

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

Вестник ВШОУЗ

журнал для непрерывного медицинского образования
по специальностям «Общественное здоровье
и организация здравоохранения, социология и история
медицины», «Региональная и отраслевая экономика»

Том 9, № 3 (33), 2023

Журнал включен в Перечень российских рецензируемых научных журналов,
рекомендованных Министерством науки и высшего образования
Российской Федерации для публикации результатов диссертаций
на соискание ученой степени кандидата и доктора наук

Журнал индексируется в следующих информационно-справочных изданиях
и библиографических базах данных: Научная электронная библиотека (eLibrary.ru),
Реферативный журнал ВИНИТИ, Ulrich's International Periodicals Directory, EBSCO

HEALTHCARE MANAGEMENT:
news, views, education

Bulletin of VSHOUZ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ
Вестник ВШОУЗ

Журнал издается совместно
с Высшей школой организации
и управления здравоохранением –
Комплексным медицинским
консалтингом (ООО «ВШОУЗ–КМК»)

Том 9, № 3 (33), 2023

Главный редактор

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Москва)

Редакционная коллегия

Быковская Т.Ю. (Ростов-на-Дону)	Наркевич А.Н. (Красноярск)
Вафин А.Ю. (Казань)	Перхов В.И. (Москва)
Виноградов К.А. (Красноярск)	Понкин И.В. (Москва)
Кадыров Ф.Н. (Москва)	Рагозин А.В. (Москва)
Линденбратен А.Л. (Москва)	Сазанович А.Н. (Москва)
Мирзоев Г.Б. (Москва)	Хальфин Р.А. (Москва)
Москвичева М.Г. (Челябинск)	Черепов В.М. (Москва)

Ответственный секретарь редакции

Кузнецова Мария: orgzdrav2015@mail.ru

Научно-практический рецензируемый журнал
ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение.
Вестник ВШОУЗ

Scientific and practical peer-reviewed journal
HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education.
Bulletin of VSHOUZ

Свидетельство о регистрации средства массовой информации: ПИ № ФС77-70210 от 30.06.2017.
ISSN 2411-8621 (Print). ISSN 2658-4980 (Online)
Журнал выходит 1 раз в 3 месяца.

Редакция журнала доводит до сведения читателей, что в издании соблюдаются принципы международной организации «Комитет по издательской этике» (Committee On Publication Ethics – COPE).
Все права защищены. Никакая часть издания не может быть воспроизведена без согласия редакции.

При перепечатке публикаций с согласия редакции ссылка на журнал «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ» обязательна. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.
Ответственность за содержание рекламных материалов несут рекламодатели.

Адрес редакции: 119121, г. Москва, ул. Плющиха, д. 26/2.

Электронная версия журнала и правила для авторов размещены на сайте:
<http://orgzdrav.vshouz.ru>.

Подписной индекс:
93587 (каталог Агентства «Пресса России»)

Учредитель и издатель
Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»
115035, г. Москва,
ул. Садовническая, д. 11, стр. 12
Телефон: (495) 921-39-07
www.geotar.ru

Все права защищены.
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2023.

Верстка: Килимник А.И.
Корректор: Макеева Е.И.
Выпускающий редактор:
Попова Ольга, popova@geotar.ru

Подписано в печать 21.09.2023.
Дата выхода в свет 06.10.2023.

Тираж 1000 экземпляров.
Формат 70×100 ¹/₁₆.
Печать офсетная. Печ. л. 9,5.
Отпечатано в ООО «Фотоэксперт»:
115201, г. Москва, Волгоградский проспект,
д. 42/13
Заказ №
Цена свободная.

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВНОЕ

Улумбекова Г.Э. 4
Анализ научной обоснованности стимулирующих выплат медицинским организациям первичного звена

АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ

Рагозин А.В., Кудинов А.А., Чиркова Т.А., Попкова А.О., Сиводедов А.А. 14

Почему системе ОМС не хватает денег: сравнение базы и ставок взносов социального медицинского страхования в развитых странах ОЭСР и в Российской Федерации

Родин А.С., Лоскутова О.Ю., Сарбашева П.А., Гришин Н.С. 28

Исследование конфликта интересов в медицине по результатам опроса врачей

ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

Ахохова А.В., Тхабисимова И.К., Сижазева С.Х., Нахушева З.Х., Балкизова Д.А. 36

Формирование инструмента (матрицы) для повышения эффективности проектной работы в медицинских организациях

Серенко К.А. 51
Анализ скрининговых исследований в медицине (систематический обзор)

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Карпова С.С., Батурина Ю.В. 66
Основные тенденции заболеваемости детского населения Нижегородской области в 2017–2021 гг.

Долгих Е.В., Башмакова Н.В., Мальгина Г.Б., Давыденко Н.Б. 75
Анализ младенческой смертности в Уральском федеральном округе по итогам 2022 г.

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАТИКА: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Остроменский В.В., Рюмина Е.В., Алексеева А.А. 85
Внутренний аудит медицинских организаций в условиях цифровизации

XI МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «ОРГЗДРАВ-2023»

Итоги XI Международного конгресса «Оргздрав-2023» (7–9 июня 2023 г., гибридный формат)

Тезисы XI Международного конгресса «Оргздрав-2023» (7–9 июня 2023 г., гибридный формат)

CONTENTS

ABOVE ALL

Ulumbekova G.E. 4
Analysis of the scientific validity of incentive payments to primary health care organizations

ACTUALLY TODAY

Ragozin A.V., Kudinov A.A., Chirkova T.A., Popkova A.O., Sivodedov A.A. 14
Why the MHI system is short of money: a comparison of social health insurance contribution bases and rates in developed OECD countries and in the Russian Federation

Rodin A.S., Loskutova O.Yu., Sarbasheva P.A., Grishin N.S. 28
Conflict of interest in medical practice: survey of the doctors

EFFECTIVE MANAGEMENT

Akhokhova A.V., Tkhabisimova I.K., Sizhazheva S.Kh., Nakhusheva Z.Kh., Balkizova D.A. 36
Formation of a tool (matrix) to improve efficiency project work in medical organizations

Serenko K.A. 51
Analysis of screenings in medicine (systematic review)

PUBLIC HEALTH

Karpova S.S., Baturina Yu.V. 66
The main trends in the incidence of the child population of the Nizhny Novgorod region in 2017–2021

Dolgikh E.V., Bashmakova N.V., Malgina G.B., Davydenko N.B. 75
Analysis of infant mortality in the regions of the Ural Federal District by the results of 2022

MEDICAL INFORMATICS: THEORY AND PRACTICE

Ostromenskii V.V., Ryumina E.V., Alekseeva A.A. 85
Internal audit of medical institutions in the context of digitalization

XI INTERNATIONAL CONGRESS "ORGZDRAV-2023"

99
Results of the XI International Congress "Orgzdrav-2023" (June 7–9, 2023, hybrid format)

113
Abstracts of the XI International Congress "Orgzdrav-2023" (June 7–9, 2023, hybrid format)

Анализ научной обоснованности стимулирующих выплат медицинским организациям первичного звена

Улумбекова Г.Э.

Высшая школа организации и управления здравоохранением, 115035, г. Москва, Российская Федерация

В статье сделан анализ изменений, внесенных в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования. Скорректирован порядок оплаты медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, – бюджет этих учреждений будет сокращен от 5 до 10% для формирования фонда стимулирующих выплат. Средства из этого фонда будут возвращены медицинским организациям только при условии достижения показателей результативности. ЦНИИОИЗ без научного анализа одобрил это нововведение и ошибочно считает, что оно приведет к повышению доступности и качества медицинской помощи. Исследование ВШОУЗ показало, что предложенные показатели недостижимы и, по сути, вредны. В ситуации дефицита медицинских кадров в первичном звене это вызовет дополнительное напряжение и недовольство среди медицинского персонала, еще больше увеличит отток кадров, а значит, снизит доступность медицинской помощи в первичном звене здравоохранения.

Ключевые слова:

показатели результативности деятельности медицинских организаций; стимулирующие выплаты медицинским работникам; обеспеченность медицинскими работниками; смертность населения трудоспособного возраста; ЦНИИОИЗ

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Улумбекова Г.Э. Анализ научной обоснованности стимулирующих выплат медицинским организациям первичного звена // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2023. Т. 9, № 3. С. 4–13. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-3-4-13>

Статья поступила в редакцию 25.08.2023. **Принята в печать** 12.09.2023.

Analysis of the scientific validity of incentive payments to primary health care organizations

Ulumbekova G.E.

Graduate School of Healthcare Organization and Management, 115035, Moscow, Russian Federation

The article makes an analysis of the changes made to the “Requirements for the structure and content of the tariff agreement” in the compulsory medical insurance system. The procedure for paying medical organizations providing assistance on an outpatient basis has been adjusted – the budget of these institutions will be reduced from 5 to 10% to form a fund of incentive payments. Funds from this fund will be returned to medical organizations only if performance indicators are achieved. TsNIIOIZ approved this innovation without scientific analysis and mistakenly believes that it will lead to increased availability and quality of medical care. The study of VSHOUZ showed that the proposed indicators are unattainable and, in fact, harmful. In a situation of a shortage of medical personnel in primary care, this will cause additional tension and discontent among medical personnel, thereby further increasing the outflow of personnel, which means it will reduce the availability of medical care in primary care.

Keywords:

performance indicators of medical organizations; incentive payments to medical professionals; provision of medical professionals; mortality of the working-age population; TsNIIOIZ

Funding. The study had no sponsor support.

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

For citation: Ulumbekova G.E. Analysis of the scientific validity of incentive payments to primary health care organizations. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2023; 9 (3): 4–13. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-3-4-13> (in Russian)

Received 25.08.2023. **Accepted** 12.09.2023.

1. Нововведения в оплате медицинской помощи

В феврале 2023 г. были внесены изменения в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения¹. В этом соглашении определен порядок оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС). Суть изменений: поликлиники, врачебные амбулатории и ФАПы (так называемые организации первичного звена) будут получать **урезанный от 5 до 10% бюджет**. Изъятые 10% осядут в фонде **стимулирующих выплат** и будут возвращены учреждениям только при условии достижения показателей результативности. Таких показателей для взро-

слога населения выделено **16**, для детского – **7**, а для тех, кто оказывает акушерско-гинекологическую помощь, – **5**. Каждый показатель оценивается в баллах (от 0 до 3). Поликлиники, которые **не выполнили 40% показателей**, не получают **ничего**, а передовики соответственно должны получить больше.

Руководство Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России (ЦНИИОИЗ, директор – О.В. Кобякова) в недавней статье [1] вместо того, чтобы уберечь ФОМС и Минздрав **от неверных решений** и дать научный анализ этого нововведения, приветствуют его, а может даже, они сами его придумали. Они пишут: *«Показатели результативности... призваны стать важным инструментом моти-*

¹ Приказ Минздрава России от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

вазии обеспечения повышения доступности и качества первичной медико-санитарной помощи и, как следствие, уменьшения потребности в оказании специализированной медицинской помощи». Это еще один **профессиональный промах ЦНИИОИЗ** – несколько месяцев назад они выступили с инициативой решить проблему дефицита врачей путем перекалывания части их обязанностей на медицинских сестер². И это при том, что сегодня медицинских сестер в стране не хватает, они перегружены работой (пояснения см. ниже). Такое впечатление, что руководители ЦНИИОИЗ живут в **глубоком отрыве от реальности; не анализируют** статистику по отрасли, которую сами же собирают; **не знакомы** с научными публикациями российских и зарубежных коллег по вопросам стимулирующих выплат для медицинских работников.

2. Почему стимулирующие выплаты не приведут к повышению доступности медицинской помощи и даже ВРЕДНЫ

Во-первых, уменьшится и без того невысокая оплата труда медицинского персонала первичного звена, что усугубит имеющийся дефицит кадров, а значит, доступность медицинской помощи. При сокращении бюджета учреждений первичного звена **на 10%** (для формирования фонда стимулирующих выплат) у тех из них, которым не повезло с достижением показателей результативности, естественно, сократится их главная статья расходов – оплата

труда с начислениями. Как следствие, врачи и медсестры будут получать меньшую зарплату, соответственно из таких организаций **усилится отток кадров** и еще больше **возрастет нагрузка** на оставшийся персонал (см. раздел 3). Вдобавок в 2022 г. подушевой норматив финансирования в системе ОМС рос с меньшим темпом, чем инфляция (соответственно 9 и 12%). Это означает, что реальное финансирование медицинских организаций за прошедший год и без изъятий на стимулирующие выплаты **сократилось на 3%**.

Во-вторых, показатели результативности установлены НЕВЕРНО и НЕДОСТИЖИМЫ только усилиями первичного звена здравоохранения. Например, чтобы достичь показателя «Смертность прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет за период (без учета внешних причин)», смертность должна снижаться каждый год **на 10%! Этого достичь невозможно**, так как за прошедшие **29 лет** (1990–2019 гг.) смертность населения в трудоспособном возрасте³ (без учета внешних причин), не только не снизилась, но и **выросла на 8%** (см. таблицу)⁴. Следует отметить, что этот показатель за последние 10 лет (с 2008 по 2019 г.) снижался со средним темпом 2% в год.

Также недостижим показатель снижения смертности детей от 0 до 17 лет на 10% ежегодно. За прошедшие 10 лет (2010–2020 гг.) он **снижался со средним темпом 5%** (с 92,2 до 44,6 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста). И сегодня нет никаких дополнительных предпосылок, чтобы этот темп вырос, тем более при дефиците врачей, работающих в общеобразовательных учреждениях.

² <https://www.vademec.ru/news/2023/05/19/vsp-62-patsientov-doverayut-medsestram-tolko-oformlenie-dokumentatsii/>

³ Показатель рассчитан для женщин в возрасте 16–54 лет, мужчин в возрасте 16–59 лет. Эта когорта населения близка по возрасту к предложенной в показателе когорте и даже моложе.

⁴ Расчеты ВШОУЗ: в 1990 г. смертность населения трудоспособного возраста от всех причин составляла 4,9 случая на 1000 населения соответствующего возраста [из них от внешних причин около 1,58 случая, это рассчитано на основе известного значения показателя (2019 г.) в соответствии с динамикой снижения смертности от внешних причин всего населения с 1990 по 2019 г. – 30%]. В 2019 г. [до начала пандемии COVID-19] смертность от всех причин населения трудоспособного возраста составила 4,7 случая на 1000 населения (из них от внешних причин – 1,1), тогда как с 1990 по 2019 г. смертность этой группы населения без учета внешних причин выросла на 8% (с 3,32 до 3,59 случая).

Показатели смертности населения трудоспособного возраста (от всех причин; от внешних причин; от всех причин без учета внешних) и показатели смертности всего населения от внешних причин

Показатель	1990 г.	2011 г.	2019 г.	2019/ 1990, %	2019/ 2011, %
Смертность населения от внешних причин, число случаев на 100 тыс. населения	134,0	139,4	93,8	-30	-33
Смертность населения трудоспособного возраста, число случаев на 100 тыс. человек соответствующего возраста	490,0	600,9	470,0	-4	-22
Смертность населения трудоспособного возраста от внешних причин, число случаев на 100 тыс. человек соответствующего возраста	158,1	167,5	110,7	-30	-34
Смертность населения трудоспособного возраста (без учета смертности от внешних причин), число случаев на 100 тыс. человек соответствующего возраста	331,9	433,4	359,3	+8	-17

Источник: Росстат, расчет ВШОУЗ.

Вдобавок, на снижение смертности влияют и другие факторы, а именно доступность остальных видов медицинской помощи: бесплатного лекарственного обеспечения (оно сегодня есть только у тех, кто имеет специальные льготы), специализированной и скорой медпомощи. Кроме того, на смертность влияют образ жизни (зависит от реализации межведомственных программ) и доходы населения, которые с 2013 по 2022 г. в реальных ценах сократились на 10%. Без комплексного воздействия на все эти факторы снижения смертности не добиться.

Показатель «Доля пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям в связи с обострением или декомпенсацией заболевания, от общего числа пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением», его выполнение (уменьшение этой доли на 10% ежегодно) также недостижимо. В ситуации низкой доступности первичной медико-санитарной помощи госпитализация в стационар или вызов скорой медицинской помощи, тем более по экстренным показаниям – единственный путь получить помощь и не умереть. Поэтому спрашивать с перегруженного врача на участке за недостижимые показатели снижения смертности **АНТИНАУЧНО**.

В-третьих, сегодня доказано, что стимулирующие выплаты медицинскому персоналу для его мотивации к повышению качества медпомощи НЕЭФФЕКТИВНЫ. В многочисленных научных исследованиях показано, что оплата медицинской помощи за результат, в том числе при оценке работы первичного звена здравоохранения, не приводит к повышению качества медицинской помощи. Более того, есть риски к смещению внимания врачей на болезни, которые охвачены показателями, в ущерб другим (на которые показатели не распространяются), что снижает комплексность оказания медицинской помощи. Считается, что привязка оплаты труда врачей к достижению показателей результативности является фактором, усугубляющим их выгорание [2–4].

Поясним на примере показателей результативности, предложенных в Тарифном соглашении. Например, в ситуации дефицита кадров достичь индикатора «Доля врачебных посещений с профилактической целью за период от общего числа посещений (включая посещения на дому)» можно **только формально, занимаясь приписками**, или ценой уменьшения посещений по причине заболеваний. Ведь люди не стали меньше болеть, а количество медперсонала

прежнее, и его не хватает на выполнение дополнительных функций! Или, например, почему акцент в предложенных показателях сделан только на выявлении и лечении болезней системы кровообращения и диабета? А как же другие болезни: желудочно-кишечного тракта, неврологические заболевания, психические нарушения, последствия травм, инфекции и заболевания, передаваемые половым путем. В результате может возникнуть соблазн: **за что платят, то и будем лечить.**

Именно поэтому авторы упомянутых научных исследований приходят к выводу, что **главными факторами в повышении доступности и качества** медицинской помощи являются отсутствие переработок, достойная оплата труда, благоприятная среда в коллективе, время и широкие возможности для повышения квалификации, а также внутренняя мотивация. О каком качестве медицинской помощи и внутренней мотивации врачей в РФ можно вообще говорить, когда медицинские работники **недооценены** обществом и государством, **перегружены**, а в медицинских организациях **не созданы** элементарные условия для регулярного ознакомления с новыми медицинскими знаниями – в большинстве медицинских организаций страны **нет** профессиональных библиотек. И это в то время, когда медицинские знания **удваиваются каждые 3 мес** [5]. Именно поэтому удивительно, почему ЦНИИОИЗ не ставит эти главные факторы во главу угла, а занимается **формализмом, не учитывая научные подходы**, а ведь сотрудники этого НИИ имеют врачебный диплом и ученую степень!

В-четвертых, введение стимулирующих выплат увеличит и без того раздутый в первичном звене документооборот. Сегодня учет посещений уже и так ведется по **16 подвидам**. Например, существуют 3 вида посещений с профилактической целью, в связи с заболеванием, по реабилитации, а также по всевозможным видам диагностических исследований. По каждому из них установлены нормативы объемов и финансирования, соответственно должна собираться отчетность. И сейчас к этому еще добавлена необходимость сбора, расчета и конт-

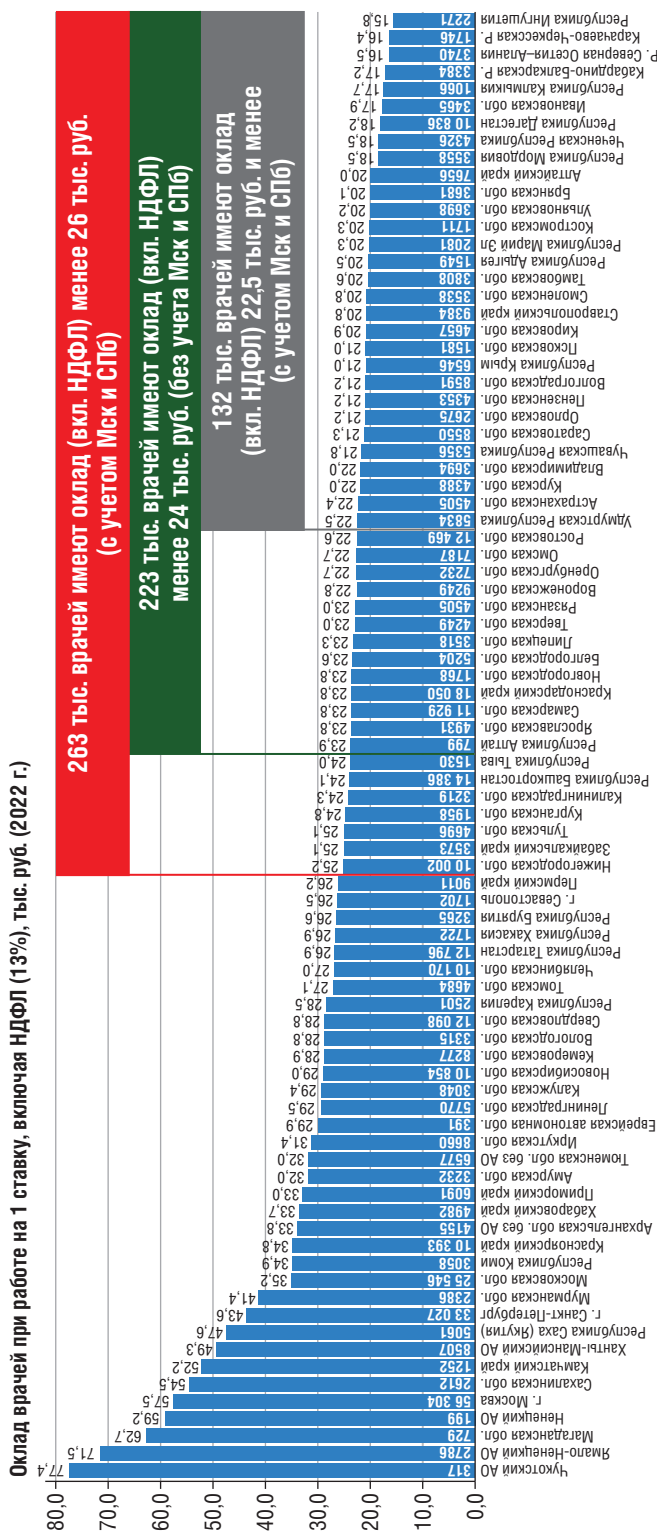
роля исполнения показателей результативности. Все это потребует **дополнительных** финансовых и человеческих затрат, ляжет **дополнительным бременем** на плечи самих врачей.

Самое главное, введение предложенных стимулирующих выплат **ухудшит доступность и качество медицинской помощи**, а также создаст дополнительное напряжение в медицинском сообществе: оно **пока еще не отошло от перегрузок**, которые были во время пандемии.

Из вышеизложенного следует, что при принятии нормативных документов, касающихся существенных изменений в системе здравоохранения, кроме их обсуждения в медицинском сообществе, требуется серьезное научное обоснование.

3. Оплата труда и обеспеченность медицинскими кадрами в РФ

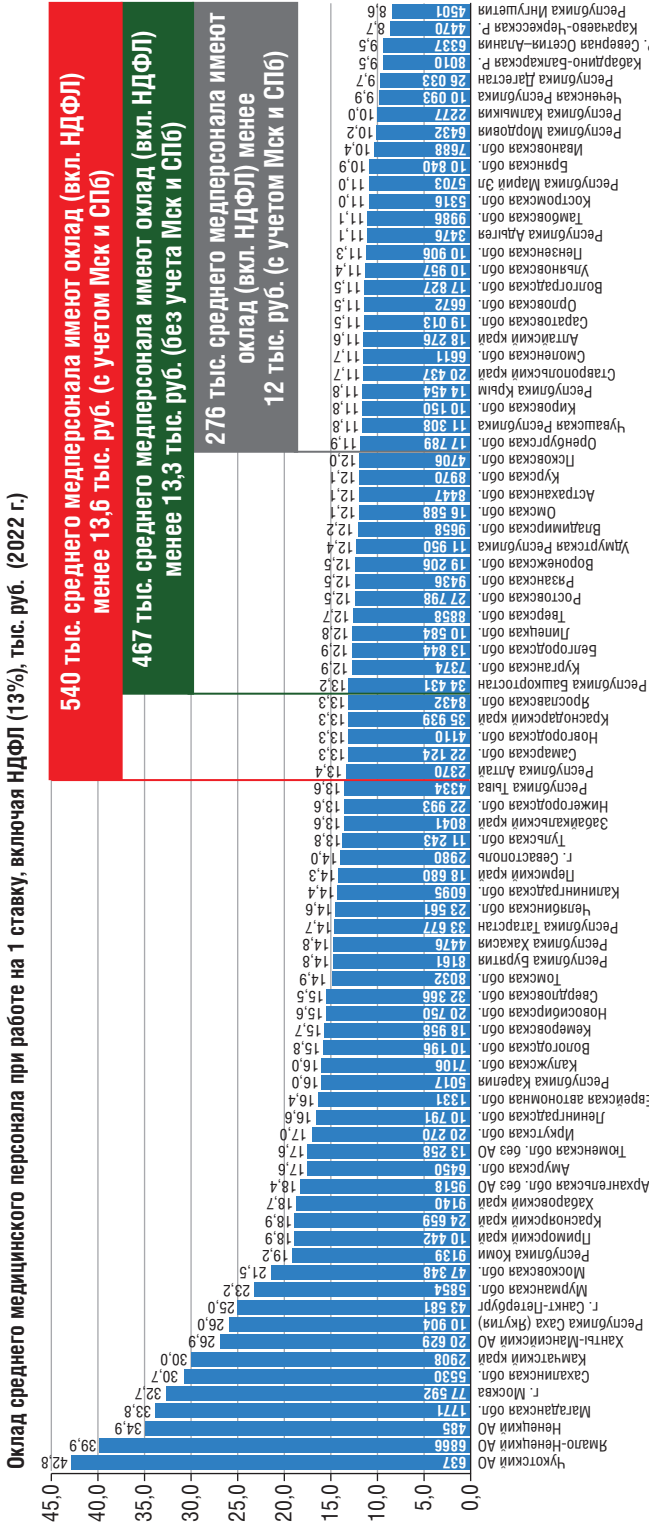
В 2022 г. в РФ гарантированный оклад (тарифная ставка) у половины врачей составил **менее 26 тыс. руб.**, а у среднего медперсонала – **менее 13,6 тыс. руб.** в месяц (рис. 1, 2). Это вынуждает большинство из них перерабатывать: **60%** врачей работают на **1,5 ставки**, а 30% – на 2 ставки и более (*данные Всероссийского союза пациентов*). Как следствие, с 2012 по 2022 г. в РФ обеспеченность врачами **сократилась на 3%**, а средним медицинским персоналом – **на 15%** (рис. 3, 4). Сегодня в РФ обеспеченность врачами даже **на 15–20% ниже**, чем во многих странах ОЭСР (*Австрия, Германия, Норвегия, Швейцария и др., соответственно 3,7 и 4,9 на 1000 населения*), а обеспеченность медицинскими сестрами стала одной **самых низких** среди стран ОЭСР (*соответственно 6,5 и 10,0 на 1000 населения*) (рис. 5, 6). Все это приводит к **перегрузкам, выгоранию и ускоренному оттоку** медицинских кадров из отрасли, а также к **дефициту свободного времени** на полноценное повышение квалификации. Именно поэтому, несмотря на отдельные меры (программа «Земский доктор», целевой набор и др.), укомплектованность первичного звена медицинским персоналом **не растет** и составляет участковыми врачами **84%**, а фельдшерами – **86%**.



Источники: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России, расчет ВШОУЗ.

В нижней части столбиков представлена численность врачей в регионе.

Рис. 1. Медианное значение оклада врачей (тарифная ставка) в регионах РФ в 2022 г.



В нижней части столбиков представлена численность среднего медперсонала в регионе.

Источники: Росстат, ЦНИИОИЗ Минздрава России, расчет ВШОУЗ.

Рис. 2. Медианное значение оклада среднего медицинского персонала (тарифная ставка) в регионах РФ в 2022 г.



Рис. 3. Динамика обеспеченности практикующими врачами в РФ

4. Необходимые меры для повышения доступности и качества медицинской помощи в РФ

Еще и еще раз утверждаю: чтобы решить проблему с повышением доступности медицинской помощи, необходимо решить проблему дефицита медицинских кадров. И уже очевидно, что **ДРУГОГО ПУТИ НЕТ** (см. раздел 3). Для привлечения дополнительных кадров и увеличения оплаты их труда необходимо дополнительное государственное финансирование здравоохранения. Госрасходы на здравоохранение должны **позапно** (за 2–3 года) **вырасти с 4 до 5% ВВП**, т.е. на 1,5 трлн руб.

в ценах 2022 г. Уровень госфинансирования – 5% ВВП – это минимальный уровень, принятый во всех развитых странах, сопоставимых с РФ по уровню экономического развития, а финансово-экономический блок страны не только не планирует увеличивать бюджет здравоохранения, но и **сокращает его на 10%**. И это в отрасли, которая отвечает за **безопасность страны**. В таких условиях выполнить Указ Президента РФ по сокращению смертности, соответственно по увеличению ожидаемой продолжительности жизни россиян до 78 лет к 2030 г. и тем более по снижению напряженности в обществе **НЕВОЗМОЖНО**.

Дополнительные финансовые средства должны пойти на решение следующих задач [6]:



Рис. 4. Динамика обеспеченности средним медицинским персоналом в РФ

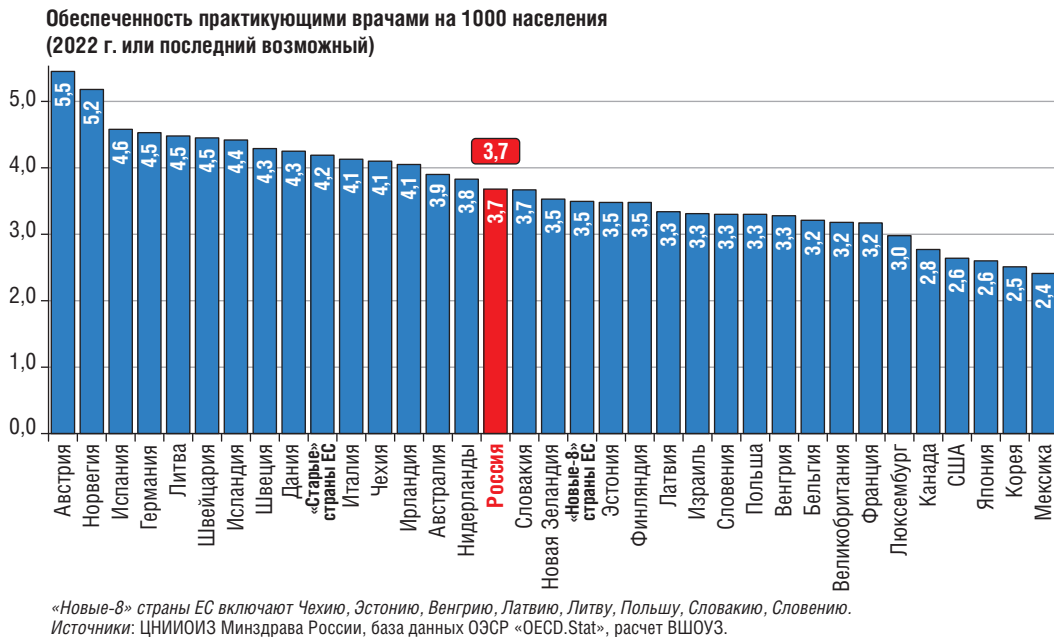


Рис. 5. Обеспеченность практикующими врачами в РФ и в странах ОЭСР



Рис. 6. Обеспеченность средним медицинским персоналом в РФ и в странах ОЭСР

- повышение оплаты труда медицинских работников и выравнивание ее по субъектам РФ. Для этого необходимо установить единые по стране средние оклады в зависимости от уровня профессионально-квалификационной группы (по принципу тарифной сетки): врач – **4 МРОТ**; медицинская сестра – **2 МРОТ**; младшие медицинские работники – **1–1,5 МРОТ**; профессорско-преподавательский состав вузов и НИИ – **5–8 МРОТ**; профессорско-преподавательский состав медицинских колледжей – **4–6 МРОТ**;
- создание системы всеобщего лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях, для чего дополнительно потребуется **250 млрд руб.** в год;
- создание условий в медицинских учреждениях и в образовательных организациях для постоянного получения новых

знаний практикующими медицинскими работниками, преподавателями и студентами медицинских вузов;

- обеспечение равнодоступности медицинской помощи в субъектах РФ. Для этого потребуются централизация управления здравоохранением на уровне Минздрава России с формированием единых подходов в оплате труда медицинских работников и других статей расходов государственных медицинских организаций; восстановление бюджетного финансирования и переход на сметный способ компенсации затрат медицинских организаций;
- реализация межведомственной программы на уровне Правительства РФ по формированию здорового образа жизни населения с целями по снижению потребления алкоголя **на 45%** и распространенности потребления табака **в 2 раза**.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Guzel E. Ulumbekova) – доктор медицинских наук, МВА Гарвардского университета (Бостон, США); руководитель (ректор) Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), Москва, Российская Федерация

E-mail: vshouz@vshouz.ru

<https://orcid.org/0000-0003-0986-6743>

ЛИТЕРАТУРА

1. Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Митрошин П.В., Чилилов А.М., Кобылова О.С. Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, специализированной (в том числе, высокотехнологичной) медицинской помощи в системе ОМС: логика наиболее актуальных изменений тарифной политики 2023 года // Менеджер здравоохранения. 2023. № 6. С. 4–13. DOI: <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2023-6-4-13>
2. McWilliams J.M. Pay for performance: when slogans overtake science in health policy // JAMA. 2022. Vol. 328, N 21. P. 2114–2116. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.20945>
3. Bond A.M., Schpero W.L., Casalino L.P. et al. Association between individual primary care physician merit-based incentive payment system score

and measures of process and patient outcomes // JAMA. 2022. Vol. 328, N 21. P. 2136–2146. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.20619>

4. DiGiorgio A.M., Ehrenfeld J.M., Miller B.J. Improving health care quality measurement to combat clinician burnout // JAMA. 2023. Sept 1. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.15512>

5. Densen P. Challenges and opportunities facing medical education // Trans Am. Clin. Climatol. Assoc. 2011. Vol. 122. P. 48–58. PMID: 21686208; PMCID: PMC3116346.

6. Здравоохранение – важнейшая часть безопасности России: как выполнить эту миссию / Г.Э. Улумбекова, Е.А. Гапонова, А.Б. Гинойн, И.Ю. Худова; под ред. Г.Э. Улумбековой. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. 64 с.: ил. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-7977-3-HR-2023-1-64>

REFERENCES

1. Starodubov V.I., Kadyrov F.N., Obukhova O.V., Mitroshin P.V., Chililov A.M., Kobayakova O.S. Methods of payment for primary health care, specialized (including high-tech) medical care in the compulsory medical insurance system: the logic of the most current changes in the tariff policy of 2023. Menedzher zdoravookhraneniya [Health Care Manager]. 2023; (6): 4–13. DOI: <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2023-6-4-13> (in Russian)
2. McWilliams J.M. Pay for performance: when slogans overtake science in health policy. JAMA. 2022; 328 (21): 2114–6. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.20945>
3. Bond A.M., Schpero W.L., Casalino L.P., et al. Association between individual primary care physician merit-based incentive payment system score and

measures of process and patient outcomes. JAMA. 2022; 328 (21): 2136–46. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.20619>

4. DiGiorgio A.M., Ehrenfeld J.M., Miller B.J. Improving health care quality measurement to combat clinician burnout. JAMA. 2023; Sept 1. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2023.15512>

5. Densen P. Challenges and opportunities facing medical education. Trans Am Clin Climatol Assoc. 2011; 122: 48–58. PMID: 21686208; PMCID: PMC3116346.

6. Healthcare is the most important part of Russia's security: how to fulfill this mission. In: G.E. Ulumbekova, E.A. Gaponova, A.B. Ginoyan, I.Yu. Khudova; G.E. Ulumbekova (ed.). Moscow: GEOTAR-Media, 2023: 64 p.: ill. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-7977-3-HR-2023-1-64> (in Russian)

Почему системе ОМС не хватает денег: сравнение базы и ставок взносов социального медицинского страхования в развитых странах ОЭСР и в Российской Федерации

Рагозин А.В.,
Кудинов А.А.,
Чиркова Т.А.,
Попкова А.О.,
Сиводедов А.А.

Федеральное государственное образовательное бюджетное учреждение высшего образования «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации» (Финансовый университет), 125167, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность исследования обусловлена высокой долей личных медицинских платежей населения в текущих расходах на здравоохранение Российской Федерации (РФ) – по данным Всемирного банка, 27,76% в 2020 г. Это значительно выше среднего показателя по развитым странам Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) – 18%.

В рамках исследования проведено сравнение базы и ставок взносов на социальное медицинское страхование, удерживаемых с доходов населения в РФ и в развитых странах ОЭСР.

Результаты исследования показали, что в сравниваемых странах ОЭСР база взносов социального медицинского страхования значительно шире: взносы удерживаются не только с заработной платы наемных работников и доходов от индивидуального предпринимательства и самозанятости (как в РФ), но и с доходов от капитала, ренты, а во многих странах даже с пенсий по возрасту.

При этом уровень неформальной занятости и теневой экономики в РФ примерно в 2 раза выше, чем в развитых странах ОЭСР, что дополнительно уменьшает базу взносов обязательного медицинского страхования (ОМС) в России. В свою очередь, ставка взносов ОМС в РФ значительно ниже, чем в развитых странах ОЭСР, взносы в которых зачастую в 2–2,5 раза больше, чем в РФ.

Данные исследования позволяют предположить, что одной из причин завышенной доли личных платежей населения в текущих расходах на здравоохранение в РФ является многократно заниженная по сравнению с развитыми странами база взносов ОМС, которая не компенсируется пропорциональным увеличением ставки этих взносов.

