторный признак).

Учитывая различия в рамках рубрики МКБ по возрасту и продолжительности госпитализации пациентов, неизбежны различия в стоимости лечения, и в связи с этим единые стандарты лечения не могут быть обязательны к применению в реальной клинической практике. Поэтому целесообразно использование нескольких возрастных блоков при формировании КСГ для целей оплаты медицинской помощи.

Основные объемы стационарной помощи при БСК оказываются на койках шести профилей (кардиологические, кардиохирургические, терапевтические, сосудистой хирургии, терапевтические и неврологические). По данным регрессионного анализа, уровень госпитализированной заболеваемости населения субъектов Федерации на указанные профили коек (результативный признак) в 2008 году⁺ на 23,0% (коэффициент детерминации $R^2 = 0,230$; $p=0,02$), а в 2012 году лишь на 13,5% ($R^2 = 0,135$; $p<0,05$) объясняется уровнем общей заболеваемости БСК (факторный признак), что свидетельствует об ухудшении взаимодействия стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений в вопросах отбора и направления пациентов с БСК на стационарное лечение, а также на долечивание и диспансерное наблюдение в амбулаторно-поликлинических условиях.

Расчет статистических показателей стационарной помощи на 6 основных профилях коек, используемых для оказания медицинской помощи при БСК населению субъектов Российской Федерации ($n=83$), показал наличие существенной вариабельности (стандартное отклонение, показатели асимметрии и

эксцесса) ресурсной обеспеченности стационарной помощью различных регионов, особенно в части числа коек кардиохирургического, общего хирургического и терапевтического профиля (таблица 1).

Таблица 1

Статистические показатели обеспеченности населения субъектов РФ стационарной помощью на 6 основных профилях коек (число коек на 100 тысяч населения)

Профиль коек	среднее	стандартное отклонение	асимметрия	максимум	минимум	интервал	эксцесс
КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ	31,9	10,6	-0,1	56,7	0,0	56,7	0,4
КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЕ	1,6	2,4	3,0	14,5	0,0	14,5	12,0
СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ	3,9	2,2	0,2	10,5	0,0	10,5	0,6
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ	90,2	28,4	1,7	234,7	18,1	216,6	7,7
ХИРУРГИЧЕСКИЕ	63,8	17,7	1,7	156,9	18,4	138,4	8,3
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ	45,5	12,4	0,2	71,0	20,4	50,6	-0,6

С учетом представленных в главе 3 материалов можно сделать вывод, что основные объемы стационарной помощи при БСК как в субъектах, так и на федеральном уровне оказываются на койках всего шести профилей (кардиологические, кардиохирургические, терапевтические, сосудистой хирургии, терапевтические и неврологические). Кроме того, наблюдается низкая результативность взаимодействия стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений при отборе и направлении пациентов с БСК в стационары, при долечивании выписанных пациентов. Выявленные различия пациентов с БСК по возрасту и продолжительности лечения требуют формирования нормативных затрат на оказание помощи с учетом возраста пациентов.

В главе 4 представлены результаты расчета стоимости стационарной медицинской помощи согласно стандартам.

За итоговую цену услуги принималось произведение средней стоимости услуги на частоту ее предоставления и среднее количество согласно стандарту.

Расчетная стоимость высокотехнологичной медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда согласно стандарту, утвержденному приказом Минздравсоцразвития РФ от 06.09.2005 №548, которая составила 436,9 тысяч рублей в ценах 2013 года. При этом стоимость лечения из расчета 12 дней составило 228,6 тысяч рублей (52,32%), стоимость стентов – 113,6 тысяч рублей (25,99%), стоимость медикаментов и диагностики – 68,8 тысяч (15,75%) и 25,9 тысяч (5,93%) соответственно (Рис.2).

