



PATRIS INSOMNIUM



GALENI DOCTORES



HEPATICI COGNITIO

# ГЛАВВРАЧ

## III



## MMXII



PALESTRITE CVRATIO



DISCEPTATIO CVM ALEX HABITA



# Новые подходы в организации деятельности родильного дома

**Шарапова О.В.,**

д-р мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, главный врач ГУЗ «Родильный дом № 4» Управления здравоохранения Юго-Западного административного округа г. Москвы, заслуженный врач РФ,

**Баклаенко Н.Г.,**

канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов, заслуженный врач РФ,

**Байбиков Д.Р.,**

ассистент кафедры организации здравоохранения, медицинской статистики и информатики  
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

Новые подходы к развитию учреждений родовспоможения в условиях модернизации всей системы здравоохранения предполагают решение широкого комплекса проблем по повышению доступности и качества медицинской помощи женщинам и детям, среди которых большое значение отводится укреплению материально-технической базы учреждений родовспоможения, их оснащению, внедрению стандартов оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям, а также внедрение в деятельность учреждений родовспоможения информационных технологий.

Эти мероприятия направлены на снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности, повышение рождаемости, в том числе путем повышения эффективности реализации программы родовых сертификатов в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», развития сети перинатальных центров и других мер государственной поддержки службы родовспоможения.

ГУЗ «Родильный дом № 4» Управления здравоохранения Юго-Западного административного округа г. Москвы является крупнейшим учреждением родовспоможения Москвы, в нем проходит около 7,5 тыс. родов, что составляет 6% всех родов г. Москвы.

15 июля родильному дому исполнилось 30 лет с момента его открытия с 1981 г. Изначально (70-е гг.) планировалось строительство акушерского корпуса и корпуса для новорожденных на 120 коек, т. е. перинатального центра, что являлось прогрессивным решением для того времени. Однако из-за отсутствия финансовых средств был построен только акушерский корпус.

Родильный дом имеет типовую структуру в соответствии с нормативными документами по организации работы акушерских стационаров.

Роддом является клиническим учреждением. На его базе в течение многих лет работают две кафедры акушерства и гинекологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова и кафедра педиатрии Российского государственного медицинского университета, которые кроме разработки и внедрения в практику родильного дома эффективных технологий в области акушерства, гинекологии и неонатологии, способствуют повышению квалификации кадров, обеспечению высокого уровня их профессионализма.

Родильный дом располагает современной материально-технической и лечебно-диагностической базой, что позволяет оказывать квалифицированную медицинскую помощь женщинам и детям.

**Новые медицинские технологии.** В роддоме широко внедряются семейно ориентированные перинатальные технологии, эффективность которых доказана многолетней практикой — партнерские роды, раннее прикладывание к груди с приоритетом грудного вскармливания, совместное пребывание матери и ребенка в родовой и послеродовой палате, сокращение сроков пребывания в акушерском стационаре (до 2–4 дней) при физиологических родах. Все эти меры являются эффективной профилактикой осложнений и заболеваний, в том числе внутрибольничных инфекций, а также способствуют повышению эффективности работы койки и оптимизации использования коечного фонда.

В практику работы родильного дома внедре-

ны современные методы диагностики, лечения и профилактики патологических состояний, обусловленных тромбофилическими и геморрагическими осложнениями у беременных, рожениц и родильниц, массивных акушерских кровотечений, антифосфолипидного синдрома, привычного невынашивания беременности и др.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ по поддержке альтернативного, щадящего и бережного ведения родов в родильном доме более 15 лет применяется альтернативное родоразрешение — «вертикальные роды», предусматривающие свободное поведение женщины в родах, что способствует более физиологичному и менее травматичному (особенно для плода) ведению 2-го периода родов.

С 2012 г., как известно, в соответствии с критериями ВОЗ изменяются стандарты регистрации и оказания медицинской помощи новорожденным, родившимся в сроки беременности 22 недели и более с низкой и экстремально низкой массой тела (от 500 г). В нашем роддоме показатель рождения недоношенных новорожденных составляет 4,5% от всех родившихся, а с экстремально низкой массой тела — 0,7%.

В роддоме с 2009 г. функционирует отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных на 6 коек и 18 коек для недоношенных детей, оснащенное необходимым современным оборудованием и обеспеченное опытными квалифицированными кадрами.