Конвенциональным решением проблемы может быть расширение базы взносов ОМС за счет их удержания с доходов от капитала и ренты, а также увеличение ставки взноса и/или ее уравнивание для всех категорий страхователей. Однако с учетом масштаба неформальной занятости и теневой экономики в России более системным и инновационным подходом авторы считают замену удерживаемых с доходов населения взносов ОМС универсальным целевым налогом (взносом) с безналичных финансовых транзакций и с операций по снятию и внесению на счета наличных денег.

Ключевые слова:

финансирование медицинской помощи; обязательное медицинское страхование; взносы; неформальная занятость; теневая экономика; целевой налог с безналичных транзакций

Финансирование. Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счет бюджетных средств по государственному заданию Финансового университета при Правительстве Российской Федерации.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Концепция и дизайн исследования, написание текста: статистическая обработка данных, редактирование – Рагозин А.В.; концепция и дизайн исследования, написание текста, сбор и обработка материала, составление списка литературы, редактирование – Кудинов А.А.; сбор статистических данных, табличное и графическое представление результатов, анализ полученных результатов – Чиркова Т.А.; сбор и обработка статистических данных, составление списка литературы – Попкова А.О., редактирование, составление списка литературы – Сиводедов А.А.

Для цитирования: Рагозин А.В., Кудинов А.А., Чиркова Т.А., Попкова А.О., Сиводедов А.А. Почему системе ОМС не хватает денег: сравнение базы и ставок взносов социального медицинского страхования в развитых странах ОЭСР и в Российской Федерации // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2023. Т. 9, № 3. С. 14–27. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-3-14-27>

Статья поступила в редакцию 31.05.2023. Принята в печать 25.08.2023.

Why the MHI system is short of money: a comparison of social health insurance contribution bases and rates in developed OECD countries and in the Russian Federation

*Ragozin A.V., Kudinov A.A.,
Chirkova T.A., Popkova A.O.,
Sivodedov A.A.*

Financial University under the Government
of the Russian Federation, 125167, Moscow,
Russian Federation

The relevance of the study is due to the high share of personal health payments of the population in current health expenditure in the Russian Federation – according to the World Bank, 27.76% in 2020, which is significantly higher than the average for developed OECD countries – 18%. The study compared the base and rates of social health insurance contributions withheld from personal income in the Russian Federation and developed OECD countries.

The results showed that in the compared OECD countries the social health insurance contribution base is much broader: contributions are withheld not only from the wages of employees and income from self-employment and self-employment (as in the Russian Federation), but also from income from capital, rents, and in many countries also from old-age pensions. At the same time, the level of

informal employment and the shadow economy in the Russian Federation is about 2 times higher than in developed OECD countries – which further reduces the MHI contribution base in Russia. In turn, the MHI contribution rate in the Russian Federation is much lower than in developed OECD countries, where contributions are often 2–2.5 times higher than in the Russian Federation.

These studies suggest that one of the reasons for the excessive share of personal payments of the population in current health care expenditure in the Russian Federation is the MHI contribution base, which is many times lower than in developed countries and which is not compensated by a proportional increase in the rate of these contributions.

A conventional solution to the problem could be to expand the MHI contribution base by deducting it from capital income and rent, and to increase the contribution rate and/or equalise it for all categories of policyholders. However, given the scale of informal employment and the shadow economy in Russia, the authors consider a more systematic and innovative approach to replace MHI premiums with a universal targeted tax (contribution) on non-cash financial transactions and on cash withdrawals and deposits.

Keywords:

health care financing; MHI; contributions; informal employment; shadow economy; earmarked tax on non-cash transactions

Financing. The article is based on the results of research carried out at the expense of budgetary funds on the state assignment of the Financial University under the Government of the Russian Federation.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Contribution. Research concept and design, text writing; statistical data processing, editing – Ragozin A.V.; the concept and design of the study, writing the text, collecting and processing the material, compiling a list of references, editing – Kudinov A.A.; collection of statistical data, tabular and graphical presentation of the results, analysis of the results obtained – Chirkova T.A.; collection and processing of statistical data, compilation of a list of references – Popkova A.O., editing, compilation of a list of references – Sivadodov A.A.

For citation: Ragozin A.V., Kudinov A.A., Chirkova T.A., Popkova A.O., Sivadodov A.A. Why the MHI system is short of money: a comparison of social health insurance contribution bases and rates in developed OECD countries and in the Russian Federation. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]*. 2023; 9 (3): 14–27. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-3-14-27> (in Russian)

Received 31.05.2023. **Accepted** 25.08.2023.

Актуальность исследования обусловлена высокой долей личных медицинских расходов домохозяйств в общих и текущих расходах на здравоохранение (out-of-pocket – OOP, %) в Российской Федерации (РФ).

Если в развитых странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) этот показатель эффективности финансирования гарантий медицинской помощи в 2020 г. в среднем составил 16,61%, то в РФ население из личных средств оплачивает 27,76% текущих расходов на здравоохранение. Однако стоит

отметить, что в 2019 г. этот показатель составил 36,57%, такое снижение было вызвано жесткими ограничительными мерами в эпоху пандемии COVID-19 в 2020 г., граждане перешли на государственное обеспечение, подобное снижение наблюдалось и в Европе, однако в развитых странах падение не превысило 3,5% при среднем значении 17,81% [1].

Столь высокий уровень личных медицинских расходов населения требует поиска причин низкой эффективности финансирования медицинских гарантий, технологический цикл

которой включает формирование базы доходов, их сбора, консолидации (пулинга) и оплаты медицинских услуг.

Очевидно, что формирование базы доходов представляется ключевым фактором эффективности системы финансирования медицинских гарантий населению. Однако в доступных источниках авторы нашли только 2 статьи, посвященные анализу и сравнению базы и ставок взносов на социальное медицинское страхование в РФ и в развитых странах [2, 3]. Данные этих исследований ограничены небольшим числом сравниваемых стран, не позволяют оценить и сравнить как базу страховых взносов (с доходов каких групп населения они удерживаются), так и размер их базовых (рассчитанных на средний доход) ставок. Поэтому в рамках данного исследования были проведены анализ и сравнение базы удерживаемых с доходов экономически активного населения взносов социального медицинского страхования в развитых странах ОЭСР и в РФ, а также сравнение ставок этих взносов для разных категорий застрахованных в зависимости от источника их доходов.

Методология исследования и полученные данные

Поскольку в РФ в настоящее время используется страховая модель финансирования медицинских гарантий [система обязательного медицинского страхования (ОМС)], сначала были определены сравниваемые развитые страны ОЭСР, также использующие страховую модель. Опираясь на данные национальных счетов здравоохранения развитых стран ОЭСР, был проведен анализ данных о структуре бюджета схемы НФ.1 (государственные и обязательные схемы финансирования здравоохранения): составляющие ее доли (%) схемы НФ.1.1 (схемы центрального правительства и схемы региональных/местных правительств) и финансируемой из страховых взносов схемы НФ.1.2 (схема социального медицинского страхования), а также доли личных медицинских расходов населения в текущих расходах на здравоохранение.

Данные об источниках доходов сопоставляли с долей личных медицинских расходов населения в текущих расходах на здравоохранение (ООР, %).

По данным анализа, развитые страны ОЭСР были распределены на 2 группы: страны с преимущественным или значительным финансированием медицинских гарантий страховыми взносами; страны с преимущественным финансированием медицинских гарантий общими налогами (табл. 1, 2).

Соответственно, для анализа и сравнения с показателями страховой системы здравоохранения РФ в последующем были использованы данные о базе доходов государственной/обязательной схемы развитых стран ОЭСР с преимущественным или значительным финансированием медицинских гарантий страховыми взносами (см. табл. 2).

Затем был проведен анализ официальных источников: налогового законодательства, официальных сайтов систем социального страхования и налоговых служб сравниваемых развитых стран ОЭСР – для уточнения и оценки используемых в этих развитых странах ставок страховых взносов в зависимости от облагаемых ими основных источников доходов застрахованных: заработная плата, самозанятость и индивидуальное предпринимательство, доходы от ренты и капитала, а также пенсия по возрасту. Полученные данные приведены в табл. 3.

Обсуждение полученных данных

В ходе исследования сначала были проанализированы доли личных медицинских расходов домохозяйств в текущих расходах на здравоохранение (ООР) в странах ОЭСР и в России. С одной стороны, значимой зависимости этого показателя эффективности финансирования здравоохранения от выбора источника доходов не обнаружено. В странах как с преимущественно налоговым, так и с преимущественно страховым финансированием есть государства с очень низкой и с сильно завышенной долей личных медицинских расходов домохозяйств в текущих расходах на здравоохранение.

Таблица 1. Развитые страны ОЭСР с преимущественным или значительным финансированием медицинских гарантий страховыми взносами: доли налогов (HF.1.1) и страховых взносов (HF.1.2) в доходах обязательной (государственной) схемы HF.1

Страна	ООР, % 2019	HF.1.2/ HF.1.1	% доходов HF.1				
			2000	2005	2010	2015	2020
Эстония	24,07	Взносы	-	80,6	79,6	79,7	69,9
		Налоги	-	18,3	17,6	19,9	30,0
Южная Корея	30,25	Взносы	60,8	61,9	66,1	66,2	66,0
		Налоги	32,0	34,2	31,3	31,2	31,5
Нидерланды	10,57	Взносы	79,1	70,3	53,5	52,2	46,1
		Налоги	20,7	29,5	28,6	29,0	34,9
Германия	13,48	Взносы	86,9	83,8	72,1	75,5	73,7
		Налоги	12,2	15,6	18,3	15,5	18,2
Греция	34,64	Взносы	-	61,1	56,3	51,7	54,4
		Налоги	-	38,9	43,7	48,3	45,6
Израиль	11,83	Взносы	-	-	57,4	60,4	69,4
		Налоги	-	-	26,778	25,1	21,7
Словения	11,66	Взносы	-	-	-	66,2	60,6
		Налоги	-	-	-	7,1	16,2
Словакия	19,16	Взносы	-	-	-	-	72,4
		Налоги	-	-	-	-	27,6
Польша	20,44	Взносы	-	-	86,2	86,4	86,4
		Налоги	-	-	13,8	13,6	13,6
Литва	32,27	Взносы	-	-	-	58,2	57,0
		Налоги	-	-	-	40,2	40,9
Япония	12,93	Взносы	-	-	-	49,7	-
		Налоги	-	-	-	50,3	-
Чехия	14,09	Взносы	-	-	-	-	58,2
		Налоги	-	-	-	-	41,5
Люксембург	9,62	Взносы	-	-	-	57,0	-
		Налоги	-	-	-	42,9	-
Австрия	17,91	Взносы	-	-	-	-	48,2
		Налоги	-	-	-	-	51,8
Бельгия	18,98	Взносы	-	38,8	37,8	36,4	31,8
		Налоги	-	48,1	50,3	52,4	59,8
Франция	9,46	Взносы	74,9	75,3	74,6	-	-
		Налоги	5,0	4,9	5,0	-	-
Средний ООР, %	18,21						

Источник: составлено авторами на основании OECD.Stat. Доступно: <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA>.

Так, наихудшие показатели ООР среди стран с налоговым финансированием здравоохранения оказались у Латвии (32,09%) и Португалии (27,8%), а среди стран со страховой моделью – у Греции (33,44%), Литвы (28,69%) и Южной Кореи (27,75%); это практически столько же и даже ощутимо выше, чем в РФ.

В свою очередь, в странах с налоговой моделью медицинских гарантий наименьшую роль в финансировании здравоохранения играют ООР в США (9,89%), Ирландии (10,5%) и Новой Зеландии (11,58%), а среди стран со страховым финансированием – в Люксембурге (8,45%), во Франции (8,94%) и в Нидерландах (9,32%).

Таблица 2. Развитые страны ОЭСР с преимущественным финансированием медицинских гарантий общими налогами

Страна	ООР, %*	HF.1.2/ HF.1.1	% доходов HF.1				
			2000	2005	2010	2015	2020
Финляндия	17,42	Взносы	15,5	10,9	10,4	10,3	7,6
		Налоги	83,3	87,9	88,1	88,3	91,9
Швеция	13,71	Взносы	0	0	0	0	0
		Налоги	100	100	100	100	100
Ирландия	11,83	Взносы	-	-	-	0,4	0,7
		Налоги	-	-	-	99,6	99,3
Исландия	15,55	Взносы	-	-	-	0	0
		Налоги	-	-	-	100	100
Италия	23,46	Взносы	-	-	-	0,3	0,2
		Налоги	-	-	-	99,7	99,8
Испания	21,76	Взносы	-	-	-	3,9	3,0
		Налоги	-	-	-	96,1	97,0
Португалия	30,61	Взносы	-	-	-	-	3,5
		Налоги	-	-	-	-	96,5
Канада	15,04	Взносы	-	-	2,0	2,0	1,7
		Налоги	-	-	98,0	98,0	98,3
Латвия	35,23	Взносы	-	-	-	-	0
		Налоги	-	-	-	-	99,7
Австралия	14,69	Взносы	-	-	-	0	-
		Налоги	-	-	-	98,6	-
Новая Зеландия	12,15	Взносы	8,6	9,0	-	-	-
		Налоги	81,2	79,0	-	-	-
Великобритания	16,39	Взносы	0	0	0	0	0
		Налоги	99,8	99,8	99,8	99,8	99,9
Дания	13,79	Взносы	-	-	0	0	0
		Налоги	-	-	100	100	100
Норвегия	13,92	Взносы	-	-	-	-	12,0
		Налоги	-	-	-	-	87,9
США	11,33	Взносы	33,2	28,2	23,5	14,4	13,3
		Налоги	66,8	71,8	76,6	47,5	53,6
Средний ООР, %	17,79						

Источники: составлено авторами на основании OECD.Stat. Доступно: <https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA>.

Таким образом, данные исследования позволяют предположить, что сам по себе выбор источника доходов: общие налоги или страховые взносы с доходов населения – практически не влияет на долю вынужденных личных медицинских платежей населения в текущих расходах на здравоохранение как критерия эффективности финансирования медицинских гарантий.

Результаты исследования и сравнения базы взносов социального медицинского страхования показали, что в сравниваемых странах ОЭСР эта база значительно шире, чем в РФ: взносы удерживаются не только с заработной платы наемных работников и доходов от индивидуального предпринимательства и самозанятости (как в российской системе ОМС), но и с доходов от капитала,

Таблица 3. Ставка взносов на социальное (обязательное) медицинское страхование в Российской Федерации и в развитых странах ОЭСР, % среднего дохода без учета числа иждивенцев

Страна	Заработная плата	Доходы от самозанятости и индивидуального предпринимательства	Доходы от капитала и ренты	Пенсия по возрасту
Российская Федерация	5,1	1,48–2,22	0	0
Германия	14,6	14,6	14,6	14,6
Словакия	14,0	14,0	0	0
Чехия	13,5	13,5 от 50% дохода	13,5 от 50% дохода	0
Эстония	13,0	13,0	13,0	13,0
Словения	12,92	12,92	12,92–18,78	5,59
Япония	Средняя ставка 10,0	Ставка рассчитывается от годового дохода домохозяйства в зависимости от количества членов домохозяйства		
Франция	9,2	9,2	9,2	6,6
Польша	9,0	4,9–9,0	4,9–9,0	9,0
Австрия	7,65	6,8	6,8	5,1
Греция	7,1	6,95	6,95	6,0
Южная Корея	7,09	Ежемесячный взнос = оценка доходов и имущества в балах × стоимость бала (208,4 вон)		
Нидерланды	6,68	5,43	5,43	5,43
Люксембург	6,1	6,1	6,1	5,6
Израиль	3,1–5,0	3,1–5,0	3,1–5,0	0
Литва	6,98	6,98	6,98	0
Бельгия	7,35	Открытых официальных данных не найдено		

Источник: составлено авторами на основании [4–36].

ренты, а во многих странах даже с пенсий по возрасту, т.е. удерживаются не только с активного, но и с замещающего дохода.

Если не рассматривать спорный в социальном отношении вопрос об удержании страховых взносов с пенсий по возрасту как замещающего пассивного дохода и с учетом того, что доходы от капитала (прибыль) и ренты во внутреннем валовом продукте (ВВП) развитых стран и России в среднем составляют ~40%, база взносов российской системы ОМС представляется ощутимо заниженной за счет освобождения от уплаты взносов ОМС доходов населения от ренты и капитала. Более того, живущие на эти доходы не занятые наемным трудом граждане считаются неработающими, и взносы за их ОМС платят бюджеты субъектов Федерации.

При этом, оценивая базу взносов ОМС в РФ (основу которой составляют взносы с зара-

ботной платы формально занятых работников), следует учитывать масштаб российской теневой экономики и неформальной занятости (табл. 4).

Тем самым база взносов ОМС с заработной платы в РФ ниже на ~20%, чем в развитых странах ОЭСР, а это в еще большей степени ограничивает доходы системы ОМС.

Значимое влияние масштаба теневой экономики и неформальной занятости на доходы страховых систем финансирования медицинских гарантий подтверждает тот факт, что все без исключения развитые страны ОЭСР со страховой моделью и наихудшими показателями доли ООР (Греция, Южная Корея, Литва) имеют большую долю теневой экономики в ВВП, соответственно 27,06; 25,70 и 25,15%. При этом, судя по данным исследования, на высокий уровень ООР в Южной Корее мало влияет инновация этой страны, направленная на минимизацию фактора

Таблица 4. Теневая экономика и неформальная занятость в России и в развитых странах ОЭСР

Страна	Средний размер оценки доли теневой экономики в ВВП, %, оценка методом МИМЭС за период 1991–2015 ^а	Неформальная занятость, % занятого населения, 2018 ^б
Россия	38,40	35,9
Развитые страны ОЭСР, в среднем	16,90	10,34
Швеция	13,28	8,2
Словакия	15,33	16,7
Греция	27,06	32,8
Германия	11,97	10,2
Бельгия	20,57	13,5
Испания	24,52	27,3
Италия	24,95	19,0
Финляндия	13,49	6,3
Португалия	21,88	12,1
Латвия	22,23	13,2
Венгрия	25,23	12,2
Норвегия	14,07	7,4
Чехия	14,83	9,2
Австрия	8,93	10,0
Эстония	23,80	6,9
Япония	10,41	18,7
Франция	14,08	9,8
Исландия	14,20	4,9
Словения	24,09	5,0
Южная Корея	25,70	31,5
Великобритания	11,08	13,6
Литва	25,15	12,6
США	8,34	18,6
Люксембург	10,67	1,2
Нидерланды	10,77	9,4
Швейцария	7,24	10,4
Дания	15,19	11,2
Израиль	22,01	Нет данных
Ирландия	13,89	13,5
Австралия	12,06	Нет данных
Польша	25,10	38,0
Канада	13,92	Нет данных
Новая Зеландия	11,70	Нет данных

Источники: ^а Medina L., Schneider F. *Shadow Economies Around the World: What Did We Learn Over the Last 20 Years?* International Monetary Fund, 2018; ^б Women and men in the informal economy: a statistical picture (3rd ed.)/International Labour Office. Geneva: ILO, 2018.

теневой экономики и неформальной занятости – превращение в страхователя домохозяйств с расчетом взносов на основе балльной оценки имущества.

Сопоставляя ставки взносов с заработной платы работников, можно отметить, что средний показатель ставки в развитых странах ОЭСР составляет 9,52%, а это в 1,87 раза больше нало-

говой ставки в России (5,1%). Если не брать в расчет город-государство Люксембург, ближе всего к показателям России ставки удерживаемых с зарплат взносов в Израиле и в Литве – соответственно 5,1; 5,0 и 6,98%.

Иными словами, в Литве, как и в России, низкая ставка взносов сочетается с масштабным сектором теневой экономики, а это закономерно приводит к тому, что показатель ООР в Литве – один из самых высоких среди развитых стран ОЭСР. В свою очередь, в Израиле уровень ООР несколько выше среднего по странам ОЭСР, а сопоставимая с российской низкая ставка взносов компенсирована меньшим масштабом по сравнению с Россией теневой экономики и более широкой базой взносов, которые в Израиле удерживаются не только с заработной платы наемных работников, самозанятых и индивидуальных предпринимателей, но и с доходов от капитала и ренты.

В свою очередь, ставка взносов ОМС с доходов самозанятых – растущей, сопоставимой по численности с наемными работниками экономически активной группы населения – в РФ в несколько раз ниже, чем в развитых странах ОЭСР. Наконец взносы ОМС с доходов индивидуальных предпринимателей в РФ носят фиксированный (т.е. регрессивный) характер, в отличие от развитых стран ОЭСР, где индивидуальные предприниматели, как правило, платят взносы на социальное медицинское страхование пропорционально доходам.

Таким образом, данные исследования позволяют утверждать, что по сравнению с развитыми странами ОЭСР в РФ значительно занижена как база, так и ставка взносов социального медицинского страхования, а это не позволяет рассчитывать на систему ОМС как на ведущий источник финансирования медицинских гарантий и требует непропорционально больших для страховой системы доли финансируемых налогами бюджетных ассигнований.

Данные соображения подтверждаются значимым превалированием бюджетных (налоговых) ресурсов над страховыми взносами ОМС в бюджете Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам РФ (табл. 5).

Данные табл. 5 показывают необоснованность взглядов на решение проблемы дефицита Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам РФ увеличением бюджетного (налогового) финансирования, что полагает нормальным и допустимым, например, Н.Н. Сисигина [3]. В ситуации, когда уже сейчас доля налогов в финансировании медицинских гарантий гражданам РФ значительно превышает долю страховых взносов, дальнейшее увеличение бюджетного финансирования превращает страховой механизм формирования доходов в дорогостоящую фикцию.

В свою очередь, представляются малоперспективными и конвенциональные решения, предусматривающие приведение системы доходов ОМС к нормам практик развитых стран ОЭСР к определению базы взносов и их ставки. Ключевыми ограничениями для увеличения базы взносов видятся масштаб теневой экономики и неформальной занятости в РФ, что приводит к выраженной «проблеме безбилетника». В свою очередь, увеличение ставки взносов ОМС также не представляется реалистичным в ситуации, когда успешное лоббирование работодателями льгот по уплате взносов ОМС привело к той ситуации, что в настоящее время большое число отраслей и промышленно развитых территорий РФ не платят взносы ОМС вообще или платят их по символической льготной ставке 0,1%.

В этих условиях наиболее перспективным представляется предложение авторитетного исследователя теневой экономики американского экономиста E. Feige [37]: замена социального налогообложения зарплат универсальным (обязательным для всех юридических и физических лиц) целевым налогом (взносом) на платежные операции (Automated Payment Transactiontax, налог АРТ), который автоматически удерживается с каждой безналичной транзакции, а также с операций по снятию наличных и их внесению на безналичный счет.

Разработчики налога АРТ полагают, что заложенный в его основу принцип социальной солидарности сведет к минимуму «проблему безбилетника»:

Таблица 5. Доли страховых взносов и налоговых (бюджетных) ресурсов в Программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам РФ, %, 2015–2019 гг.

Источники финансирования Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам РФ	2015		2017		2019	
	млрд руб.	%	млрд руб.	%	млрд руб.	%
Общие расходы на Программу госгарантий	2380,8	100	2511,6	100	3447,3	100
Страховые ресурсы ОМС: взносы за работающих и другие налоговые поступления в ФФОМС, %	835,1	35,1	970,5	38,6	1427,7	41,4
Бюджетные ресурсы ОМС: межбюджетные трансферты ФФОМС + расходы бюджетов субъектов Федерации на ОМС так называемого неработающего населения	640,1	64,9	646,1	61,4	799,1	58,6
Федеральный бюджет	429,9		351,4		502,3	
Бюджеты субъектов Федерации	475,7		543,6		718,2	

Источники: составлено авторами на основании Федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015 год» от 31.10.2016 № 379-ФЗ (URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_206477; дата обращения 18.03.2023); Федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2017 год» от 11.10.2018 № 357-ФЗ (URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_308714; дата обращения 18.03.2023); Федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2019 год» от 15.10.2020 № 317-ФЗ (URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_365116; дата обращения 18.03.2023); Приложения 2.1 к Отчету Счетной палаты Российской Федерации о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ распределения, предоставления и расходования субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, а также оценка влияния особенностей субъектов Российской Федерации на размер выделяемой субвенции», утвержден Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 2 февраля 2021 г. (доступно: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/fa4/fa412e5db73d7355f85a2c05de4eb4a3.pdf?highlight-search-result=%D0%9E%D0%9C%D0%A1&highlight-search-result=429>; дата обращения 18.03.2023).

- обеспечит максимально возможную налогооблагаемую базу, привлекая к финансированию общедоступных социальных гарантий неформально занятых, теневую и офшорную экономику, рынок криптовалют и криминальный мир, тем самым снизив социальные расходы бюджета;
- максимально возможная налогооблагаемая база сделает ставку налога АРТ минимальной, его администрирование малозатратным, а нагрузку на налогоплательщиков пропорциональной их фактическим, а не декларируемым доходам, т.е. справедливой;
- минимальная ставка налогов позволит отказаться от системы налоговых льгот, уменьшит стимулы для ухода в тень и неформальной занятости;
- перенос непроизводительных социальных затрат с производства на оборот повысит финансовую стабильность предприятий и снизит их потребность в оборотном капитале.

Есть основания полагать, что данная инновация позволит наиболее полно реализовать страховые принципы в финансировании медицинских гарантий и в условиях наложенных на РФ экономических санкций использовать конкурентное преимущество ее финансовой системы – развитую систему безналичных платежей, которая охватывает сектор теневой экономики и неформально занятых. Так, по данным наблюдения Банка России, в национальной платежной системе за 2020 г. объем безналичных платежей превышает ВВП России в 15 раз, а по темпам их

роста РФ вышла на 1-е место в мире. Данное обстоятельство позволяет заменить социальные отчисления в ФФОМС универсальным целевым налогом (взносом) АРТ с минимальной ставкой.

Так, по данным Банка России, в 2020 г. через системно значимую платежную систему Банка России (ПС БР) было совершено безналичных платежей на сумму 1657,6 трлн руб. В свою очередь, общий объем доходов ФФОМС за 2020 г. составил 2,39 трлн руб. (см. Федеральный закон «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2020 год» от 25.10.2021 № 362-ФЗ).

Соответственно, в 2020 г. всю систему доходов ФФОМС (взносы работодателей за работников, платежи из бюджета субъектов Федерации за неработающих, трансферты федерального бюджета и пр.) можно было заменить одним универсальным целевым («медицинским») взносом (налогом), автоматически удерживаемым со всех безналичных транзакций со ставкой 0,14%, т.е. удерживая 14 копеек с каждых 100 рублей платежа. Важно отметить, что ставка налога может быть еще ниже, если учесть налогообложение операций по снятию и внесению наличных, а также операций по конвертации криптовалют.

Выводы

1. Сам по себе выбор источника финансирования медицинских гарантий: общие налоги или страховые взносы с доходов населения – практически не влияет на долю личных медицинских расходов домохозяйств в текущих расходах на здравоохранение. Гораздо большее значение имеет

масштаб теневой экономики и неформальной занятости, которые ощутимо влияют на долю личных медицинских затрат домохозяйств в текущих расходах здравоохранения в странах, финансирующих медицинские гарантии как общими налогами, так и страховыми взносами.

2. По сравнению с использующими страховую модель развитыми странами ОЭСР база взносов российской ОМС ощутимо занижена: с одной стороны, за счет освобождения от уплаты взносов ОМС доходов от ренты и капитала, с другой – по причине масштабной неформальной занятости и теневой экономики России, что значительно снижает базу взносов («проблема безбилетника», free-rider problem).
3. Значительно занижена по сравнению с развитыми странами ОЭСР и ставка взносов ОМС, удерживаемых в РФ только с заработной платы и доходов самозанятых и индивидуальных предпринимателей.
4. Масштабное ограничение как базы, так и ставок взносов ОМС в условиях масштабной теневой экономики и неформальной занятости – важная, если не ключевая, причина низкой эффективности системы финансирования медицинских гарантий гражданам РФ.
5. Наиболее перспективным, политически реализуемым и технологически доступным решением проблемы низкой эффективности финансирования медицинских гарантий представляется замена существующей системы доходов универсальным целевым («медицинским») взносом (налогом), автоматически удерживаемым со всех безналичных транзакций.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Рагозин Андрей Васильевич (Andrey V. Ragozin) – кандидат медицинских наук, директор Центра проблем организации, финансирования и межтерриториальных отношений в здравоохранении Института региональной экономики и межбюджетных отношений, Финансовый университет, Москва, Российская Федерация

E-mail: AVRagozin@fa.ru

<https://orcid.org/0000-0003-4645-8765>

Кудинов Алексей Андреевич (Alexey A. Kudinov) – лаборант-исследователь Института региональной экономики и межбюджетных отношений, Финансовый университет, Москва, Российская Федерация

E-mail: aakudinov@fa.ru

<https://orcid.org/0000-0003-0918-1058>

Чиркова Таисия Алексеевна (Taisiia A. Chirkova) – лаборант-исследователь Института региональной экономики и межбюджетных отношений, Финансовый университет, Москва, Российская Федерация

E-mail: tachirkova@fa.ru

<https://orcid.org/0009-0000-8957-0023>

Попкова Ангелина Олеговна (Angelina O. Popkova) – лаборант-исследователь Института региональной экономики и межбюджетных отношений, Финансовый университет, Москва, Российская Федерация

E-mail: aopopkova@fa.ru

<https://orcid.org/0009-0002-3558-2832>

Сиводедов Артем Александрович (Artem A. Sivodedov) – лаборант-исследователь Института региональной экономики и межбюджетных отношений, Финансовый университет, Москва, Российская Федерация

E-mail: 216129@edu.fa.ru

<https://orcid.org/0000-0003-0042-2898>

ЛИТЕРАТУРА

- ВОЗ. Наличные расходы в процентах от текущих расходов на здравоохранение (СНЕ) (%). [Электронный ресурс]. URL: [\(https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-\(che\)-\(-\)\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-(che)-(-)) (дата обращения: 02.05.2023).
- Гренадерова М.В., Борисова С.С. Сравнительный анализ отчислений на социальные нужды в России, в США и в Европе // Вестник алтайской академии экономики и права. 2020. № 9. С. 226–232.
- Сисигина Н.Н. Финансовое обеспечение современных страховых систем здравоохранения // Финансовый журнал. 2017. № 1. С. 77–90.
- Федеральная налоговая служба. Официальный сайт [Электронный ресурс]. URL: https://www.nalog.gov.ru/rn77/yul/str_vznos/ (дата обращения: 13.04.2023).
- Федеральная налоговая служба. Налог на профессиональный доход [Электронный ресурс]. URL: <https://npd.nalog.ru/> (дата обращения: 13.04.2023).
- Взносы: Федеральное министерство здравоохранения Германии [Электронный ресурс]. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege.html> (дата обращения: 27.03.2023).
- Какова сумма моих взносов, подлежащая уплате? Deutsche Rentenversicherung [Электронный ресурс]. URL: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/In-der-Rente/Kranken-und-Pflegeversicherung-der-Rentner/kranken-und-pflegeversicherung-der-rentner.html#:~:text=Der%20allgemeine%20Beitragsatz%20zur%20Krankenversicherung,alle%20Krankenkassen%2014%2C6%20Prozent> (дата обращения: 27.03.2023).
- Руководство по применению минимального авансового платежа: Министерство здравоохранения Словакии [Электронный ресурс]. URL: <https://www.health.gov.sk/?Minimalne-poistne-1-1-2023> (дата обращения: 18.04.2023).
- За кого государство должно платить налоги: Doversa Словакия [Электронный ресурс]. URL: <https://www.doversa.sk/>
- najcastejsie-otazky/poistenie-poistne-a-povinnosti/odvody/399-zakohovsetkeho-plati-odvody-stat (дата обращения: 18.04.2023).
- Система медицинского страхования в Чешской Республике: Министерство здравоохранения Чехии [Электронный ресурс]. URL: <https://kancelarzp.cz/en/usefull-links-info/health-insurance-system-in-cz/#:~:text=Self-employed%20persons%20pay%2013.5,is%202393%20CZK%20per%20month> (дата обращения 27.03.2023).
- Социальное и медицинское страхование: Налоговый портал Чехии [Электронный ресурс]. URL: https://www.mesec-cz.translate.google.com/translate/danovy-portal/dan-z-prijmu/socialni-a-zdravotnipojisteni/?_x_tr_sl=cs&_x_tr_tl=ru&_x_tr_hl=ru&_x_tr_pto=sc (дата обращения: 27.03.2023).
- Медицинское страхование: Больничная касса Эстонии [Электронный ресурс]. URL: <https://www.tervisekassa.ee/inime-sele/ravikindlustus> (дата обращения 27.03.2023).
- Закон о медицинском страховании Эстонии: Государственная газета. URL: https://www.riigiteataja-ee.translate.google.com/akt/113032019136?_x_tr_sl=et&_x_tr_tl=ru&_x_tr_hl=ru&_x_tr_pto=wapp (дата обращения: 03.04.2023).
- Таблицы страховых взносов: Министерство здравоохранения Словении [Электронный ресурс]. URL: https://zavezanec.zzs.si/wps/portal/portal/azap/prispevki-za-obvezno-zdravstvenozavarovanje/preglednica-prispevkov/lut/p/z/1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfJ08zITy08zQwtTQx8LfzDA0CLZxcTdxAdA4zc3Q31C7ldFQG0o88g/ (дата обращения: 27.03.2023).
- Таблица страховых взносов за 2020 финансовый год (с марта 2022 г.): Японская ассоциация медицинского страхования [Электронный ресурс]. URL: https://www.kyoukaikenpo-or.jp.translate.google.com/g7/cat330/sb3150/r04/r4ryougakuhyou3gatukara/?_x_tr_sl=ja&_x_tr_tl=ru&_x_tr_hl=ru&_x_tr_pto=wapp%22 (дата обращения: 27.03.2023).
- Взносы национального медицинского страхования и страховые налоги: Министерство здравоохранения Японии [Электронный ресурс]. URL: <https://www.mhlw.go.jp/english/health/insurance/>

ронный ресурс]. URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21517.html (дата обращения: 05.04.2023).

17. CSG и CRDS с заработанного и замещающего дохода: Официальный сайт французской администрации [Электронный ресурс]. URL: https://www.service-public.fr.translate.googleusercontent.com/translate/F2971?lang&quest&_x_tr_sl=fr&_x_tr_tl=ru&_x_tr_hl=ru&_x_tr_pto=wapp (дата обращения: 27.03.2023).

18. Страховой взнос: Министерство здравоохранения Польши [Электронный ресурс]. URL: <https://www.zus.pl/firmy/rozliczenia-z-zus/skladki-na-ubezpieczenia/zdrowotne> (дата обращения: 18.04.2023).

19. Изменения в отношении взносов в здравоохранение с 2022 года: Страховое обеспечение Польша [Электронный ресурс]. URL: <https://www.zus.pl/o-zus/o-nas/programy-transformacji-cyfrowej-zmiany-od-2022-r/zmiany-w-skladce-zdrowotnej> (дата обращения: 18.04.2023).

20. Ваш взнос в систему социального обеспечения: Австрийское здравоохранение [Электронный ресурс]. URL: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.870462#:~:text=Von%20Ihrem%20Bruttolohn%20bzw.,Ihr%20Dienstgeber%20Sozialversicherungsbeitrag%20C3%A4ge%20f%C3%BCr%20Sie> (дата обращения: 27.03.2023).

21. Система социального обеспечения самозанятых: Экономическая палата Австрии [Электронный ресурс]. URL: <https://www.svs.at/cdscontent/load?contentid=10008.727911&version=1576489471> (дата обращения: 03.04.2023).

22. Медицинская страховка: Федеральное министерство социального обеспечения, здравоохранения, ухода и защиты прав потребителей Австрии [Электронный ресурс]. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Sozialversicherung/Krankenversicherung.html> (дата обращения: 27.03.2023).

23. Медицинская страховка: Пенсионный страховой институт Австрии [Электронный ресурс]. URL: <https://www.pv.at/cdscontent/?contentid=10007.707690&portal=vpportal> (дата обращения: 27.03.2023).

24. Закон № 4387 от 2016 г. Единая система социального обеспечения [Электронный ресурс]. URL: <https://yppergasias.gov.gr/wp-content/uploads/2021/02/v.-4387-2016.pdf> (дата обращения: 27.03.2023).

25. Ставка взноса: Национальная система медицинского страхования Южной Кореи [Электронный ресурс]. URL: https://www.nhis.or.kr.translate.googleusercontent.com/translate/wbheaa02500m01.do?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=ru&_x_tr_hl=ru&_x_tr_pto=sc (дата обращения: 27.03.2023).

26. Глава 6. Страховые взносы: Закон о национальном медицинском страховании [Электронный ресурс]. URL: <https://law.go.kr/LSW/LsiJoLinkP.do?lsNm=%01%01%01%01%01%01&aras=1&docType=J0&languageType=KO&joNo=006900000#> (дата обращения: 04.04.2023).

27. PwC // Tax Summaries. URL: <https://taxsummaries.pwc.com/netherlands/individual/other-taxes> (date of access April 06, 2023).

28. Werkgeversheffing Zwv of bijdrage Zwv? URL: https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privewerk_en_inkomen/zorgverzekeringwet/bijdrage_zorgverzekeringwet/tabel_werkgeversheffing_zwv_of_bijdrage_zwv/tabel_werkgeversheffing_zwv_of_bijdrage_zwv (date of access March 31, 2023).

29. Avis aux employeurs // Centre Commun De La Securite Sociale. URL: <https://ccss.public.lu/fr/publications/avis/20230114-avis-80-99.html> (date of access April 05, 2023).

30. Avis aux non-salariés Taux de cotisation au 01.01.2022. URL: <https://ccss.public.lu/fr/independants/cotisations-sociales/20230113-avis-60-FR-DE.pdf> (date of access March 31, 2023).

31. Revenu professionnel // Centre Commun De La Securite Sociale. URL: <https://ccss.public.lu/fr/independants/cotisations-sociales/revenu-professionnel.html> (date of access April 05, 2023).

32. Luxembourg: Pension system in 2018. URL: <https://www.oecd.org/els/public-pensions/PAG2019-country-profile-Luxembourg.pdf> (date of access March 31, 2023).

