

правовой характер, а лицо подлежит уголовной ответственности и наказанию.

Таковы, на наш взгляд, правовая природа принудительных мер медицинского характера и правоотношения, возникающие при их применении.

### **Литература**

1. Курс уголовного права. Общая часть. Том 2. М., 2002.
2. Михеев Р.И., Протченко Б.А. Правоотношения, порождаемые деяниями невменяемого // Советское государство и право. 1984. № 11. С. 85.
3. Петрова О.Г. Уголовно-правовое отношение. М., 1986.
4. Принудительные меры медицинского характера: Сборник научных трудов. Архангельск, 2003.
5. Чучаев А.И. Принудительные меры медицинского и воспитательного характера. Ульяновск, 1997.

---

*Низамова Э.Р.*

### **ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ И ПРАКТИКА ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации здравоохранения»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Москва,  
Россия)

*Nizamova E.R.*

### **MANDATORY REQUIREMENTS AND PRACTICE OF OUTPATIENT CARE FOR PREMATURE INFANTS**

The Federal State Budgetary Institution "Central Research Institute of Health Organization" of the Ministry of Health of the Russian Federation

**Низамова Эльвира Рустамовна**, E-mail: [elvirarust@gmail.com](mailto:elvirarust@gmail.com)

**Резюме.** Успехи выхаживания маловесных детей предъявляют больше требований к амбулаторному этапу медицинского обслуживания. Целью настоящего исследования является анализ

нормативного обеспечения, регулирующего обязательный объем оказания медицинской помощи новорожденным недоношенным детям, а также анализ практики выполнения данных требований в поликлиниках и центрах катамнеза. Используются аналитический, статистический, экспертный, нормативно-правовой методы. Проведен анализ приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1346н, юрисдикции его действия, распространяющейся лишь на медицинские организации с прикрепленным населением по ОМС. Проведен анализ медицинской документации (амбулаторных карт) детей с диагнозом недоношенности и массой тела при рождении до 2 килограмм, в ходе которого выявлено в государственных поликлиниках исполнение обязательных требований в части объема обследования недоношенных детей, что определяется возникающей (законной) обязанностью. В центрах катамнеза, имеющих большие диагностические и лечебные возможности, в большинстве случаев не обеспечивается минимальный предусмотренный для поликлиник объем обследования, что связано с платным базисом данной медицинской помощи, смещением центра принятия решения о содержании набора получаемых услуг от лечащего врача и медицинской потребности в сторону матери и финансовых возможностей семьи. Предлагается реформировать принципы финансирования медицинской помощи недоношенных детей с целью обеспечения их доступа к ресурсам «центров катамнеза» перинатальных центров, без ущерба для финансового обеспечения поликлиник по месту жительства, оказывающих основную первичную медико-санитарную медицинскую помощь (минимальное регламентированное обследование, обслуживание на дому и пр.), одновременно вводя нормативные требования по объему исследований, например, соответствующих стандартов медицинской помощи, либо бинарных критериев качества. В различном формате данные меры могут быть приняты на федеральном, региональном и ведомственном уровнях, а также в медицинской организации.

**Ключевые слова:** Поликлиника, центр катамнеза, недоношенность, медицинское обследование, амбулаторная помощь.

**Abstract.** Successes in nursing small children make more demands on the outpatient stage of medical care. The purpose of this study is to analyze the regulatory support that regulates the mandatory volume of medical care for newborn preterm infants, as well as an analysis of the practice of meeting these requirements in polyclinics and centers of a catamnesis. Analytical, statistical, expert, normative legal methods are used. The analysis of the order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 1346n, the jurisdiction of its action, extending only to

medical organizations with the attached population for compulsory medical insurance. The analysis of medical records (outpatient cards) of children with a diagnosis of prematurity and body weight at birth up to 2 kilograms was carried out, during which state obligatory requirements in terms of the volume of examination of premature babies were revealed in state polyclinics, which is determined by the arising (legal) duty. In the centers of the catamnesis, which have great diagnostic and therapeutic capabilities, in most cases, the minimum scope of the survey is not provided for polyclinics, which is related to the paid basis of this medical assistance, the shift of the decision center on the content of the received services from the attending physician and the medical need to the mother's side And financial capabilities of the family. It is proposed to reform the principles of financing medical care for premature babies with the aim of providing them with access to the resources of the "centers of the catamnesis" of perinatal centers, without prejudice to the financial provision of polyclinics in the community, providing basic primary health care (minimum regulatory examination.), While introducing regulatory requirements for the scope of research, for example, relevant standards of care, or binary criteria quality. In various formats, these measures can be taken at the federal, regional and departmental levels, as well as in the medical organization.