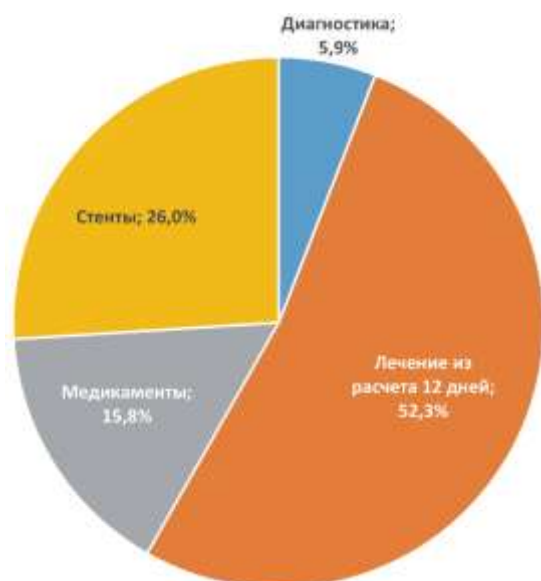


Рис. 2. Структура расчетной стоимости стационарной медицинской помощи больным с ОИМ

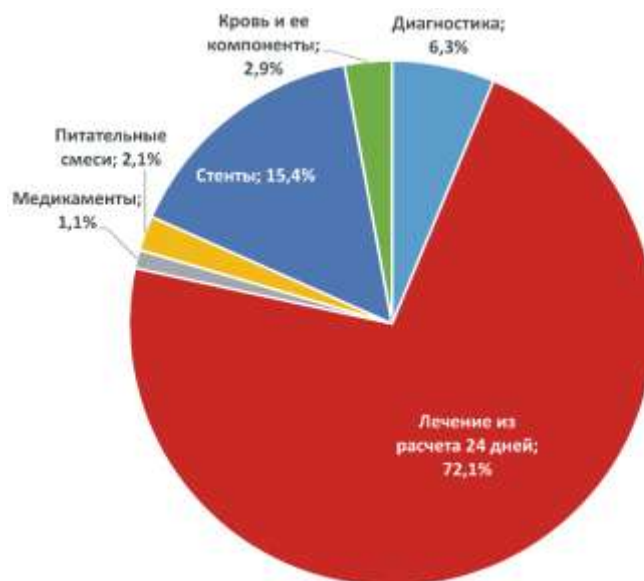


Рис. 3. Структура расчетной стоимости стационарной медицинской помощи больным со стенокардией

Расчетная стоимость высокотехнологичной медицинской помощи больным со стабильной стенокардией согласно стандарту, утвержденному приказом Минздравсоцразвития РФ от 20.07.2007 №288, составила 823,7 тысяч рублей в ценах 2013 года. При этом лечение из расчета 24 дней составило 593,7 тысяч рублей (72,08%), стоимость стентов – 127,1 тысяч рублей (15,44%), стоимость диагностики – 52 тысячи (6,31%), стоимость крови и компонентов – 23,9 тысячи (2,9%), стоимость питательных смесей и медикаментов – 17,6 тысяч (2,14%) и 9,3 тысячи (1,13%) соответственно (Рис.3).

Без учета стоимости высоких медицинских технологий расчетная стоимость оказания медицинской помощи при ОИМ по стандарту составляет в ценах 2013 года 225 тысяч рублей, а расчетная стоимость оказания медицинской помощи при стенокардии по стандарту составляет в ценах 2013 года 304,1 тысячи рублей, что выше стоимости лечения этих заболеваний по, например, московской территориальной программе ОМС в 1,7 и в 9,8 раз (131,1 и 31,1 тысяч рублей соответственно).

Расчетная стоимость оказания высокотехнологичной медицинской помощи при ОИМ по стандарту медицинской помощи превышает размер норматива финансовых затрат на оказание ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» (203,5 тысячи рублей) в 2,15 раза, а при стенокардии - в 4,5 раза. С учетом частоты применения наиболее распространенных видов ВМП при лечении ИБС (111,8 тысяч высокотехнологичных операций в год), суммарного количества пациентов, которым фактически оказана помощь в стационарных условиях при ОИМ и стенокардии (2,8

миллиона человек, данные 14 формы), обязательное применение стандартов высокотехнологичной медицинской помощи только по двум выбранным нозологиям потребует финансирования в размере 40 миллиардов рублей, что составляет 50% всех расходов на высокотехнологичную медицинскую помощь из государственных источников финансирования в 2015 году.