33. Страховые взносы на медицинское страхование: Ведомство национального страхования Израиля [Электронный ресурс]. URL: https://www.btl.gov.il/Insurance/Health_Insurance/Pages/%D7%A9%D7%99%D7%A2%D7%95%D7%A8%D7%99%20%D7%93%D7%9E%D7%99%20%D7%91%D7%99%D7%98%D7%95%D7%97%20%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%95%D7%AA.aspx (дата обращения: 27.03.2023).

34. Информационный центр Sodra [Электронный ресурс]. URL: <https://www.sodra.it> (дата обращения: 10.04.2023).

35. О социальном обеспечении: Федеральная государственная служба – социальное обеспечение Бельгии [Электронный ресурс]. URL: <https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/fr/publications/tout-ce-que-securite-sociale-fr.pdf> (дата обращения: 07.04.2023).

36. Какие суммы удерживаются из моей пенсии? Федеральная пенсионная служба Бельгии [Электронный ресурс]. URL: <https://www.sfpd.fgov.be/fr/paiement/brut-net#AMI> (дата обращения: 27.03.2023).

37. Рагозин А.В., Сафонов А.Л., Гришин В.В. Проблема «безбилетника» в современном институте социального страхования: кто виноват и что делать // Социальное и пенсионное право. 2022. № 3. С. 45–56. DOI: <https://doi.org/10.18572/2070-2167-2022-3-45-56>

REFERENCES

1. WHO. Out-of-pocket expenditure as percentage of current health expenditure (CHE) (%). [Electronic resource]. URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-\(che\)-](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-(che)-) (date of access May 02, 2023).
2. Grenaderova M.V., Borisova S.S. Comparative analysis of social contributions in Russia, the USA and Europe. Vestnik Altayskoy akademii ekonomiki i prava [Bulletin of the Altai Academy of Economics and Law]. 2020: (9): 226–32. (in Russian)
3. Sisigina N.N. Financial support of modern health insurance systems. Finansoviy zhurnal [Financial Journal]. 2017; (1): 77–90. (in Russian)
4. Federal Revenue Service. Official website [Electronic resource]. URL: https://www.nalog.gov.ru/rn77/yul/str_vznos/ (date of access April 13, 2023). (in Russian)
5. Federal Revenue Service. Professional income tax [Electronic resource]. URL: <https://npd.nalog.ru/> (date of access April 13, 2023). (in Russian)

6. Contributions: German Federal Ministry of Health [Electronic resource]. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/beitraege.html> (date of access March 27, 2023).
7. What is the amount of my contributions to be paid? Deutsche Rentenversicherung [Electronic Resource]. URL: <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/In-der-Rente/Kranken-und-Pflegeversicherung-der-Rentner/krankard20%,20K-enverszen20%> (date of access March 27, 2023).
8. Guidelines for the application of the minimum advance payment: Ministry of Health of Slovakia [Electronic resource]. URL: <https://ww.health.gov.sk/?Minimalne-poistne-1-1-2023> (date of access April 18, 2023)
9. For whom the state should pay taxes: Doversa Slovakia [Electronic resource]. URL: <https://www.doversa.sk/najcastejšie-otázky/poistenie-poistne-a-povinnosti/odvody/399-za-koho-vsetke-plati-odstat> (date of access April 18, 2023).
10. Health insurance in the Czech Republic: Czech Ministry of Health [Electronic resource]. URL: <https://kancelarzczp.cz/en/usefull>

links-info/health-insurance-systemin-cz/#:~:text=Self-employed%20persons%20pay%2013.5%is 2% (date of access April 18, 2023).

11. Social and Health Insurance: Czech Tax Portal [Electronic Resource]. URL: https://www.mesec-cz.translate.google.com/danovy-portal/dan-zprijmu/socialni-a-zdratni-pojisteni/?_x_tr_sl=cs&_x_tr_tl=ru&_x_tr_hl=ru&_x_tr_pto=sc (date of access March 27, 2023).

12. Health insurance: Estonian Hospital Fund [Electronic resource]. URL: <https://www.tervisekassa.ee/inimesele/ravikindlust> (date of access March 27, 2023).

13. Estonian health insurance act: State Gazette. URL: https://www-riigiteataja-ee.translate.google.com/akt/113032019136?_x_tr_sl=et&_x_tr_tl=ru&_x_tr_hl=ru&_x_tr_pto=wapp (date of access April 3, 2023).

14. Contribution tables: Ministry of Health of Slovenia [Electronic resource]. URL: https://zavezanec.zzs.si/wps/portal/portali/azap/prispevki-za-obveznozdravstveno-zavarovanje/preglednica-prispevkov/lut/p/z1/04_Sj9CpYkssy0xPLMnMz0vMAfJjo8ziTY08zQwtQx8LfzdA0CLzTdxddx4Azc3Q31C7ldFQ0G088g/ (date of access March 27, 2023).

15. Table of premiums for fiscal year 2020 (from March 2022): Japan Health Insurance Association [Electronic resource]. URL: https://www-kyoukenkaipo-or-jp.translate.google.com/g7/cat330/sb3150/r04/r4rygaoukuhyougat3ukara/?_x_tr_sl=ja&_x_tr_tl=ru&_x_tr_hl=ru&_x_tr_pto=wapp%22 (date of access March 27, 2023).

16. National health insurance contributions and insurance taxes: Ministry of Health of Japan [Electronic resource]. URL: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21517.html (date of access April 5, 2023).

17. CSG and CRDS with earned and replacement income: Official website of the French administration [Electronic resource]. URL: https://www-service--public-fr.translate.google.com/particuliers/vosdroits/F2917?lang&quest&_x_tr_sl=fr&_x_tr_tl=ru&_x_tr_hl=ru&_x_tr_pto=wapp (date of access March 27, 2023).

18. Insurance fee: Ministry of Health of Poland [Electronic resource]. URL: <https://www.zus.pl/firmy/rozliczenia-z-zus/skladnika-ubezpieczenia/zdrowotne> (date of access April 18, 2023).

19. Changes in health contributions since 2022: Insurance Poland [Electronic resource]. URL: <https://www.zus.pl/o-zus/o-nas/programy-transformacji-cyfrowej-zus/zmiany-od-2022-r./zmiany-skrosladcezwotnej> (date of access April 18, 2023).

20. Your social security contribution: Austrian Health [Electronic Resource]. URL: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.870462#:~:text=Von%20Ihrem%20Bruttolohn%20bzw.,Ihr%20Dienstgeber%20Sozialversicherungsbeitrag%20C3%A4ge%20F%20C3%BCr%20Sie> (date of access March 27, 2023).

21. Social security for the self-employed: Austrian Economic Chamber [Electronic resource]. URL: <https://www.svs.at/cdscontent/load?contentid=10008.727911&version=1576489471> (date of access April 3, 2023).

22. Health insurance: Austrian Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection [Electronic resource]. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Sozialversicherung/Krankenversicherung.html> (date of access March 27, 2023).

23. Health insurance: Austrian Pension Insurance Institute [Electronic resource]. URL: <https://www.pv.at/cdscontent/?conte>

ntid=10007.707690&portal=pvportal (date of access March 27, 2023).

24. Law No 4387 of 2016. Unified social security system [Electronic resource]. URL: <https://ypergiasias.gov.gr/wp-content/uploads/2021/02/v-4387-2016.pdf> (date of access March 27, 2023).

25. Contribution rate: South Korea National Health Insurance Scheme [Electronic resource]. URL: https://www-nhis-or-kr.translate.google.com/english/wbheaa02500m01.do?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=ru&_x_tr_hl=ru&_x_tr_pto=sc (date of access March 27, 2023).

26. Chapter 6. Insurance premiums: National Health Insurance Act [Electronic resource]. URL: <https://law.go.kr/LSW/LsiJoLinkP.do?lsNm=%01%01%01%01%01%01%01¶s=1&docType=JO&languageType=KO&joNo=006900000#> (date of access April 4, 2023).

27. PwC. In: Tax Summaries. URL: <https://taxsummaries.pwc.com/netherlands/individual/other-taxes> (date of access April 6, 2023).

28. Werkgeversheffing Zwv of bijdrage Zvw? URL: https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privewerk_en/inkomen/zorgverzekeringswet/bijdrage_zorgverzekeringswet/tabel_werkgeversheffing_zvw_of_bijdrage_zvw/tabel_werkgeversheffing_zvw_of_bijdrage_zvw (date of access March 31, 2023).

29. Avis aux employeurs. In: Centre Commun De La Securite Sociale. URL: <https://ccss.public.lu/fr/publications/avis/20230114-avis-80-99.html> (date of access April 5, 2023).

30. Avis aux non-salariés Taux de cotisation au 01.01.2022. URL: <https://ccss.public.lu/dam-assets/publications/2022/ccss-20213203-avis60-FR-ED.pdf> (date of access March 31, 2023).

31. Revenu professionnel. In: Centre Commun De La Securite Sociale. URL: <https://ccss.public.lu/fr/independants/cotisations-sociales/revenu-professionnel.html> (date of access April 5, 2023).

32. Luxembourg: Pension system in 2018. URL: <https://www.oecd.org/els/public-pensions/PAG2019-countryprofile-Luxembourg.pdf> (date of access March 31, 2023).

33. Health insurance premiums: Israel National Insurance Authority [Electronic resource]. URL: https://www.btl.gov.il/Insurance/Health_Insurance/Pages/%D7%A9%D7%99%D7%A2%D7%95%D7%A8%D7%99%20%D7%93%D7%9E%D7%99%20%D7%91%D7%99%D7%98%D7%95%D7%97%20%D7%91%D7%A8%D7%99%D7%90%D7%95%D7%AA.aspx (date of access March 27, 2023).

34. Sodra Information Center [Electronic resource]. URL: <https://www.sodra.it> (date of access April 10, 2023).

35. On social security: Federal Public Service - Social Security of Belgium [Electronic resource]. URL: <https://socialsecurity.belgium.be/sites/default/files/content/docs/fr/publications/tout-cequere-social-fr.pdf> (date of access April 07, 2023).

36. What amounts are deducted from my pension? Belgian Federal Pension Service [Electronic Resource]. URL: <https://www.sfpd.fgov.be/fr/paiement/brut-net#AMI> (date of access March 27, 2023).

37. Ragozin A.V., Safonov A.L., Grishin V.V. The problem of the «stowaway» in the modern institute of social insurance: who is guilty and what to do. Sotsial'noe i pensionnoe pravo [Social and Pension Law], 2022; (3): 45–56. DOI: <https://doi.org/10.18572/2070-2167-2022-3-45-56> (in Russian)

Исследование конфликта интересов в медицине по результатам опроса врачей

Родин А.С.¹, Лоскутова О.Ю.², Сарбашева П.А.³, Гришин Н.С.⁴

¹ Общество с ограниченной ответственностью «Медсанчасть № 14», 123022, г. Москва, Российская Федерация

² Общество с ограниченной ответственностью «КДФ-Москва», 110192, г. Москва, Российская Федерация

³ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский экономический университет имени Г.В. Плеханова», 115093, г. Москва, Российская Федерация

⁴ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии имени академика Е.И. Чазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 121552, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Конфликт интересов в медицине чаще всего определяют как противоречие личных интересов медицинского работника и интересов пациента. Он, в частности, может возникнуть при влиянии на врача сложных экономических отношений, возникающих при оказании платных медицинских услуг в коммерческой медицинской организации. Решать подобные конфликты призваны законодательные акты и профессиональные этические кодексы. В то же время в нашей стране отсутствует нормативно-правовой характер применения этического кодекса. Таким образом, можно предположить наличие конфликта интересов и этических конфликтов во врачебной практике.

Цель исследования – с помощью социологического опроса выявить наличие этических противоречий и конфликта интересов у практикующих врачей в РФ.

Материал и методы. Выборочная совокупность респондентов (121 врач) включала участников форума «НЕКонференция-2022» (16–17 июля 2022 г., Санкт-Петербург). Метод исследования: социологический опрос. Метод выборки: случайная выборка.

Результаты. В результате опроса были получены статистические данные, подтверждающие гипотезу о наличии конфликта интересов в работе опрошенных врачей. Данная проблема выражена в давлении администрации или собственников бизнеса на принятие решений в отношении пациента. Рассмотрен опыт зарубежных стран по предотвращению конфликта интересов в медицинской деятельности с помощью внедрения в практику экономических,

юридических и социальных механизмов обеспечения независимости принятия решений врачами. Даны рекомендации по предотвращению конфликта интересов для врачей и администраций медицинских учреждений.

Ключевые слова:

конфликт интересов; медицинская этика; опрос врачей; коммерческие интересы клиники

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Концепция и дизайн исследования, анализ результатов и написание текста – Родин А.С.; организация и проведение опроса респондентов, сбор и обработка материала – Лоскутова О.Ю.; статистическая обработка данных, редактирование текста – Сарбашева П.А.; написание и редактирование текста – Гришин Н.С.

Для цитирования: Родин А.С., Лоскутова О.Ю., Сарбашева П.А., Гришин Н.С. Исследование конфликта интересов в медицине по результатам опроса врачей // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2023. Т. 9, № 3. С. 28–35. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-3-28-35>

Статья поступила в редакцию 25.05.2023. **Принята в печать** 21.08.2023.

Conflict of interest in medical practice: survey of the doctors

Rodin A.S.¹, Loskutova O.Yu.², Sarbasheva P.A.³, Grishin N.S.⁴

¹ Medical Unit # 14, 123022, Moscow, Russian Federation

² KDF-Moscow, 110192, Moscow, Russian Federation

³ Plekhanov Russian University of Economics, 115093, Moscow, Russian Federation

⁴ National Medical Research Center of Cardiology named after Academician E.I. Chazov, Ministry of Health of the Russian Federation, 121552, Moscow, Russian Federation

Conflict of interest is referred to a situation in which someone's private interests are opposed to that person's responsibilities to other people. It can occur in healthcare setting when doctors are working for a for-profit medical provider. A code of ethics are meant to prevent a conflict of interest however doctors in Russian Federation are not legally bound by ethical code of conduct.

The aim of the study is to conduct a survey among doctors in Russian Federation to reveal a conflict of interest in their practice.

Material and methods. The sample of respondents was 121 doctors, participants Forum "NEConference-2022" (July 16–17, 2022, St. Petersburg). Research method: sociological survey. Sampling method: random sampling.

Results. The study has revealed that doctors are reporting a conflict of interest in their healthcare practice. Some of the respondents reported that a conflict of interest is due to the doctor's decision-making process commonly under pressure of the healthcare provider business practice. The authors are providing their recommendations the doctors and healthcare provider owners on how to avoid or alleviate such a conflict in their business practice.

Keywords:

conflict of interest; medical ethics; survey of doctors; commercial interests of the clinic

Funding. The study had no sponsor support.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Contribution. Study concept and design, outcome analysis and writing – Rodin A.S.; organization and conduct of survey of respondents, collection and processing of material – Loskutova O.Yu.; statistical data processing, text editing – Sarbasheva P.A.; writing and editing the text – Grishin N.S.

For citation: Rodin A.S., Loskutova O.Yu., Sarbasheva P.A., Grishin N.S. Conflict of interest in medical practice: survey of the doctors. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2023; 9 (3): 28–35. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-3-28-35> (in Russian)

Received 25.05.2023. **Accepted** 21.08.2023.

Медицинская профессиональная этика предписывает, что интересы пациента имеют приоритет над коммерческими интересами врача. Регулировать вопросы этики призваны этические нормы и кодексы.

В частности, Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации (РФ) в пункте 27 декларирует: «При оказании медицинской помощи врач должен помнить, что его профессия – это не бизнес. При организации лечебно-диагностического процесса, включая лекарственное обеспечение, в приоритете для врача – оказание необходимой и качественной медицинской помощи, а не извлечение коммерческой выгоды для себя лично и лечебного учреждения, в котором он работает» [1].

Однако в системе частного и государственного здравоохранения в значительном объеме оказывают платные медицинские услуги, не обеспеченные гарантиями системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Так, суммарная выручка крупнейших медицинских компаний в РФ в 2022 г. составила почти 190 млрд руб. [2]. Очевидно, что реалии сложившихся экономических отношений медицинского бизнеса в нашей стране входят в противоречие декларируемому этическим кодексом тезису пункта 27.

Под конфликтом интересов Федеральный закон о противодействии коррупции подразумевает «ситуацию, при которой личная заин-

тересованность (прямая или косвенная) лица влияет или может повлиять на надлежащее, объективное и беспристрастное исполнение им должностных (служебных) обязанностей (осуществление полномочий)» [3]. Однако действие этого закона РФ ограничено определенными категориями государственных служащих и не регулирует профессиональную деятельность врачей.

В ряде зарубежных стран проблема конфликта интересов разносторонне исследована и решается с помощью обязательного нормативного действия этического кодекса на врачей и медицинский персонал, а также с помощью механизмов правового и экономического характера, обеспечивающих врачу независимость в принятии решений при оказании помощи пациенту от участвующих в предпринимательской деятельности субъектов бизнеса, не обладающих медицинской лицензией [4].

С точки зрения ряда профессиональных этических кодексов врачей конфликт интересов может вести к нарушениям профессиональной этики, например к таким, как назначение необоснованных интересами пациента лекарственных препаратов и методов лечения («коммерческие показания»); назначение не имеющих (доказанной) пользы для пациентов лекарственных препаратов и методов лечения; получение вознаграждения за направление пациентов на платные манипуляции, анализы,

операции; предпочтения определенным группам пациентов либо отказ или усеченный объем помощи другим группам пациентов (стигматизированные группы пациентов); недеklarирование конфликта интересов при получении денежных вознаграждений за выступления на конференциях [5].

Механизмами реализации профессиональной независимости врачей за рубежом считаются подотчетность врача негосударственной независимой профессиональной ассоциации (коллегии), призванной рассматривать вопросы этических нарушений и имеющей юридические механизмы влияния на деятельность врачей.

Коллегия требует соблюдать правила о независимой практике врачей подчиненных им сотрудников и следит за их соблюдением, издавая соответствующие законодательные акты, инструкции и образовательные материалы. Врач, работающий в контролируемой коллегией юрисдикции, обязан иметь соглашение о независимой практике с работодателем или арендодателем, в котором прописаны требования к сторонам об обеспечении профессиональной независимости врача.

В частности, Коллегия оптометристов Онтарио (Канада) считает наличие такого соглашения обязательным, а также требует включать в него право собственности врача на медицинские документы, круглосуточный доступ к медицинской документации, независимое определение стоимости медицинской услуги врачом, непосредственное получение средств на личный счет врача оплаты за медицинскую услугу, а также ею введены ограничение на раздел средств, получаемых от оказания медицинской услуги с незарегистрированными коллегией субъектами медицинского бизнеса: разрешены только постоянные арендные платежи в пользу нелицензированных медицинской ассоциацией лиц [6].

В зарубежной литературе в ряде монографий достаточно хорошо исследованы и описаны некоторые этические конфликты, возникавшие у врачей в результате заинтересованности в увеличении рентабельности своей работы или при проведении клинических исследований

[7–9]. В РФ исследования отношения врачей и пациентов к нормам медицинской этики ранее проводились лишь в бюджетных лечебных учреждениях, при этом изучения частоты возникновения конфликта интересов в рамках оказания платных медицинских услуг до настоящего времени не проводили [10].

Нам представлялось важным с помощью количественного исследования выяснить, насколько распространено противоречие между личными интересами собственников и администраторов медицинского бизнеса, предоставляющих платные медицинские услуги в РФ, и интересами пациента с точки зрения врачей.

Цель исследования – провести количественное социологическое исследование (опрос) врачей, позволяющее получить мнение врачей о наличии у них конфликта интересов.

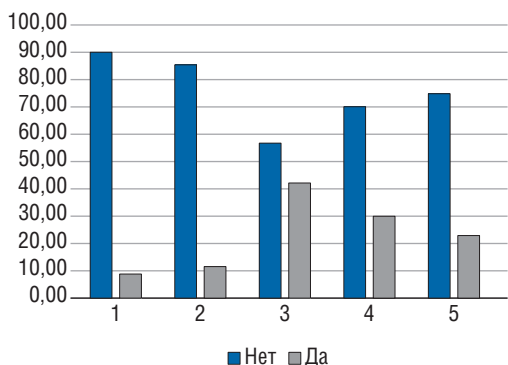
Материал и методы

Для опроса была использована площадка форума «НЕКконференция-2022» (16–17 июля 2022 г., Санкт-Петербург). Для участия было зарегистрировано 517 врачей, из них 121 человек (23,4% участников) анонимно дали ответы на разосланные анкеты в телеграм-канале форума.

Характеристика участников опроса. Аудиторию форума составляли врачи и ординаторы, самостоятельно (без спонсорской поддержки), купившие билеты на участие в ежегодном профессиональном мероприятии. Приглашенные спикеры форума (врачи) также имели возможность принять участие в опросе.

С помощью онлайн-анкеты аудитории были заданы следующие вопросы:

- Есть ли в Вашей клинике план по продажам для врача?
- Есть ли в Вашей клинике алгоритм перенаправлений (направлений вне клинического стандарта)?
- Существует ли в Вашей клинике материальный стимул при направлении на исследования, анализы к другим специалистам?



Результаты опроса врачей в виде линейчатых диаграмм

1. Есть ли в Вашей клинике план по продажам для врача?; 2. Есть ли в Вашей клинике алгоритм перенаправлений (направлений вне клинического стандарта)?; 3. Существует ли в Вашей клинике материальный стимул при направлении на исследования, анализы, к другим специалистам?; 4. Чувствуете ли Вы как врач конфликт между менеджментом (администрацией) клиники и интересами пациента?; 5. Чувствуете ли Вы давление руководителя в отношении роста продаж Ваших услуг?

- Чувствуете ли Вы как врач конфликт между менеджментом (администрацией) клиники и интересами пациента?
- Чувствуете ли вы давление руководителя в отношении роста продаж ваших услуг?

Результаты и обсуждение

Ответы на вопросы распределились следующим образом (см. рисунок):

- **Есть ли в Вашей клинике план по продажам для врача?**

Опрос показал, что 109 из 121 (90,1%) врачей не сталкиваются с планом продаж, вмененным собственником или администрацией клиники, однако 12 (9,9%) респондентов отметили, что такие планы существуют.

- **Есть ли в Вашей клинике алгоритм перенаправлений (направлений вне клинического стандарта)?**

По данным опроса, 106 респондентов из 121, т.е. 87%, не обнаруживают подобного алгоритма там, где они практикуют, но 15 (12,4%) респондентов все же отметили присутствие данной практики.

- **Существует ли в Вашей клинике материальный стимул при направлении на исследования, анализы к другим специалистам?**

Опрос показал, что 71 (58,7%) врач не мотивирован материальными стимулами, предлагаемыми собственником или администрацией клиники, при выборе направлений к специалистам, на исследования или анализы, однако 50 (41,3%) респондентов отметили, что такое материальное стимулирование в их клиниках существует.

- **Чувствуете ли Вы как врач конфликт между менеджментом (администрацией) клиники и интересами пациента?**

Опрос показал, что 85 (70,2%) врачей не чувствуют конфликта интересов между собственником или администраторами клиники и интересами пациента, однако 36 (29,8%) респондентов отметили, что такое противоречие в их клиниках существует.

- **Чувствуете ли вы давление руководителя в отношении роста продаж ваших услуг?**

Опрос показал, что 92 (76,0%) врача не чувствуют давления руководства в отношении продаж их услуг, однако 29 (23,9%) респондентов отметили, что они ощущают такое давление.

Результаты опроса показали, что от 9,9 до 29,8% опрошенных российских врачей в разной степени испытывают влияние собственников и администрации медицинских учреждений при принятии решений в отношении пациента. Учитывая, что в большинстве случаев в РФ врач является наемным работником и персональное лицензирование врачей отсутствует, врачам сложно принимать независимые решения в отношении пациентов, а проблема профессиональной независимости врача остается одной из важнейших с точки зрения качества оказываемых медицинских услуг.

По результатам опроса можно сделать следующий вывод: гипотеза о нередком присутствии

конфликта интересов между бизнес-планами собственников, администраторов медицинского бизнеса и оказывающими медицинскую помощь врачами подтвердилась.

В нашей стране съездами врачей и ассоциациями были приняты 3 основных кодекса этики врача:

1. Этический кодекс российского врача, утвержденный 4-й Конференцией Ассоциации врачей России (1994 г.).
2. Кодекс врачебной этики Российской Федерации, одобренный Всероссийским Пироговским съездом врачей от 7 июня 1997 г. и ныне действующий.
3. Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации, принятый Первым Национальным съездом врачей Российской Федерации 5 октября 2012 г.

Однако, как указывают юристы, последний кодекс этики не был утвержден подзаконным актом Министерства здравоохранения России или правительством РФ, а следовательно, не был зарегистрирован в Министерстве юстиции РФ в соответствии с Указом Президента РФ № 769 от 23 мая 1996 г. и приказом Министерства юстиции РФ № 88 от 4 мая 2007 г., что свидетельствует о рекомендательном характере принятого Кодекса этики врача [10].

Собственники и административный персонал, управляющий частной системой здравоохранения, в большинстве случаев не являются врачами, и даже если этические обязательства по устранению конфликта интересов носили бы не рекомендательный, а нормативно-правовой характер, они не распространяются на них.

Выводы и практические рекомендации

В настоящее время в российском обществе растет запрос на этическое взаимодействие «врач–пациент» со стороны как частного, так и государственного сектора здравоохранения. Многие врачи, осуществляя свою практику, стараются избегать конфликта интересов, хотя сложившаяся система лицензирования и собственности медицинских учреждений действует

не в пользу принятия независимых решений врачами, что ранее было отмечено рядом авторов [11].

Для врачей, старающихся избежать конфликта интересов, мы рекомендуем:

- сформулировать для себя принципиальные этические позиции;
- выстраивать профессиональную коммуникацию с единомышленниками;
- выбирать место работы, в котором с вашим мнением и принципами этического ведения дел будут считаться;
- работать там, где выгодно не сиюминутно, а там, где бы вы хотели строить длительные отношения с пациентом;
- придерживаться этики с самого начала, не идти на выборочные нарушения своих этических принципов;
- учиться распознавать конфликт интересов, признавать и обсуждать конфликт, если он складывается;
- учиться избегать ситуаций, в которых конфликт интересов может возникнуть.

На фоне конкуренции между клиниками в сфере платных медицинских услуг одним из факторов успешной конкуренции может служить выстраивание долгосрочных взаимовыгодных взаимоотношений с пациентами с соблюдением этических норм.

Собственникам и администрации медицинских учреждений мы рекомендуем:

- закладывать в бизнес-модель клиник независимое и неангажированное решение врачей в отношении направлений пациентов;
- позиционировать клинический фокус врачей в сторону доказательной медицины;
- в стратегии ориентироваться на установление долгосрочных позитивных взаимоотношений с пациентом;
- создавать в коллективе приверженность определенным этическим ценностям, не подразумевающим конфликт интересов при оказании медицинской помощи.

Судя по данным опроса, не так много управленцев частных клиник в РФ в экономическую

модель деятельности закладывают вмененные врачам планы продаж или направления пациентов. В то же время достаточно распространены материальные стимулы, которые могут влиять на выбор врачей при направлении на анализы, диагностические процедуры и к коллегам-специалистам. Позитивно осознание проблемы

конфликта интересов врачами и рядом собственников, которые исключают в своей бизнес-модели и операционной деятельности влияние администрации на решения врача, разрабатывают собственные внутренние документы и этические кодексы, исключающие принятие решений врачом вне интересов пациента.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Родин Александр Сергеевич (Alexander S. Rodin) – кандидат медицинских наук, магистр медицинской информатики, врач-офтальмолог клиники «Рассвет» ООО «Медсанчасть № 14», Москва, Российская Федерация

E-mail: dr.rodin@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0003-4962-743X>

Лоскутова Ольга Юрьевна (Olga Yu. Loskutova) – кандидат медицинских наук, врач-педиатр, ревматолог, медицинский директор сети ООО «Клиника Фомина. Дети», Москва, Российская Федерация

Email: konopelko.olga@gmail.com

Сарбашева Полина Артемовна (Polina A. Sarbasheva) – бакалавр социологии, ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г.В. Плеханова», Москва, Российская федерация

E-mail: sarbashewa@gmail.com

Гришин Никита Сергеевич (Nikita S. Grishin) – врач-ординатор РЭМДИЛ, ФГБУ «НМИЦК им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

E-mail: n.s.grishin@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации: принят Первым национальным съездом врачей Российской Федерации 05.10.2012. Доступ из справочно-правовой системы «Консультант плюс» (дата обращения: 22.05.2023).
2. 20 крупнейших медицинских компаний 2022. Рейтинг Forbes. URL: <https://www.forbes.ru/biznes/481866-20-krupnejsih-meditsinskih-kompanij-2022-rejting-forbes> (дата обращения: 22.05.2023).
3. Федеральный закон «О противодействии коррупции» от 25.12.2008 № 273-ФЗ. Доступ из справочно-правовой системы «Консультант плюс» (дата обращения: 17.05.2023).
4. Field M.J. et al. (ed.). Conflict of interest in medical research, education, and practice. 2009.
5. CMA code of ethics and professionalism. Policy document 08.12.2108. URL: https://policybase.cma.ca/link/policy13937?_gl=1*z8s7d8*_ga*MTI5ODU5M3NS4xNjg0MzI5MzE3*_ga_91NZ7HZZ51*MTY4NDMyOTMxNi4xLjAuMTY4NDMyOTMxNi42M04wLjA.#_ga=2.225474265.295875583.1684329317-1298590375.1684329317 (date of access May 22, 2023).
6. Independent contractor: regulatory standards interpreted. Regulatory standards (o.reg. 119/94 part II conflict of interest under the optometry act) interpreted. College of Optometrists of Ontario. URL: <https://collegeoptom.on.ca/resource/independent-contractor-regulatory-standards-interpreted/> (date of access June 18, 2023).
7. Kassirer J. Financial conflict of interest: an unresolved ethical frontier // Am. J. Law Med. 2001. Vol. 27, N 2–3. P. 149–162. DOI: <https://doi.org/10.1017/S009885880001145X>

8. Rodwin M.A. Conflicts of interest and the future of medicine: the United States, France, and Japan. Oxford University Press, 2011.
9. Rodwin M.A. Medicine, money, and morals: physicians' conflicts of interest. Oxford University Press, 1995.
10. Пухова Э.П., Кутумова О.Ю., Труфанов Д.О. Отношение пациентов и врачей бюджетных учреждений здравоохранения к нормам биомедицинской этики // Исследования и практика в медицине. 2021. Т. 8, № 1. С. 97–108. DOI: <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2021-8-1-10>
11. Иванова А. Соблюдение принципов этики медицинскими работниками. URL: https://brace-lf.com/informaciya/farmatsevticheskoe-i-meditsinskoe-pravo/329-soblyudenie-printsipov-etiki-meditsinskimi-robotnikami#_ednref3 (дата обращения: 22.05.2023).
12. Корсакова С.В., Корсакова В.Е. Коммерциализация медицины и ее влияние на этику врача // Научное обозрение. Медицинские науки. 2022. № 6. С. 18–22. URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1296> (дата обращения: 18.05.2023).
13. Бороздина Е.А. Трансформации профессиональной этики российского врача: социологический анализ // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2011. № 1 (13). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/transformatsii-professionalnoy-etiki-rossijskogo-vracha-sotsiologicheskij-analiz> (дата обращения: 17.05.2023).

REFERENCES

1. Codex of professional ethics of the doctor in Russian Federation: approved by the First national doctors forum on 05.10.2012. Accessed on May 22, 2023 via «Consultant plus» online resource. (in Russian)
2. 20 biggest medical companies 2022. Forbes rating. URL: <https://www.forbes.ru/biznes/481866-20-krupnejsih-medicinskih-kompanij-2022-rejting-forbes> (date of access May 22, 2023). (in Russian)
3. Federal anticorruption law 25.12.2008 No. 273-FZ. Accessed on May 17, 2023 via «Consultant plus» online resource. (in Russian)
4. Field M.J., et al. (ed.). Conflict of interest in medical research, education, and practice. 2009.
5. CMA code of ethics and professionalism. Policy document 08.12.2108. URL: https://policybase.cma.ca/link/policy13937?_gl=1*z8s7d8*_ga*MTI5ODU5MMDM3NS4xNjg0MzI5MzE3*_ga_91Nz7HZZ51*MTY4NDMyOTMxNi4xLjAuMTY4NDMyOTMxNi42MC4wLjA.#_ga=2.225474265.295875583.1684329317-1298590375.1684329317 (date of access May 22, 2023).
6. Independent contractor: regulatory standards interpreted. Regulatory standards (o.reg. 119/94 part II conflict of interest under the optometry act) interpreted. College of Optometrists of Ontario. URL: <https://collegeoptom.on.ca/resource/independent-contractor-regulatory-standards-interpreted/> (date of access June 18, 2023).
7. Kassirer J. Financial conflict of interest: an unresolved ethical frontier. *Am J Law Med.* 2001; 27 (2-3): 149-62. DOI: <https://doi.org/10.1017/S009885880001145X>
8. Rodwin M.A. Conflicts of interest and the future of medicine: the United States, France, and Japan. Oxford University Press, 2011.
9. Rodwin M.A. Medicine, money, and morals: physicians' conflicts of interest. Oxford University Press, 1995.
10. Puhova E.P., Kutumova O.U., Trufanov D.O. Attitudes of patients and doctors of publicly funded healthcare settings towards norms of bioethics. *Issledovaniya i praktika v medicine [Research and Practice in Medicine]*. 2021; 8 (1): 97-108. DOI: <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2021-8-1-10> (in Russian)
11. Ivanova A. An adherence to ethical principles among healthcare workers. URL: https://brace-lf.com/informaciya/farmatsevticheskoe-i-medsinsкое-pravo/329-sobyudenie-printsipov-etiki-medsinskimi-rabotnikami#_ednref3 (date of access May 22, 2023) (in Russian)
12. Korsakova S.V. Korsakova V.E. Commercialisation of medicine and its effect on doctors ethics. *Nauchnoe obozrenie. Meditsinskie nauki [Scientific Review. Medical Sciences]*. 2022; (6): 18-22. URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1296> (date of access May 22, 2023). (in Russian)
13. Borozdina E.A. Transformation of the professional ethics of the Russian doctor: socialogical analysis. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Sotsiologiya. Politologiya [Bulletin of Tomsk State University. Philosophy. Sociology. Political Science]*. 2011; 1 (13). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/transformatsii-professionalnoy-etiki-rossijskogo-vracha-sotsiologicheskij-analiz> (date of access May 22, 2023). (in Russian)

Формирование инструмента (матрицы) для повышения эффективности проектной работы в медицинских организациях

Ахохова А.В.^{1,2},
Тхабисимова И.К.¹,
Сижажева С.Х.¹,
Нахушева З.Х.¹,
Балкизова Д.А.¹

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова», 360004, г. Нальчик, Российская Федерация

² Общество с ограниченной ответственностью Фирма «СЭМ», 360017, г. Нальчик, Российская Федерация

Национальные проекты, реализуемые в РФ с 2019 г., являются инструментом для решения сложных социально-экономических задач государства, в том числе в отрасли здравоохранения. Для их выполнения в регионах и, соответственно, в медицинских организациях необходимо актуализировать подходы к управлению, в том числе ознакомить руководителей с принципами и навыками проектного управления.

На основе отечественных и зарубежных публикаций за период с 2018 г. по настоящее время авторами изучены методы проектного управления применительно к решению поставленных перед медицинскими организациями задач, а также внешние и внутренние факторы, влияющие на их деятельность. В результате сформулирована матрица (таблица), заполнение которой позволит руководителям провести анализ особенностей управления вверенных им организаций, формализовать поставленные перед организациями цели и облегчить выбор организационной структуры по управлению проектами.

Ключевые слова:

оптимальная система управления медицинской организацией; внутренние и внешние факторы, влияющие на деятельность медицинской организации; организационная структура управления проектами

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Концепция и дизайн исследования – Ахохова А.В.; сбор данных – Тхабисимова И.К.; подготовка проекта рукописи – Сижажева С.Х.; анализ и интерпретация результатов – Нахушева З.Х.; обзор литературы – Балкизова Д.А.

Для цитирования: Ахохова А.В., Тхабисимова И.К., Сижажева С.Х., Нахушева З.Х., Балкизова Д.А. Формирование инструмента (матрицы) для повышения эффективности проектной работы в медицинских организациях // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2023. Т. 9, № 3. С. 36–50. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-3-36-50>

Статья поступила в редакцию 31.03.2023. Принята в печать 21.08.2023.

Formation of a tool (matrix) to improve efficiency project work in medical organizations

Akhokhova A.V.^{1,2},
Tkhabisimova I.K.¹,
Sizhazheva S.Kh.¹,
Nakhusheva Z.Kh.¹,
Balkizova D.A.¹

¹ Kabardino-Balkarian State University named after
H.M. Berbekov, 360004, Nalchik, Russian Federation

² SEM Company, 360017, Nalchik, Russian Federation

National projects implemented in the Russian Federation since 2019 are a tool for solving complex socio-economic problems of the state, including in the healthcare industry. For their implementation in the regions, and, accordingly, in medical organizations, it is necessary to update management approaches, including familiarizing managers with the principles and skills of project management.

The authors, on the basis of domestic and foreign publications for the period from 2018 to the present, have studied project management methods in relation to solving the tasks assigned to medical organizations, as well as external and internal factors affecting their activities. As a result, a matrix (table) was formulated, filling in which will allow managers to analyze the management features of the organizations entrusted to them, formalize the goals set for organizations and facilitate the choice of an organizational structure for project management.

Keywords:

optimal management system of a medical organization; internal and external factors affecting the activities of a medical organization; organizational structure of project management

Funding. The study had no sponsor support.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Contribution. Concept and design of the study – Akhokhova A.V.; data collection – Tkhabisimova I.K.; preparation of the draft manuscript – Sizhazheva S.Kh.; analysis and interpretation of the results – Nakhusheva Z.Kh.; literature review – Balkizova D.A.