**Keywords:** General medical practice, prospective follow-up centre, premature birth, medical examination, outpatient care.

**Введение.** Совершенствование клинических возможностей выхаживания новорожденных, привели к пересмотру в 2012 в Российской Федерации критериев живорожденности: масса тела при рождении 500 грамм и более и срок гестации 22 недели и более. Увеличивается число родившихся живых детей, в том числе детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела, у которых диагностируется в первые недели жизни и к моменту выписки домой большое количество заболеваний: сепсис, последствия аспирационного синдрома и церебральной ишемии, ретинопатия [3,5,7]. Перед государством и обществом стоит задача совершенствования не только медицинской помощи в родильном доме, в ходе транспортировке, и в стационаре при организации выхаживания, но и после выписки домой – на амбулаторном этапе медицинского наблюдения и лечения. При этом амбулаторный этап оказания медицинской помощи является наиболее сложным с точки зрения организации медицинской помощи и ресурсного обеспечения, в том числе кадрами [4]. Потребность в специальных навыках у врачей различных специальностях и высокой доступности медицинской помощи реализуется в так называемых центрах катамнеза –

специально созданных амбулаторных подразделениях перинатальных центров для обслуживания после выписки недоношенных детей, в которых реализуются схемы более глубокого обследования [6].

**Целью** настоящего исследования является анализ нормативного обеспечения, регулирующего обязательный объем оказания медицинской помощи новорожденным недоношенным детям, а также анализ практики выполнения данных требований.

**Материалы и методы.** Проведён анализ первичной медицинской документации детей, рождённых с массой до 2000 грамм в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в городе Москве: 63 амбулаторные карты – в двух городских поликлиник (включая шесть филиалов) государственной системы здравоохранения субъекта РФ, 28 случайно отобранных – в двух «центрах катамнеза» (амбулаторных подразделениях, не имеющих прикрепленного по ОМС населения) при перинатальных центрах системы здравоохранения субъекта РФ и федерального подчинения. Наименования юридических лиц не приводятся для предотвращения рыночного воздействия, возможного в связи с выборочным исследованием, данные которого будут экстраполированы.

Некоторые результаты обсуждались с 5 экспертами, занимающими должности заведующих структурными подразделениями в вышеуказанных организациях. Использованы аналитический, статистический, экспертный, нормативно-правовой методы.

**Результаты и обсуждение.** В соответствии с российским законодательством, основными формами нормативных документов, определяющих объем медицинской помощи, являются стандарты оказания медицинской помощи (услуги с усредненной частотой «1»), критерии качества медицинской помощи (бинарные показатели на основании клинических рекомендаций) и иные нормативные акты. Медицинское обследование детей раннего возраста, в том числе с установленными диагнозами недоношенности, бронхолегочной дисплазии, ретинопатии недоношенных и гипоксического поражения центральной нервной системы охватывается стандартами и критериями качества лишь при оказании специализированной (стационарной) медицинской помощи. На поликлиническом этапе нормативное регулирование в части определения обязательного минимального объема медицинских услуг, подлежащих оказанию в амбулаторных условиях при проведении профилактических осмотров, установлено приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1346н «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в

период обучения в них» [1] (далее – приказ № 1346н), и приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1348н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях», юрисдикция которых ограничена правоотношениями в рамках обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – ТПГГ). Последнее означает, что обязательные требования не действуют (то есть не гарантируются принудительной силой государства) при оказании медицинской помощи без прикрепления по ОМС: в случае получения медицинской помощи в организациях, не участвующих в программе ОМС, а также в случае получения медицинской помощи в организациях, участвующих в ТПГГ, но не имеющих прикрепленного населения (именно таким образом работают шесть основных «центров катамнеза» города Москвы).

Приказ № 1346н не дифференцирует детей в зависимости от их соматического статуса, определяя минимальный перечень медицинских услуг: консультаций специалистов, диагностических инструментальных и лабораторных исследований. Например, в 3 месяца жизни необходимо организовать осмотры педиатра, невролога, травматолога-ортопеда, а также выполнение общеклинического анализа крови, общеклинического анализа мочи и аудиологического скрининга (при отсутствии сведений об его прохождении ранее). Одновременно, страдающий несколькими заболеваниями ребенок, выписываемый на участок из стационара, нуждается в более глубоком стандарте обследования, в настоящем времени, не гарантированном государством.