В преискурантах отмечался значительный разброс цен на медицинские услуги, особенно на дорогостоящие, такие как ангиопластика коронарных артерий с учетом того, что заложенная прибыль не превосходила 10% в структуре цен анализируемых преискурантов. Так стоимость эхокардиографии с фармакологической нагрузкой различается более чем в 2 раза и колеблется от 2,2 тысяч рублей в Томске до 5,2 тысяч рублей в Москве. Стоимость анастомоза на коронарные сосуды (АКШ) варьирует от 157,1 тысяч рублей в Москве, до 295,0 тысяч рублей в Томске. Стоимость сцинтиграфии в разных учреждениях отличается более чем в 3 раза - от 3,0 тысяч рублей в Москве до 10,8 тысяч рублей в Томске. Стоимость коронарографии варьирует от 15,8 до 31,0 тысячи рублей в Томске и Москве соответственно. Наибольшая вариабельность затрат имеет место по виду расходов «Увеличение стоимости основных средств».

Суммируя объемы стационарной помощи больным БСК на региональном уровне (согласно реестру) по стандарту медицинской помощи больным со стабильной стенокардией в рамках кода I20 лечение должно проводиться по 4 диагнозам, что составляет 21,6% всех объемов и 3 диагнозам согласно данным реестра. Согласно клиническим рекомендациям лечение пациентов со стабильной ИБС должно проводиться не только в рамках кода I20 (за исключением нестабильной стенокардии), но и в рамках кода I25, что составит 9 диагнозов и 69,9 % всех объемов стационарной помощи больным с БСК на региональном уровне. В соответствии со стандартом медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда в рамках кода I21 должно оказываться 8,6% объемов оказываемой помощи.

Лечение пациентов с нестабильной стенокардией в соответствии со стандартом медицинской помощи должно проводиться в рамках кода I20, тогда как с клинической точки зрения нестабильная стенокардия относится к острому коронарному синдрому и ее лечение должно проводиться в соответствии с другими эталонами лечения. Кроме того, в стандарте отсутствуют другие диагнозы пациентов с хронической ИБС, которых можно лечить в рамках стандарта. В стандарте помощи больным с острым инфарктом миокарда отсутствует рубрика повторный инфаркт миокарда I22, тактика ведения которых не отличается от пациентов рубрики I21. С другой стороны, рубрика острый субэндокардиальный инфаркт миокарда относится к тактике ведения пациентов с нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда без подъема сегмента ST, а все другие

рубрики в рамках I21 относятся к тактике ведения пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

На федеральном уровне (согласно реестру пролеченных пациентов и стандартам) в рамках кода I20 должно проводиться 34,5% объемов оказываемой помощи (больным со стабильной стенокардией), тогда как согласно клиническим рекомендациям лечение должно проводиться по 13 диагнозам, что составит 91,6% всех объемов стационарной помощи больным с БСК на федеральном уровне. Согласно стандарту медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда в рамках кода I21 должно оказываться 6,4% объемов оказываемой помощи, тогда как с учетом рекомендаций клинической модификации МКБ-10 и английской версии МКБ-10 лечение по стандарту должно проводиться и для пациентов с диагнозом повторный инфаркт миокарда в рамках рубрики I22. Вне стандарта остаются рубрики I23 - некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда и I24, что подтверждает целесообразность разработки вместо стандартов медицинской помощи клинических протоколов, основанных на клинических рекомендациях в сочетании с клинической модификацией МКБ-10.

Методические рекомендации для органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (одобрено решением рабочей группы МЗ РФ от 18 декабря 2015 г. № 06/11/20), содержат методологические подходы, которые антагонистичны методологии КЗГ, реализованной в других странах. Из 308 КСГ (КПГ) - 118 (38%) являются медицинскими услугами в виде хирургических вмешательств, которые не могут считаться адекватным выражением результата стационарной деятельности. Указанные рекомендации сохраняют привязку расчетов стоимости к профилю койки («клинико-профильные группы») в условиях недостаточно строгой профилизации коечного фонда стационарных учреждений страны, что может привести к ошибкам в планировании объема финансирования отдельных учреждений, росту затратности стационарной помощи в целом. Поэтому предложенные рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в своем нынешнем виде не могут считаться адекватным выражением результата стационарной деятельности и гарантировать качественное оказание медицинских услуг.