For citation: Akhokhova A.V., Tkhabisimova I.K., Sizhazheva S.Kh., Nakhusheva Z.Kh., Balkizova D.A. Formation of a tool (matrix) to improve efficiency project work in medical organizations. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]*. 2023; 9 (3): 36–50. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-3-36-50> (in Russian)

Received 31.03.2023. **Accepted** 21.08.2023.

С 2019 г. Правительство РФ эффективно внедряет и использует проектный подход в государственном управлении. Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» определены 12 национальных проектов, являющихся по сути ключевыми направлениями стратегического развития Российской Федерации до 2024 г. [1].

В каждом проекте сформулированы цели и показатели с целевыми значениями, а также определены финансовые ресурсы, необходимые для их достижения [1]. Общий объем финансового обеспечения национальных проектов на 2019–2024 гг. составляет 26 625,10 млрд руб., из них на 2022 г. – 5238,67 млрд руб. [2]. В национальные проекты вовлечены 128 участников федерального и 1169 – регионального уровня из 86 субъектов Российской Федерации.

В отрасли здравоохранения реализуется Национальный проект «Здравоохранение». Он состоит из 8 федеральных проектов («Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Борьба с онкологическими заболеваниями» и др.).

Основные цели Национального проекта «Здравоохранение» – поднять уровень благосостояния российских граждан, обеспечить доступность и качество образования, здравоохранения, поддержать семью, снизить уровень бедности [3, 4]. Правительством РФ для достижения данной национальной цели и целей федеральных проектов утверждены условия и порядок предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ в целях софинансирования их расходных обязательств при реализации проектов [5]. Все показатели проектов имеют количественное выражение.

Региональными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения соответствующие цели и задачи поставлены перед медицинскими организациями (МО) [6]. Вместе с тем, по мнению ряда экспертов, на местах реализация национальных проектов в здравоохранении сталкивается с трудностями. Зафиксированы факты простаивания и неэффективного использования новейшего дорогостоящего медицинского оборудования, приобретенного в рамках проекта, осуществление безлицензионной деятельности, в том числе при оказании стационарной помощи, отсутствие организации постгарантийного технического обслуживания медицинского оборудования [9].

Имеются нарушения, связанные с несвоевременной оплатой труда медицинских работников, размещением заказов для государственных нужд и неправомерным расходованием бюджетных средств [8, 10]. Установлены нарушения прав медицинских работников, имеющих право на получение стимулирующих выплат за повышение доступности амбулаторной медицинской помощи [10]. Установлены дефекты, связанные с ненадлежащей организацией оказания регио-

нальными и муниципальными органами здравоохранения скорой медицинской помощи, в том числе пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, а также факты лишения граждан права на высокотехнологичную медицинскую помощь.

Отдельные проблемы связаны с проведением диспансеризации граждан, в том числе работающего населения [10]. К снижению эффективности диспансеризации привело нелогичное дробление финансовых потоков, что, в свою очередь, вызвало увеличение документооборота и создало условия для дублирования посещений пациентов [8]. Имеются также дефекты при реализации процессов финансово-хозяйственной деятельности МО [11].

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что в ряде случаев МО сталкиваются с трудностями при реализации дополнительных к основной деятельности проектов. Это, в свою очередь, требует обучения их руководителей методам проектного управления с полной или частичной заменой организационной структуры.

Проектный метод управления МО уже доказал свою эффективность. Так, по данным литературы, переход МО на проектное управление дает до 20% прироста стоимости инвестиций, только путем устранения недочетов в расчетах планирования и неэффективного использования ресурсов [12, 29].

Цель исследования – сформировать инструмент, который с целью решения задач федеральных и региональных проектов позволит руководителям МО выбрать оптимальную организационную структуру для реализации этих проектов и разбить цели проекта по его структурным элементам.

Задачи: изучить публикации об эффективности внедрения проектного управления в МО, в том числе с учетом сложившихся особенностей управления, спектра и сроков поставленных перед ними задач; сформировать матрицу, заполнение которой поможет руководству МО выбрать оптимальную модель организационной структуры для реализации проекта.

Материал и методы

Научной базой исследования стали публикации отечественных и зарубежных ученых по вопросам изучения организационных типов структур управления проектами, особенностям их внедрения и управления, критериям эффективности, оценки их влияния на успешность реализации проекта.

Поиск осуществлялся с использованием сервисов, принадлежащих научной электронной библиотеке eLIBRARY, российской научной электронной библиотеке «КиберЛенинка». Информационной базой исследования выступили федеральные и региональные нормативные правовые акты, опубликованные в справочно-правовых системах по законодательству Российской Федерации, электронные ресурсы ООО НПП «Гарант-Сервис-Университет» и «Консультант-Плюс». Количество использованных источников – более 30 с 2011 по 2022 г.

Методы исследования: системно-аналитический, абстрактно-логический, контент-анализ.

Результаты и обсуждение

Изучение публикаций по теме внедрения методов проектного управления в медицинских организациях

Определения терминов. Управление проектами как направление в практике бизнеса, формулирование аппарата его научных категорий, принципы и стандарты организационно разработаны в структуре Project Management Institute (PMI). Методологическим основанием проектного подхода принято считать Руководство к Своду знаний по управлению проектами (Project Management Body of Knowledge – сокращенно Руководство PMBOK) [12, 13].

Проект – комплекс взаимосвязанных мероприятий, направленных на достижение уникальных результатов в условиях временных и ресурсных ограничений. При этом под *проектной деятельностью* понимается деятельность, связанная с иницированием, подготовкой, реализацией и завершением проектов [12, 30, 31].

Процессный подход является основополагающим принципом международных стандартов управления качеством и рассматривает все функции управления во взаимосвязи, отслеживая деятельность в рамках проекта от его инициации до полного завершения. Его применение позволяет более эффективно оценивать качество проекта, опираясь на общепринятые инструменты в области качества, эффективно управлять затратами и рисками [12, 32, 33].

Необходимо подчеркнуть, что эффективность управления проектом во многом зависит от используемой организационной структуры. Под *организационной структурой* понимается совокупность элементов организации и связей между ними с выделением организационных единиц (должностных лиц и подразделений, ими руководимых). Цель организационной структуры – обеспечить эффективное течение бизнес-процессов и распределение обязанностей между различными уровнями управления и сотрудниками [15, 16].

Предпосылки широкого распространения методологии проектного управления сформировались в результате глобализации мировых хозяйственных процессов, роста конкуренции компаний, необходимости быстрой адаптации бизнеса к постоянным изменениям внешней среды, в том числе в связи с появлением новых технологий.

Внедрение проектного управления и типы организационных структур

Международным институтом проектного менеджмента разработана специальная методика определения готовности компании к внедрению проектного управления [12, 13]. Основные принципы этой методики – соблюдение ключевых этапов для перехода организации на полноценное проектное управление: создание единой процедуры ведения проектов с регламентом мероприятий; реорганизация, определение полномочий сотрудников и подразделений в рамках проектной деятельности, их координация; внедрение информационной системы в качестве инструмента календарного планирования и контроля работ по проекту

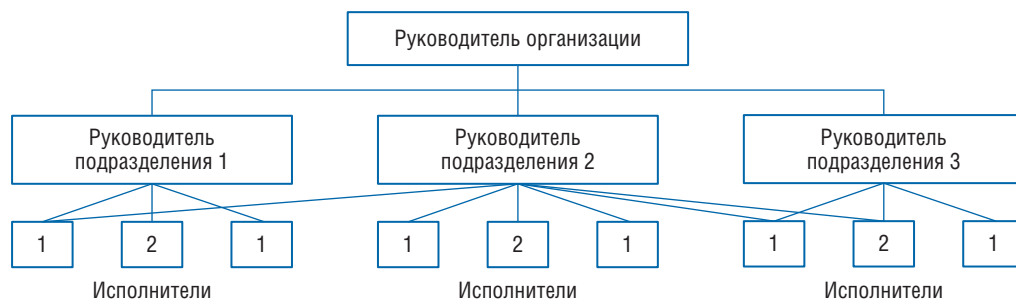


Рис. 1. Функциональная организационная структура

[12, 34]. Таким образом, для полноценного осуществления проектного управления организация должна достичь определенного уровня зрелости.

К проектной системе управления необходимо переходить постепенно, так как это совершенно иные культура и психология работы, требующие высокого уровня менеджмента и новой *организационной структуры внутри МО* [14].

Выделяют 3 типа организационных структур управления проектами: функциональную, матричную и проектную [17].

Функциональная организационная структура подразумевает выполнение постоянно повторяющихся рутинных задач, не требующих оперативного принятия решений (рис. 1).

В функциональной организации вертикальные коммуникации преобладают над горизонтальными. Они реализуются наименее травматично и бесконфликтно, поскольку напоминают функционально-иерархическую модель, установившуюся в настоящее время в МО. Роль менеджера проектов выполняют руководители структурных подразделений, к которым поставленные задачи проекта наиболее подходят по зоне ответственности [18]. При этом руководитель отвечает за решение конкретных задач, формирование бизнес-процессов и контроль персонала.

Сложность заключается в том, что руководителю приходится управлять и подразделением, и проектом. При этом предпочтение, как правило, отдается управлению функциональным подразделением. Отсутствие единого ответственного

лица за результат, необходимость выбора приоритетности работы по проекту(ам) или текущей деятельности, сложность процессов кооперации, громоздкость коммуникаций, низкая мотивация персонала на успех уникальной задачи негативно отражаются на реализации задач и ведут к конфликту [19, 20].

Матричная организационная структура – это структура организации, подразумевающая подчинение команд нескольким руководителям. Так, помимо руководителя подразделения, появляется дополнительный управляющий – руководитель проекта (рис. 2).

Внедрение данной структуры было призвано нивелировать недостатки функциональных моделей. Вместе с тем матричные структуры приживаются в России с трудом, несмотря на гибкость, скорость и узконаправленность выполнения задач. Механизм двойного подчинения вносит долю размытости в уровни управления и порождает матричный конфликт – нарушение баланса интересов функциональных руководителей и менеджеров проекта [18].

Другим фундаментальным недостатком матричной структуры, порождающим внутриорганизационные конфликты в МО, является неизбежная конкуренция за ограниченные ресурсы. Когда оборудование, информация, технологии, расходные материалы, персонал востребованы как по проектной, так и по функциональной линии, возникает риск развертывания борьбы за ресурсы между руководителями. Недостаток четко определенной иерархии власти также может привести к конфликтам между функцио-

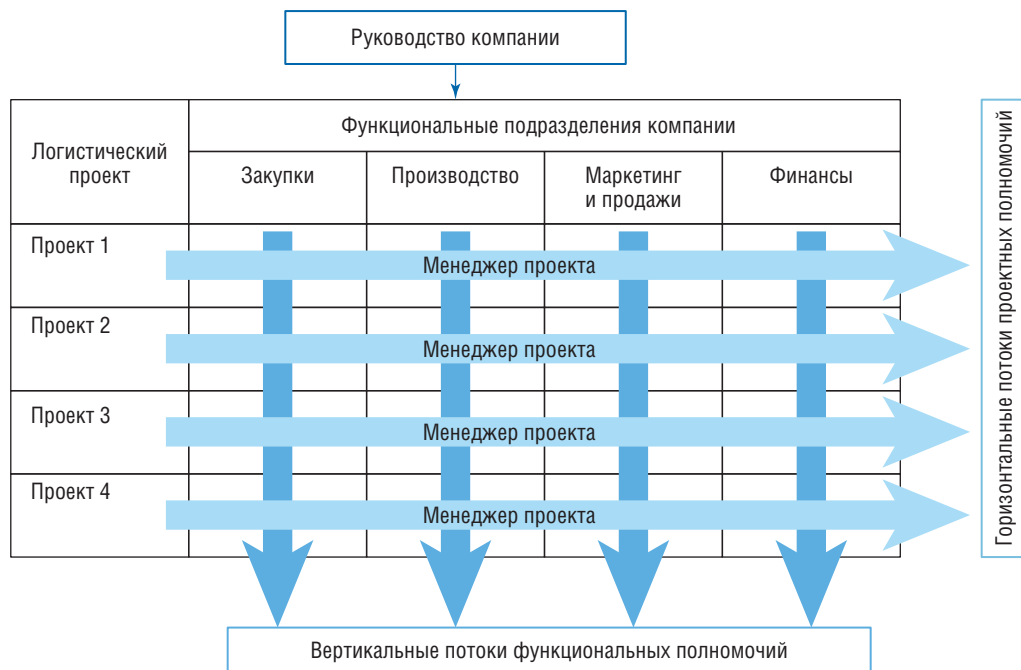


Рис. 2. Матричная организационная структура

нальными подразделениями и проектными командами в вопросах использования ресурсов [21–23].

Проектная организационная структура – временная структура, создаваемая для решения конкретной комплексной задачи организации (рис. 3).

Управление проектом реализует все стандартные функции менеджмента управления: прогнозирование, планирование, организацию, координирование, мотивацию, контроль, улучшение результатов. Минус данной структуры в том, что МО будет зависеть от проектных рисков (например, от непредвиденных расходов, дефицита времени, разрастания объемов, низкой производительности) и от решения заинтересованных сторон реализуемых ею проектов. Последнее обстоятельство ведет к операционным рискам, которые подразумевают изменения в рабочих процессах организации или коллектива вследствие перемен кадрового состава, перестановок в руководстве, к которым придется адаптироваться [24].

По наблюдениям авторов, в настоящее время очень ограниченное количество МО в действительности осуществляет собственно проектную деятельность согласно установленным принципам. Например, предприняты попытки внедрения управления проектом на этапе создания и разработки детского специализированного реабилитационного центра на базе государственного учреждения здравоохранения Тверской области «Областной клинический лечебно-реабилитационный центр» [30].

В подавляющем большинстве случаев реализация проектов подменяется (а в лучшем случае дублируется) текущей операционной работой. Кроме этого, процессы стратегического, проектного и процессного планирования МО зачастую не синхронизированы между собой [25].

На основании анализа литературы авторы сформулировали *внешние и внутренние факторы по отношению к МО*, которые помогут ее руководителю определиться с организационной структурой по реализации проекта

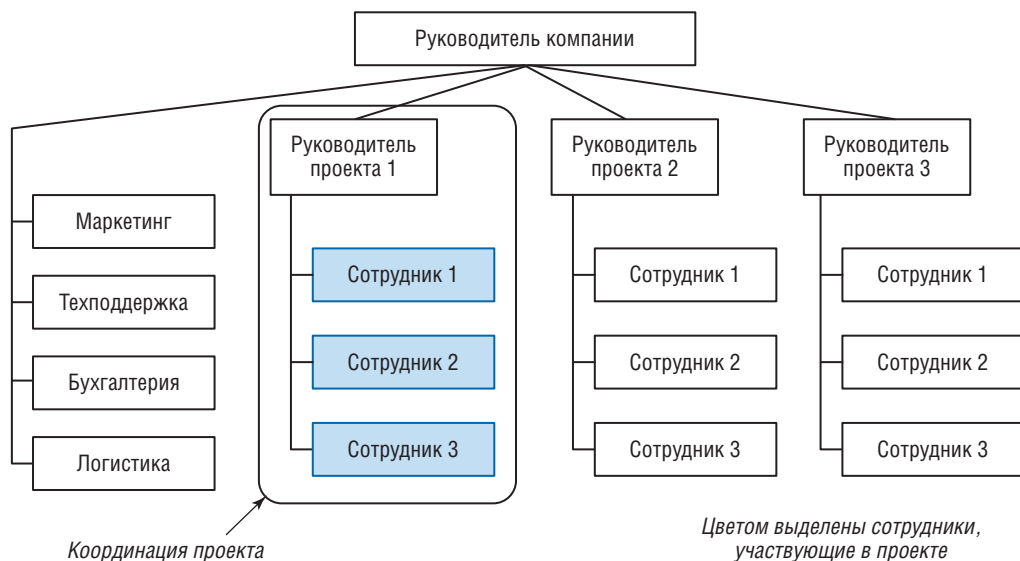


Рис. 3. Проектная организационная структура

и формализовать цели, стоящие перед учреждением. Для этого сформирована таблица (матрица).

Внутренние и внешние факторы, влияющие на выбор системы проектного управления в медицинской организации

Для анализа *внутренних факторов* или сложившейся системы управления в МО взяты составляющие, предложенные Генри Минцбергом [26]:

- операционное ядро [27] организации – осуществляет основные процессы по созданию ценности для конечного потребителя, например оптимизацию деятельности МО путем внедрения бережливого производства [35];
- стратегическая вершина – руководство организации, формирующее миссии, стратегические цели и стратегии деятельности организации;
- средняя линия – промежуточное звено между руководством и операционным ядром;
- технoструктура – объединяет аналитиков и специалистов, организующих и поддер-

живающих информационных потоки, формально организующих взаимодействие подразделений и контроль их деятельности;

- вспомогательный персонал – службы, обеспечивающие функционирование остальных элементов организации;
- идеология – атмосфера организации, связанная с ее традициями.

Для формализации *внешних факторов* использовались цели и задачи национальных и региональных проектов, отраженные в нормативных актах. Для этого они были разложены по критериям SMART (мнемоническая аббревиатура), используемым в менеджменте и проектном управлении для определения целей и постановки задач.

SMART-критерии: конкретный (Specific), измеримый (Measurable), достижимый (Achievable), значимый (Relevant) и соотносимый с конкретным периодом времени (Timebound).

Конкретный (Specific) – предполагающий отсутствие различных интерпретаций в постановке цели различными участниками проекта (стейкхолдерами).

В реализации проекта принимают участие стейкхолдеры – лицо или организация, имеющие права, долю, требования или интересы относительно системы или ее свойств, удовлетворяющих их потребностям и ожиданиям. Понимание того, кто является стейкхолдером по отношению к принимаемым решениям, должно быть понятно для всех участников и закреплено нормативными актами субъекта.

К стейкхолдерам относят: активно вовлеченных в проект – руководитель, сотрудники, инвесторы, подрядчики, партнеры; тех, кто будет пользоваться результатами проекта (на чьи интересы влияет проект) – клиенты, пациенты, покупатели, бизнес-партнеры, руководители подразделений; не вовлеченных в проект, но способных на него воздействовать, – учредители, акционеры, регулирующие государственные структуры, СМИ. Чтобы минимизировать риски, необходимо понимать ожидания и интересы *каждой группы влияния* и как можно раньше идентифицировать стейкхолдеров.

В матрице результатов взаимодействия, представленной ниже, – это руководители (главные врачи медицинских организаций), команда проекта (медицинские работники, участвующие в проекте), пациенты, куратор проекта на уровне субъекта (орган исполнительной власти в сфере здравоохранения) и др.

Измеримый (Measurable) – описывающий количественные показатели, достижение или недостижение которых позволяет определить степень приближения к цели.

Правительством Российской Федерации утверждены правила, устанавливающие цели, условия и порядок предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при реализации региональных проектов на конкретные цели [4].

Оценка эффективности использования субсидии осуществляется Министерством здравоохранения Российской Федерации путем сравнения установленных соглашением значений

результатов использования субсидии, соответствующих результатам федерального проекта Национального проекта «Здравоохранение», и фактически достигнутых по итогам отчетного года значений результатов использования субсидии [6].

Для каждой МО определены показатели, которых необходимо достичь на период осуществления проекта с учетом прикрепленного населения, штатных нормативов, территориальной расположенности и зон обслуживания, которые закреплены локальными документами последних.

Достижимый (Achievable) – означающий возможность достижения цели с учетом существующих ограничений. Данный критерий характеризует реалистичность цели, что чрезвычайно важно для мотивации медицинских работников МО, участвующих в проекте.

Достижимость цели определяется на основе опыта реализации предыдущих проектов в данной организации с учетом всех имеющихся ресурсов и ограничений. При этом ограничениями при реализации региональных проектов в МО могут стать временные ресурсы, инвестиции, трудовые ресурсы, знания и опыт исполнителя, доступ к информации и ресурсам, возможность принимать решения и наличие управленческих рычагов у исполнителя цели. Основные ограничения регламентированы на федеральном и региональном уровнях, закреплены локальными нормативными актами МО.

Значимый (Relevant) – отражающий согласование цели проекта организации с целями более высокого уровня вплоть до стратегии страны. Показатель отражает функциональное разделение труда и объем полномочий работников управления; эти полномочия определяются политикой, сложившимися методами, правилами и должностными инструкциями и расширяются, как правило, в направлении более высоких уровней управления.

Соотносимый с конкретным периодом времени (Timebounded) – учитывающий временные ограничения из-за возникновения риска того, что цель никогда не будет достигнута.

Соглашения по реализации федеральных проектов содержат ограничения по выполнению во времени, с определенным финальным сроком, превышение которого ведет к невыполнению цели и влечет возврат средств из бюджета субъекта Российской Федерации в федеральный бюджет в случае нарушения им обязательств по достижению значений установленных показателей [4]. Установление временных рамок и границ для выполнения цели позволяет сделать процесс управления контролируемым.

Таким образом, региональные МО, которые реализуют задачи, поставленные федеральными органами законодательной и исполнительной власти, в свою очередь, ограничены рамками плановых показателей национальных проектов с учетом специфики региона, особенностей МО и неизбежно должны отвечать SMART-критериям.

Матрица для выбора организационной структуры управления проектом и формализации целей медицинской организации

По результатам анализа вышеперечисленных внешних и внутренних факторов, влияющих на выбор организационной структуры проекта, авторы сформировали таблицу (матрицу), которая позволит руководителю МО формализовать эти факторы, облегчить выбор модели управления проектом и сформулировать цели для всех структурных частей проектной среды.

Принцип формирования таблицы – сопоставление факторов; по вертикали размещены характеристики на основе составляющих Генри Минцберга (люди, оборудование, коммуникации, технологии, традиции). Это позволит руководителю определить имеющуюся модель управления организацией (как правило, это функциональная модель), а в дальнейшем выбрать одну из моделей для реализации проекта. По горизонтали размещены критерии SMART. Руководители МО могут использовать данную матрицу для формализации целей и задач проектов, которые они реализуют в разрезе структурных частей проектной среды.

Рассуждая о подходах к выбору методов управления, с точки зрения авторов, оптимальной организационной структурой для реализации проектов в МО можно считать проектную. Несмотря на то что схема проектной организационной структуры отчасти копирует функциональный и матричный подходы, она влечет высокую вероятность достижения индикативных показателей проекта.

Сопоставляя и анализируя структурные части и элементы организационной среды проекта таблицы в разрезе оргструктур, а именно возможностей реализации власти и полномочий (в таблице эти структуры представлены стратегической вершиной и операционным ядром) с критериями SMART, можно заключить следующее:

- в функциональной структуре используется иерархическая цепь управления с четко определенной линией власти сверху вниз. Это означает, что команды и отчеты об их исполнении проходят быстрее, чем осуществляется обмен информацией между взаимодействующими на горизонтальном уровне отделами [15, 17].

Данное обстоятельство приводит к замедлению времени работы над проектом, что влечет переделывание работы вследствие низкого качества ее исполнения и исправления ошибок, допущенных на предшествующем этапе выполнения работы;

- в матричной структуре члены команды имеют две линии подчинения, что нарушает управленческий принцип единоначалия. Двусмысленность ролей участников проекта и постоянно подпитываемое самой структурой поле для противостояния неизбежно порождают матричный конфликт;
- в проектной структуре – одновременный контроль нескольких проектов, каждый из которых осуществляется относительно самостоятельно, не отбирает ресурсы (помимо людей) у функциональных отделов, которые работают в обычном режиме. Возможность для участников

Матрица взаимодействия внешних и внутренних факторов влияния на выбор организационной структуры

Внутренний фактор влияния		Внешний фактор влияния																				
		Государственные и региональные законодательные нормативные правовые акты																				
		«критерии SMART»																				
		УРОВЕНЬ	Конкретный (Specific)	Измеримый (Measurable)	Достижимый (Achievable)	Значимый (Relevant)	Соотносимый с конкретным периодом времени (Timebounded)	Обратная связь через оценку (Evaluated)	Периодическая корректировка цели (Reviewed)													
Организационная структура медицинской организации	ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ	Структурные части и элементы организационной среды проекта	Эффективность организационной структуры	НИЗКАЯ																		
		операционное ядро (люди, оборудование...)																				
		стратегическая вершина (руководство проектом)																				
		средняя линия (коммуникации)																				
		техноструктура (поддержка информационных потоков)																				
		вспомогательный персонал (обеспечивающие службы)																				
	МАТРИЧНАЯ	идеология (традиции организации)																				
		операционное ядро (люди, оборудование...)																				
		стратегическая вершина (руководство проектом)																				
		средняя линия (коммуникации)																				
		техноструктура (поддержка информационных потоков)																				
		вспомогательный персонал (обеспечивающие службы)																				
	ПРОЕКТНАЯ	идеология (традиции организации)																				
		операционное ядро (люди, оборудование...)																				
		стратегическая вершина (руководство проектом)																				
		средняя линия (коммуникации)																				
		техноструктура (поддержка информационных потоков)																				
		вспомогательный персонал (обеспечивающие службы)																				
идеология (традиции организации)																						

проекта концентрироваться на проекте, не отвлекаясь на выполнение повседневной работы, обеспечивает рост производительности труда. Реакция на принятые управленческие решения наступает значительно быстрее, так как информация уже не ходит по вертикали организационной иерархии [16, 18].

Соизмеряя организацию и эффективность коммуникаций с критериями SMART – в таблице эти структуры представлены средней линией, технотструктурой и вспомогательным персоналом – можно сделать следующие выводы:

- в функциональной структуре реализуются формальные коммуникации, коммуникационные каналы вертикальные и хорошо организованные. Возможна быстрая реакция, но она зависима от приоритетов функциональных менеджеров. В рамках данной схемы трудно установить индивидуальную, персональную ответственность за проект. Решения, принимаемые в ходе работы над проектом, обычно отражают интересы сильнейших, наиболее влиятельных функциональных подразделений, что не обязательно совпадает с объективными интересами развития проекта. Вследствие множественности центров принятия решений интересы клиента (заказчика) находятся на периферии внимания, а решения носят локальный характер, учитывающий прежде всего интересы участвующего в проекте подразделения;
- в матричной структуре используются как формальные, так и неформальные коммуникации. Неизбежная конкуренция за ограниченные ресурсы порождает внутриорганизационные конфликты, когда оборудование, информация, технологии, персонал востребованы как по проектной, так и по функциональной линии, вследствие чего возникает риск развертывания борьбы за ресурсы между руководителями.

Вместе с тем матричная структура обеспечивает упрощение коммуникаций, рост скорости передачи информации между специалистами подразделений, что дает возможность сотруд-

никам различных функциональных подразделений обмениваться опытом и повышать квалификацию [15, 18];

- в проектной структуре задействованы неформальные коммуникации, когда независимые команды проекта работают непосредственно на проектного менеджера, что приводит к более прибыльно-ориентированному мышлению, экономии времени. В команде действует высокий уровень мотивации и взаимопонимания, соответственно, общая цель и ответственность снижают конфликтность во взаимоотношениях членов команды. Члены команды имеют возможность тесно взаимодействовать с клиентом (заказчиком проекта), что резко сокращает время отзыва на пожелания клиента, наблюдается высокий уровень кросс-культурной интеграции.

Анализируя финансовые издержки в сопоставлении с критериями SMART, можно заключить следующее:

- в функциональной структуре большие накладные расходы, так как затруднителен точный контроль расходования ресурсов, когда одновременно выполняются сходные работы как в рамках проекта, так и в рамках планового задания повседневной деятельности;
- в матричной структуре гибкая система использования ресурсов, однако в масштабах всей компании структура неэффективна по издержкам, так как требуется чрезмерно большое количество людей, в первую очередь административного персонала;
- в проектной структуре создание автономных проектных команд дорого, так как создается не только новая высокооплачиваемая управленческая должность менеджера проекта, но и все ресурсы проекту выделяются по отдельному штату – проекту понадобятся помещения, компьютеры, вспомогательный персонал, оборудование, транспорт, связь и многое другое; вследствие дублирования ряда функций растет стоимость выполнения всех совокупных работ в организации [18, 29].

Выводы и рекомендации

1. Сегодня в большинстве МО сложилась функциональная организационная структура, нацеленная на выполнение постоянно повторяющихся рутинных задач, не требующих оперативного принятия решений. Такая структура оптимальна для типовых проектов, имеющих достаточную повторяемость, для которых существуют разработанные шаблоны и процессы управления (в случае МО – приказы, стандарты медицинской помощи, порядки ее оказания и др.). Проекты, реализуемые в данной структуре, должны иметь низкие уровни сложности и риска.

2. Для реализации федеральных и региональных проектов на уровне МО желательно

выбирать проектную модель организационной структуры. Это подразумевает выделение отдельного проекта из общей структуры управления, что создаст большую гибкость при определении сроков, стоимости, качества выполнения работ проекта, а также предоставит возможности для нахождения компромиссов по спорным вопросам. Вместе с тем к рискам такой модели управления следует отнести их высокую стоимость.

3. Предложенная матрица позволяет разложить модель управления МО на структурные составляющие, формализовать цели МО по SMART-критериям, а также разбить их по элементам проектной среды. Заполнение руководителем МО данной матрицы позволит облегчить проектную работу и выбрать оптимальную модель управления.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Ахохова Азис Владимировна (Azis V. Akhohova) – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и профилактической медицины, КБГУ; заместитель главного врача, ООО Фирма «СЭМ», Нальчик, Российская Федерация

E-mail: Aza_stih@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0003-2370-9701>

Тхабисимова Ирина Корнеевна (Irina K. Tkhabisimova) – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой общей врачебной подготовки и медицинской реабилитации, КБГУ, Нальчик, Российская Федерация

E-mail: tkhabisim@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0003-4065-989X>

Сижажева Софиат Хасеновна (Sofiat Kh. Sizhazheva) – старший преподаватель кафедры общественного здоровья, здравоохранения и профилактической медицины, КБГУ, Нальчик, Российская Федерация

E-mail: sofiat.sizhazheva@mail.ru

<http://orcid.org/0000-0002-4412-6700>

Нахушева Залина Хамидбиевна (Zalina Kh. Nakhusheva) – ассистент кафедры нормальной и патологической анатомии, КБГУ, Нальчик, Российская Федерация

E-mail: nakhusheva_zalina@mail.ru

<https://orcid.org/0009-0008-9333-2755>

Балкизова Диана Аслановна (Diana A. Balkizova) – ординатор 2-го года обучения по специальности «Сердечно-сосудистая хирургия», КБГУ, Нальчик, Российская Федерация

E-mail: Balkizova.dianka@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-4921-4343>

ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» // Собрание законодательства Российской Федерации от 14 мая 2018 г.

№ 20 ст. 2817. URL: <https://mvd.consultant.ru/documents/1056500>

2. Национальные проекты // Единый портал бюджетной системы Российской Федерации «Электронный бюджет» [Элек-

ронный ресурс]. URL: <https://budget.gov.ru/Национальныепроекты?regionId=45000000>

3. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. № 16). URL: <https://ikport.ru/documents/medical/zdrav.pdf>

4. Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»» (с изменениями и дополнениями). URL: <https://docs.cntd.ru/document/556183184>

5. Алешин А.В., Аньшин В.М., Багратиони К.А. и др. Управление проектами: фундаментальный курс : учебник / под ред. В.М. Аньшина, О.Н. Ильиной ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». Москва : ИД Высшей школы экономики, 2013. 620 с.

6. Сорокин Д. Национальные проекты и реальная политика // Проблемы теории и практики управления (международный журнал). 2007. № 3. С. 8.

7. Ижаева З.Н. Проблемы реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения. «Науки о здоровье». 2008. С. 172–176.

8. Полученное по нацпроекту «Здоровье» оборудование простаивает [Электронный ресурс]. URL: <https://ria.ru> (дата обращения: 10.03.2023).

9. Письмо министерства здравоохранения Краснодарского края от 26 марта 2013 г. № 48-3042/13-08-08 «О реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»» [Электронный ресурс]. URL: <https://base.garant.ru> (дата обращения: 23.03.2023).

10. Литвиненко А.Н., Сулыгова М.Б. Проблемы внедрения и реализации проектного управления в организации // Ученые записки Санкт-Петербургского имени В.Б. Бобкова филиала Российской таможенной академии. 2017. № 4 (64). С. 59–62.

11. URL: <http://www.iteam.ru>

12. Руководство к своду знаний по управлению проектами (PMBOK). 7-е изд. PMI, 2022. URL: <https://www.litres.ru/book/raznoe-4340152/rukovodstvo-k-svodu-znaniy-po-upravleniu-proektami-rukovods-44774691>

13. Матюшок С.В., Фомина А.В., Хрусталев Е.Ю. Проектный подход как метод повышения экономической эффективности наукоемких промышленных предприятий // Экономический анализ: теория и практика. 2014. № 34. С. 2–16.

14. Вережкина Е.В., Ревин А.Ю., Зеленский П.С. Особенности внедрения новой организационной структуры по управлению проектами в организации // Актуальные проблемы авиации и космонавтики. 2011. № 7. С. 72–73.

15. Горбова И.Н. Методические подходы к организационным структурам управления проектами // Вестник БГУ. 2014. № 3. С. 112–116.

16. Инкина-Ерицпохова А.З., Трошина Н.И. Организационные структуры в проектах и принципы их построения // Культура и время перемен. Краснодар : Краснодарский государственный институт культуры, 2016.

17. Султанов И.А. Организационные модели структур проектной деятельности. URL: <http://projectimo.ru/upravlenie-proektami/organizacionnaya-struktura-proekta.html>

18. Харитонов С.В. Критерии эффективности организационных структур управления муниципальной службы // Научно-практический электронный журнал «Аллея науки». 2021. № 62. С. 43–46.

19. Сеталова А.М. Совершенствование структуры управления организации с применением функционального подхода // International Journal of Humanities and Natural Sciences. 2022. № 4-4 (67). С. 136–139. DOI: <http://doi.org/10.24412/2500-1000-2022-4-4-136-139>

20. Зуб А.Т. Управление проектами: учебник и практикум для академического бакалавриата Москва : Юрайт, 2014. 422 с.

21. Данилова Н.С. Механизм совершенствования организационной структуры управления в условиях устойчивого развития организации // Труд. Профсоюзы. Общество. 2022. № 1 (75). С. 23–31.

22. Высоцкий О.А., Гарчук И.М., Данилова Н.С. Основы устойчивого развития производственной организации / под науч. ред. В.Ф. Медведева; Брест. гос. технический ун-т. Минск : Право и экономика, 2015. 358 с.

23. Боронина Л.Н., Сенук З.В. Основы управления проектами : учебное пособие / М-во образования и науки Рос. Федерации, Урал. федер. ун-т. Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2015. 112 с.

24. Злодеева Е.Б. Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова, г. Москва. Проектный менеджмент в здравоохранении: предпосылки реализации и перспективы развития // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. 2020. № 9. С. 54–59.

25. Генри Минцберг. Структура в кулаке: создание эффективной организации. Санкт-Петербург, 2011. URL: <https://www.labirint.ru/books/20271/>

26. Воронин А.А., Харитонов М.А. Модель численной оптимизации структуры операционного ядра организации // Управление большими системами : сборник трудов. 2012. Вып. 39. С. 165–183.

27. Бракер Д.К., Богомолова О.Ю., Бризицкая А.В., Давидчук Н.Н., Соколова А.С., Попова И.В. и др. Современная экономика: анализ состояния и перспективы развития: монография / под ред. М.М. Скореева. Ставрополь, 2015. 314 с.

28. Куценко Е.И. Аспекты оценки эффективности инновационного проекта // Вестник Оренбургского государственного университета. 2015. № 8 (183). С. 73–78.

29. Собгайда Е.А. Эффективность реализации национальных проектов: проблемы и пути решения // KANT. 2022. № 2 (43). С. 72–76. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-realizatsii-natsionalnyh-proektov-problemy-i-puti-resheniya> (дата обращения: 20.07.2023).

30. Старцев А.А., Кравцова М.В., Гусева М.Н., Санина Н.П. Управление проектами в системе здравоохранения на примере создания государственного детского специализированного реабилитационного центра // Лидерство и менеджмент. 2021. № 3. С. 357–372. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-proektami-v-sisteme-zdravoohraneniya-na-primere-sozdaniya-gosudarstvennogo-detskogo-spetsializirovannogo> (дата обращения: 20.07.2023).

31. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 октября 2016 г. № 1050 «Об организации проектной деятельности в Правительстве Российской Федерации». Гарант [Электронный ресурс]. URL: <http://gov.garant.ru/SESSION/PILOT/main.htm> дата обращения: 19.06.2023).

32. Седых Е.П. Управление проектами: процессный подход // Вестник Самарского государственного технического университета. Серия: Психолого-педагогические науки. 2019. № 4 (44). С. 181–192. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-proektami-protsessnyy-podhod> (дата обращения: 20.07.2023).

33. Ляндау Ю.В., Стасевич Д.И. Теория процессного управления. Москва : Инфра-М, 2015. 118 с.

34. Баранская А.Н. Две стороны одной медали. Процессный и проектный подходы в стратегическом управлении организациями инновационной экономики // Креативная экономика. 2010. № 12. С. 130–135.

35. Фенютина В.А., Бреусов А.В. Оптимизация деятельности медицинских организаций путем внедрения бережливого производства // Инновации и инвестиции. 2019. № 6. С. 354–358. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/optimizatsiya-deyatelnosti-meditsinskih-organizatsiy-putyom-vnedreniya-berezhlivogo-proizvodstva> (дата обращения: 20.07.2023).