Медицинская помощь на амбулаторном этапе оказывается медицинскими организациями различной формы собственности (государственные, муниципальные, частные) и правовой формы (учреждения, общества и пр.). Государственные детские поликлиники города Москвы участвуют в реализации программы ОМС, имея прикрепленное население и участвуя в частичном фондодержании (получая подушевое финансирование, оплачивается амбулаторная помощь в других организациях). Государственные перинатальные центры в городе Москве участвуют в ОМС, но не имеют прикрепленного населения – оказывают консультативную помощь в виде набора амбулаторных услуг, одновременно имея прикрепление к поликлинике по месту жительства. Наличие направления из районной поликлиники прикрепления является финансовым основанием оплаты медицинской помощи (денежные средства в таком случае безакцептно

списываются по так называемым «горизонтальным» расчётам). Альтернатива – платные медицинские услуги.

Проведено исследование медицинской документации детей, наблюдающихся с диагнозом недоношенности, коды по МКБ R07.x, имевших массу тела при рождении от 500 до 2000 грамм, в исследовании 1350 грамм +/- 330 грамм в 95% случаев. Эти дети имели в выписках чаще всего следующие сопутствующие диагнозы: перинатальная энцефалопатия, пневмония, асфиксия в родах, анемия, респираторный дистресс-синдром, некротизирующий энтероколит новорожденных, бронхо-легочная дисплазия, сепсис и др.

Установлено, что в государственных поликлиниках в 96,8% случаях выборки обследование, предусмотренное приказом № 1346 н выполнено в полном объеме, а в оставшихся случаях имеются свидетельства в медицинской документации о предпринятых попытках организовать обследование ребёнка. При этом, лишь в 28,6% случаев были назначены от 1 до 3 дополнительных медицинских услуг, не входящих в обязательный стандарт (чаще других: консультация детского кардиолога и гастроэнтеролога, анализ кала на дисбактериоз, биохимический анализ крови).

Анализ медицинской документации центров катмнеза (перинатальных центров) установил, что перечень исследований, предусмотренных приказом № 1346н не выполняется в полном объеме ни в одном из исследуемых случаев, не смотря на значительно большее количество услуг, получаемых в центрах катмнеза по сравнению с поликлиниками (18,2 в центрах катмнеза в месяц за первый год жизни, 8,0 – в городских поликлиниках). Чаще всего (93,9%) нарушались декретированные сроки осмотра ребёнка врачом-педиатром, который определён приказом № 1346н в первом году жизни ежемесячно. В 10,7% не проводились осмотры врача-невролога, в таком же проценте случаев – несвоевременно. В 67,9% случаев не организованы осмотры врача-хирурга детского. В 57,1% осмотр врача-офтальмолога организованы не своевременно. Осмотры врача-оториноларинголога в 50,0% случаев не проведены, в 42,9% случаев – не своевременно.

Одновременно с этим, в центрах катмнеза назначается большее количество дополнительных консультаций: детский кардиолог, детский эндокринолог, нефролог, аллерголог-иммунолог, гастроэнтеролог, дерматолог, офтальмолог, психолог, логопед-дефектолог; дополнительных исследований: биохимический анализ крови и мочи, посев крови на чувствительность к антибиотикам, количественное определение метаболитов витамина «Д» в крови, копрограмма, генетическое исследование, гормоны щитовидной

железы, половые гормоны, иммунологические исследования крови, компьютерная томография головного мозга, ультразвуковое исследование почек и паховых каналов; проводится манипуляция: зондирование носослезных путей.

Структурированный опрос экспертов (заведующих подразделений) выявляет, что подобная ситуация связана в меньшей степени с отсутствием государственного (ведомственного) контроля за выполнением минимального спектра обследований, а в большей степени отсутствием понятия «прикрепления» вне системы ОМС. Складывается ситуация, при которой выбор родителями (законными представителями) для медицинского наблюдения медицинской организации и врача [2], не осуществляющих прикрепление населения по ОМС, не обязывают медицинскую организацию к обеспечению детей полноценным медицинским обследованием, а расценивается как набор разовых услуг. Данный подход, зачастую совместно с хозрасчётным принципом финансирования оказываемых услуг, смещает центр принятия решения о необходимых услугах от лечащего врача к родителю (официальному представителю), осуществляющему финансирование медицинской помощи.