При моделировании объемов стационарной помощи при БСК за эталонные коэффициенты приняты следующие показатели: среднероссийский уровень смертности от БСК – 737,1 на 100 тысяч населения по РФ в 2012 году, число выбывших с диагнозом БСК на 1 жителя за 2012 год в целом по РФ – 0,036, число выбывших с диагнозом ОИМ (I21 и I22) на 1 жителя за 2012 год в целом по РФ – 0,002 и число выбывших с диагнозом стенокардия на 1 жителя за 2012 год в целом по РФ – 0,008.

При моделировании объемов стационарной помощи при БСК были выделены субъекты с уровнем смертности, превышающем среднероссийский уровень смертности от БСК (737,1 на 100 тысяч населения по РФ в 2012 г.). В их число вошли Белгородская, Брянская, Владимирская, Воронежская, Калужская, Костромская, Курская, Липецкая, Московская, Орловская, Рязанская, Смоленская, и другие, всего 42 субъекта. Дефицит объемов стационарной помощи пациентам с острым инфарктом миокарда (включая повторный ИМ – I21+I22) согласно выполненным расчетам отмечается в 14 субъектах и составляет в среднем 1,65 выбывших пациентов. Дефицит объемов стационарной помощи пациентам со стенокардией согласно выполненным отмечен в 23 субъектах и составляет в среднем 6,3 выбывших пациентов. Самое неблагоприятное состояние с точки зрения сочетанного дефицита объемов стационарной помощи при БСК, ОИМ и стенокардии наблюдается в Курской, Вологодской, Курганской областях, Приморском крае и Еврейской автономной области.

По результатам моделирования стационарной помощи при БСК определен норматив объема стационарной помощи больным с БСК. Общее число дефицитных по объему помощи больным с БСК субъектов РФ составило 43. Из них в 33% субъектов наблюдался дефицит 0-10%, в 28% субъектов дефицит составил 10-20%, в 32% субъектов дефицит составил 20-40%. Дефицит объема более 40% наблюдался в 7% субъектов, в их число вошли Тверская, Псковская области и Еврейская автономная область.

С учетом проведенного в 4 главе анализа можно сделать вывод о несостоятельности стандартов как с экономической, так и с клинической точки зрения – ошибки из-за сложности соотнесения тактики лечения в соответствии с клиническими рекомендациями и указанного диагноза МКБ-10. Оказание помощи по стандартам не может считаться весомым выражением положительного результата медицинской деятельности и гарантировать качественное оказание медицинских услуг. Отмечается дефицит объемов стационарной помощи при ОИМ и стенокардии в регионах с уровнем смертности, превышающем уровень смертности от БСК в целом в РФ. В 39% дефицитных субъектов по объему стационарной помощи больным с БСК отмечается дефицит объема более 20%.

В 5 главе обоснованы предложения по оптимизации процессов планирования и финансирования стационарной помощи при БСК, а также изложены проблемы и риски интеграции федеральных государственных учреждений здравоохранения в систему обязательного медицинского страхования, выявленные при проведении исследования.

Показано, что нозологический подход к планированию в здравоохранении может дополнить, а при условии внедрения глобальных персонализированных медицинских баз данных, со временем подменить существующую практику

содержания больничных мощностей вне зависимости от результативности их деятельности, а также характера и уровня заболеваемости населения.

При регулировании стационарной помощи, в том числе при БСК, целесообразно использовать агрегированные (укрупненные) единицы измерения объемов помощи (плановых и фактических), которые должны являться также объектом калькуляции стоимости. Единого, утвержденного Минздравом России, порядка оказания государственных услуг в сфере здравоохранения нет. Поэтому планирование показателей объема и финансового обеспечения стационарной помощи, а также формирование государственного задания медицинским учреждениям, необходимо дополнять регламентацией порядка оказания государственных услуг в сфере здравоохранения, ориентированного также на обеспечение качества медицинской деятельности. Так как размер финансового обеспечения стационарной помощи в рамках государственного задания увязан с размером нормативов финансовых затрат, объем платной (сверх установленного государственного задания) и бесплатной (по государственному заданию) медицинской помощи должен измеряться в одних и тех же единицах (случай госпитализации, законченный случай оказания медицинской помощи), на которые должны устанавливаться прејскурантная цена и норматив финансовых затрат.