REFERENCES

- Decree of the President of the Russian Federation dated May 7, 2018 No. 204 «On national goals and strategic objectives for the development of the Russian Federation for the period up to 2024». In: Collection of Legislation of the Russian Federation dated May 14, 2018 No. 20 Art. 2817. URL: <https://mvd.consultant.ru/documents/1056500> (in Russian)
- National projects. In: Unified Portal of the Budget System of the Russian Federation «Electronic budget» [Electronic resource]. URL: <https://budget.gov.ru/Национальныепроекты?regid=45000000> (in Russian)
- Passport of the national project «Healthcare» (approved by the Presidium of the Council under the President of the Russian Federation for Strategic Development and National Projects, minutes of December 24, 2018 No. 16). URL: <https://iktport.ru/documents/medical/zdrav.pdf> (in Russian)
- Decree of the Government of the Russian Federation of December 26, 2017 No. 1640 «On approval of the state program of the Russian Federation “Health Development”» (with amendments and additions). URL: <https://docs.cntd.ru/document/556183184> (in Russian)
- Aleshin A.V., An'shin V.M., Bagrationi K.A., et al. Project management: fundamental course. Textbook. In: V.M. An'shin, O.N. Ilyina (eds); National Research University «Higher School of Economics». Moscow: ID Vysshey shkoly ekonomiki, 2013: 620 p. (in Russian)
- Sorokin D. National projects and realpolitik. Problemy teorii i praktiki upravleniya (mezhdunarodnyy zhurnal) [Problems of the Theory and Practice of Management (International Journal)]. 2007; (3): 8. (in Russian)
- Izhaeva Z.N. Problems of implementation of the priority national project in the field of healthcare. «Health Sciences». 2008: 172–6. (in Russian)
- The equipment received under the national project «Health» is idle [Electronic resource]. [Electronic resource]. URL: <https://ria.ru> (date of access March 10, 2023). (in Russian)
- Letter of the Ministry of Health of the Krasnodar Territory dated March 26, 2013 No. 48-3042/13-08-08 «On the implementation of the priority national project “Health”» [Electronic resource]. URL: <https://base.garant.ru> (дата обращения: 23.03.2023). (in Russian)
- Litvinenko A.N., Sulygova M.B. Problems of implementation and implementation of project management in the organization. Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo imeni V.B. Bobkova filiala Rossiyskoy tamozhennoy akademii [Scientific Notes of the St. Petersburg named after V.B. Bobkov Branch of the Russian Customs Academy]. 2017; 4 (64): 59–62. (in Russian)
- URL: <http://www.iteam.ru>
- Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK). 7th ed. PMI, 2022. URL: <https://www.itres.ru/book/raznoe-4340152/rukovodstvo-k-svodno-znaniy-po-upravleniu-proektami-rukovods-44774691> (in Russian)
- Matyushok S.V., Fomina A.V., Khrustalev E.Yu. Project approach as a method of increasing the economic efficiency of high-tech industrial enterprises. Ekonomicheskii analiz: teoriya i praktika [Economic Analysis: Theory and Practice]. 2014; (34): 2–16. (in Russian)
- Verevkin E.V., Revin A.Yu., Zelensky P.S. Features of the introduction of a new organizational structure for project management in the organization. Aktual'nye problemy aviatcii i kosmonavtiki [Actual Problems of Aviation and Astronautics]. 2011; (7): 72–3. (in Russian)
- Gorbova I.N. Methodical approaches to organizational structures of project management. Vestnik BGU [Bulletin of the Belarusian State University]. 2014; (3): 112–6. (in Russian)
- Inkina-Eritspokhova A.Z., Troshina N.I. Organizational structures in projects and principles of their construction. In: Culture and Time of Change. Krasnodar: Krasnodarskiy gosudarstvennyy institut kul'tury, 2016. (in Russian)
- Sultanov I.A. Organizational models of structures of project activity. URL: <http://projectimo.ru/upravlenie-proektami/organizacion-naya-struktura-proekta.html> (in Russian)
- Kharitonov S.V. Criteria for the effectiveness of organizational structures of management of the municipal service. Nauchno-prakticheskiy elektronnyy zhurnal «Alleya nauki» [Scientific and Practical Electronic Journal «Alley of Science»]. 2021; (62): 43–6. (in Russian)
- Setalov A.M. Improving the management structure of the organization using a functional approach. International Journal of Humanities and Natural Sciences. 2022; 4-4 (67): 136–9. DOI: <http://doi.org/10.24412/2500-1000-2022-4-4-136-139> (in Russian)
- Zub A.T. Project management: textbook and workshop for academic undergraduate students. Moscow: Yurayt, 2014: 422 p. (in Russian)
- Danilova N.S. The mechanism for improving the organizational structure of management in the conditions of sustainable development of the organization. Trud. Profsoyuzy. Obshchestvo. [Labor. Trade Union. Society. 2022; 1 (75): 23–31. (in Russian)
- Vysotsky O.A., Garchuk I.M., Danilova N.S. Fundamentals of sustainable development of a production organization. In: V.F. Medvedev (ed.); Brest State Technical University. Minsk: Pravo i ekonomika, 2015: 358 p. (in Russian)
- Boronina L.N., Senuk Z.V. Fundamentals of project management. Textbook. In: Ministry of Education and Science of the Russian Federation, Ural Federal University. Ekaterinburg: Izdatel'stvo Ural'skogo universiteta, 2015: 112 p. (in Russian)
- Zlodееva E.B. Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimova, Moscow. Project management in healthcare: prerequisites for implementation and development prospects. Sistema menedzmenta kachestva: opyt i perspektivy [Quality Management System: Experience and Prospects]. 2020; (9): 54–9. (in Russian)
- Henry Mintzberg: Structure in a Fist: Creating an Effective Organization. Saint Petersburg, 2011. URL: <https://www.labyrinth.ru/books/20271/> (in Russian)
- Voronin A.A., Kharitonov M.A. Model of numerical optimization of the structure of the operational core of the organization. In: Management of Large Systems: Collection of Works. 2012; (39): 165–83. (in Russian)
- Braker D.K., Bogomolova O.Yu., Brizitskaya A.V., Davidchuk N.N., Sokolova A.S., Popova I.V., et al. Modern economy: analysis of the state and development prospects. Monograph. In: M.M. Skorev (ed.). Stavropol', 2015: 314 p. (in Russian)
- Kutsenko E.I. Aspects of assessing the effectiveness of an innovative project. Vestnik Orenburgskogo gosudarstvennogo universiteta [Bulletin of the Orenburg State University]. 2015; 8 (183): 73–8. (in Russian)
- Sobgayda E.A. The effectiveness of the implementation of national projects: problems and solutions. KANT. 2022; 2 (43): 72–6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-realizatsii-natsionalnyh-proektov-problemy-i-puti-resheniya> (date of access July 20, 2023) (in Russian)
- Startsev A.L., Kravtsova M.V., Guseva M.N., Sanina N.P. Project management in the healthcare system on the example of creating a state children's specialized rehabilitation center. Liderstvo i menedzhment [Leadership and Management]. 2021; (3): 357–72. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-proektami-v-sisteme-zdravoohraneniya-na-primere-sozdaniya-gosudarstvennogo-detskogo-sposializirovannogo> (date of access July 20, 2023). (in Russian)
- Decree of the Government of the Russian Federation of October 15, 2016 No. 1050 «On the organization of project activities in the Government of the Russian Federation». Garant [Guarantee]

[Electronic resource]. URL: <http://gov.garant.ru/SESSION/PILOT/main.htm> (date of access June 19, 2023). (in Russian)

32. Sedykh E.P. Project management: process approach. Vestnik Samarskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta. Seriya: Psikhologo-pedagogicheskie nauki [Bulletin of Samara State Technical University. Series: Psychological and Pedagogical Sciences]. 2019; 4 (44): 181–92. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-proektami-protsechnyy-podhod> (date of access July 20, 2023). (in Russian)

33. Lyandau Yu.V., Stasevich D.I. Theory of process management. Moscow: Infra-M, 2015:118 p. (in Russian)

34. Baranskaya A.N. Two sides of the same coin. Process and project approaches in the strategic management of innovative economy organizations. Kreativnaya ekonomika [Creative Economy]. 2010; (12): 130–5. (in Russian)

35. Fenyutina V.A., Breusov A.V. Optimization of the activities of medical organizations through the introduction of lean production. Innovatsii i investitsii [Innovation and Investment]. 2019; (6): 354–8. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/optimizatsiya-deyatelnosti-meditsinskih-organizatsiy-putyom-vnedreniya-berezhlivogo-proizvodstva> (date of access July 20, 2023). (in Russian)

Анализ скрининговых исследований в медицине (систематический обзор)

Серенко К.А.

Сеть клиник «Семейная», 127006, г. Москва, Российская Федерация

Скрининг является одним из важнейших профилактических мероприятий, однако его массовому распространению должна предшествовать всесторонняя оценка на основании анализа, прежде всего эффективности (с позиций социолого-демографической, клинико-экономической, экспертной) и безопасности. В статье описываются исторические аспекты изучения скрининга, цели и принципы скрининговых исследований, эволюция представлений о них, формы скрининга, характеристики, риски и основные ошибки, допускаемые в его процессе, освещаются проблемы и недостатки, польза и вред проводимых скрининговых исследований, понятие идеального скрининга. В заключение отмечается, что скрининг не является методом ранней диагностики, а реализация скрининговых программ должна учитывать все требования, предъявляемые к ним.

Ключевые слова:

общественное здравоохранение; медицинская профилактика; профилактический осмотр; диспансеризация; скрининг; скрининговое исследование; ранняя диагностика; раннее выявление; профилактический осмотр; первичная медико-социальная помощь

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Серенко К.А. Анализ скрининговых исследований в медицине (систематический обзор) // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2023. Т. 9, № 3. С. 51–65. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-3-51-65>

Статья поступила в редакцию 05.07.2023. **Принята в печать** 28.08.2023.

Analysis of screenings in medicine (systematic review)

Serenko K.A.

Chain of Clinics "Semeynaya", 127006, Moscow, Russian Federation

Screening is now considered to be one of the most important prophylactic measures. Nevertheless, mass implementation of screenings must follow their comprehensive assessment according to requirements based on analysis of efficiency (socio-demographic, clinical, economical, expert) and safety. Histor-

ical aspects of screening studies, goals and principles and evolution of their approaches, main forms and characteristics, mistakes and disadvantages, risks, benefits and harms of typical screenings and the concept of ideal screening are depicted in this article. In conclusion it is said, that screening is not a means of early diagnostics and screening implementation should take into consideration all the needed demands.

Keywords:

public health; prophylaxis; medical examination; medical test; screening; early diagnostics; early detection; medical service; medical advice

Funding. The study had no sponsor support.

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

For citation: Serenko K.A. Analysis of screenings in medicine (systematic review) // ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2023; 9 (3): 51–65. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-3-51-65> (in Russian)

Received 05.07.2023. **Accepted** 28.08.2023.

В условиях старения населения, а также при сопутствующем этому повышении заболеваемости и смертности важным становится его экономический потенциал, развитие которого невозможно без мероприятий по сохранению и укреплению здоровья граждан. С целью коррекции негативных тенденций особое значение приобретают ранняя диагностика и лечение заболеваний, являющихся основными причинами смертности в нашей стране, – сердечно-сосудистых (ССЗ) и злокачественных новообразований (ЗНО) [1]. В этой связи должно быть усилено внимание к изучению оценки эффективности скрининговых исследований (СИ), способствующих раннему выявлению тяжелых заболеваний, и массовое внедрение наиболее эффективных из них [2]. В данном анализе рассматриваются требования к проведению СИ, а также связанные с ними риски, проблемы и ошибки.

Цель – изучение эффективности медицинских скринингов.

Материал и методы

Для получения информации выполнен поиск релевантных исследований, опубликованных в электронных базах PubMed/MEDLINE, CochraneLibrary, Scopus, eLibrary, UpToDate,

CyberLeninka и отобранных в системах Yandex и Google. Стратегию поиска составляли такие ключевые слова и словосочетания на русском и английском языках, как «скрининг», «screening», «скрининговое исследование», «эффективность скрининга», «screening efficiency».

Каждый текст (на английском и русском языках) рассматривался независимо от даты его издания и языка, на котором он опубликован. Отбор осуществлялся путем изучения названий, краткого содержания и полнотекстовых статей. Для выявления, отбора и критической оценки соответствующих исследований использовался систематический метод. Систематический обзор проведен согласно руководству PRISMA и с использованием определенных критериев PICO(S).

Для включения публикации в обзор рассматривались следующие критерии: статья должна содержать информацию о результатах законченных исследований по эффективности, требованиям, проблемам и недостаткам СИ, иметь полнотекстовую версию. *Критерии исключения:* неопубликованные/неиндексированные исследования, неизданная литература, отозванные публикации, исследования, не предлагающие для ознакомления полнотекстовые варианты. В результате поиска найдена 70 141 статья,

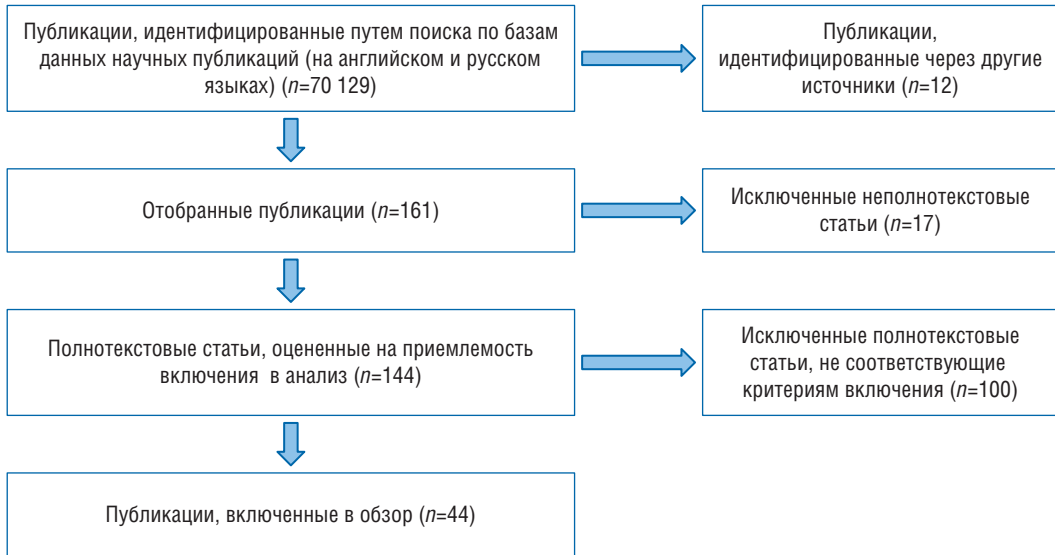


Схема отбора публикаций (PRISMA)

включая дубликаты. По результатам анализа названий и аннотаций исключено 69 997 статей вместе с дубликатами. Все оставшиеся 144 публикации являлись полнотекстовыми, из них 100 удалено из-за несоответствия критериям включения. Отобрано 44 публикации, анализирующих скрининг и его эффективность. Результаты отбора публикаций представлены в виде схемы (см. рисунок).

Результаты

Понятие, история и принципы скрининговых исследований

Конференция по профилактическим аспектам хронических заболеваний в 1951 г. определила скрининг (от англ. *screening* – просеивание) как «предполагаемое выявление неопisanного заболевания или дефекта посредством исследований, осмотра и иных быстро выполнимых процедур». СИ может выявить наличие симптомов и бессимптомное течение заболевания, предполагает активное массовое обследование населения независимо от наличия заболевания и обращения за помощью.

Вначале скрининг был направлен на выявление инфекционных заболеваний (малярия,

венерические болезни, туберкулез), в середине XX в. его направленность сместилась на неинфекционные болезни. Для разных стран и популяций будут актуальны СИ на различные заболевания и состояния, в зависимости от климатических и социально-экономических особенностей: для одних актуальна заболеваемость инфекционными заболеваниями (малярия, туберкулез, венерические заболевания, ВИЧ-инфекция), для других – ССЗ и ЗНО, сахарным диабетом (СД), ожирением, наследственными заболеваниями. Для лиц, занятых на вредном производстве, при невозможности исключения вредного фактора необходимы обследования для раннего выявления опасных заболеваний: например, силикоз или хроническое отравление тяжелыми металлами на начальном этапе можно выявить соответствующими лабораторными и инструментальными методами.

Цель СИ – раннее выявление, диагностика и лечение заболеваний, приводящие к снижению частоты тяжелых случаев и их осложнений, а также смертности от них. Скрининг – не метод диагностики, и если человек не намерен проходить диагностику по его результатам, проводить его не рекомендуется. Отличие скрининга от ранней диагностики заключается в том, что скри-

нинг проводят в отношении условно-здоровых людей, а ранняя диагностика применяется в отношении уже заболевших, которые могут не иметь жалоб и признаков заболевания [3].

Цель ранней диагностики – получение возможности более эффективного воздействия на патологические изменения до того, как у человека возникает потребность в медицинской помощи. Результатом может быть экономия ресурсов системы здравоохранения, снижение затрат и времени на диагностику и лечение заболевания, улучшение выживаемости и прогноза. При этом экономится рабочее время врачей, поскольку в СИ врачи могут не участвовать за счет перераспределения обязанностей в сторону среднего медицинского персонала и автоматизации процессов. СИ могут быть экономически не оправданны при высокой распространенности заболевания, выявлении множества людей, требующих лечения, отсутствии угрозы ухудшения их самочувствия. СИ на острые респираторные заболевания клинико-экономически не оправданны, поскольку их ранняя диагностика, до появления симптомов, не требует лечения, эффективного этиотропного лечения в случае развития данных заболеваний практически не существует, а угрозы жизни в большинстве своем не представляют. СИ должно давать преимущество по снижению смертности. Например, СИ курящих мужчин в виде анализа мокроты и рентгенологического исследования каждые 4 мес на протяжении 20 лет не показали значимого снижения смертности (4,4 на 1000 человеко-лет против 3,9 на 1000 человеко-лет), однако некоторые исследования низкодозовой КТ показали снижение смертности на 20% на протяжении 6,5 года [4, 5].

Согласно разработанной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1968 г. принципам, СИ на заболевание должны удовлетворять следующим требованиям [6].

1. Является важной медицинской проблемой, не обязательно распространенной. СД распространен в мире, в отличие от фенилкетонурии, однако неонатальный скрининг на фенилкетонурию, согласно Федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению фени-

лкетонурии, необходим. Выделяют индивидуальную и популяционную составляющую. То, что может быть не критично для одного человека, окажется важным для популяции, и наоборот.

Ожирение в силу своей массовости является медико-социальной проблемой для общества, но на каком-то этапе может не беспокоить конкретных пациентов. Для решения вопроса о проведении СИ необходимо определить заболеваемость, распространенность, смертность, частоту и количество госпитализаций по группам населения.

Рак молочной железы (РМЖ) – одна из самых частых причин смерти от ЗНО, однако в основном он встречается у лиц старше 50 лет, а заболеваемость РМЖ 20-летней женщины в 5 раз ниже, чем рак грудной железы у мужчин старше 70 лет – 1,6 на 100 тыс. [7]. Риск скрининга редких заболеваний заключается в ограниченной выгоде, обусловленной небольшим количеством заболевших и вредом для здоровых лиц с ложноположительным результатом, которым могут проводиться необоснованные диагностика и лечение. Выявление групп риска и их точечное скринирование позволяет решить проблему.

2. Существует общепринятое лечение, которое, согласно принципу Гиппократа «Primum non nocere!», безопаснее его отсутствия, а лечение на досимптомном этапе должно приводить к лучшему прогнозу, что актуально для ЗНО и пациентов из пограничных «серых зон» (результаты обследований, не позволяющие их однозначно трактовать).

3. Доступность условий диагностики и лечения, что важно при массовом скрининге. Например, при онкоскрининге или скрининге на туберкулез необходимо убедиться в физической возможности дальнейшей диагностики и лечения пациентов. Поскольку данные заболевания ресурсозатратны, требуются планирование и контроль реализации дальнейших этапов ведения пациентов.

4. Наличие определяемого латентного периода при отсутствии жалоб. Например, глиобластоме, ЗНО поджелудочной железы или рассеянный склероз диагностировать до развития симптомов сложнее, чем хронический гепатит С.

5. Наличие метода диагностики. Для СИ, в отличие от диагностического, больше требуются простота и скорость, а не специфичность. Ранее пробовался барий-контрастный скрининг рака желудка, однако он был отвергнут из-за трудности, дискомфорта и длительности проведения, высокой лучевой нагрузки и недостаточной чувствительности. Многие СИ являются непрямыми и показывают не наличие заболевания, а его результат: тень на рентгенологическом снимке может быть проявлением различных заболеваний и требует верификации, а однократное небольшое повышение артериального давления может не свидетельствовать о заболевании артериальной гипертензией (АГ).

6. Принятие теста на популяционном уровне. Трудность, длительность и дискомфорт проведения ректоромано- и колоноскопии, несмотря на их высокую чувствительность и специфичность в отношении колоректальных ЗНО, могут вызвать отказ от проведения в качестве массового СИ со стороны населения. В РФ, согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 27 апреля 2021 г. № 404н, ректороманоскопия и колоноскопия проводятся лишь на втором этапе диспансеризации.

7. Понимание механизмов патогенеза болезни и исследования, показывающие клинический эффект от начала лечения на досимптомной стадии и далее, позволяют отделить пациентов пограничной, «серой», зоны, требующих лечения, от лиц с отклонениями, лечения не требующих, которые могут представлять собой варианты нормы или погрешности исследования.

8. Наличие стандартов интерпретации результатов СИ и лечения. При оценке СИ не должно быть разночтений, а алгоритм действий должен быть четким, иначе оценка СИ будет субъективной и затрудненной из-за различия взглядов специалистов на одни и те же результаты.

9. Стоимость диагностики и лечения заболевания, выявленного в результате СИ, должна быть ниже. Это возможно при высвобождении врачей за счет среднего медицинского персонала, техников, автоматизации, снижение ча-

стоты развития запущенных стадий заболевания. Эффектом будет снижение заболеваемости тяжелыми формами, смертности трудоспособного населения и вовлечение его в экономическую деятельность. Совмещение нескольких СИ (мультискрининг) также способствует экономии ресурсов, снижению логистических, временных и других издержек.

10. Скрининг должен быть непрерывным, а не одномоментным, показывающим срез на конкретное время, тогда как при повторном СИ возможно выявление исключаемого заболевания в силу его прогрессирования или возникновения вновь.

В связи с социально-политическими изменениями, изменениями в клинических и общемедицинских подходах, пересмотром отношений в обществе и между врачом и пациентом в 2008 г. ВОЗ переформулировала эти требования [8]:

1. СИ должно отвечать конкретной потребности.
2. Сформулированное целеполагание перед началом СИ.
3. Определение целевой популяции СИ.
4. Научное обоснование эффективности СИ.
5. Программа СИ по обучению, тестированию, медицинским услугам и управлению.
6. Гарантия качества и минимизации рисков СИ.
7. Информированный выбор, конфиденциальность и самостоятельность принятия решения.
8. Равный доступ для всей целевой популяции.
9. Проведению СИ предшествует планирование результата.
10. Преимущества СИ превышают потенциальный вред.

Основные формы и механизмы оценки скрининговых исследований

Скрининг может быть массовый (масс-скрининг, без выборки отдельных групп по факторам риска, например, вся популяция на конкретной территории или популяция согласно половозрастному составу) и выборочный (например, популяция с повышенным риском развития

какого-либо заболевания, скажем, курильщики). Выборочный скрининг обусловлен социальными, демографическими, медицинскими и экономическими причинами. СИ беременных, их плодов, детей и пожилых людей, мужчин и женщин различаются. Одним необходимо выявить и устранить осложнения беременности, преэклампсию, анемию, другим – генетические пороки; одним необходимо исключить риск развития рак шейки матки (РШМ), другим – ЗНО простаты. Множественный (многофазный) скрининг подразумевает два СИ и более в определенной группе лиц [9].

К СИ можно отнести осмотр врачом бессимптомных лиц. При обследовании врач может заподозрить заболевание, а то, что пациент принимает за норму, таковой может не являться, что говорит, с одной стороны, о прецизионности и персонализированности, с другой – о субъективности и неоднозначности подхода к пациенту в медицине. Ряд СИ может быть проведен во время осмотра, например выявление грыжи, катаракты, ЗНО прямой кишки, АГ.

В большинстве стран осмотр врача является одним из технически выполнимых, но не самым дешевым СИ. На его основании можно сделать предварительное заключение о необходимости проведения дальнейших исследований.

В этом случае скрининговый осмотр не будет существенно отличаться от осмотра пациента, обратившегося с жалобами. Затраты на него будут состоять из времени, потраченного медицинским работником и скринируемым, с учетом расходов на подготовку, расходные материалы и амортизацию основных средств лечебно-профилактического учреждения, транспортно-логистических, маркетинговых, коммунальных, операционных и дополнительных расходов. Клинический результат такого осмотра в рамках онкоскрининга будет минимальным, а эффективность СИ – сомнительной.

В этой связи первичный осмотр врача стремятся заменить лабораторными и инструментальными исследованиями и заполнением опросников, анализ результатов автоматизируется с определением степени приоритетности обращения пациента к врачу.

Большинство СИ, проводимых при отсутствии жалоб пациента, представляет собой малозначимый набор показателей, на основании которого зачастую невозможно выстроить дальнейшие рекомендации. Нет доказанной частоты визитов к врачу, которые могут быть рекомендованы при тех или иных заболеваниях, есть экспертные рекомендации по посещениям, например, 1 раз в 3 года для пациентов до 49 лет при отсутствии хронических заболеваний, а для пациентов старше 50 лет – ежегодно. Зачастую это единственная возможность для таких пациентов обсудить меры профилактики со специалистом.

Пациенты, обращающиеся за профилактическими осмотрами чаще, проходят скрининг на выявление колоректальных ЗНО и РМЖ, имеют более низкую заболеваемость и смертность от этих заболеваний и, как следствие, более низкую общую смертность [10, 11]. Профилактические визиты помогают справиться со страхами и беспокойством пациентов, повышают их образовательный уровень, но, по данным метаанализа 2014 г., профилактические визиты не снижали смертность, а лишь улучшали суррогатные исходы (контроль артериального давления, снижение уровня холестерина сыворотки и индекса массы тела) [12]. По данным другого метаанализа исследований 180 тыс. пациентов, имеющего определенные методические недочеты, профилактические осмотры не давали преимуществ ни в целом, ни в отношении ССЗ и ЗНО, но по их результатам чаще выявляли АГ и гиперлипидемию и чаще назначали антигипертензивные препараты [13].

Профосмотры работников для выявления противопоказаний к работе и профзаболеваний также можно отнести к скринингам. Требования к ним могут отличаться в зависимости от того, какими они являются – массовыми или выборочными. Например, требования у летчиков в отношении заболеваний глаз или у спортсменов в отношении заболеваний сердца могут отличаться от таковых, применимых к популяции в целом, и быть строже в связи с особыми требованиями, предъявляемыми к данным профессиям.

Помимо профессиональных осмотров и скринингов, каждый человек на протяжении своей жизни подвергается ряду обязательных периодических осмотров, которые также включают СИ, начиная от рождения, когда его осматривают в роддоме, далее при поступлении в детские дошкольные учреждения, средние и высшие учебные заведения, при беременности и постановке на воинский учет и пр.

Отдельно стоит упомянуть СИ пациентов перед госпитализацией – так называемый госпитальный комплекс исследований. Во-первых, госпитализируемые по основному заболеванию пациенты могут страдать сопутствующими или конкурирующими заболеваниями, о которых сами не знают или утаивают от врача и которые могут иметь как самостоятельное значение в тактике лечения данного пациента, так и оказывать влияние на предполагаемый метод лечения основного заболевания. Каждая клиника может самостоятельно формировать наполнение этого комплекса с позиции медицинской и эпидемиологической эффективности, но СИ, входящие в данный комплекс, ввиду своей массовости и обязательности выполнения могут быть использованы в решении практических вопросов общественного здоровья.

К анализу СИ, с точки зрения триады Донабедиана, можно подходить со стороны самого исследования, технологии его применения и полученного результата. Среди требований к скринингу – валидность (соответствие СИ поставленной задаче, насколько тест позволяет выделить лиц с отклонениями). Финансовое бремя СИ складывается из стоимости самого теста, включая место и условия его проведения, и стоимости последующих исследований и осмотров при положительном результате и зависит от чувствительности, специфичности и положительной прогностической ценности. Тест дешевле, если он проводится во время обычного приема и не требует дополнительных обращений и трат на дорогу. Идеальный скрининг позволяет безошибочно определить лиц с искомым заболеванием и отделить их от здоровых, он прост, быстр, безболезнен, не требует от паци-

ента подготовки и дополнительных осмотров, нетребователен к оборудованию, объективен и дешев.

Таким идеальным скринингом можно считать измерение АД, а колоноскопия, которая противоречит многим критериям идеального скрининга, напротив, может рассматриваться скорее как метод диагностики. Однако скрининговая колоноскопия может признаваться эффективной в снижении смертности от колопроктологических ЗНО, а отрицательный тест не требует повтора в течение 10 лет.

В США клинко-экономическая эффективность колоноскопии, проводимой каждые 10 лет, сигмоскопии или КТ-колонографии каждые 5 лет и ежегодного анализа кала схожи, учитывая дообследования при ложноположительных результатах последнего [14].

Способность выявить пациентов с заболеванием говорит о чувствительности теста, в то же время служит мерой ложнонегативного исхода, а способность определить пациентов, не имеющих данного заболевания, – о специфичности, являющейся мерой ложнопозитивного исхода [15].

Для СИ важна высокая чувствительность, т.е. способность обнаружить больных, на всех стадиях заболевания, а полученные ложноположительные результаты могут быть верифицированы при дальнейших обследованиях.

Скрининг на туберкулез может дать ложноположительные результаты, которые будут выявлены и отбракованы в процессе дальнейшей диагностики, однако большое число ложноотрицательных случаев негативно скажется на эпидемиологической обстановке и снизит эффективность скрининга. Для оценки чувствительности СИ необходимо дальнейшее наблюдение с его повтором. Если первое СИ не показало отклонение, в отличие от второго, это снижает его чувствительность. Однако если период наблюдения слишком короткий, изменения на повторном СИ могут не проявиться, что будет говорить о переоценке чувствительности. Если же период слишком длинный, отсутствующее при первом СИ заболевание может возникнуть, что будет снижать его чувствительность.

Для оценки чувствительности СИ могут быть использованы метод заболеваемости и метод повторных скринингов. Метод заболеваемости – это подсчет положительных и ложноотрицательных результатов СИ. Он широко используется, однако требует субъективного выбора продолжительности времени наблюдения между этапами скрининга, а также предполагает постепенное ухудшение течения заболевания без лечения, что не всегда наблюдается, например при ЗНО простаты.

ЗНО простаты весьма распространено, особенно среди пожилых мужчин. При вскрытиях недиагностированное ЗНО простаты может выявляться у 5% на III декаде жизни, у 30% – на VI и у 83% – на VIII, однако для большинства это ЗНО не будет тяжело протекающим [16]. Исследование эффективности скрининга ЗНО простаты на 160 тыс. мужчин на протяжении 13 лет показало эффективность в виде снижения смертности на 1 единицу на 10 000 человеко-лет наблюдения [17]. Поэтому если СИ показывает ЗНО методом заболеваемости, тест может хорошо работать из-за большого количества выявленных случаев, но может не позволить оценить его эффективность и влияние на прогноз.

Метод повторных скринингов оценивает чувствительность СИ, отталкиваясь от подсчета выявленных ЗНО среди нескринированных и выявленных ЗНО при повторных СИ у скринированных, исходя из посыла, что чувствительность СИ определяется выявленными при повторных СИ ЗНО, а не заболеваемостью. Так, для ЗНО простаты чувствительность, рассчитанная методом повторных скринингов, оценивается как единица минус отношение группы мужчин с выявленным ЗНО простаты при повторных СИ к выявленным ЗНО простаты нескринированных мужчин (группа контроля). Метод повторных скринингов помогает решить вопрос легко протекающих ЗНО простаты, но может недооценивать чувствительность СИ, поскольку снижает влияние роли длительно текущих ЗНО. Истинная чувствительность находится на стыке этих двух методов.

Мерой СИ также является его надежность, определяемая возможной ошибкой метода и ошибкой исследователя. При выявлении пациентов, попадающих в пограничную или «серую зону», когда СИ выявляет заболевание, но при дальнейшем обследовании оно не подтверждается, или при получении сомнительных и пограничных результатов, необходимо наблюдение пациента и периодический повтор диагностического поиска.

Из-за невысокой распространенности многих заболеваний положительная прогностическая ценность большинства СИ мала, несмотря на высокую специфичность (а негативная прогностическая ценность при низкой распространенности высока), что приводит к ложноположительным результатам. Однако эти показатели могут меняться. Например, заболеваемость РМЖ увеличивается с возрастом: от 1:100 000 случаев в год в 20 лет до 1:200 случаев в год в 70 лет [18]. Также с возрастом могут повышаться чувствительность, специфичность и положительная прогностическая ценность маммографии. Образование, найденное у молодой женщины, менее вероятно является ЗНО, чем у пожилой: на 1 женщину пятой декады жизни с выявленным РМЖ приходится 32 женщины, требующих дообследования по результатам СИ (положительная прогностическая ценность – 3%), для женщин на девятой декаде жизни это отношение составляет уже 1:9 (положительная прогностическая ценность – 10%) [19].

Недостатки скринингов

Нежелательные последствия СИ включают вред, связанный с дискомфортом во время его проведения (при маммографии пациентки заявляют о болезненности манипуляции, но не столь выраженной, чтобы от нее отказываться из-за этого), диагностическими мероприятиями при положительном результате, ложноположительными результатами (влекут ненужные обследования, психологические страдания и стигматизацию), последствиями проведения рентгенологических методов обследования, гипердиагностикой состояний, в отношении которых назначается лечение, но которые не явля-

ются клинически значимыми и влияющими на прогноз, инсиденталомы, а также экономическая потеря [20–22].

Сопутствующие заболевания могут увеличивать вред от СИ [23], внося вклад в формирование вероятных причин ухудшения состояния и смерти, а его преимущества уменьшаются пропорционально возрасту обследуемых, особенно в отношении ЗНО [24]. Необходимо внимательно подходить к обсуждению СИ с пожилыми, учитывая, что потенциальный вред от СИ возникает вскоре после его проведения (ненужные гипердиагностика и лечение), а его преимущества могут проявиться спустя годы.

В отношении скрининга РМЖ и ЗНО колоректальной области спустя 10 лет у 1 из 1000 скринируемых будет повышена вероятность продления жизни, а спустя 16 – у 2 из 1000 [25]. СИ распространены среди тех, кому они не показаны [26]. В обсервационном исследовании 27 000 пациентов старше 65 лет, из которых 31–55% имели более чем 75% риск смерти в течение 9 лет, за 2–5 лет перед этим проводились СИ на выявление РМЖ, РШМ, ЗНО простаты и колоректальной области [27].

Отдельный вопрос – безопасность СИ. Считается этически допустимым, что эффективное обследование при тяжелых заболеваниях может сопровождаться некоторым риском, врачи не могут оставаться в бездействии, сталкиваясь с тяжело больным пациентом (однако не всегда могут своими действиями улучшить его состояние). В отношении предположительно здоровых лиц риск недопустим, поскольку вероятность выявить у них тяжелое заболевание низка. Это актуально для колоноскопии, при которой случается 1 перфорация кишечника на 1000 исследований [28], что у пациентов на шестой декаде жизни случается чаще, чем само выявление колоректального ЗНО при скрининге [29]. Опасными могут быть компьютерная томография (КТ) для скрининга ишемической болезни сердца (ИБС) и КТ всего тела для выявления ЗНО, что по лучевой нагрузке может соответствовать 30 и 120 рентгеновским снимкам грудной клетки соответственно. Считается, что 70 млн ежегодных исследований

КТ в США провоцируют развитие 29 000 ЗНО, что при применении КТ в качестве СИ приведет к большему вреду от полученных ЗНО, чем от выявленных [30].

Если СИ вызывает дискомфорт (например, жидкостная цитология, маммография или колоноскопия), это требует продолжительной работы с пациентом по дополнительному разъяснению его эффективности, поэтому если есть альтернативы тесту, например СИ для выявления ЗНО колоректальной зоны, это дает пациенту большую широту выбора подходящего метода исследования или отказа от него.

Ложноположительный результат – это отклонение в результатах СИ, выявленное у здорового человека. К ложноположительным результатам приводят тесты с низкой прогностической ценностью из-за малой распространенности заболевания или низкой специфичности теста. Результатом являются стигматизация пациентов, неуверенность и страх, расходы на диагностику и необоснованное лечение, в том числе хирургическое.

В одном из исследований скрининга ЗНО яичников из 39 000 испытуемых 8,4% получили ложноположительный результат, а трети из них было проведено хирургическое вмешательство в качестве этапа диагностического поиска. Получилось, что число женщин, которым было выполнено хирургическое вмешательство при отсутствии ЗНО яичников, было в 5 раз выше таковых с ЗНО яичников [31]. Несмотря на то что ложноположительные результаты встречаются нечасто (при маммографии – у 10% женщин [32]), с учетом большого количества и повторов СИ негативный эффект от него колоссальный. Учитывая, что большинство установленных норм измеряемых показателей укладываются в 95% от значений популяции и являются так или иначе условными, очевидно, чем больше будет проводиться СИ, тем больше отклонений от нормы и ложноположительных результатов будет выявлено. Так, в исследовании СИ на выявление ЗНО простаты, яичников, колоректальной области и легких в течение 3 лет проводилось по 14 тестов. Общий кумулятивный риск получения хотя бы одного

ложноположительного результата у мужчин составил 60,4%, у женщин – 48,8%. Риск проведения инвазивной диагностики среди пациентов с ложноположительными результатами составил 28,5% среди мужчин и 22,1% среди женщин [33].

Скрининги способны к стигматизации. Хороший результат СИ либо не вызывает стигматизацию, либо вызывает положительный стигмирующий эффект, но при получении негативного результата (особенно онкоскрининга) у пациента возникают стресс, депрессия, а в случае отсутствия подтверждения этого результата при обследовании вероятно потеря доверия к врачу, клинике и медицине в целом. Возможно изменение отношения к такому человеку в обществе, семье, на работе.

Исследование пациентов с отклонениями в анализе простатического специфического антигена (ПСА) с неподтвержденным при дальнейшем обследовании ЗНО простаты выявило, что через год после скрининга 26% пациентов волновались по поводу наличия у них ЗНО простаты в сравнении с 6% пациентов с нормальным ПСА. Среди родных и близких первой группы пациентов волнение по поводу возможного наличия у них ЗНО простаты испытывали 46%, среди второй – 14%. Позитивные результаты были получены и при других СИ [34]. Хорошие результаты СИ у пациентов с отягощенным наследственным анамнезом по болезни Хантингтона, ЗНО молочной железы и яичников ведут к снижению тревожности в связи с развитием уверенности в отсутствии предрасположенности к заболеванию.