Отсутствие эффективных противовесов в функционирующем фондодержании (в условиях одноканального финансирования) системы ОМС не способствует назначению консультаций и исследований, ресурсы которых отсутствуют в медицинской организации, что связано с последующим горизонтальным списанием денежных средств за предоставление данных услуг, а в случае направления пациента на «обследование» без указания конкретного объёма (т.е. фактически для дальнейшего наблюдения в центре катамнеза), непрогнозируемого объёма расходов за полный перечень оказанных там услуг.

Выходом из сложившейся ситуации может являться введение дополнительного финансирования недоношенных детей, для получения ими медицинской помощи как в поликлинике по месту жительства, эффективно обеспечивающей минимальное регламентированное обследование детей и обслуживание на дому, так и в центрах катамнеза, обладающих более широкой ресурсной базой для обследования и наблюдения, по медицинским показаниям. Кроме того, разработка стандарта оказания медицинской помощи недоношенным детям на амбулаторно-поликлиническом этапе позволит обеспечить выполнение объёма и кратности необходимых исследований и консультаций недоношенным детям в любой медицинской организации, осуществлять государственный и ведомственный контроль за соблюдением этих требований.

## **Выводы.**

1. Требования к минимальному объёму медицинских услуг, оказываемых детям содержатся в приказе Минздрава России № 1346н, который действует в случае прикрепления ребёнка к медицинской организации по территориальному принципу или заявлению, в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС), не дифференцирует детей по различным заболеваниям, являясь обязательным к исполнению как в отношении здоровых детей, так и с установленными заболеваниями, очевидно нуждающимся в большем объёме услуг.

2. В государственных поликлиниках города Москвы выявлено исполнение обязательных требований в части объёма обследования недоношенных детей, что определяется возникающей (законной) обязанностью. В центрах катамнеза, имеющих большие диагностические и лечебные возможности, в большинстве случаев не обеспечивается минимальный объём обследования, что связано с отсутствием «прикрепления» по ОМС к данным центрам, как следствию, возникновения соответствующих обязанностей; кроме того, часто платный базис данной медицинской помощи, смещает центр принятия решения о содержании набора получаемых услуг от лечащего врача и медицинской потребности в сторону матери (семьи) и её финансовых возможностей.

3. Необходимо реформировать принципы финансирования медицинской помощи недоношенных детей с целью обеспечения их доступа к ресурсам «центров катамнеза» перинатальных центров, без ущерба для финансового обеспечения поликлиник по месту жительства, оказывающих основную первичную медико-санитарную медицинскую помощь (минимальное регламентированное обследование, обслуживание на дому и пр.), одновременно вводя нормативные требования по объёму исследований, например, соответствующих стандартов медицинской помощи, либо бинарных критериев качества.

## **Литература**

1. Приказ Минздрава России от 21.12.2012 N 1346н "О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них" (Зарегистрировано в Минюсте России 02.04.2013 N 27961). Интернет-ресурс: <http://www.consultant.ru> [Дата доступа: 10.08.2017].

2. Статья 21 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Интернет-ресурс: <http://www.consultant.ru> [Дата доступа: 10.08.2017].
  3. Леонов С.А., Цыбульская И.С., Низамова Э.Р. Анализ заболеваемости детей России за период 2009-2013 гг. Менеджер здравоохранения 2014; (10): 20-32.
  4. Плутницкий А.Н. Совершенствование планирования деятельности врачебного персонала амбулаторного приёма ЛПУ. Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко 2012; (6): 112-115.
  5. Рощин Д.О., Низамова Э.Р. Распространенность сепсиса в реанимациях новорожденных и недоношенных детей. Вторая всероссийская медицинская научно-практическая конференция «Развитие российского здравоохранения на современном этапе» 2014; Мурманск, 50-52.
  6. Сахарова Е.С., Кешишян Е.С. Принципы организации помощи недоношенным детям в постнеонатальном периоде. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2014; (1); 40-45.
  7. Терещенко А.В., Белый Ю.А., Трифаненкова И.Г., Терещенкова М.С. Система оказания офтальмологической помощи недоношенным детям с ретинопатией недоношенных в центральном регионе России. Офтальмология 2012; (4): 4-7.
-