Практическая реализация такого подхода в ФГБУ, осуществляющих научных исследований в области здравоохранения, позволила создать методическую основу для оптимизации как нормативов финансовых затрат, так прејскурантных цен на платные медицинские услуги. Обоснован тезис о том, что механизм формирования и реализации системы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи должен быть построен на соблюдении принципа регулирования одних и тех же единиц объемов как платной, так и бесплатной помощи, а также их оплаты по сопоставимой цене.

Главный риск перевода федеральных государственных учреждений на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования в том, что, так как действующие в системе ОМС тарифы не рассчитаны на оплату сложных и дорогостоящих технологий лечения тяжелых пациентов, объемы финансирования федеральных клиник могут существенно снизиться. Финансирование федеральных клиник через систему ОМС может привести в ближайшем будущем к кадровой, материально-технической и интеллектуальной деградации инновационного сектора здравоохранения, представленного федеральными научными медицинскими организациями, многие из которых являются мировыми лидерами в сфере высоких медицинских технологий и вносят серьёзный вклад в достижение целей по улучшению состояния здоровья населения России.

ВЫВОДЫ

1. Основные объемы медицинской помощи при болезнях системы кровообращения в стационарных условиях оказываются на койках шести профилей (кардиологические, кардиохирургические, терапевтические, сосудистой хирургии, терапевтические и неврологические). При этом интенсивность госпитализации населения на указанные профили коек лишь на 67% объясняется уровнем общей заболеваемости болезнях системы кровообращения, что свидетельствует о низкой результативности взаимодействия стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений в вопросах отбора и направления пациентов на стационарное лечение и диспансерное наблюдение. Субъекты Российской Федерации сильно отличаются по уровню обеспеченности стационарной сети профильными койками для лечения болезней системы кровообращения, особенно в части числа коек кардиохирургического и терапевтического профилей.

2. Структурные характеристики объемов медицинской помощи, оказываемой больным при болезнях системы кровообращения в медицинских учреждениях разных уровней, сопоставимы и составляют 29,0% от объемов стационарной медицинской помощи в федеральных медицинских учреждениях и 25,4% от объемов стационарной медицинской помощи в региональных медицинских учреждениях. В суммарных объемах стационарной медицинской помощи при болезнях системы кровообращения, оказанной в федеральных медицинских учреждениях, объемы медицинской помощи больным при остром инфаркте миокарда составляют 5,1%, объемы медицинской помощи больным со стенокардией составляют 34,4%. В суммарных объемах стационарной медицинской помощи, оказанной в региональных медицинских организациях, объемы медицинской помощи больным при остром инфаркте миокарда составляют 8,69%, больным со стенокардией – 40,84%.

3. Сопоставление рассчитанных с учетом показателей заболеваемости и смертности населения и фактических показателей стационарной медицинской помощи при болезнях системы кровообращения свидетельствует о необходимости увеличения объемов этой помощи в 43 субъектах Федерации. Наибольший дефицит (более 40%) имеет место в Тверской, Псковской области и Еврейской автономной области. Дефицит объемов помощи пациентам с инфарктом миокарда отмечается в 14 субъектах Российской Федерации (суммарная численность населения 22,6

миллиона человек) и составляет в среднем 1,65 пролеченных пациентов на 1000 населения. Дефицит объемов помощи пациентам со стенокардией отмечен в 23 субъектах (суммарная численность населения 38,2 миллионов человек и составляет в среднем 6,3 пролеченных пациентов на 1000 населения).

4. При наличии одного и того же диагноза на уровне рубрики международной классификации болезней, возраст пациентов с болезнями системы кровообращения сильно и статистически достоверно влияет на продолжительность лечения ($r=0,82$, $p>99\%$).

5. Стоимость платных медицинских услуг одних и тех же наименований в разных федеральных медицинских учреждениях различается в два и более раз. Наибольшая вариабельность затрат имеет место по виду расходов «Увеличение стоимости основных средств».