Еще одно неблагоприятное последствие СИ – риск гипердиагностики и выявления псевдозаболеваний. Обоснованием онкоскрининга обычно выступает тот факт, что раннее выявление ЗНО повышает шансы на излечение; из этого следует: чем раньше ЗНО выявлено, тем лучше. После внедрения нового исследования обычно отмечается рост заболеваемости, связанной не с истинным ростом числа заболевших, а с улучшением выявления заболеваний, проявляющимся в виде увеличения выявленных случаев, которые не были бы выявлены при

отсутствии проведения исследований, в том числе тех, которые могли бы и не манифестировать в течение жизни пациента. Поэтому через несколько лет по мере исчерпания ресурса для роста охвата скрининга зачастую отмечается статистическое снижение заболеваемости, которого на самом деле может не происходить, что может говорить лишь о насыщении скринингами популяции.

Однако в отношении некоторых ЗНО (например, простаты) такого снижения может не происходить, создается иллюзия, будто скрининг провоцирует повышение заболеваемости ЗНО простаты. Некоторые ЗНО столь медленно прогрессируют, а иногда даже самостоятельно регрессируют, что их называют псевдозаболеваниями. Выявление псевдозаболеваний считается гипердиагностикой, поскольку не помогает пациенту, а их лечение может являться ошибкой; данные заболевания имеют столь хороший прогноз, что могут никогда не манифестировать в течение жизни пациента. Например, до 50% выявленных случаев при скрининге ЗНО простаты можно считать жертвами гипердиагностики [35]. Результаты проведенных исследований скринингов на выявление нейробластомы у детей в Германии и Канаде показали, что внедрение СИ вдвое увеличивает частоту выявления заболевания, но не влияет на смертность, поскольку заболевание склонно к спонтанной регрессии [36, 37]. Гипердиагностика выявляется при СИ на ЗНО молочной железы, легких, яичников, колоректальной области (полипы, дисплазии, *carcinoma in situ*). Однако гипердиагностика у конкретного скринируемого может помочь всей группе скринируемых.

За последние десятилетия КТ-исследования и КТ-скрининг (например, КТ всего тела, определение коронарного кальция, КТ-колонография) плотно вошли в обиход. Увеличению количества СИ сопутствует увеличение количества находок ЗНО по их результатам, инсиденталом, в том числе вне основной зоны обследования. Метаанализ 17 исследований колонографий выявил, что у 40% из 3488 пациентов были такие случайные находки, а 14% проводилась дальнейшая диагностика, выявившая среди них у 1%

ЗНО, не относящееся к колоректальной области, и у 0,1% – крупные (>5,5 см) аневризмы брюшного отдела аорты [38].

Инсиденталомы распространены и иногда опасны, но исследований пациентов с выявленными инсиденталомами, оставленных без дальнейшего лечения, недостаточно, чтобы говорить о диагностической и прогностической ценности выявления инсиденталом при скринингах. В связи с отсутствием рекомендаций по скринингам таких новообразований, а также доказанной клинико-экономической эффективности Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) не рекомендует КТ-колонографию в качестве СИ.

Существует проблема использования диагностических исследований в качестве СИ. Она сродни использованию терапевтического метода лечения в качестве профилактики без необходимости (например, витаминотерапия в отсутствие авитаминоза или гиповитаминоза).

КТ и магнитно-резонансная томография (МРТ) разработаны для диагностики заболеваний у пациентов с конкретными жалобами и медицинскими проблемами, так же как определение уровня ПСА разработано для оценки эффективности лечения ЗНО простаты. Однако эти исследования в настоящее время используются в качестве СИ при отсутствии хороших результатов изучения этих методик в таком качестве. Лишь низкодозовая КТ органов грудной клетки прошла исследование перед внедрением в практику. К тому моменту, когда в США решили оценить эффективность анализа ПСА в качестве СИ, он уже столь широко использовался, что в одном исследовании этого метода в контрольной группе мужчин более чем половине ее участников уже во время проведения самого исследования был выполнен данный анализ вопреки дизайну этого исследования [39]. Когда тест столь распространен, объективное его изучение затруднено.

Прогресс в диагностике и лечении может формировать новые подходы к СИ. Обязательным условием для внедрения СИ должно быть наличие эффективного метода диагностики и лечения того заболевания, на выявление которого СИ направ-

лено. Разработка СИ на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) предшествовала появлению лечения этого заболевания, таким образом, вначале скрининг на ВИЧ не способствовал улучшению состояния пациентов при выявлении заболевания, однако в дальнейшем по мере внедрения методов лечения ВИЧ-инфекции СИ на ВИЧ стало актуально. С другой стороны, наличие крайне эффективного лечения заболевания также ставит под вопрос целесообразность внедрения СИ на это заболевания.

Например, 10-летняя выживаемость при семиноме яичек в настоящее время составляет 86,2%, так что весьма затруднительно продемонстрировать эффективность его скрининга [40]. С распространением вакцинации от вируса папилломы человека в случае его устойчивого долговременного влияния на развитие РШМ СИ на РШМ может стать неактуальным, а эффективность СИ РМЖ уменьшается по мере внедрения новых методов лечения, приводящих к снижению смертности от него.

Эффективность скрининга – показатель динамический. Прогресс в науке может влиять на эффективность скрининга и его обоснованность, а оценка рисков и преимуществ субъективна, исходя из анализируемых результатов исследований, опыта, морально-нравственных установок, трактовки экономической и политической ситуации в стране. В попытке объективизировать целесообразность массового внедрения СИ используется клинико-экономический анализ, позволяющий сравнить эффекты от конкретных СИ между собой и с их отсутствием и показать соответствующие результаты, однако его применение имеет также много субъективного и содержит множество допущений.

СИ могут содержать ошибки. Ошибка продолжительности заболевания подразумевает, что продолжительность дожития скринируемых может увеличиваться за счет того, что СИ позволяет определить болезнь до начала ее манифестации, статистически увеличивая продолжительность жизни с болезнью из-за ее раннего выявления, однако не влияет на общую фактическую продолжительность жизни. Эта ошибка зависит от продолжительности бессимптомного периода:

чем он короче, как, например, при ЗНО легких в сравнении с РШМ, тем эффективность СИ и вероятность этой ошибки меньше.

Избежать этой ошибки можно при сравнении смертности и общей продолжительности жизни возрастных групп скринируемых и контрольной группы. Ошибка в скорости развития заболевания встречается вследствие того, что медленно развивающиеся ЗНО обычно выявляются при СИ чаще. СИ позволяет выявить ЗНО с продолжительным периодом прогрессирования от начала заболевания до его манифестации, поскольку они протекают более длительное время до появления симптомов, когда выявляющее их СИ может быть проведено, а быстро прогрессирующие ЗНО менее вероятно могут быть выявлены между СИ.

Таким образом, СИ позволяет выявлять ЗНО с лучшим прогнозом, а смертность от заболеваний, выявленных в результате СИ, может быть меньше, чем от тех заболеваний, в отношении которых СИ не проводится, но это не является заслугой СИ как такового. Также выделяют ошибку приверженности лечению (комплаенса). Прогноз у комплаентных пациентов обычно выше, независимо от профилактических мер, предпринимаемых ими. Это объясняется более внимательным отношением к собственному здоровью.

Так, в исследованиях смертность участников из группы контроля, не приглашенных на СИ, но обратившихся для проведения СИ самостоятельно, была ниже, чем в группе приглашенных, в которой были как пациенты, приверженные СИ, так и те, что отказывались от него [41]. В исследованиях эналаприла в третичной профилактике бессимптомных пациентов с дисфункцией левого желудочка (с фракцией выброса $<35\%$) через 3 года у испытуемых, приверженных приему плацебо (принимавших $>75\%$ выдаваемого препарата), смертность была вдвое ниже, чем среди испытуемых, менее приверженных приему плацебо. Это объясняется тем, что сама приверженность говорит о более серьезном отношении к своему здоровью в целом, что снижает смертность среди таких пациентов [42]. Ошибки устраняются рандомизацией основной и контрольной групп, при которой не будет разницы комплаенса в группах.

К основным проблемам СИ относят оснащенность медучреждений, доступность и качество подготовки медиков, различия в проведении СИ и их интерпретации, отсутствие целеполагания и дальнейшей маршрутизации, а также низкую методическую связанность используемых методов скрининга, не позволяющую их сравнить между собой.

Для оценки СИ необходима надлежащая постановка целей и задач. Скрининг в Балтиморе в 1957 г. показал, что около 63% результатов имели отклонения, 5-летняя смертность соответствовала или превышала таковую нескринированных, а смертность среди пациентов с выявленными серьезными патологиями вдвое превышала таковую среди пациентов с выявленными легкими нарушениями и более чем в 18 раз – среди лиц без отклонений в результатах [6]. Это показывает, что люди, которые болеют, умирают раньше и чаще, чем здоровые, и не говорит о неэффективности ранней диагностики.

Эффективность СИ зависит от системы здравоохранения, трудностей организации СИ, в частности их финансирования, информирования о наличии СИ, оплаты за приемы и диагностический поиск при выявлении заболевания, возможности подготовки техников, способных выполнять исследования вместо врачей. Для активного вовлечения граждан в СИ необходимо повышение общеобразовательного уровня, а также просвещение и разъяснение пользы от скрининга и раннего выявления заболеваний.

Выбор СИ проводится с учетом оценки образа жизни, анамнеза, факторов риска и должен быть ясен врачу, рекомендующему СИ, и понятен пациенту. Пациента необходимо информировать обо всех рисках и преимуществах СИ: пациенты склонны более оценивать абсолютный, а не относительный риск [43], а также переоценивать роль преимуществ медицинских вмешательств (включая СИ) и недооценивать их недостатки [44].

За время изучения СИ по мере накопления данных рекомендации по их использованию эволюционировали. В 1957 г. Комиссия по хроническим заболеваниям (ССИ) подтвердила пользу СИ на легочный туберкулез, нарушения

зрения (включая глаукому), дефекты слуха, сифилис, СД, ЗНО кожи, рта и прямой кишки, РМЖ, РШМ, АГ и ИБС. В настоящее время к основным рекомендованным скринингам ССЗ относят СИ на АГ, гиперлипидемию, СД, оценку ожирения, физической активности. Иногда рекомендуют скрининг на коронарный кальций, С-реактивный белок, определение толщины интимы–медии сонных артерий, гомоцистеин, липопротеин (а), железодефицитные состояния, гипотиреозидизм, дефицит витамина D, глаукому, инфекции, передаваемые половым путем (хламидия, гонорея, сифилис, гепатит В, гепатит С, ВИЧ), тревогу и депрессию, употребление алкоголя, сильнодействующих и наркотических веществ, остеопороз, нарушения половой неприкосновенности. К скринингам ЗНО относят СИ на РМЖ, РШМ, меланому, ЗНО яичников, колоректальной области, легких, простаты. По мере изучения опыта применения СИ и оценки их эффективности рекомендации корректируются, что позволит использовать лучшие из них.

Заключение

СИ можно считать эффективными профилактическими мероприятиями, однако массовое использование возможно лишь в тех случаях, когда их эффективность доказана, а польза превышает вред. Решения о проведении СИ должны приниматься с учетом всей совокупности данных об их безопасности с информированием обследуемых об их преимуществах и недостатках, проблемах и возможных последствиях. Нельзя переоценивать значимость и недооценивать результаты СИ для конкретных лиц без учета распространенных трудностей их проведения. Необходимо помнить, что СИ не является методом ранней диагностики, а способствует выявлению лиц, которым она показана. Если соблюдать условия СИ, учитывать ошибки и риски, просчитывать последствия и оценивать дальнейшие перспективы, массовое применение СИ будет оправданно, а эффект будет достигаться как на индивидуальном, так и на популяционном уровне.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Серенко Кирилл Александрович (Kirill A. Serenko) – кандидат медицинских наук, руководитель группы клиник сети «Семейная», Москва, Российская Федерация

E-mail: dr_sekira@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0001-6493-779X>

ЛИТЕРАТУРА

1. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Петрачков И.В. Факторы влияния на смертность от новообразований и болезней системы кровообращения в РФ с 2019 по 2020 г. // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. № 3 (25). С. 4–23.
2. Погосова Н.В., Юферева Ю.М., Самородская И.В., Бойцов С.А. Профилактический скрининг: все за и против // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2016. Т. 15, № 3. С. 4–13.
3. Fletcher S.W., Fletcher R.H. Evidence-based approach to prevention // UpToDate. 2017.
4. Marcus P.M., Bergstralh E.J., Fagerstrom R.M. et al. Lung cancer mortality in the Mayo Lung Project: impact of extended follow-up // J. Natl Cancer Inst. 2000. Vol. 92. P. 1308.
5. National Lung Screening Trial Research Team; Aberle D.R., Adams A.M. et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening // N. Engl. J. Med. 2011. Vol. 365. P. 395.
6. Wilson J.M.G., Jungner G.; World Health Organization. Principles and practice of screening for disease. 1968.
7. Howlader N., Noone A.M., Krapcho M. et al. (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975–2017. National Cancer Institute. URL: https://seer.cancer.gov/csr/1975_2017/ (date of access April 01, 2019).
8. Andermann A., Blancquaert I., Beauchamp S., Déry V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years // Bull. World Health Organ. 2008. Vol. 86, N 4. P. 317–319.
9. Rusk H.A. Prevention of chronic illness: chronic illness in the United States // AMA Arch. Intern. Med. 1958. Vol. 101, N 4. P. 843–844.
10. Bretthauer M., Loberg M., Wieszczyn P., Kalager M., Emilsen L., Garborg K. et al. Effect of colonoscopy screening on risks of colorectal cancer and related death // N. Engl. J. Med. 2022. Vol. 387, N 17. P. 1547–1556.
11. Mango V., Bryce Y., Morris E.A., Gianotti E., Pinker K. Commentary ACOG Practice Bulletin July 2017: breast cancer risk assessment and screening in average-risk women // Br. J. Radiol. 2018. Vol. 91, N 1090. Article ID 20170907.
12. Si S., Moss J.R., Sullivan T.R. et al. Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis // Br. J. Gen. Pract. 2014. Vol. 64. P. e47.

13. Krogstoll L.T., Jorgensen K.J., Gronhoj Larsen C., Gotzsche P.C. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012. Vol. 10. CD009009.
14. Ran T., Cheng C.Y., Misselwitz B. et al. Cost-effectiveness of colorectal cancer screening strategies – a systematic review // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2019. Vol. 17. P. 1969.
15. Thorne R.M., Remein Q.R. Principles and procedures in the evaluation of screening for disease // PHS Publication No. 846. Washington, 1961.
16. Bell K.J., Del Mar C., Wright G. et al. Prevalence of incidental prostate cancer: a systematic review of autopsy studies // *Int. J. Cancer.* 2015. Vol. 137. P. 1749.
17. Schröder F.H., Hugosson J., Roobol M.J. et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up // *Lancet.* 2014. Vol. 384. P. 2027.
18. Lei S., Zheng R., Zhang S., Wang S., Chen R., Sun K. et al. Global patterns of breast cancer incidence and mortality: a population-based cancer registry data analysis from 2000 to 2020 // *Cancer Commun. (Lond.)*. 2021. Vol. 41, N 11. P. 1183–1194.
19. Nelson H.D., O'Meara E.S., Kerlikowske K. et al. Factors associated with rates of false-positive and false-negative results from digital mammography screening: an analysis of Registry Data // *Ann. Intern. Med.* 2016. Vol. 164. P. 226.
20. Woolf S.H., Harris R. The harms of screening: new attention to an old concern // *JAMA.* 2012. Vol. 307. P. 565.
21. Welch H.G., Black W.C. Overdiagnosis in cancer // *J. Natl Cancer Inst.* 2010. Vol. 102. P. 605.
22. Bouck Z., Calzavara A.J., Ivers N.M. et al. Association of low-value testing with subsequent health care use and clinical outcomes among low-risk primary care outpatients undergoing an annual health examination // *JAMA Intern. Med.* 2020. Vol. 180. P. 973.
23. Lansdorp-Vogelaar I., Gulati R., Mariotto A.B. et al. Personalizing age of cancer screening cessation based on comorbid conditions: model estimates of harms and benefits // *Ann. Intern. Med.* 2014. Vol. 161. P. 104.
24. Gross C.P. Cancer screening in older persons: a new age of wonder // *JAMA Intern. Med.* 2014. Vol. 174. P. 1565.
25. Lee S.J., Boscardin W.J., Stijacic-Cenzer I. et al. Time lag to benefit after screening for breast and colorectal cancer: meta-analysis of survival data from the United States, Sweden, United Kingdom, and Denmark // *BMJ.* 2013. Vol. 346. P. e8441.
26. Viera A.J. Overview of preventive care in adults // *UpToDate.* 2020.
27. Royce T.J., Hendrix L.H., Stokes W.A. et al. Cancer screening rates in individuals with different life expectancies // *JAMA Intern. Med.* 2014. Vol. 174. P. 1558.
28. Kim S.Y., Kim H.S., Park H.J. Adverse events related to colonoscopy: global trends and future challenges // *World J. Gastroenterol.* 2019. Vol. 25, N 2. P. 190.
29. Siegel R.L., Miller K.D., Goding Sauer A., Fedewa S.A., Butterly L.F., Anderson J.C. et al. Colorectal cancer statistics, 2020 // *CA Cancer J Clin.* 2020. Vol. 70, N 3. P. 145–164.
30. Smith-Bindman R., Lipson J., Marcus R. et al. Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer // *Arch. Intern. Med.* 2009. Vol. 169. P. 2078.
31. Buys S.S., Partridge E., Black A. et al. Effect of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Randomized Controlled Trial // *JAMA.* 2011. Vol. 305. P. 2295.
32. Ho P.J., Bok C.M., Ishak H.M.M., Lim L.Y., Liu J., Wong F.Y. et al. Factors associated with false-positive mammography at first screen in an Asian population // *PLoS One.* 2019. Vol. 14, N 3. Article ID e0213615.
33. Crowell J.M., Kramer B.S., Kreimer A.R. et al. Cumulative incidence of false-positive results in repeated, multimodal cancer screening // *Ann. Fam. Med.* 2009. Vol. 7. P. 212.
34. Fowler F.J. Jr, Barry M.J., Walker-Corkery B. et al. The impact of a suspicious prostate biopsy on patients' psychological, socio-behavioral, and medical care outcomes // *J. Gen. Intern. Med.* 2006. Vol. 21. P. 715.
35. Klotz L. Prostate cancer overdiagnosis and overtreatment // *Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes.* 2013. Vol. 20, N 3. P. 204–209.
36. Schilling F.H., Spix C., Berthold F. et al. Neuroblastoma screening at one year of age // *N. Engl. J. Med.* 2002. Vol. 346. P. 1047.
37. Woods W.G., Gao R.N., Shuster J.J. et al. Screening of infants and mortality due to neuroblastoma // *N. Engl. J. Med.* 2002. Vol. 346. P. 1041.
38. Xiong T., Richardson M., Woodroffe R. et al. Incidental lesions found on CT colonography: their nature and frequency // *Br. J. Radiol.* 2005. Vol. 78. P. 22.
39. Rocco B., Grasso A., Sosnowski R., dell'Orto P.G., Albo G., Castle E. et al. pSa mass screening: is there enough evidence? // *Centr. Eur. J. Urol.* 2012. Vol. 65, N 1. P. 4.
40. Dong W., Gang W., Liu M., Zhang H. Analysis of the prognosis of patients with testicular seminoma // *Oncol. Lett.* 2016. Vol. 11, N 2. P. 1361–1366.
41. Friedman G.D., Collen M.F., Fireman B.H. Multiphasic Health Checkup Evaluation: a 16-year follow-up // *J. Chronic Dis.* 1986. Vol. 39. P. 453.
42. Avins A.L., Pressman A., Ackerson L. et al. Placebo adherence and its association with morbidity and mortality in the studies of left ventricular dysfunction // *J. Gen. Intern. Med.* 2010. Vol. 25. P. 1275.
43. Zipkin D.A., Umscheid C.A., Keating N.L. et al. Evidence-based risk communication: a systematic review // *Ann. Intern. Med.* 2014. Vol. 161. P. 270.
44. Hoffmann T.C., Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review // *JAMA Intern. Med.* 2015. Vol. 175. P. 274.

REFERENCES

1. Ulumbekova G.E., Ginoyan A.B., Petrachkov I.V. Factors of influence on mortality from neoplasms and diseases of the circulation system in the Russian Federation from 2019 to 2020. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VShOUZ [ORGZDRAV: News, Opinions, Training. Bulletin of VShOUZ]. 2021; 3 (25): 4–23. (in Russian)
2. Pogosova N.V., Yufereva Yu.M., Samorodskaya I.V., Boytsov S.A. Preventive screening: pros and cons. *Kardiologicheskaya terapiya i profilaktika [Cardiovascular Therapy and Prevention]*. 2016; 15 (3): 4–13. (in Russian)
3. Fletcher S.W., Fletcher R.H. Evidence-based approach to prevention. In: *UpToDate.* 2017.
4. Marcus P.M., Bergstralh E.J., Fagerstrom R.M., et al. Lung cancer mortality in the Mayo Lung Project: impact of extended follow-up. *J Natl Cancer Inst.* 2000; 92: 1308.
5. National Lung Screening Trial Research Team; Aberle D.R., Adams A.M., et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med.* 2011; 365: 395.
6. Wilson J.M.G., Jungner G.; World Health Organization. Principles and practice of screening for disease. 1968.
7. Howlander N., Noone A.M., Krapcho M., et al. (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975–2017. National Cancer Institute. URL: https://seer.cancer.gov/csr/1975_2017/ (date of access April 01, 2019).

8. Andermann A., Blancquaert I., Beauchamp S., Déry V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bull World Health Organ.* 2008; 86 (4): 317–9.
9. Rusk H.A. Prevention of chronic illness: chronic illness in the United States. *AMA Arch Intern Med.* 1958; 101 (4): 843–4.
10. Bretthauer M., Loberg M., Wieszczy P., Kalager M., Emilsson L., Garborg K., et al. Effect of colonoscopy screening on risks of colorectal cancer and related death. *N Engl J Med.* 2022; 387 (17): 1547–56.
11. Mango V., Bryce Y., Morris E.A., Gianotti E., Pinker K. Commentary ACOG Practice Bulletin July 2017: breast cancer risk assessment and screening in average-risk women. *Br J Radiol.* 2018; 91 (1090): 20170907.
12. Si S., Moss J.R., Sullivan T.R., et al. Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2014; 64: e47.
13. Krogsboll L.T., Jorgensen K.J., Gronhoj Larsen C., Gotzsche P.C. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 10: CD009009.
14. Ran T., Cheng C.Y., Misselwitz B., et al. Cost-effectiveness of colorectal cancer screening strategies – a systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019; 17: 1969.
15. Thorne R.M., Remein Q.R. Principles and procedures in the evaluation of screening for disease. In: PHS Publication No. 846. Washington, 1961.
16. Bell K.J., Del Mar C., Wright G., et al. Prevalence of incidental prostate cancer: a systematic review of autopsy studies. *Int J Cancer.* 2015; 137: 1749.
17. Schröder F.H., Hugosson J., Roobol M.J., et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet.* 2014; 384: 2027.
18. Lei S., Zheng R., Zhang S., Wang S., Chen R., Sun K., et al. Global patterns of breast cancer incidence and mortality: a population-based cancer registry data analysis from 2000 to 2020. *Cancer Commun (Lond).* 2021; 41 (11): 1183–94.
19. Nelson H.D., O'Meara E.S., Kerlikowske K., et al. Factors associated with rates of false-positive and false-negative results from digital mammography screening: an analysis of Registry Data. *Ann Intern Med.* 2016; 164: 226.
20. Woolf S.H., Harris R. The harms of screening: new attention to an old concern. *JAMA.* 2012; 307: 565.
21. Welch H.G., Black W.C. Overdiagnosis in cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2010; 102: 605.
22. Bouck Z., Calzavara A.J., Ivers N.M., et al. Association of low-value testing with subsequent health care use and clinical outcomes among low-risk primary care outpatients undergoing an annual health examination. *JAMA Intern Med.* 2020; 180: 973.
23. Lansdorp-Vogelaar I., Gulati R., Mariotto A.B., et al. Personalizing age of cancer screening cessation based on comorbid conditions: model estimates of harms and benefits. *Ann Intern Med.* 2014; 161: 104.
24. Gross C.P. Cancer screening in older persons: a new age of wonder. *JAMA Intern Med.* 2014; 174: 1565.
25. Lee S.J., Boscardin W.J., Stijacic-Cenzer I., et al. Time lag to benefit after screening for breast and colorectal cancer: meta-analysis of survival data from the United States, Sweden, United Kingdom, and Denmark. *BMJ.* 2013; 346: e8441.
26. Viera A.J. Overview of preventive care in adults. In: UpToDate. 2020.
27. Royce T.J., Hendrix L.H., Stokes W.A., et al. Cancer screening rates in individuals with different life expectancies. *JAMA Intern Med.* 2014; 174: 1558.
28. Kim S.Y., Kim H.S., Park H.J. Adverse events related to colonoscopy: global trends and future challenges. *World J Gastroenterol.* 2019; 25 (2): 190.
29. Siegel R.L., Miller K.D., Goding Sauer A., Fedewa S.A., Butterly L.F., Anderson J.C., et al. Colorectal cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin.* 2020; 70 (3): 145–64.
30. Smith-Bindman R., Lipson J., Marcus R., et al. Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer. *Arch Intern Med.* 2009; 169: 2078.
31. Buys S.S., Partridge E., Black A., et al. Effect of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 2011; 305: 2295.
32. Ho P.J., Bok C.M., Ishak H.M.M., Lim L.Y., Liu J., Wong F.Y., et al. Factors associated with false-positive mammography at first screen in an Asian population. *PLoS One.* 2019; 14 (3): e0213615.
33. Croswell J.M., Kramer B.S., Kreimer A.R., et al. Cumulative incidence of false-positive results in repeated, multimodal cancer screening. *Ann Fam Med.* 2009; 7: 212.
34. Fowler F.J. Jr, Barry M.J., Walker-Corkery B., et al. The impact of a suspicious prostate biopsy on patients' psychological, socio-behavioral, and medical care outcomes. *J Gen Intern Med.* 2006; 21: 715.
35. Klotz L. Prostate cancer overdiagnosis and overtreatment. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2013; 20 (3): 204–9.
36. Schilling F.H., Spix C., Berthold F., et al. Neuroblastoma screening at one year of age. *N Engl J Med.* 2002; 346: 1047.
37. Woods W.G., Gao R.N., Shuster J.J., et al. Screening of infants and mortality due to neuroblastoma. *N Engl J Med.* 2002; 346: 1041.
38. Xiong T., Richardson M., Woodroffe R., et al. Incidental lesions found on CT colonography: their nature and frequency. *Br J Radiol.* 2005; 78: 22.
39. Rocco B., Grasso A., Sosnowski R., dell'Orto P.G., Albo G., Castle E., et al. pSa mass screening: is there enough evidence? *Centr Eur J Urol.* 2012; 65 (1): 4.
40. Dong W., Gang W., Liu M., Zhang H. Analysis of the prognosis of patients with testicular seminoma. *Oncol Lett.* 2016; 11 (2): 1361–6.
41. Friedman G.D., Collen M.F., Fireman B.H. Multiphasic Health Checkup Evaluation: a 16-year follow-up. *J Chronic Dis.* 1986; 39: 453.
42. Avins A.L., Pressman A., Ackerson L., et al. Placebo adherence and its association with morbidity and mortality in the studies of left ventricular dysfunction. *J Gen Intern Med.* 2010; 25: 1275.
43. Zipkin D.A., Umscheid C.A., Keating N.L., et al. Evidence-based risk communication: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2014; 161: 270.
44. Hoffmann T.C., Del Mar C. Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests: a systematic review. *JAMA Intern Med.* 2015; 175: 274.

Основные тенденции заболеваемости детского населения Нижегородской области в 2017–2021 гг.

**Карпова С.С.,
Батурина Ю.В.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 603005, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Одно из важнейших направлений государственной политики России – преодоление демографического кризиса. Успешное решение этого вопроса определяется состоянием здоровья детского населения. Однако многие показатели здоровья детского населения в возрасте 0–14 лет остаются крайне тревожными. В Российской Федерации именно в данной возрастной группе ежегодно регистрируется около 40 млн случаев впервые установленных заболеваний. Об изменении картины заболеваемости в этой возрастной группе, выражающемся в увеличении числа хронических и сочетанных форм заболеваний, свидетельствуют многие исследования. Качество и доступность медицинской помощи в первую очередь зависят от обеспеченности учреждений здравоохранения медицинскими работниками, их квалификации и профессионального уровня. Эффективная кадровая политика – важная составляющая успешного функционирования отрасли здравоохранения, и, учитывая глобальный кадровый кризис в здравоохранении, вопрос о кадровом обеспечении в последнее время приобрел особое значение.

В Нижегородской области реализуется ряд программ, предусматривающих мероприятия по улучшению кадровой ситуации в здравоохранении региона, в частности создание условий по закреплению медицинских работников в отрасли детского здравоохранения и формирование кадрового резерва. При этом чрезвычайно важна оценка влияния указанных мер на уровни заболеваемости детей.

Цель – оценить влияние обеспеченности населения врачами-педиатрами на уровни и динамику заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет в Нижегородской области за 5-летний период (2017–2021 гг.).

Материал и методы. Выполнен анализ официальных статистических данных за 5-летний период (2017–2021 гг.). Для этого сведения были выкопированы из статистических материалов Росстата и государственного бюджетного учреждения здравоохранения Нижегородской области «Медицинский информационно-аналитический центр» (МИАЦ). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы SPSS Statistics 26. Проведен

сравнительный анализ региональных показателей с аналогичными показателями по Российской Федерации. Для определения характера распределения использовали критерий Колмогорова–Смирнова. Были проанализированы уровни общей и первичной детской заболеваемости, кадровой обеспеченности в изучаемом регионе и в РФ, для чего составлены динамические ряды указанных показателей и рассчитаны показатели наглядности. Корреляционный анализ проведен с использованием непараметрического коэффициента корреляции Спирмена, сила связи оценена по шкале Чеддока.

Результаты. Проведенный корреляционный анализ показателей общей детской заболеваемости и кадровой обеспеченности городов и районов Нижегородской области с 2017 по 2021 г. продемонстрировал слабую положительную зависимость между данными величинами. Показатель корреляции в целом за 5-летний период составил 0,26, варьируя в диапазоне от 0,15 при анализе взаимосвязи показателей 2019 г. до 0,38 за 2020 г. Аналогично низкие значения корреляции выявлены при анализе взаимосвязи между показателями первичной заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет и обеспеченности детского населения врачами-педиатрами. Показатель корреляции с 2017 по 2021 г. составил 0,24, также демонстрируя слабую положительную связь между критериальной (зависимой) переменной и переменными предикторами.

Ключевые слова:

дети 0–14 лет; первичная заболеваемость; общая заболеваемость; обеспеченность врачами-педиатрами; Нижегородская область

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Концепция статьи, дизайн исследования, аналитика и редакция текста статьи – Карпова С.С.; сбор и обработка материала, написание чернового варианта статьи – Батурина Ю.В.

Для цитирования: Карпова С.С., Батурина Ю.В. Основные тенденции заболеваемости детского населения Нижегородской области в 2017–2021 гг. // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2023. Т. 9, № 3. С. 66–74. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-3-66-74>

Статья поступила в редакцию 10.04.2023. **Принята в печать** 22.08.2023.

The main trends in the incidence of the child population, Nizhny Novgorod region in 2017–2021

*Karpova S.S.,
Baturina Yu.V.*

Privolzhsky Research Medical University, Ministry of Health
of the Russian Federation, 603005, Nizhny Novgorod, Russian Federation

One of the most important areas of Russian state policy is to overcome the demographic crisis. The successful solution of this issue is determined by the state of health of the child population. However, many indicators of the health of the child population aged 0–14 remain extremely alarming. In the Russian Federation, it is in this age group that about 40 million cases of newly diagnosed diseases are registered annually. Many studies show a change in the incidence pattern in this age group, expressed in an increase in the number of chronic and combined forms of diseases. The quality and accessibility of medical care depend primarily on the provision of healthcare facilities with medical workers, their

qualifications and professional level. An effective personnel policy is an important component of the successful functioning of the healthcare industry, and given the global personnel crisis in healthcare, the issue of staffing has recently become of particular importance. In the Nizhny Novgorod region, a number of programs are being implemented that provide for measures to improve the personnel situation in the health care of the region, in particular, the creation of conditions for securing medical workers in the children's health care industry and the formation of a personnel reserve. At the same time, it is extremely important to assess the impact of these measures on the levels of morbidity in children.

Aim of the study – to assess the impact of the provision of the population with pediatricians on the levels and dynamics of the incidence of children aged 0 to 14 years in the Nizhny Novgorod region over a five-year period (2017–2021).

Material and methods. The analysis of official statistical data for a five-year period (2017–2021) was carried out. For this, information was copied from the statistical materials of Rosstat and the State Budgetary Institution of Healthcare of the Nizhny Novgorod region “Medical Information and Analytical Center” (MIAC). Statistical data processing was carried out using the SPSS Statistics 26 program. A comparative analysis of regional indicators with indicators for the Russian Federation was carried out. To determine the nature of the distribution, the Kolmogorov–Smirnov criterion was used. The levels of general and primary childhood morbidity, staffing in the study region and the Russian Federation were analyzed, for which time series of these indicators were compiled and the calculation of visibility indicators was performed. Correlation analysis was carried out using Spearman's nonparametric correlation coefficient, the strength of the connection was estimated using the Chaddock scale.

Results. The correlation analysis of a continuous sample of these indicators of general childhood morbidity and staffing of cities and districts of the Nizhny Novgorod region from 2017 to 2021 showed a weak relationship between these values. The correlation index for the five-year period as a whole was 0.26, ranging from 0.15 in the analysis of the relationship of indicators in 2019 to 0.38 in 2020. Similarly, low correlation values were revealed in the analysis of the relationship between the indicators of primary morbidity in children aged 0 to 14 years and the provision of the pediatric population with pediatricians in the Nizhny Novgorod region. The correlation indicator for the period from 2017 to 2021 was 0.24, demonstrating a weak relationship between the criterion (dependent) variable and predictor variables.

Keywords:

children 0–14 years old; primary morbidity; general morbidity; availability of pediatricians; Nizhny Novgorod region

Funding. The study had no sponsor support.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Contribution. The concept of the article, design of the study, analytics and editing of the text of the article – Karpova S.S.; collection and processing of material, writing a draft version of the article – Baturina Yu.V.

For citation: Karpova S.S., Baturina Yu.V. The main trends in the incidence of the child population of the Nizhny Novgorod region in the period 2017–2021. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2023; 9 (3): 66–74. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-3-66-74> (in Russian)

Received 10.04.2023. **Accepted** 22.08.2023.

Одно из важнейших направлений государственной политики России – преодоление демографического кризиса. Успешное решение этого вопроса определяется состоянием здоровья детского населения. Однако многие показатели здоровья детского населения в возрасте 0–14 лет остаются крайне тревожными. В Российской Федерации (РФ) именно в этой возрастной группе ежегодно регистрируется около 40 млн случаев впервые установленных заболеваний [1].

Об ухудшении состояния здоровья детского населения свидетельствуют исследования, проведенные в последние годы в различных регионах России. Исследователи отмечают значительное изменение картины заболеваемости в этой возрастной группе, выражающееся в увеличении числа хронических и сочетанных форм заболеваний [2, 3]. Необходимо отметить, что индивидуальные характеристики ребенка также определяют степень воздействия на него факторов риска, и среди них на первое место в дальнейшем выходят социальные, экономические и экологические детерминанты (уровень доходов и образования, условия жизни и труда семьи) [1–4]. В сложившейся ситуации охрана здоровья детей является приоритетной задачей государственной политики, поскольку подрастающее поколение – самый главный потенциал страны, ее кадровый и демографический ресурс, без которого невозможен ни экономический, ни социальный рост государства.

Социально-гигиенические исследования по этой проблеме имеют большое значение для практического здравоохранения. Оно заключается в разработке рекомендаций по снижению заболеваемости, предложений новых организационных форм работы лечебно-профилактических учреждений.

Важнейшим звеном в системе здравоохранения, несомненно, является амбулаторно-поликлинический этап как наиболее массовая форма медицинского обеспечения населения [5]. Именно на этом этапе решаются проблемы профилактики, оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи, реабилитации, реализуются концепция,

стратегия и тактика развития здравоохранения, оценивается популяционное здоровье, осуществляется планирование медицинской помощи, оцениваются ее качество и доступность [6–12].

Качество и доступность медицинской помощи в первую очередь зависят от обеспеченности учреждений здравоохранения медицинскими работниками, их квалификации и профессионального уровня. Исследователи отмечают, что эффективная кадровая политика является важной составляющей успешного функционирования отрасли здравоохранения и успешного внедрения реформы здравоохранения. Учитывая глобальный кадровый кризис в здравоохранении, вопрос о кадровом обеспечении в последнее время приобрел особое значение [13].

В Нижегородской области реализуется Государственная программа «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям на 2020 год и плановый период 2023 и 2024 годов» и ряд других, предусматривающих мероприятия по улучшению кадровой ситуации в здравоохранении региона, в частности создание условий по закреплению медицинских работников в отрасли детского здравоохранения и формирование кадрового резерва. При этом чрезвычайно важна оценка влияния указанных мер на уровни заболеваемости детей.

Цель – оценить влияние обеспеченности населения врачами-педиатрами на уровни и динамику заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет в Нижегородской области за 5-летний период (2017–2021 гг.).