В последние годы в практику работы родильного дома внедрены новые перинатальные технологии:

- нейросонография, позволяющая качественно пересмотреть алгоритм диагностики нарушений мозгового кровообращения у новорожденных и внести изменения в классификацию внутричерепных кровоизлияний гипоксического генеза;
- алгоритм аудиологического обследования новорожденных с целью выявления детей с врожденными и ранними нарушениями слуха. Обследование осуществляется со 2–3-го дня после рождения с применением методов вызванной отоакустической эмиссии и отоскопии. Эта технология диагностики врожденной (ранней) тугоухости в условиях родильного дома применена более чем у 5000 новорожденных детей. Точность диагностики — 96%. Внедрение в практику этого алгоритма обследования новорожденных будет способствовать снижению затрат на реабилитацию детей с врожденной (ранней) тугоухостью и глу-

хотой и тем самым поможет избежать формирования тяжелого осложнения — немоты и инвалидизации с детства;

- офтальмологическое обследование новорожденных с целью выявления ранней офтальмопатологии с применением бинокулярного и панорамного офтальмоскопов.

В практику работы родильного дома также внедрены новые технологии и новые подходы к выхаживанию недоношенных и маловесных детей — пренатальная гормонотерапия, современные методы респираторной поддержки новорожденных и др.

Благодаря этим организационным мерам отмечается снижение летальности детей, находящихся на ИВЛ, в 2 раза (3,2% — 2009 г., 1,5% — 2010 г.). Смертность среди недоношенных детей за последний год уменьшилась в 2,8 раза и составила 5,7‰.

В роддоме осуществляется широкий спектр услуг по всем направлениям лабораторной диагностики с использованием современных методов с оценкой свертывающей системы крови (гемостазиограмма), что крайне важно определять начиная с ранних сроков беременности.

Осуществляется перинатальный скрининг, позволяющий оценить состояние плода на разных этапах его развития. Для выявления внутриутробной урогенитальной инфекции применяется диагностика методами полимеразной цепной реакции (ПЦР) и иммуноферментного анализа. Все это дает возможность объективно оценивать и корректировать течение беременности и родов, своевременно обеспечивать квалифицированную помощь матери, плоду и новорожденному.

**Качество медицинской помощи.** Совершенствование медицинской помощи и повышение качества оказания медицинской помощи — основная задача, которую ставит перед собой коллектив нашего роддома. Мы считаем, что для этого необходимо в кратчайшие сроки разработать и утвердить на федеральном уровне и на уровне субъекта Федерации стандарты и протоколы лечения, а также формуляры лекарственных средств по каждому профилю, которые должны составляться с учетом клинико-экономического анализа затрат на их приобретение с обязательным проведением АВС- и VEN-анализа по каждому отделению и родильному дому в целом.

На сегодняшний день отсутствуют стандарты оказания медицинской помощи по акушерству и гинекологии. Разработаны и утверждены только стандарты оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Стандартизация необходима:

- для защиты прав пациента и врача;
- обеспечения преемственности в оказании медицинской помощи;
- расчета затрат;
- создания системы управления качеством медицинской помощи в роддоме.

**Работа с кадрами.** В роддоме большое внимание уделяется профессиональному развитию персонала.

Работа с кадрами в родильном доме ориентирована на формирование компетентного конкурентоспособного специалиста, развитие потенциала сотрудника.

Мы стремимся создать условия, когда каждый сотрудник понимает, какое место он занимает в роддоме и какова перспектива в профессиональном карьерном росте. Именно в карьерном, а не в должностном. В нашем понимании, это две разные вещи, т. к. профессиональная карьера — это приобретение профессионального мастерства, повышение уровня знаний, умений и навыков в своей практической деятельности, повышение квалификационных категорий. Для сотрудника это важно, т. к. при этом он получает более полную удовлетворенность от своей работы, четко представляет и видит личную профессиональную перспективу, а значит, сможет планировать аспекты своей жизни, получает возможность целенаправленной подготовки, а при необходимости и повышения квалификации по специальности.

Родильный дом при этом также остается в выигрыше, т. к. получает мотивированных сотрудников, связывающих свою профессиональную деятельность с роддомом, что в конечном счете сказывается на качестве оказываемой медицинской помощи, производительности труда и снижает текучесть кадров. Около 70% наших сотрудников имеют стаж работы в стенах роддома от 10 до 25 лет.

В роддоме внедрена и успешно себя зарекомендовала система учета трудового вклада каждого работника, которая позволяет в условиях многоканального финансирования обеспечивать объективное формирование размеров доплат стимулирующего характера, что способствует усилению экономической мотивации труда. Этот процесс определения размеров стимулирующих выплат является доступным для понимания персонала.

**Информационные технологии.** Развитие родильного дома в условиях модернизации всей системы в современных условиях предполагает решение широкого комплекса проблем по охра-

не здоровья населения, в том числе родовспоможения, среди которых большое значение отводится внедрению информационных технологий, что значительно повышает экономическую эффективность работы и качество медицинской помощи. При этом современные информационные технологии позволят сформировать эффективную систему управления на основе контроля качества, анализа оперативной информации и внедрения нового экономического инструментария. В нашем родильном доме активно внедряются современные информационные технологии.