6. Расчетная стоимость случая оказания высокотехнологичной медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда по стандарту составила 436,9 тысяч рублей, а больным со стабильной стенокардией 823,7 тысяч рублей, что превышает размер норматива финансовых затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» более чем в 2 раза, а при стенокардии – более чем в 4 раза. Без учета стоимости методов высокотехнологичной медицинской помощи расчетная стоимость случая оказания медицинской помощи при остром инфаркте миокарда по стандарту составила 225,0 тысяч рублей, а при стенокардии 304,1 тысяч рублей, что выше тарифа обязательного медицинского страхования в 1,7 и в 9,8 раз соответственно.

7. Широкомасштабное вовлечение федеральных медицинских учреждений в систему обязательного медицинского страхования нецелесообразно, так как при этом сужаются права учредителей этих учреждений, у одного и того же учреждения появляются два разных плательщика двух связанных между собой видов деятельности (научной и медицинской), при этом разрывается связь между реновацией материально-технической базы учреждений (осуществляется за счет бюджетных инвестиций учредителя) и оплатой медицинских услуг (осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования).

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ

Правительству Российской Федерации:

1. Обеспечить нозологическую ориентацию программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи: нормативы для стационарной помощи дифференцировать на уровне классов международной классификации болезней, а при отдельных социально значимых заболеваниях, на уровне блоков международной классификации болезней.

Минздраву России:

2. Ограничить использование стандартов при планировании объёмов стационарной медицинской помощи и затрат на её оказание.

3. Развивать методы учета и планирования показателей стационарной медицинской помощи, основанные на клинико-диагностической группировке реальных случаев оказания медицинской помощи при конкретных заболеваниях.

4. В целях обеспечения равной доступности для населения разных регионов специализированной медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, обеспечить заключение межведомственных соглашений (между Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и органами государственной власти субъектов Российской Федерации), в которых определить целевые показатели объёмов медицинской помощи в разрезе классов и блоков МКБ-10, оказываемой в рамках реализации территориальных программ ОМС с учетом межтерриториальных потоков пациентов.

5. Обеспечить финансирование видов медицинской деятельности научных федеральных государственных учреждений по государственному заданию, а не по договорам на оплату медицинской помощи в системе ОМС.

6. Разработать и реализовать меры по мониторингу цен на платные медицинские услуги и развитию ценовой конкуренции между учреждениями одного и того же уровня оказания медицинской помощи.

Федеральному фонду ОМС:

7. Стратегию оценки качества оказания медицинской помощи построить на определении достижений в улучшении здоровья пациентов в результате медицинского вмешательства, а не на оценке соответствия оказанной медицинской помощи стандартам, качестве заполнения медицинской документации.

8. Уточнить стоимость КСГ на социально значимые нозологии (БСК, новообразования), а в качестве пилотных регионов выбрать ограниченное число

субъектов Российской Федерации, имеющих централизованные базы данных о фактической стоимости, содержании и сроках оказания медицинской помощи в круглосуточных стационарах больным с учетом их возраста, диагноза основного заболевания, продолжительности лечения, сопутствующей патологии и осложнений основного заболевания. Уточнение стоимости КСГ и их числа проводить с учетом возраста пациентов.

Органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения:

9. Совместно с территориальными фондами ОМС обеспечить ведение в региональных медицинских информационно-аналитических центров (МИАЦ) централизованных баз данных о фактической стоимости, содержании и сроках оказания медицинской помощи в круглосуточных стационарах больным с учетом их возраста, диагноза основного заболевания, сопутствующей патологии и осложнений основного заболевания.