Материал и методы

Выполнен анализ официальных статистических данных за 5-летний период (2017–2021 гг.). Для этого осуществлена выкопировка сведений из статистических материалов Росстата и государственного бюджетного учреждения здравоохранения Нижегородской области «Медицинский информационно-аналитический центр» (МИАЦ). Статистическая обработка данных

Таблица 1. Численность детского населения Нижегородской области (абс. число)

Наименование территории	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.
г.о.г. Бор	20 059	20 084	20 061	20 034	20 034
г.о.г. Чкаловск	3302	3317	3293	3333	3333
г.о.г. Выкса	15 356	15 381	15 242	15 239	15 239
г.о.г. Арзамас	16 980	17 134	17 244	17 295	17 295
г.о.г. Дзержинск	35 574	35 971	36 182	36 161	36 161
г.о.г. Нижний Новгород	197 458	201 233	203 770	207 164	207 164
Итого по районам области	178 095	176 301	175 402	171 313	149 775
Нижегородская область	513 299	518 206	519 582	518 501	516 501

проводилась с использованием программы SPSS Statistics 26. Проведен сравнительный анализ региональных показателей с показателями по РФ. Для определения характера распределения использовали критерий Колмогорова–Смирнова. Были проанализированы уровни общей и первичной детской заболеваемости, кадровой обеспеченности в изучаемом регионе и в РФ, для чего составлены динамические ряды указанных показателей и рассчитаны показатели наглядности. Корреляционный анализ проведен с использованием непараметрического коэффициента корреляции Спирмена, сила связи оценена по шкале Чеддока.

Результаты и обсуждение

Официальные статистические данные за 2017–2021 гг. свидетельствуют о незначительном росте численности детского населения Нижегородской области (табл. 1). В 2021 г. по сравнению с 2017 г. прирост численности

детского населения составил всего 0,63%, при этом рост был более значимым с 2017 по 2019 г., составив 1,2%. Пандемия COVID-19 2020 г. привела к снижению численности детской популяции в регионе на 0,2% по сравнению с 2019 г. Такая неблагоприятная динамика сохранялась и в 2021 г. (по сравнению с 2020 г. численность детей снизилась на 0,39%).

Источником роста численности городского населения в Нижегородской области является миграция сельских жителей, больший удельный вес которого приходится на Нижний Новгород. Прирост количества детей за последние 5 лет в Нижнем Новгороде составил 4,9%, в Арзамасе – 1,8%, в Дзержинске – 1,7%, в Чкаловске – 0,9%. В районах области в целом наблюдается убыль детского населения, составившая 15,9% за 5-летний период.

Тенденции динамики общей заболеваемости детского населения Нижегородской области схожи с тенденциями показателей РФ в целом. Общая зарегистрированная заболеваемость де-

Таблица 2. Общая заболеваемость детского населения (0–14 лет) на 1000 человек

Наименование территории	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.
г.о.г. Бор	2201,16	2150,62	1671,60	1692,82	1723,31
г.о.г. Чкаловск	1986,67	1859,21	1554,51	1585,96	1590,47
г.о.г. Выкса	3119,50	3154,28	2911,36	2408,49	2847,00
г.о.г. Арзамас	2475,15	2659,92	2223,67	2240,36	2298,38
г.о.г. Дзержинск	2740,34	2987,21	2464,10	2355,66	2735,96
г.о.г. Нижний Новгород	2991,16	3041,56	2417,24	2352,34	2720,65
Итого по районам	2351,53	2448,36	2164,21	2037,41	2305,29
Нижегородская область	2638,96	2719,47	2290,12	2195,35	2508,29
Российская Федерация	1998,17	2503,88	1724,55	1486,78	1662,8

тей в возрасте 0–14 лет за 2017–2021 гг. снизилась с 2638,96 до 2508,29 на 1000 детей соответствующего возраста (табл. 2). При этом показатель в 2018 г. по сравнению с 2017 г. увеличился на 3,0%, в 2019 г. общая заболеваемость снизилась по отношению к 2017 г. на 13,2%, а в 2020 г. – на 18,7%. С 2021 г. наблюдается подъем общей заболеваемости, но по сравнению с 2017 г. этот показатель имеет отрицательный прирост, составляющий 5,0% (рис. 1).

При сравнении уровня общей заболеваемости детского населения в Нижегородской области и в РФ в целом выявлено, что показатели заболеваемости в регионе значительно выше, чем общероссийские: так, в 2019 г. они были выше на 24,7%, в 2020 г. – на 32,3%, в 2021 г. – на 33,7% (табл. 2).

Первичная заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет растет как в районах, так и в крупных городах, демонстрируя закономерное снижение в 2020 г. и дальнейший подъем отсроченной заболеваемости в 2021 г. Темпы прироста первичной заболеваемости за 5-летний период в Нижнем Новгороде составили 12,7%, а в среднем по районам области – 14,8%. Первичная заболеваемость детского населения по Нижегородской области в целом в 2021 г. по сравнению с 2017 г. выросла на 14,69%. Показатели региона превышают показатели общероссийской заболеваемости за аналогичный период на 33,7% (табл. 3).

В результате проведенного анализа показателей обеспеченности педиатрами, работающими в учреждениях федерального и областного подчинения, определено, что обеспеченность

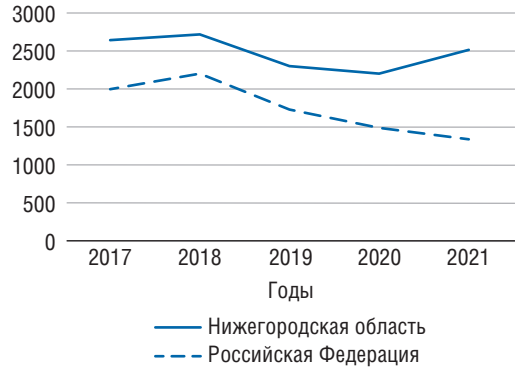


Рис. 1. Динамика общей заболеваемости детей 0–14 лет в Нижегородской области (в ‰)

врачами, работающими в учреждениях, подчиненных Минздраву России, в 2021 г. по сравнению с 2016 г. снизилась на 3,6%. Обеспеченность детского населения педиатрами, работающими в государственных учреждениях здравоохранения Нижегородской области, с 2016 по 2021 г. снизилась на 1,1%.

Несмотря на снижение обеспеченности детского населения в динамике за 6-летний период, показатели обеспеченности Нижегородской области в 2016–2019 гг. несколько превышали общероссийские показатели. В 2016 г. укомплектованность врачами-педиатрами по РФ составила 16,26 на 10 000 детей, в Нижегородской области соответствующий показатель – 16,78 на 10 000 детей, что на 3,2% выше. Похожая тенденция сохранялась до 2019 г. (в 2017 г. выше на 2,6%, в 2018 г. – на 1,9%, в 2019 г. – на 2,0%).

Таблица 3. Показатели первичной заболеваемости детского населения (0–14 лет) на 1000 человек

Наименование территории	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.
г.о.г. Бор	1911,01	1826,03	2432,93	1454,53	1723,31
г.о.г. Чкаловск	1576,62	1516,13	1808,99	1330,03	1590,47
г.о.г. Выкса	2825,41	2771,80	3463,46	1909,11	2847,00
г.о.г. Арзамас	2218,08	2381,70	2553,87	1816,02	2298,38
г.о.г. Дзержинск	2157,00	2431,15	2954,45	1982,99	2735,96
г.о.г. Нижний Новгород	2414,01	2497,35	2968,22	1846,34	2720,65
Итого по районам	2006,65	2042,64	2628,03	1674,91	2305,29
Нижегородская область	2186,93	2253,98	2784,18	1770,22	2508,29
Российская Федерация	1758,17	2204,88	1724,55	1486,78	1662,8

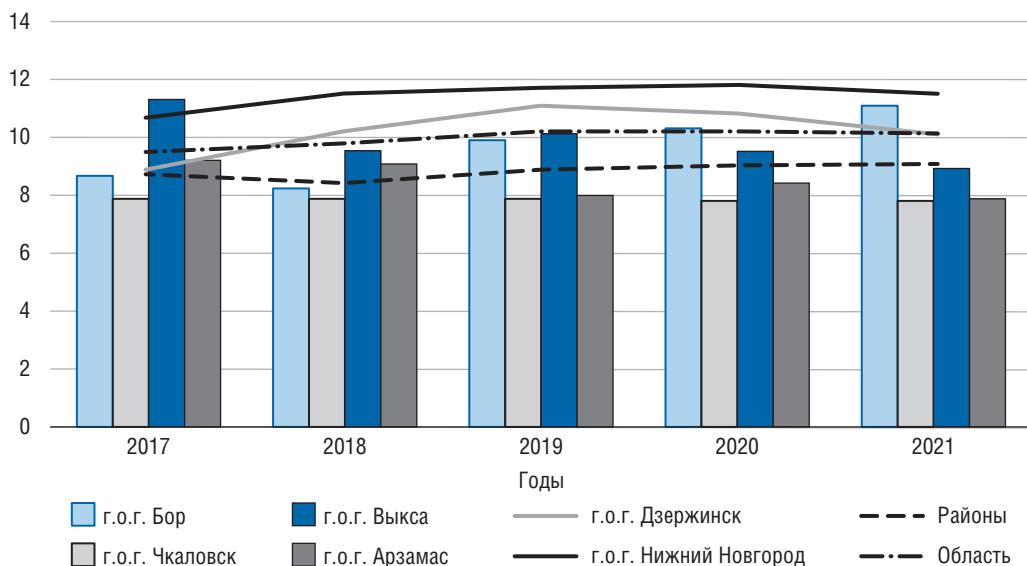


Рис. 2. Динамика обеспеченности участковыми врачами-педиатрами районов Нижегородской области (на 10 тыс. детского населения)

Однако в 2020–2021 гг. показатель обеспеченности врачами-педиатрами в лечебных учреждениях Нижегородской области стал ниже общероссийских показателей. Так, обеспеченность врачами-педиатрами по РФ в 2020 г. составила 16,39 на 10 000 детей, в Нижегородской области – 16,37 (ниже на 0,12%), в 2021 г. – соответственно 16,2 и 16,08 на 10 000 детей (ниже на 0,75%).

Анализ обеспеченности детского населения участковыми врачами-педиатрами продемонстрировал небольшой рост по Нижегородской области в целом, причем рост наблюдался как в крупных городах, так и в районах области. Следует отметить, что рост укомплектованности участковыми педиатрами в крупных городах идет на фоне увеличения численности детского населения, при этом темпы роста абсолютного числа врачей выше темпов роста укомплектованности. Механизм роста укомплектованности сельского населения врачами-педиатрами отличается, так как их фактическое число в районах практически не растет, но снижение численности детей в возрасте 0–14 лет способствует росту укомплектованности в расчете на 10 000 человек соответствующего возраста (рис. 2).

При проведении корреляционного анализа в качестве критериальной переменной был взят показатель общей заболеваемости населения в возрасте 0–14 лет. Переменным предиктором избран показатель обеспеченности этой возрастной категории врачами-педиатрами. С целью контроля истинности либо ложности расчетных показателей корреляции взята вторая критериальная переменная – первичная заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет (на 1000 человек соответствующего возраста).

Для анализа взяты данные с 2017 по 2021 г. с распределением по районам и городам области. Данные, использованные для расчета корреляции, характеризовались гомоскедастичностью и демонстрировали однородность дисперсии случайной ошибки.

Проведенный корреляционный анализ выявил наличие слабой прямой связи между уровнем обеспеченности населения Нижегородской области врачами-педиатрами (работающими в федеральных учреждениях здравоохранения и учреждениях здравоохранения, подведомственных Министерству здравоохранения Нижегородской области) и уровнем первичной и общей заболеваемости детского

населения. Показатель корреляции в целом за 5-летний период составил 0,26, варьируя в диапазоне от 0,15 при анализе взаимосвязи показателей 2019 г. до 0,38 за 2020 г. Аналогично низкие значения корреляции выявлены при анализе взаимосвязи между показателями первичной заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет и обеспеченности детского населения врачами-педиатрами в Нижегородской области. Показатель корреляции с 2017 по 2021 г. составил 0,24, с минимумом в 2019 г. – 0,20 и максимумом в 2021 г. – 0,32.

Заключение

Таким образом, влияние обеспеченности врачами-педиатрами детского населения Нижегородской области в 2017–2021 гг. на показатели общей и первичной детской заболеваемости является слабopоложительным. Необходимо учитывать, что фиксирование показателей численности заболевших осуществляется по фактическому обращению населения в организации здравоохранения. По этой причине увеличение

доступности ресурсов здравоохранения, скорее всего, приведет к увеличению численности заболевших.

Следует отметить также, что при проведении корреляционного анализа учитывались данные государственных медицинских организаций Нижегородской области, однако в настоящее время много пациентов обслуживается в учреждениях частной системы здравоохранения.

Частные учреждения здравоохранения Нижегородской области предлагают широкий спектр услуг по оказанию помощи детям, включающий большой выбор программ патронажа для детей разного возраста, что позволяет пациентам не обращаться за помощью в государственные учреждения здравоохранения. Действующим законодательством РФ не предусмотрена обязанность формирования медицинской статистической отчетности частными учреждениями здравоохранения, и случаи обращения пациентов в них остаются неучтенными. Количество этих обращений растет в геометрической прогрессии, что значительно искажает данные статистики.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Карпова Светлана Сергеевна (Svetlana S. Karpova) – кандидат медицинских наук, доцент кафедры социальной медицины и организации здравоохранения, ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, Нижний Новгород, Российская Федерация

E-mail: karpova-nn@list.ru

<https://orcid.org/0000-0002-2621-7641>

Батурина Юлиана Владимировна (Yuliana V. Baturina) – кандидат медицинских наук, доцент кафедры социальной медицины и организации здравоохранения, ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, Нижний Новгород, Российская Федерация

E-mail: parshinay@yandex.ru

<https://orcid.org/0009-0006-8012-5883>

ЛИТЕРАТУРА

1. Состояние здоровья детей современной России / А.А. Баранов и др. 2-е изд., доп. Москва : ПедиатрЪ, 2020. 116 с.

2. Соколовская Т.А. Здоровье детей: основные тенденции и возможные пути его сохранения // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 4. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26572> (дата обращения: 16.01.2023).

3. Лучанинова В.Н., Цветкова М.М., Веремчук Л.В., Крукович Е.В., Мостовая И.Д. Состояние здоровья детей и подростков

и факторы, влияющие на его формирование // Гигиена и санитария. 2017. Т. 96, № 6. С. 561–568. DOI: <https://doi.org/10.18821/0016-9900-2017-96-6-561-568>

4. Левченко О.В., Герасимов А.Н., Кучма В.Р. Влияние социально-экономических факторов на заболеваемость детей и подростков социально значимыми и основными классами болезней // Здоровье населения и среда обитания. 2018. № 8 (35). С. 21–25.

5. Антонова А.А., Яманова Г.А., Боговденева В.Ф., Умарова Д.Н. Основные тенденции заболеваемости среди детского населения // Международный научно-исследовательский журнал. 2021. № 1 (103). Ч. 3. С. 6–10.

6. Основы социальной педиатрии : монография / под. общ. ред. В.Ю. Альбицкого. Москва : ПедиатрЪ, 2021. 416 с.

7. Основные показатели здоровья населения и деятельности государственных медицинских организаций Нижегородской области за 2017 год : сборник / под ред. Е.А. Тучина, Л.Е. Вареновой. Нижний Новгород, 2018. 236 с.

8. Основные показатели здоровья населения и деятельности государственных медицинских организаций Нижегородской области за 2018 год : сборник / под ред. Е.А. Тучина, Л.Е. Вареновой. Нижний Новгород, 2019. 236 с.

9. Основные показатели здоровья населения и деятельности государственных медицинских организаций Нижегородской области за 2019 год : сборник / под ред. И.С. Гончарова, Л.Е. Вареновой. Нижний Новгород, 2020. 214 с.

10. Основные показатели здоровья населения и деятельности государственных медицинских организаций Нижегородской области за 2020 год : сборник / под ред. А.А. Захарова, Л.Е. Вареновой. Нижний Новгород, 2021. 230 с.

11. Основные показатели здоровья населения и деятельности государственных медицинских организаций Нижегородской области за 2021 год : сборник / под ред. А.А. Захарова, Л.Е. Вареновой. Нижний Новгород, 2022. 230 с.

12. Здравоохранение в России 2021 : статистический сборник / Росстат. Москва, 2021. 171 с.

13. Шкарин В.В., Ивашева В.В., Емельянова О.С., Дьяченко Т.С. Актуальные вопросы кадрового обеспечения первичного звена здравоохранения врачами-педиатрами участниками на примере субъекта Российской Федерации // Здравоохранение Российской Федерации. 2021. Т. 65, № 6. С. 533–539. DOI: <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-6-533-539>

REFERENCES

1. The state of health of children in modern Russia. In: A.A. Baranov, et al. 2nd ed., suppl. Moscow: Pediatr, 2020: 116 p. (in Russian)

2. Sokolovskaya T.A. Children's health: main trends and possible ways to preserve it. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern Problems of Science and Education]. 2017; (4). URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26572> (date of access January 16, 2023). (in Russian)

3. Luchaninova V.N., Tsvetkova M.M., Veremchuk L.V., Krukovich E.V., Mostovaya I.D. The state of health of children and adolescents and factors influencing its formation. *Gigiena i sanitariya* [Hygiene and Sanitation]. 2017; 96 (6): 561–8. DOI: <https://doi.org/10.18821/0016-9900-2017-96-6-561-568> (in Russian)

4. Levchenko O.V., Gerasimov A.N., Kuchma V.R. Influence of socio-economic factors on the incidence of children and adolescents with socially significant and main classes of diseases. *Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya* [Public Health and Life Environment]. 2018; 8 (35): 21–5. (in Russian)

5. Antonova A.A., Yamanova G.A., Bogovdenova V.F., Umarova D.N. The main trends in morbidity among the child population. *Mezhdunarodniy nauchno-issledovatel'skiy zhurnal* [International Scientific Research Journal]. 2021; 1 (103 pt 3): 6–10. (in Russian)

6. Fundamentals of social pediatrics: monograph. In: V.Yu. Al'bitsky (ed.). Moscow: Pediatr, 2021: 416 p. (in Russian)

7. Main indicators of public health and the activities of state medical organizations of the Nizhny Novgorod region for 2017.

Collection. In: E.A. Tuchin, L.E. Varenova (eds). Nizhny Novgorod, 2018: 236 p. (in Russian)

8. Main indicators of public health and the activities of state medical organizations of the Nizhny Novgorod region for 2018. Collection. In: E.A. Tuchin, L.E. Varenova (eds). Nizhny Novgorod, 2019: 236 p. (in Russian)

9. Main indicators of public health and the activities of state medical organizations of the Nizhny Novgorod region for 2019. Collection. In: I.S. Goncharov, L.E. Varenova (eds). Nizhny Novgorod, 2020: 214 p. (in Russian)

10. Main indicators of public health and the activities of state medical organizations of the Nizhny Novgorod region for 2020. Collection. In: A.A. Zakharov, L.E. Varenova (eds). Nizhny Novgorod, 2021: 230 p. (in Russian)

11. Main indicators of public health and the activities of state medical organizations of the Nizhny Novgorod region for 2021. Collection. In: A.A. Zakharov, L.E. Varenova (eds). Nizhny Novgorod, 2022: 230 p. (in Russian)

12. Health care in Russia. 2021. Statistical compendium. In: Rosstat. Moscow, 2021: 171 p. (in Russian)

13. Shkarin V.V., Ivashева V.V., Emel'yanova O.S., Dya-chenko T.S. Topical issues of staffing primary health care by district pediatricians on the example of a constituent entity of the Russian Federation. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii* [Health of the Russian Federation]. 2021; 65 (6): 533–9. DOI: <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-6-533-539> (in Russian)

Анализ младенческой смертности в Уральском федеральном округе по итогам 2022 г.

Долгих Е.В.,
Башмакова Н.В.,
Мальгина Г.Б.,
Давыденко Н.Б.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 620028, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Актуальность. Несмотря на ежегодную положительную динамику в течение последних лет, дальнейшее снижение уровня младенческой смертности в стране остается приоритетной задачей в работе перинатальной и педиатрической служб.

Цель исследования – анализ младенческой смертности в субъектах Уральского федерального округа (УФО) по итогам 2022 г.

Материал и методы. При проведении анализа были использованы соответствующие показатели Росстата Российской Федерации и сведения, представленные органами управления здравоохранения субъектов УФО.

Результаты. В статье представлен анализ статистических показателей младенческой смертности и ее составляющих. Анализ неонатальной смертности как основной составляющей младенческой смертности проведен с учетом массы тела новорожденных и группы медицинского учреждения, а также по причинам смерти.

Заключение. По итогам 2022 г. в субъектах УФО в условиях продолжающегося снижения рождаемости зафиксирована разнонаправленная динамика показателей младенческой смертности. Сохраняется определенная доля рождений и смертности экстремально недоношенных новорожденных в родовспомогательных учреждениях I и II уровня, что требует дальнейшего совершенствования наблюдения беременных группы высокого риска и их своевременной маршрутизации в учреждения родовспоможения III уровня. Младенческая смертность прежде всего определяется ранней неонатальной смертностью недоношенных новорожденных, в основном преобладает группа экстремально недоношенных.

Дизайн: ретроспективное статистическое исследование.

Ключевые слова:

младенческая смертность; неонатальная смертность; экстремально недоношенные новорожденные

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Долгих Е.В., Башмакова Н.В., Мальгина Г.Б., Давыденко Н.Б. Анализ младенческой смертности в Уральском федеральном округе по итогам 2022 г. // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2023. Т. 9, № 3. С. 75–84. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-3-75-84>

Статья поступила в редакцию 07.07.2023. **Принята в печать** 28.08.2023.

Analysis of infant mortality in the regions of the Ural Federal District by the results of 2022

*Dolgikh E.V.,
Bashmakova N.V.,
Malgina G.B.,
Davydenko N.B.*

Ural Research Institute of Protection Motherhood and Infancy, Ministry of Health of the Russian Federation, 620028, Yekaterinburg, Russian Federation

Background. Further reduction in the level of infant mortality in the country remains a priority task in the work of the perinatal and pediatric services, despite the annual positive dynamics in recent years.

The aim of the study was to analyze infant mortality in the regions of the Ural Federal District by the results of 2022.

Material and methods. During the analysis, the relevant indicators of the Rosstat of the Russian Federation and the information provided by the health departments of the Ural Federal District were used.

Results. The article presents an analysis of statistical indicators of infant mortality and its components. The analysis of neonatal mortality as the main component of infant mortality was carried out taking into account the body weight of newborns, the causes of death, as well as taking into account the group of medical institutions.

Conclusion. At the end of 2022, in the regions of the Urals Federal District, in the context of a continuing decline in the birth rate, multidirectional dynamics of infant mortality rates was recorded. A certain proportion of births and deaths of extremely premature newborns in obstetric institutions of the 1st and 2nd level remains. This requires further improvement of the observation of high-risk pregnant women and their timely routing to obstetric facilities of the 3rd group. Infant mortality is determined by neonatal, primarily early neonatal mortality of premature newborns, of which the group of extremely premature infants mainly prevails.

Design: a retrospective statistical study was conducted.

Keywords:

infant mortality; neonatal mortality; extremely premature newborns

Funding. The study had no sponsor support.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

For citation: Dolgikh E.V., Bashmakova N.V., Malgina G.B., Davydenko N.B. Analysis of infant mortality in the regions of the Ural Federal District by the results of 2022. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2023; 9 (3): 75–84. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-3-75-84> (in Russian)

Received 07.07.2023. **Accepted** 28.08.2023.

Несмотря на ежегодную положительную динамику в течение последних лет и достижение целевых показателей во многих регионах РФ приоритетной задачей в работе перинатальной и педиатрической служб остается дальнейшее снижение уровня младенческой смертности. Актуальность этой задачи возросла, учитывая, что по итогам 2022 г. зафиксированы нестабильность либо недостижение целевых показателей младенческой смертности в различных регионах страны.

Хорошо известно и очевидно, что основной вклад в младенческую смертность вносит неонатальная смертность (НС), которая, в свою очередь, определяется ранней неонатальной смертностью (РНС). Необходим регулярный анализ этих показателей, структуры НС по причинам, в том числе с учетом весовой категории новорожденных и уровня учреждений родовспоможения, с целью выявления вероятных организационных проблем и их решения.

Цель исследования – анализ младенческой смертности в субъектах Уральского федерального округа (УФО) по итогам 2022 г.

Дизайн: ретроспективное статистическое исследование.

Материал и методы

В ходе сравнительного анализа младенческой смертности были изучены следующие статистические показатели в каждом субъекте УФО по итогам 2022 г.: число родившихся живыми; показатели младенческой смертности и ее составляющих, в том числе в сравнении

с 2021 г.; структура НС по причинам; структура РНС с учетом массы тела новорожденных при рождении и группы медицинского учреждения.

Результаты

По итогам 2022 г. отмечено снижение числа родившихся живыми младенцев во всех субъектах УФО (табл. 1). При сравнении абсолютных значений наиболее значимое снижение числа родившихся живыми отмечено в Свердловской (меньше на 3034/в 1,1 раза) и Курганской областях (меньше на 1015/в 1,16 раза). Из 6 регионов наименьшее снижение числа родившихся живыми – в 1,04 раза – зафиксировано в Тюменской области, Ханты-Мансийском (ХМАО) и Ямало-Ненецком автономных округах (ЯНАО). В целом по УФО по итогам 2022 г. в сравнении с 2021 г. число родившихся живыми меньше на 8050 младенцев (в 1,07 раза, или на 5,3%). Подобная динамика наблюдалась в течение последних 3 лет – ежегодно рождалось в среднем меньше в 1,1 раза по сравнению с предыдущим годом.

Одним из аспектов, представляющих интерес для анализа, является число рождений экстремально недоношенных младенцев с учетом уровня родовспомогательных учреждений (табл. 2).

Данный анализ демонстрирует, что удельный вес экстремально недоношенных, родившихся в учреждениях III уровня, достаточно высок во всех регионах, что свидетельствует о работающей системе маршрутизации беременных в учреждения родовспоможения соответст-

Таблица 1. Число родившихся живыми в регионах Уральского федерального округа

Родилось живыми, абс.	Свердловская область	Челябинская область	ХМАО	Тюменская область	ЯНАО	Курганская область	УФО
2022 г.	39 958	30 917	18 991	17 783	6339	6208	120 764
2021 г.	42 992	33 372	19 737	18 513	6578	7223	128 814
Динамика	-3034/↓ в 1,1 раза	-2455/↓ в 1,1 раза	-746/↓ в 1,04 раза	-730/↓ в 1,04 раза	-239/↓ в 1,04 раза	-1015/↓ в 1,16 раза	-8050/↓ в 1,07 раза

Здесь и в табл. 2–6 : расшифровка аббревиатур дана в тексте.

Таблица 2. Удельный вес экстремально недоношенных, родившихся в учреждениях разных уровней, %

Регион	Удельный вес экстремально недоношенных, родившихся в учреждениях		
	III уровня	II уровня	I уровня
Свердловская область	84	14,5 (абс. 31)	4,4 (абс. 3)
Челябинская область	80,3	19,7 (абс. 24)	–
Тюменская область	86,8	10,3 (абс. 7)	2,9 (абс. 2)
Курганская область	96,9	–	3,1 (абс. 1)
ХМАО	97,2	2,8 (абс. 2)	–
ЯНАО	81,7	–	8,3 (абс. 1)
УФО	87,7	7,8	3,1

вующего уровня. Тем не менее, очевидно, что маршрутизация этих пациенток требует дальнейшего совершенствования, так как удельный вес рождений экстремально недоношенных в учреждениях II уровня еще достаточно высок в таких областях, как Свердловская (14,5%), Челябинская (19,7%) и Тюменская (10,3%). Несмотря на то что учреждения II уровня, как правило, оснащены всем необходимым неонатальным оборудованием, сегодня современные технологии интенсивной терапии и выхаживания экстремально недоношенных требуют их перегоспитализации в учреждения III уровня, что сопровождается высоким риском усугубления тяжести перинатальной патологии, и соответственно, более высоким риском летального исхода. Кроме того, зафиксированы случаи рождения экстремально недоношенных в учреждениях I уровня практически во всех субъектах УФО, за исключением Челябинской области и ХМАО, и это требует тщательного анализа каждого такого случая на уровне региона: качества наблюдения беременной, соблюдения необходимого объема обследования, своевременного и адекватного лечения осложнений беременности, своевременной маршрутизации в учреждение родовспоможения соответствующего уровня.

Анализ показателей младенческой смертности выявил определенные особенности в субъектах УФО (табл. 3).

В 2 регионах, ХМАО и ЯНАО, по итогам 2022 г. отмечено снижение показателя младенческой смертности в сравнении с 2021 г. Так, в ХМАО показатель младенческой смертности снизился в 1,2 раза – с 3,9 до 3,2%, что обуслов-

лено преимущественным снижением показателя РНС в 2,4 раза, а также несколько меньшим уровнем постнеонатальной смертности. В ЯНАО показатель младенческой смертности снизился в 1,4 раза – с 4,4 до 3,8‰, преимущественно за счет постнеонатальной смертности – меньше в 1,8 раза; уровень НС также несколько ниже без достоверной разницы в абсолютных числах.

В 3 субъектах УФО зафиксировано повышение показателя младенческой смертности. Наиболее высокий показатель младенческой смертности зафиксирован в Курганской области – 6,3‰; его повышение обусловлено преимущественно приростом уровня НС – в 1,3 раза, за счет прироста и ранней, и поздней НС; показатель постнеонатальной смертности также отмечен незначительным приростом, но без достоверной разницы в абсолютных числах.

В Свердловской области повышение показателя младенческой смертности обусловлено приростом уровня РНС – в 1,2 раза, а также постнеонатальной смертности – в 1,12 раза. В Тюменской области повышение показателя младенческой смертности обусловлено преимущественно увеличением показателя постнеонатальной смертности – в 1,3 раза, который в структуре младенческой смертности составил 60,6%. В Челябинской области показатель младенческой смертности аналогичен показателю прошлого года при некотором снижении всех ее составляющих в абсолютных числах, с превалированием постнеонатальной смертности над неонатальной – 54,5 и 45,5% соответственно в структуре младенческой смертности.

Таблица 3. Показатели младенческой смертности в субъектах Уральского федерального округа (2021–2022 гг.)

Показатель	Свердловская область	Челябинская область	Тюменская область	Курганская область	ХМАО	ЯНАО	УФО
2022 г.							
2021 г.							
Младенческая, ‰*	4,8 4,0	4,3 4,3	3,9 3,2	6,3 5,1	3,2 3,9	3,8 4,4	4,3 4,0
Неонатальная, ‰**/ % в младенческой	2,8/57,3 2,3	2,1/45,5 1,9	1,6/39,4 1,4	3,4/53,7 2,5	1,4/44,3 2,1	1,7/55 1,8	–
Ранняя неонатальная, ‰**	1,9 1,5	0,9 1,0	1,0 0,8	2,8 2,2	0,5 1,2	1,26 1,37	–
Поздняя неонатальная, ‰**	0,9 0,9	1,2 0,9	0,6 0,6	0,6 0,4	0,9 0,7	0,5 0,5	–
Постнеонатальная, ‰** % в младенческой	2,0/42,7 1,7	2,4/54,5 2,3	2,4/ 60,6 1,7	2,9/46,3 2,6	1,8/55,7 1,9	1,4/45 2,4	–

Примечание. * – данные Росстата; ** – сведения из субъектов УФО.

Возрастная структура младенческой смертности в регионах различна. Так, неонатальная смертность преобладает над постнеонатальной в Свердловской и Курганской областях, а также в ЯНАО, что соответствует критериям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)¹. В Челябинской, Тюменской областях и в ХМАО постнеонатальная смертность превалирует над неонатальной.

НС как основная составляющая младенческой смертности требует отдельного анализа с учетом различных аспектов. И такой анализ выявил определенные особенности в регионах УФО. В Свердловской области повышение показателя НС в сравнении с 2021 г. (2,8 и 2,3‰ соответственно) обусловлено приростом показателя РНС в 1,2 раза, показатель поздней неонатальной смертности зафиксирован на прежнем уровне; в структуре НС ранняя составила 70,2%, поздняя – 29,8%.

В Челябинской области повышение показателя НС по сравнению с 2021 г. (2,1 и 1,9‰ соответственно) обусловлено относительным приростом поздней НС, при этом РНС несколько ниже уровня 2021 г.; в структуре НС преобладает поздняя – 58,1%, ранняя составила 41,9%.

В Тюменской области умеренное повышение показателя НС в сравнении с 2021 г. отмечено за счет прироста РНС с 0,8 до 1,0‰; тем не менее для данного показателя это достаточно низкий уровень; в структуре НС ранняя составила 60,7%, поздняя – 39,3%.

В Курганской области повышение показателя НС до 3,4‰ по сравнению с 2,5‰ в 2021 г. обусловлено приростом уровня и ранней, и поздней НС; ранняя неонатальная составила 81,8% в структуре НС, поздняя – 18,2%.

¹ «В структуре младенческой смертности, согласно критериям ВОЗ, закономерно преобладает неонатальная смертность (70–80%), которая, в свою очередь, определяется ранней неонатальной; постнеонатальная смертность является наиболее управляемой и в структуре младенческой смертности должна составлять не более 20–30%. В странах Евросоюза уровень младенческой смертности 4,1‰ соответствует показателю постнеонатальной смертности 1,4‰», – отмечает Л.П. Суханова, ведущий научный сотрудник ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения.

Таблица 4. Структура неонатальной смертности (НС)

Показатель	Свердловская область	Челябинская область	Тюменская область	Курганская область	ХМАО	ЯНАО
I – состояния перинатального периода, из них (% в структуре НС)	70,2% (абс. 80)	63% (абс. 39)	71,4% (абс. 20)	72,7% (абс. 16)	96,2% (абс. 26)	81,8% (абс. 9)
Инфекции перинатального периода, P35–P39	53,5%	14,5%	14,8%	27,2%	46,2%	36,4%
Тяжелая асфиксия при рождении, 21.0	4,4%	1,6%	–	4,5%	–	–
Врожденная пневмония, P23	3,5%	6,5%	18,5%	9%	–	–
Неиммунная водянка, P83	2,6%	–	–	–	–	–
Внутричерепные нетравматические кровоизлияния, P52	1,8%	–	7,4%	22,7%	11,5%	18%
Некротизирующий энтероколит, P77	1,8%	–	18,5%	–	3,8%	9%
Резус-иммунизация плода и новорожденного, P55.0	0,9%	1,6	–	–	–	–
Дыхательные нарушения, P22–P28	0,9%	38,7%	3,7%	9%	26,9%	9%
II – врожденные аномалии развития, Q00–Q99 (% в структуре НС)	20,2% (абс. 23)	27,4% (абс. 17)	28,6% (абс. 8)	4,5% (абс. 1)	–	18,2% (абс. 2)
III – заболевания других классов (% в структуре НС)	6,1% (абс. 7): A, B, C, D, I	4,8% (абс. 3): E, I, G	–	13,6% (абс. 3): A, I, U	VI – 3,7% (абс. 1): C	–
IV – состояния классов R, S, T (% в структуре НС)	3,5% (абс. 4)	4,8% (абс. 3)	–	9% (абс. 2)	–	–

В ХМАО снижение показателя НС обусловлено снижением РНС в 2,4 раза, что обусловило рекордные 0,5‰; в структуре НС преобладает поздняя неонатальная – 73%, РНС составила 37%.

В ЯНАО показатель НС снизился незначительно в сравнении с 2021 г. – 1,7 и 1,8‰ соответственно, без достоверной разницы в абсолютных значениях.

Структура НС по причинам также выявила определенные различия в субъектах УФО (табл. 4).

Так, инфекции перинатального периода занимают 1-е место в группе состояний перинатального периода (СПП) в Свердловской, Курганской областях и в ХМАО.

Врожденные пневмонии занимают 1-е место в группе СПП в Тюменской области, не намного опережая инфекции перинатального периода, 3-е место – в Свердловской, Челябинской и Курганской областях, в ХМАО и ЯНАО отсутствуют в структуре НС.

Асфиксия тяжелой степени при рождении, значительно уступая по удельному весу инфекциям перинатального периода, занимает 2-е место в Свердловской области; по одному случаю зафиксировано в Челябинской и Курганской областях; отсутствует в структуре НС в других субъектах УФО.

Группа дыхательных нарушений перинатального периода (P22.0, P24, P27, P28) лидирует в

Таблица 5. Ранняя неонатальная смертность (РНС) недоношенных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) в зависимости от уровня оказания медицинской помощи, %

Регион	Удельный вес РНС всего в учреждениях III уровня	Удельный вес РНС недоношенных с ЭНМТ в учреждениях II уровня	Удельный вес РНС недоношенных с ЭНМТ в учреждениях I и II уровня
Свердловская область	86,3	91,4	8,6 (абс. 2/II уровень)
Челябинская область	61,5	75	25 (абс. 3/II уровень)
Тюменская область	81,3	100	–
Курганская область	76,5	83,3	16,7 (абс. 1 – вне медучреждений)
ХМАО	100	100	–
ЯНАО	62,5	50	50 (абс. 1/I уровень)
УФО	78	83,2	16,7

Челябинской области, на 2-м месте в ХМАО, в других регионах представлена единичными случаями. Непосредственно респираторный дистресс-синдром недоношенных (P22.0), как ключевая нозология, определяющая смертность недоношенных, представлен единичными случаями практически во всех регионах, за исключением вышеуказанных.

Нетравматические внутрижелудочковые кровоизлияния занимают 2-е место в группе СПП в Курганской области превалируя по абсолютным значениям в сравнении с другими регионами УФО, в которых они представлены единичными случаями.

Некротизирующий энтероколит представлен единичными случаями в Свердловской области и ХМАО, отсутствует в структуре НС в Челябинской, Курганской областях и в ЯНАО; в Тюменской области эта нозология делит 1-е место с врожденными пневмониями, что требует сугубого анализа своевременности хирургической помощи новорожденным.

Резус-иммунизация плода и новорожденного тяжелой степени зафиксирована по одному случаю в Свердловской и Челябинской областях, отсутствует в структуре НС в других субъектах УФО.