К настоящему времени в роддоме сложилась информационная инфраструктура, базирующаяся на современных телекоммуникационных технологиях. Все подразделения роддома подключены в единую информационную сеть и имеют выход в Интернет. Современное состояние информатизации роддома позволило нам перейти от автоматизации отдельных процессов учета медицинских услуг к созданию интегрированной, комплексной системы, обеспечивающей возможность непрерывной автоматизированной обработки информации.

Автоматизированы рабочие места приемного отделения, регистратуры, всех врачей-специалистов, клиничко-диагностическая лаборатория, функциональная диагностика (УЗИ, КТГ, ЭКГ), аптека. Для этого все рабочие места специалистов оснащены компьютерной техникой.

В связи с объединением роддома и территориально удаленной женской консультации, для ликвидации разрыва между амбулаторным звеном и стационаром налажена не только административная связь, но и функциональная. Проложенное оптоволокно позволило оба учреждения слить в единую сеть. Таким образом, роддом и женская консультация не только методически, но и организационно объединены для того, чтобы женщина не только получала консультацию врача до родов, но и знала врачей, которые принимают роды. Кроме того, это позволяет максимально использовать все мощности роддома с точки зрения диагностики (лабораторной, функциональной). Создана единая система дородового и послеродового обслуживания пациентов.

Информационная система позволяет руководителю управлять учреждением, а врачам своевременно получать оперативную информацию о пациентах. Пациенты, в свою очередь, получили возможность оперативной записи к специалистам как по телефону, информационному терминалу, так и непосредственно через Интернет.

На сегодняшний день здравоохранение нашей страны находится на самом переломном этапе развития, когда осуществляется переход от рутинного, ручного сбора информации к сбору посредством информационных технологий, на безбумажный документооборот.

Совершенствование информационных систем выдвигает необходимость новых подходов к сбору статистических показателей, используемых в учреждениях родовспоможения. Они должны быть простыми, конкретными, универсальными и отражать изменения, происходящие в этих учреждениях.

В настоящее время для сбора информации о пациентах и выявленных заболеваниях используются различные учетные документы и справочники.

Современная ситуация в учетно-статистической деятельности учреждений родовспоможения имеет ряд проблем. Необходима унификация в масштабах страны методических подходов к обеспечению учетно-статистической работы учреждений родовспоможения. Так, например, кодировка социального статуса пациента в Талоне амбулаторного пациента и Статистической карте выбывшего из стационара отличаются на 100%. Кроме того, приказ Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. № 1030 «О формах первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений» отменен еще в 1986 г., но в ЛПУ до сих пор продолжают этим приказом руководствоваться, т.к. других регламентирующих приказов нет.

С учетом сложившейся ситуации, с целью унификации сбора и обработки данных назрел вопрос о необходимости коренным образом пересмотреть все действующие формы учетных документов в учреждениях родовспоможения. Необходимо привести их в соответствие, иначе комплексная информатизация учреждения и ее связь с другими системами невозможна. При этом важно не только сохранить достигнутое, но развиваться дальше, поскольку именно статистика призвана обеспечивать информационные потребности общества в достоверной, научно обоснованной, своевременной и полной информации.

Пока еще мы не отошли от бумажного документооборота, а для ее отмены необходимо на законодательном уровне принять регламентирующие документы, в том числе разрешающие электронную цифровую подпись.

**Новые организационно-правовые формы хозяйствования.** Роддом является государственным учреждением. Финансовые средства по-

ступают из трех источников: бюджет, родовые сертификаты, платные услуги.

По состоянию на сегодняшний день в роддоме пока еще сохраняется сметное, бюджетное финансирование. Установлены плановые показатели деятельности из расчета плановых мощностей роддома. Причем нет никакой взаимосвязи между количеством пролеченных пациентов и их финансовым обеспечением.

С 1 января 2012 г. в соответствии с Федеральным законом от 5 мая 2010 г. № 83-ФЗ роддом изменяет свою организационно-правовую форму и становится новым бюджетным учреждением, что коренным образом меняет подход к финансированию и формированию плановых показателей деятельности роддома. Изменение статуса лечебного учреждения предусматривает его работу на основании муниципального задания, что в свою очередь изменяет подход к финансированию.

Одними из обязательных требований для формирования и выполнения задания являются стандарты оказания медицинской помощи.

Большая задача, которая стоит перед экономистами роддома, — это рассчитать реальный норматив финансовых затрат на лечение одного пациента, который включал бы в себя все статьи расходов с учетом инфляционного показателя.