10. Систематически оценивать достаточность объемов стационарной помощи при социально значимых заболеваниях и принимать меры по их корректировке в рамках территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи с учетом показателей заболеваемости и смертности населения.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Солодкий, В.А. Актуальные вопросы организации деятельности государственных и муниципальных учреждений здравоохранения по государственному (муниципальному) заданию /В.А. Солодкий, В.И. Перхов, Р.В. Стебунова, А.В. Белостоцкий //Социальные аспекты здоровья населения :науч.электрон.журн. – 2011. – Т.18, №2. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/279/27/lang,ru/> (1,39 п.л., автора – 0,35).**
2. Перхов, В.И. Анализ обеспеченности учреждений здравоохранения Российской Федерации врачебными кадрами/В.И. Перхов, Р.В. Стебунова // Здравоохранение, 2011. – № 5. – С.149-157 (1,04 п.л., автора – 0,35).
3. Перхов, В.И. Анализ зарубежного опыта использования групповых экономических стандартов при оплате больничной помощи /В.И. Перхов, Р.В. Стебунова //Материалы 7-ой международной научно-практической конференции «Ключевые вопросы в современной науке». – 2011. – Т.10. – С.52-57 (0,69 п.л., автора – 0,23).
4. Перхов, В.И. Актуальность внедрения в России и зарубежный опыт системы оплаты больничной помощи с использованием клинико-затратных групп/ В.И. Перхов, Р.В. Стебунова, Е.А. Варавикова //Экономические аспекты здоровья и здравоохранения. Сборник научных трудов ФГБУ «ЦНИИОИЗ». – 2011. – С. 246-252 (0,81 п.л., автора – 0,35).
5. Солодкий, В.А. Современные аспекты совершенствования систем оплаты больничной помощи в Российской Федерации и за рубежом /В.А. Солодкий, И.М. Сон, В.И.Перхов, Р.В. Стебунова //Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 8. – С.6-12 (0,81 п.л., автора – 0,35).
6. Солодкий, В.А. Обзор реформ в системе здравоохранения Германии за последние двадцать лет /В.А. Солодкий, В.И.Перхов, Р.В. Стебунова //Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 10. – С.48-58 (1,27 п.л., автора – 0,92).
7. Солодкий, В.А. Обзор реформ в системе здравоохранения Франции за последние двадцать лет /В.А. Солодкий, В.И.Перхов, Р.В. Стебунова //Менеджер здравоохранения. 2012. – № 1. – С.36-48 (1,50 п.л., автора – 1,16).
8. Перхов, В.И. Анализ зарубежного опыта финансирования и организации научных исследований в области здравоохранения /В.И.Перхов, Р.В. Стебунова, Д.С. Янкевич, Ю.Ю. Юркин //Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 7. - – С. 49-56 (0,92 п.л., автора – 0,23)
9. **Перхов, В.И. О рисках интеграции федеральных государственных учреждений здравоохранения и медицинской науки в систему обязательного медицинского страхования/В.И. Перхов, Д.С. Янкевич, Р.В. Стебунова, Ю.Ю. Юркин //Социальные аспекты здоровья населения :науч.электрон.журн. –**

2014. – Т.38, №4. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/583/30/lang,ru/> (1,04 п.л., автора – 0,23).

10. Перхов, В.И. Возможные последствия расширения участия научных учреждений в программах обязательного медицинского страхования/ В.И.Перхов, Р.В. Стебунова //Кремлевская медицина. Клинический Вестник. – 2014. – № 2. – С.49-54 (0,69 п.л., автора – 0,23).

СПИСОК ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИХ СОКРАЩЕНИЙ

АБС	Атеросклеротическая болезнь сердца
БСК	Болезни системы кровообращения
БХПКД	Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением
ВМП	Высокотехнологичная медицинская помощь
ГСО	Формы государственной статистической отчетности
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
ИМ	Инфаркт миокарда
КЗГ	Клинико-затратная группа
КПГ	Клинико-профильная группа
КСГ	Клинико-статистическая группа
ЛПУ	Лечебно-профилактическое учреждение
ЛСНЛК	Легочное сердце и нарушения легочного кровообращения
МКБ	Международная классификация болезней
МП	Медицинская помощь
МИАЦ	Медицинский информационно-аналитический центр
ОИМ	Острый инфаркт миокарда
ОМС	Обязательное медицинское страхование
СМП	Специализированная медицинская помощь
ФГБУ	Федеральные государственные бюджетные учреждения
ФМУ	Федеральные медицинские учреждения
ФФОМС	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ХИБС	Хроническая ишемическая болезнь сердца
ЦВБ	Цереброваскулярные болезни
DRG	Диагностически связанная группа DIAGNOSIS RELATED GROUP