В связи с переходом на новую форму работы, естественно, возникает много вопросов. Это вопросы процедуры изменения в течение финансового года объема задания и корректировки нормативных затрат на оказание услуг в составе задания. Это и вопросы по действию роддома при 100%-ном выполнении задания ранее установленного срока. Для примера можно взять ситуацию, когда некоторые центры высоких технологий, работающих по госзаданию, уже в июле-августе на 100% выполнили свое годовое задание и перестали принимать пациентов. Пациентов же, которым нужна была помощь и которые хотели попасть в данные учреждения, было много. Мы бы хотели получить на такие вопросы четкие, аргументированные инструкции, чтобы наши действия не противоречили действующему законодательству.

Кроме того, необходимо, чтобы финансовые средства выделялись не после лечения, а до лечения пациента, с последующей корректировкой выполнения задания.

Отдельно хотелось бы остановиться и на принятом в 2005 г. Федеральном законе № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для госу-

дарственных и муниципальных нужд». На сегодняшний день этот закон нас не устраивает, он потерял доверие к процедурам, открытости и честности проведения заказов. Причем это недоверие сложилось не только у медицинского сообщества, но и у бизнеса, и у самого руководства страны.

Существующие ныне процедуры позволяют участвовать в размещении заказа и побеждать поставщикам с низкой квалификацией, не обладающим возможностями для исполнения контракта. Есть вопросы по заключению контрактов, которые выходят за пределы финансового года.

Необходимо пересмотреть сам подход к регулированию закупок.

Родильный дом, как и другие лечебные учреждения, не имеет возможности экстренных закупок лекарственных средств и расходных материалов на сумму более 100 тыс. руб. Необходимо увеличить лимит финансовых средств при самостоятельных закупках до 500 тыс. руб.

Существуют трудности с закупками лекарственных средств и расходных материалов. Порой поставляются самые дешевые лекарственные средства и расходные материалы без учета их качества, эффективности и экономичности.

Нужно дать возможность государственным бюджетным учреждениям самостоятельно проводить торги, указывать фирму и конкретного производителя медицинской техники. Дать возможность закупать технику непосредственно у фирм-производителей, при условии, что они предлагают технику по минимальным ценам.

Считаем целесообразным в целях обеспечения качественными продуктами питания создавать продовольственные базы со строжайшим контролем качества со стороны Государственной инспекции города Москвы по качеству сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия, в которых могли бы закупать продукты питания все учреждения здравоохранения.

Необходимо предусмотреть и возможность переноса бюджетных средств на следующий год.

Кроме того, нужно разрешить лечебным учреждениям (по соглашению с исполнителями) изменять условия контракта в определенных пределах. Например, при проведении ремонтных работ из-за появления непредвиденных (дополнительных) объемов работ или принятия документа, регламентирующего новые требования.

И в заключение хотелось бы остановиться на проблемах, возникающих при реализации программы родовых сертификатов национального проекта «Здоровье».

В своем ежегодном послании Федеральному Собранию Президент РФ Дмитрий Анатольевич Медведев высказался о необходимости повышать доступность и качество медицинской помощи матерям и детям, а также о дальнейшем развитии программы родовых сертификатов.

Суть программы родовых сертификатов в первую очередь предполагала создание конкуренции между учреждениями родовспоможения и соответственно ожидалось повышение качества и доступности медицинской помощи женщинам и детям.

Однако на практике при реализации данной программы выявился ряд ее недостатков.

В первую очередь руководители учреждений родовспоможения думают о выполнении плановых показателей, а конкуренция за финансовые средства, поступающие через систему родовых сертификатов, остается на втором или даже на десятом, месте.

Кроме того, в 2011 г. увеличился размер отчислений в бюджет, при этом норматив финансовых средств, направляемых на заработную плату от родовых сертификатов, остался прежним, что в конечном итоге привело в 2011 г. к уменьшению фонда оплаты труда по родовым сертификатам на 30%.

Кроме того, средства, поступающие через программу родовых сертификатов, оказывались недостаточными для того, чтобы привлекать на работу в родильный дом высококвалифицированные кадры.

В результате никакой конкуренции не возникло. Крупные медицинские учреждения получили небольшую прибавку к бюджету, менее мощные практически ничего не потеряли, т. к. в них всегда существует стабильный поток пациентов, вынужденных обращаться туда по месту регистрации.

В связи с изложенным, на наш взгляд, программа «Родовой сертификат» нуждается в серьезной доработке в части увеличения ее финансовой составляющей до размеров не менее 45–50 тыс. руб.

Такова краткая информация о существующих проблемах в деятельности учреждений родовспоможения в современных условиях модернизации службы родовспоможения на примере работы ГУЗ «Родильный дом № 4» Управления здравоохранения Юго-Западного административного округа г. Москвы.