Другие классы заболеваний в структуре НС в первую очередь представлены врожденными пороками развития (ВПР), традиционно занимающими 2-е ранговое место после состояний перинатального периода. Удельный вес ВПР

в структуре НС достаточно высок в 3 регионах: в Тюменской области – 28,6%, Челябинской – 27,4%, Свердловской – 20,2%. В Курганской области и ЯНАО неонатальная смертность от врожденных пороков развития представлена единичными случаями; в ХМАО ВПР отсутствуют в структуре смертности в период новорожденности.

Нозологии других классов во всех регионах представлены единичными случаями, отсутствуют в Тюменской области и в ЯНАО. Из них обращают на себя особое внимание следующие случаи: в Свердловской области – случаи врожденной инфантильной фибросаркомы (C49.8) и врожденной гигантской тератомы (D48.7); в Челябинской области – случай кистозного фиброза (E84.1, вариант муковисцидоза); в Курганской области – случай смерти новорожденного от новой коронавирусной инфекции (U07.1).

Нозологии классов S–T (травмы, отравления...) и R (R95 – внезапная смерть грудного ребенка), т.е. немедицинские причины смерти, представлены единичными случаями в Свердловской, Челябинской, Курганской областях, отсутствуют в Тюменской области, ХМАО и ЯНАО.

Традиционно при анализе НС особое внимание уделяется ранней НС, так как этот показатель учитывается в структуре и младенческой, и перинатальной смертности. Анализ РНС с учетом уровня родовспомогательных учреждений показывает, что во всех регионах

Таблица 6. Ранняя неонатальная смертность (РНС) с учетом массы тела (Мт) новорожденных, %

Регион	Удельный вес умерших в структуре РНС с учетом Мт при рождении			
	с Мт* менее 2500 г			с Мт более 2500 г
	все с Мт до 2500 г	с ЭНМТ**	с ОНМТ***	
Свердловская область	73,8	43,8	10	26,2
Челябинская область	69,2	46	19	30,8
Тюменская область	56,2	25	6,2	43,7
Курганская область	64,7	35,3	11,7	35,3
ХМАО	90	60	0	10
ЯНАО	87,5	25	25	12,5
УФО	73,6	39	12	26,4

Примечание. * – масса тела при рождении; ** – экстремально низкая масса тела; *** – очень низкая масса тела.

преобладающее большинство новорожденных, в том числе недоношенных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), умерло в перинатальных центрах III уровня (табл. 5). Несмотря на это, единичные случаи РНС, прошедшие в учреждениях II и I уровня, как правило, отрицательно отражаются на показателях РНС и НС в целом, а в итоге – на показателе младенческой смертности. Отсутствие случаев РНС в родильных домах II и I уровня в Тюменской области и ХМАО свидетельствует о том, что маршрутизация беременных группы высокого перинатального риска в данных субъектах адекватна и соблюдается в соответствии с региональным приказом.

При анализе РНС с учетом массы тела новорожденных при рождении особое внимание уделяется смертности недоношенных с ЭНМТ и новорожденных с массой тела более 2500 г. Данный анализ показывает, что удельный вес умерших новорожденных с учетом дифференцировки массы тела при рождении в структуре РНС различен в субъектах УФО (табл. 6).

Так, именно группа экстремально недоношенных определяет РНС в Свердловской (43,8%), Челябинской (46%) областях и в ХМАО (60%).

В Тюменской области и ЯНАО экстремально недоношенные составляют всего четверть в структуре РНС. При этом удельный вес новорожденных с массой тела более 2500 г в Тюменской области составляет 43,7%, и это

достаточно высокий показатель в сравнении с удельным весом группы с массой тела менее 2500 г – 56,2%, в том числе в сравнении с удельным весом этих групп в других регионах. В Курганской области группа экстремально недоношенных и группа с массой тела более 2500 г составляют по 35,3%; в целом в структуре РНС доминирует общая группа с массой тела менее 2500 г.

Выводы

1. В условиях продолжающегося снижения рождаемости по итогам 2022 г. зафиксирована разнонаправленная динамика показателей младенческой смертности в субъектах УФО.

2. Учитывая достаточно высокий удельный вес рождений экстремально недоношенных, а также случаи смертности этих пациентов в родовспомогательных учреждениях I и II уровня, необходимо дальнейшее совершенствование наблюдения и обследования беременных группы высокого риска и их своевременной маршрутизации в учреждения родовспоможения III уровня.

3. Младенческая смертность определяется НС, прежде всего РНС недоношенных новорожденных, из которых преобладает группа экстремально недоношенных.

4. В тех субъектах УФО, где отмечено повышение показателя РНС, необходим тщательный контроль качества оказания медицинской

помощи беременной, роженице и новорожденному на всех этапах, в каждом случае, особенно в учреждениях I и II уровня, а также анализ количественной динамики и причин сверхранних преждевременных родов.

5. В тех регионах, где удельный вес новорожденных с массой тела более 2500 г в структуре НС достаточно высок в сравнении с удельным весом группы с массой тела менее 2500 г также необходим анализ качества оказания медицинской помощи беременной, роженице и новорожденному на всех этапах.

6. В тех субъектах, где удельный вес ВПР в структуре НС достаточно высок, необходимы дальнейшее совершенствование пренатальной диагностики и индивидуальный подход

к ведению беременности в каждом случае пренатально выявленного порока развития у плода.

7. В тех субъектах, где поздняя неонатальная смертность преобладает над ранней неонатальной и/или постнеонатальной смертность превалирует над неонатальной, необходим тщательный детальный анализ истинных причин смерти внутри классификационных рубрик Международной классификации болезней совместно с патологоанатомической службой региона, а также анализ структуры смертности детей старше 1 мес и своевременности их маршрутизации в реанимационные отделения и педиатрические стационары.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Долгих Елена Владимировна (Elena V. Dolgikh) – кандидат медицинских наук, и.о. ведущего научного сотрудника отдела разработки и внедрения новых медико-организационных форм перинатальной помощи, ФГБУ «НИИ ОММ» Минздрава России, Екатеринбург, Российская Федерация
E-mail: orgomm@niiommm.ru

Башмакова Надежда Васильевна (Nadezhda V. Bashmakova) – заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный акушер-гинеколог Уральского федерального округа; главный научный сотрудник, ФГБУ «НИИ ОММ» Минздрава России, Екатеринбург, Российская Федерация
E-mail: orgomm@niiommm.ru

<https://orcid.org/0000-0001-5746-316X>

Мальгина Галина Борисовна (Galina B. Malgina) – заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, директор, ФГБУ «НИИ ОММ» Минздрава России, Екатеринбург, Российская Федерация
E-mail: omm@niiommm.ru

<https://orcid.org/0000-0002-5500-6296>

Давыденко Наталья Борисовна (Natalia B. Davydenko) – кандидат медицинских наук, руководитель отдела разработки и внедрения новых медико-организационных форм перинатальной помощи, ФГБУ «НИИ ОММ» Минздрава России, Екатеринбург, Российская Федерация
E-mail: orgomm@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-1617-5521>

ЛИТЕРАТУРА

1. Савинов А.К. Уровень младенческой смертности как показатель деятельности службы здравоохранения // Молодой ученый. 2021. № 22. С. 234–236.

2. Васильева А.А. Статистическое исследование причин младенческой смертности // Novainfo (электронный журнал). 2016. № 48. С. 262–267. URL: <https://novainfo.ru/article/6963>

3. Суханова Л.П., Бушмелева Н.Н., Сорокина З.Х. Младенческая смертность в России с позиций достоверности ее регистрации // Социальные аспекты здоровья населения (электронный научный журнал). 2013. URL: <http://vestnik/mednet.ru>

4. Стародубов В.И., Суханова Л.П., Сыченков Ю.Г. Репродуктивные потери как медико-социальная проблема демографического развития России // Социальные аспекты здоровья насе-

ления (электронный научный журнал). 2011. № 6. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/367/27/lang.ru>

5. Сорокина З.Х. Проблемы перехода отечественного здравоохранения на международные критерии регистрации детей экстремальной массы тела // Проблемы управления здравоохранением. 2010. № 5. С. 35–40.

6. Стародубов В.И., Цыбульская И.С., Суханова Л.П. Охрана здоровья матери и ребенка как приоритетная проблема совре-

менной России // Современные медицинские технологии. 2009. № 2. С. 11–16.

7. Суханова Л.П., Скляр М.С. Детская и перинатальная смертность в России: тенденции, структура, факторы риска // Социальные аспекты здоровья населения (электронный научный журнал). 2007. № 4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/46/30/>

8. Младенческая смертность [Электронный ресурс]. URL: <http://rybakovsky.ru/uchebnik2a26.html>

REFERENCES

1. Savinov A.K. Infant mortality rate as an indicator of the activity of the health service. *Molodoy uchniy [Young Scientist]*. 2021; (22): 234–6. (in Russian)

2. Vasil'eva A.A. Statistical study of the causes of infant mortality. *Novainfo (Electronic Journal)*. 2016; (48): 262–7. URL: <https://novainfo.ru/article/6963> (in Russian)

3. Sukhanova L.P., Bushmeleva N.N., Sorokina Z.H. Infant mortality in Russia from the standpoint of the reliability of its registration. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya (elektronniy nauchniy zhurnal) [Social Aspects of Public Health (Electronic Scientific Journal)]*. 2013. URL: <http://vestnik/mednet.ru> (in Russian)

4. Starodubov V.I., Sukhanova L.P., Sychenkov Yu.G. Reproductive losses as a medico-social problem of demographic development of Russia. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya (elektronniy nauchniy zhurnal) [Social Aspects of Public Health (Electronic Scien-*

tific Journal)]. 2011; (6). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/367/27/lang.ru> (in Russian)

5. Sorokina Z.H. Problems of transition of domestic healthcare to international criteria for registration of children of extreme body weight. *Problemy upravleniya zdravookhraneniem [Problems of Healthcare Management]*. 2010; (5): 35–40. (in Russian)

6. Starodubov V.I., Tsybul'skaya I.S., Sukhanova L.P. Maternal and child health protection as a priority problem of modern Russia. *Sovremennye meditsinskie tekhnologii [Modern Medical Technologies]*. 2009; (2): 11–6. (in Russian)

7. Sukhanova L.P., Sklyar M.S. Child and perinatal mortality in Russia: trends, structure, risk factors. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya (elektronniy nauchniy zhurnal) [Social Aspects of Public Health (Electronic Scientific Journal)]*. 2007; (4). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/46/30/> (in Russian)

8. Infant mortality [Electronic resource]. URL: <http://rybakovsky.ru/uchebnik2a26.html> (in Russian)

Внутренний аудит медицинских организаций в условиях цифровизации

Остроменский В.В.¹,
Рюмина Е.В.²,
Алексеева А.А.¹

¹ Частное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева», 190013, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

² Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого», 195251, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Рассмотрена реализация в российской медицине национального проекта «Здравоохранение» – «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи». Проведен обзор двух частей этого проекта – приоритетные проекты «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)» и «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Для понимания готовности поликлиник к переходу на новую систему медицинского сервиса и цифровизации процессов предлагается применять методы внутреннего аудита медицинской организации: тестировать работу поликлиники по специально разработанным чек-листам для повышения уровня оказания помощи населению и эффективности функционирования организации. Описана методика тестирования, оценен ожидаемый эффект от применения методики.

Ключевые слова:

медицина; цифровой контур; бережливая поликлиника; внутренний аудит; методика; чек-листы

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Разработка метода внутреннего аудита, проведение аудита в медицинских организациях, аналитика данных, написание статьи – Остроменский В.В.; обзор литературы, аналитическая работа, выявление закономерностей, формирование выводов, написание статьи – Рюмина Е.В.; разработка метода внутреннего аудита, проведение аудита в медицинских организациях, написание статьи – Алексеева А.А.

Для цитирования: Остроменский В.В., Рюмина Е.В., Алексеева А.А. Внутренний аудит медицинских организаций в условиях цифровизации // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2023. Т. 9, № 3. С. 85–98. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-3-85-98>

Статья поступила в редакцию 16.05.2023. **Принята в печать** 25.08.2023.

Internal audit of medical institutions in the context of digitalization

Ostromenskii V.V.¹,
Ryumina E.V.²,
Alekseeva A.A.¹

¹ Academy of Medical Education named after F.I. Inozemtsev, 190013, St. Petersburg, Russian Federation

² Peter the Great St. Petersburg Polytechnic University, 195251, St. Petersburg, Russian Federation

The implementation of the National project “Healthcare service” – “Upgrade of the Service of Primary Medical Care Delivery” in the Russian healthcare system has been contemplated. A survey of the two parts of this project has been conducted – priority projects are “Creation of the integrated digital profile in the healthcare service on the basis of the Uniform State Health Information System” and “Creation of the new model of a healthcare organization which provides primary medical care”. In order to evaluate the readiness of outpatient clinics to switch to a new system of medical service and process digitalization it is suggested to apply methods of internal audit of a healthcare center, i.e. testing of the performance of outpatient clinics in accordance with the specially developed checklists to increase healthcare delivery level and healthcare center efficiency. Test procedure has been provided. Expectation effect of the methodology implication has been estimated.

Keywords:

healthcare; digital profile; lean outpatient clinic; internal audit; methodology; checklists

Funding. The study had no sponsor support.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Contribution. Development of an internal audit method, conducting an audit in medical organizations, data analytics, writing an article – Ostromenskii V.V.; review of the literature, analytical work, identification of patterns, formation of conclusions, writing of the article – Ryumina E.V.; development of an internal audit method, conducting an audit in medical organizations, writing an article – Alekseeva A.A.

For citation: Ostromenskii V.V., Ryumina E.V., Alekseeva A.A. Internal audit of medical institutions in the context of digitalization. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]*. 2023; 9 (3): 85–98. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-3-85-98> (in Russian)

Received 16.05.2023. **Accepted** 25.08.2023.

В октябре 2016 г. по инициативе Управления по внутренней политике Администрации Президента Российской Федерации стартовал пилотный проект по совершенствованию системы оказания первичной медико-санитарной помощи «Бережливая поликлиника». В этом, совместном с государственной корпорацией «Росатом», проекте Министерство здравоохранения Российской Федерации разработало стандарты медицинского обслуживания, основной целью которых является повышение доступности медицинской помощи в стране и эффективности

работы поликлиник. В повседневную практику медицинских организаций (МО), оказывающих первичную медико-санитарную помощь, должны быть внедрены технологии бережливого производства (lean-технологии), способствующие созданию пациентоориентированной системы оказания медицинских услуг и благоприятной производственной среды по следующим направлениям: обеспечение безопасности и качества, исполнение заказов, устранение потерь и сокращение затрат, создание корпоративной культуры.

В 2017 г. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам был утвержден паспорт приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», который по отведенному плану должен реализоваться Минздравом России с поддержкой от госкорпорации «Росатом» [1].

В настоящее время, в соответствии с Указом Президента РФ [2], начиная с 2019 г. реализуется Национальный проект «Здравоохранение». Приоритетный проект стал частью одного из восьми федеральных проектов национального проекта «Здравоохранение» – «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи».

Реализация федерального проекта запланирована на 2019–2024 гг. включительно. В создании и тиражировании «Новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» будут участвовать 85 субъектов Российской Федерации, более 6,5 тыс. поликлиник будут использовать бережливые технологии в своей деятельности [3].

1. «Новая модель медицинской организации»

«Новая модель медицинской организации» – пациентоориентированная МО, отличительными признаками которой являются доброжелательное отношение к пациенту, отсутствие очередей за счет правильной организации процессов и работы персонала, качественное оказание медицинской помощи, приоритет профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения.

Основные направления, реализованные в проекте:

- 1) перераспределение нагрузки между врачом и средним медицинским персоналом;
- 2) оптимизированная логистика движения пациентов с разделением потоков на больных и здоровых;

- 3) переход на электронный документооборот, сокращение бумажной документации;
- 4) открытая и вежливая регистратура;
- 5) комфортные условия для пациента в зонах ожидания;
- 6) диспансеризация и организация профилактических осмотров на принципах непрерывного потока пациентов с соблюдением нормативов времени приема на одного пациента;
- 7) внедрение мониторинга соответствия фактических сроков ожидания оказания медицинской помощи врачом с момента обращения пациента в МО установленным срокам ожидания в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [4].

Основная социальная значимость мероприятий по реализации проекта «Новой модели медицинской организации» в конечном счете – сократить потери рабочего времени специалистов МО при оказании медицинской помощи и оптимизировать работу с пациентами путем разделения их потоков, упрощения записи на прием к врачу (запись через интернет), введения электронных карт, увеличение пропускной способности кабинетов.

В среднем от момента входа в поликлинику до момента выхода из нее пациент проводит в учреждении ~40 мин. Прогнозируется, что при реализации данного проекта это время сократится вдвое.

Для решения проблем первичного звена здравоохранения введена новая модель МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства.

За время внедрения данного проекта появилось много положительных примеров его применения. Например, коллектив авторов, работающих в Федеральном медико-биологическом агентстве, в своей статье «Технологии бережливого производства в здравоохранении (опыт ФМБА России)», отметил, что реализация проекта показала, что системы бережливого производства обладают рядом несомненных достоинств, в первую очередь среди них можно указать на:

- 1) повышение организованности рабочих процессов, позволяющее существенно снизить ненужные затраты;
- 2) ускорение создания продукции и увеличение скорости обмена ее на деньги, что очень важно в условиях современного рынка;
- 3) снижение количества необходимых ресурсов на создание продукции и отсутствие потребности в их запасах и резервах;
- 4) обеспечение стабильно высокого качества [5].

В статье также были сделаны выводы о возможности применения терминов бережливого производства («Бережливые технологии», lean-технологии), которые были разработаны японским специалистом Тайити Оно в середине XX в., к управлению работой МО, в том числе узкой специализации [6].

В развитии философии «Бережливого производства» определяющую роль играет концепция кайдзен (KAIZEN). В японском языке слово «кайдзен» означает «непрерывное совершенствование». «Кайдзен» в бизнесе предполагает постоянное улучшение, начиная с производства, заканчивая высшим руководством – от директора до рядового рабочего. Согласно философии кайдзен, сотрудникам дается все для поиска возможных улучшений и непрерывного совершенствования деятельности: право, инструменты и методология [7].

В соответствии с определением национального стандарта ГОСТ Р 56020-2020 «Бережливое производство. Основные положения и словарь» – это концепция организации бизнеса, ориентированная на создание привлекательной ценности для потребителя путем формирования непрерывного потока создания ценности с охватом всех процессов организации и их постоянного совершенствования через вовлечение персонала и устранение всех видов потерь» [8].

Философия бережливого производства предполагает высокий уровень самоорганизации, менеджмент, опирающийся на корпоративную культуру, что придает большое значение ценностям, которые организация определяет, поддерживает и развивает. Ценности бережливого

производства – это принципы, определяющие поведение людей внутри организации, а также ее взаимодействие с внешним миром. Ценности ориентируют людей в отношении того, что хорошо или желательно, а что нет. Они оказывают большое влияние на поведение отдельных людей и команд, а также служат руководством во всех ситуациях.

Важно различать:

- ценность с точки зрения потребителя, выраженную через полезность для пациента (своевременность госпитализации и постановки диагноза, правильность выбора методов диагностики, эффективность лечения, достижение запланированного медицинского результата);
- ценности организационные, установленные и сформулированные для организации, ее собственников, менеджеров и работников.

Ценность в здравоохранении также может быть определена с точки зрения врача и пациента:

- с точки зрения врача ценность эквивалентна клиническому эффекту и достижению медицинского результата; для анализа эффективности системы здравоохранения в целом наиболее оправдано применение таких показателей, как заболеваемость, смертность, качество жизни населения;
- с позиций пациента это улучшение состояния его здоровья, возможность полной физической и социальной реабилитации и, соответственно, повышения качества жизни.

В соответствии с концепцией «бережливого производства» с точки зрения ценности для потребителя вся деятельность организации делится на два вида операций и процессов: добавляющие и не добавляющие ценность для потребителя. Отсюда следует важнейшая задача «бережливого производства» – постоянное, планомерное сокращение (исключение) процессов и операций, не добавляющих ценности, устранение любых действий, которые необоснованно потребляют ресурсы, но не создают ценности [9].

Полный анализ работы МО, внедрившей технологию «бережливого производства», был проведен главным врачом ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 39 Советского района г. Нижнего Новгорода» И.Ю. Кондратьевой. Были сделаны выводы, что применение принципа бережливости сразу в трех взаимосвязанных направлениях: бережное отношение к пациенту, к персоналу и к ресурсам поликлиники, – повышает эффективность работы МО [10].

Методика оценки достижения первого уровня соответствия представлена И. Ходыревой и С. Алборовою. Также ими были проанализированы требования к МО, внедряющим новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи и определен ряд критериев, по которым должна проводиться оценка МО, уже начавшей переход на новую систему [11].

Наряду с многочисленными положительными примерами перехода при реализации федерального проекта «Новой модели медицинской организации»/«Бережливая поликлиника» появились объективные трудности, связанные со сложностью и даже с невозможностью реформирования ряда поликлинических учреждений в соответствии со стандартами данной модели.

Для понимания готовности поликлиник к переходу на новую систему медицинского сервиса, оценки эффективности внедрения модели в каждом конкретном случае, контроля этого процесса медицинскими менеджерами на местах и руководителями высшего звена («сверху и снизу») предлагается данная методика быстрого аудита «Светофор».

Сущность данной методики – это применение методов внутреннего аудита МО, тестирование работы поликлиники по специально разработанным чек-листам для повышения уровня оказания помощи населению и эффективности функционирования организации.

Цель исследования – контроль качества внедрения «Новой модели медицинской организации»/«Бережливая поликлиника».

Задачи исследования:

1. Разработать пошаговый механизм проведения флэш-аудита «Светофор» для оценки

эффективности внедрения «Новой модели медицинской организации»/«Бережливая поликлиника».

2. С помощью методики «Светофор» провести выборочный мониторинг МО, в которых уже был внедрен стандарт «Новой модели медицинской организации»/«Бережливая поликлиника».
3. Сравнить по разным степеням готовности различных МО к использованию данного стандарта «Новой модели медицинской организации»/«Бережливая поликлиника».

2. Методика внутреннего аудита «Светофор»

Нами разработаны рекомендации по итогам анализа практического внедрения бережливых технологий в МО – участниках приоритетного проекта. При помощи флэш-аудита «Светофор» был проведен внутренний аудит и проанализированы результаты тестирования 38 поликлиник из 5 регионов Российской Федерации. Получены данные о состоянии работы МО.

Все медицинские поликлинические учреждения примерно равной наполняемости (от 30 до 50 тыс. прикрепленного населения). Во всех МО функционирует несколько отделений разного профиля. Для полноты исследования и оценки имеющихся проблем были взяты поликлиники из различных географических районов (северные, центральные и южные регионы России).

Для оценки эффективности внедрения «Новой модели медицинской организации»/«Бережливая поликлиника» в целях наиболее полного охвата всех вопросов, подлежащих выяснению при внутреннем аудите и для облегчения проведения тестирования были разработаны чек-листы. При составлении чек-листа были выбраны 5 направлений проверки (3 основных и 2 дополнительных), по которым должен проводить внутренний аудит.

Основные направления включают оценку:

- 1) соответствия данной МО действующим в системе здравоохранения Российской Федерации процессам и стандартам (Процессы и стандарты);

- 2) пути пациента внутри медицинского учреждения, а также сервисной составляющей работы МО (Путь пациента);
- 3) готовности МО к действиям по стандартам «Новой модели медицинской организации»/«Бережливая поликлиника» (Стандарты клиники).

К *дополнительным направлениям* относят оценку:

- 1) менеджмента учреждения (Управление клиникой);
- 2) отдельных компетенций персонала (Оценка работы сотрудников).

В рамках данной методики были разработаны индикаторы для оценки.

Первоначальная оценка осуществляется по качественному признаку наличия или отсутствия индикаторного показателя (да/нет). При этом неполное наличие по проверяемому показателю расценивается как «нет».

После первоначальной оценки наличия или отсутствия признака проводится анализ с возможным алгоритмом устранения недостатков.

При этом все действия распределяются по 3-ступенчатой шкале (по рангам).

В зеленую зону (nicetohave) попадают мероприятия, которые требуют внедрения. Отсутствие внедрения данных действий не является критичным и учреждение может работать без них, не теряя качества в общности.

В желтую зону (musthave) попадают те мероприятия, внедрение которых крайне необходимо. Отсутствие прогресса по данным направлениям критично сказывается на эффективности работы учреждения.

В красной зоне (stopandgo) находятся те мероприятия, без внедрения которых дальнейшее функционирование учреждения невозможно.

Чек-листы заполняли сотрудники МО, ответственные за проведение внутреннего аудита по результатам проверки технической оснащенности, наблюдения рабочих процессов внутри организации, изучения внутренней документации, выявления путем опросов сотрудников учреждения готовности или неготовности трудовых кадров к переходу на новую методику работы.

В каждом чек-листе, кроме треков проверки, было предложено оставить свои комментарии к показателям, а также для каждого корректирующего мероприятия были указаны вовлеченные сотрудники клиники.

Первый, основной, чек-лист разработан для проверки **«Процессов и стандартов»**. Показатели проверки были сгруппированы по нескольким направлениям.

I. Удобство работы, организация рабочего пространства

1. Рабочее место врача подготовлено к приему (компьютер включен, выполнен вход в МИС, свет настроен, проверена работоспособность оборудования, необходимые препараты находятся в доступе, помещение проветрено).
2. В кабинете есть все необходимое для ведения приема (в зависимости от вида приема – столик с медицинскими препаратами подготовлен, в доступных местах – шкафах, столиках – имеется запас препаратов и изделий медицинского назначения).
3. Врачу удобно перемещаться между рабочим столом, кушеткой/креслом и компьютером (проходы не загромождены, расстояние при перемещении не превышает 2 м).
4. Шкафы для хранения медикаментов имеют понятную маркировку.
5. В кабинете имеется укладка оказания неотложной медицинской помощи.
6. Медицинская сестра имеет в рабочей зоне не менее 70% необходимых для манипуляций медикаментов и изделий медицинского назначения.
7. Стерильные инструменты находятся в специально оборудованных шкафах/ящиках.

II. Работа информационной медицинской системы (МИС)

1. Интерфейс МИС интуитивно понятен.
2. Формирование протоколов частично автоматизировано (используются шаблоны).
3. Формирование протоколов занимает не более 15% времени приема.
4. Рекомендации для клиента выведены в отдельный раздел.

5. Врач легко идентифицирует страницу пациента в МИС.

III. Идентификация пациентов

1. Сотрудник регистратуры идентифицирует пациента не менее чем по 2 параметрам (ФИО, дата рождения, фото, ID и т.д.).
2. Врач представляется клиенту, сообщает свое имя и фамилию, специальность, вид приема, который будет проводить.
3. Врач либо медицинская сестра уточняет ФИО пациента, цель его визита.

IV. Действия персонала в случаях необходимости оказания экстренной помощи

1. В кабинетах клиники имеются инструкции о действиях при возникновении неотложных ситуаций.
2. Инструкции находятся в доступном месте, интуитивно понятны.
3. Персонал знает содержание инструкций.
4. При получении информации о необходимости оказания помощи медицинский персонал начинает действовать согласно инструкции.

V. Соблюдение стандартов оценки и пополнения текущих запасов, контроль использования, стандартизация расходных материалов

1. Имеется стандарт пополнения текущих запасов лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения.
2. Соблюдается режим хранения препаратов на рабочих местах (температурный, режим раздельного хранения инфузионных и таблетированных препаратов).

VI. Элементы бережливого производства в клинике

1. Все ненужные вещи удалены с рабочих поверхностей или обозначены.
2. Определены маркированные места для нахождения медицинских материалов.
3. Все пути и проходы для персонала свободны.
4. Рабочие места содержатся в чистоте.
5. Графики уборки и обслуживания существуют и соблюдаются.
6. Места для отходов класса А и В имеются в каждом кабинете, промаркированы.

7. В кабинетах выделены рабочие зоны для персонала.

8. Все ненужные вещи регулярно удаляются.

9. Все маркировки и обозначения актуальны.

10. Сотрудники следуют предписаниям и инструкциям по охране и безопасности труда.

VII. Контроль качества оказания медицинской помощи

1. В клинике разработан и утвержден порядок внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.
2. Имеются утвержденные стандарты качества медицинской помощи и клинические рекомендации.
3. Врачебная комиссия клиники проводит контроль качества не реже 1 раза в квартал, а также по каждому случаю осложнений.
4. Имеется журнал контроля качества (бумажный либо электронный).
5. Осложнения оказания медицинской помощи обсуждаются с персоналом.
6. Имеется порядок информирования пациентов об осложнениях, их последствиях и действиях клиники.
7. Имеется стандарт информирования коллег об осложнениях.
8. Врачи передают администрации сведения о пациентах, которым необходима поддержка в связи с осложнениями.

VIII. Стандарты обращения лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения

1. Приказом главного врача назначено лицо, ответственное за контроль, хранение и пополнение запасов лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения.
2. Ведется журнал учета движения препаратов и изделий медицинского назначения.
3. Сверка сроков хранения проводится не реже 1 раза в месяц (имеются записи в бумажном либо в электронном журнале).
4. Имеется утвержденный стандарт о порядке утилизации препаратов и ИМН с истекшими сроками годности.

IX. Безопасность клиники

1. Назначено ответственное лицо за охрану труда.
2. Имеются журналы инструктажей по технике безопасности.
3. Не реже одного раза в 6 мес проводятся инструктажи со всем персоналом о технике безопасности, действиях сотрудников в случае возникновения пожара.
4. В клинике имеются планы эвакуации, аварийные выходы промаркированы, кнопки пожарной сигнализации находятся в доступе, в зоне работы персонала.
5. Имеется запас аварийно-спасательных средств, огнетушителей в обозначенных местах.
6. В клинике обеспечена доступная среда для маломобильных групп населения.

Следующий чек-лист предлагается с треком проверки «Путь пациента». В данном чек-листе показатели проверки сформированы в следующие группы:

I. Оценка сервиса пациента во время пребывания в клинике

1. Вход в клинику легко идентифицировать.
2. Персонал регистратуры/ресепшен приветствует пациента.
3. Сотрудник клиники информирует пациента о порядке приема, времени, необходимом для приема, стоимости приема (при необходимости).
4. Персонал во время приема представляется пациенту.
5. Врач, медицинская сестра общаются приветливо, вежливо, не допускают фамильярности, называют пациента по имени, отчеству, на «вы».
6. Врач либо медицинская сестра встречают пациента у двери в начале приема, провожают к выходу из кабинета в конце приема.
7. До начала приема врач разъясняет содержание информированного добровольного согласия на лечение, подписывает его вместе с пациентом.
8. В процессе приема врач информирует пациента о подходах к диагностике

и лечению, о возможных рисках и осложнениях, об альтернативных способах лечения.

9. В кабинете отсутствуют опасные для пациента выступающие части мебели, медицинской аппаратуры, исключены риски электротравмы.
10. У пациента отсутствует возможность самостоятельно взять медицинские препараты, изделия медицинского назначения.
11. Врач отвечает на все вопросы пациента о диагностике и лечении.
12. После завершения приема пациент получает рекомендации в печатном или электронном виде, врач комментирует каждую рекомендацию.
13. При назначении рецептурных препаратов пациент получает информацию о порядке приобретения таких лекарственных средств, врач оформляет рецепт в присутствии пациента.
14. Пациент получает от врача информацию о необходимости повторного приема.
15. Сотрудники регистратуры предлагают пациенту варианты (даты, время) следующего приема.
16. Пациент получает четкие рекомендации о своих действиях после приема.

II. Информация о клиенте и для клиента. Информационная безопасность

1. Врач получает информацию о пациентах в начале рабочей смены с указанием имеющихся особенностей, пожеланий пациентов, значимых событий (осложнения в предыдущие визиты, особый статус пациента, день рождения в день обращения и т.д.).
2. Не реже 1 раза в месяц либо при сложных случаях проводятся клинические разборы/консилиумы для выработки совместных подходов к лечению пациентов.
3. Медицинская информационная система позволяет оставлять комментарии об особенностях пациентов.
4. Пациент имеет возможность ознакомиться с квалификацией докторов, их стажем, специальностью.

5. Каждого пациента оповещают о приеме не менее чем за 1 день, в клинике разработан и действует единый порядок оповещения.
6. Пациент имеет возможность сохранить конфиденциальность визита (выделение времени приема, изолированного кабинета, оповещение ограниченного круга персонала и т.д.).
7. При необходимости пациент проходит опрос/дает обратную связь после приема, имеется разработанная система получения обратной связи.
8. Пациент получает информацию о других возможностях клиники (в электронном виде или на бумажном носителе).

III. Оценка индивидуальных рисков

1. В клинике имеется четко сформулированная и понятная система оценки рисков пациента.
2. Врач до момента выполнения манипуляций/операций идентифицирует риски пациента.
3. Врач в доступной форме сообщает пациенту об имеющихся рисках, о путях их предотвращения.
4. Рекомендации для пациента содержат описание возможных рисков лечения и отказа от лечения, их последствия.

IV. Навигация пациентов и персонала

1. Имеется понятная навигация, пациент легко идентифицирует путь внутри клиники.
2. Каждое помещение имеет идентификатор.
3. Служебные помещения имеют четкую маркировку.
4. Зоны для маломобильных пациентов маркированы.

V. Обеспечение комфортных условий для пациентов и персонала

1. Имеется гардероб для пациентов.
2. Имеется гардероб для персонала.
3. Имеется зона отдыха для пациентов.
4. Имеется зона отдыха персонала, отделенная от зон взаимодействия с пациентами.
5. Имеются информационные материалы о возможностях клиники, видах медицинской помощи и порядке получения помощи.

Третий разработанный чек-лист – это «Стандарты клиники». Показатели проверки были следующими.

I. Оценка текущих стандартов

1. Кабинеты готовы к работе за 15 мин до приема первого пациента.
2. До начала приема включены компьютеры, телевизоры (при наличии), музыка (при наличии).
3. Врач ознакомился перед началом приема с входящими комментариями по поводу пациентов. В течение дня оставлены дополнительные комментарии.
4. Врач либо медицинская сестра оповещены о приходе очередного пациента.
5. На каждого пациента оформлены медицинские документы (анкеты, согласия, медицинские карты, договор и т.д.).
6. Сформирована очередь пациентов.
7. Для каждого пациента распечатаны медицинские документы, содержащие диагнозы и рекомендации, план лечения (либо отправлены на электронную почту, если пациент отказывается от распечатки).
8. Пациенты записаны на повторный прием (в случае необходимости).
9. Пациентам напоминают о записи на завтрашний день с озвучиванием информации о характере приема, нюансах подготовки к приему (при наличии).
10. Проведен патронаж пациентов после сложных манипуляций (хирургия/эндоскопия/другие манипуляции).
11. Проводится прием входящих звонков, консультация и запись первичных и повторных пациентов по телефону на прием. Запись на первичную консультацию проводится строго по предварительной оплате.
12. Отзывы пациентов переданы руководителю.
13. Запасы канцелярских принадлежностей/ принадлежностей для туалетных комнат проверены и пополнены.
14. Ведется журнал фиксации неполадок, в который заносятся случаи выхода из

стройка компьютера/программы/кассы и т.д. с последующей отметкой о выполненном ремонте.

15. Регулярно (не реже 1 раза в неделю) проводится контроль заполнения медицинской документации.
16. Медицинские карты подготовлены к приему следующего дня согласно расписанию, разнесены по кабинетам.
17. После завершения работы клиники выключена техника, кабинеты убраны, подготовлены к приему.

Образец заполнения основных чек-листов размещен в таблице.

Аналогично выглядят еще два чек-листа по дополнительным факторам оценки – **«Управление клиникой»** и **«Оценка работы сотрудников»**.

Оценка работы менеджмента проводилась по следующим показателям.

1. Имеются разработанные ежегодные планы работы клиники.
2. Плановые показатели выполнены не менее чем на 95%.
3. Плановая загрузка клиники составляет не менее 85% мощности.
4. Количество осложнений не превышает 5% от общего числа вмешательств.
5. Соотношение позитивных и негативных отзывов 30:1.
6. Разница в загрузке самого востребованного и самого невостребованного направления составляет не более 20%.
7. В клинике разработан порядок коммуникации руководства с пациентами, обозначены случаи, требующие экстренной коммуникации.
8. Имеется не менее 3 показателей удовлетворенности медицинской помощью в клинике.
9. Главный врач/руководитель направления проводит встречу с каждым сотрудником не реже 1 раза в месяц (при количестве персонала более 200 человек – не реже 1 раза в квартал).
10. Проводится ежедневная постановка задач работающей смене в форме брифинга/пятиминутки и т.д.

Оценка коммуникации, пациентоориентированности, экспертности, ориентации на результат конкретного сотрудника проводилась по следующим показателям.

1. Выстраивает контакт с пациентом исходя из его особенностей, занимая партнерскую позицию.
2. Задает вопросы, проясняет потребности пациента.
3. Выслушивает пациента.
4. Четко и последовательно излагает свои мысли, аргументирует свою позицию.
5. Выстраивает диалог с пациентом, сохраняя баланс между деликатностью и настойчивостью.
6. Проявляет заботу и доброжелательность.
7. Обозначает четкий результат пациенту.
8. Формулирует и показывает Time Line лечения.
9. Объясняет сложные термины простыми словами.
10. Консультирование перед заполнением информированного добровольного согласия.
11. Предлагает альтернативные методы лечения с объяснением их положительных и отрицательных сторон.

В рамках оценки процессов внутри медицинских организаций были проанализированы показатели по трем направлениям/чек-листам: «Процессы и стандарты» (1), «Бережливая поликлиника» (2) и «Путь пациента» (3). Вариант визуализации чек-листа «Процессы и стандарты» приведен в таблице. В среднем во всех клиниках, где проводился аудит, в 18% показатели не укладывались в норму: либо отсутствие («Красный»), либо неполнота исполнения («Желтый»).

Часть выявленных проблем (~30% случаев) была связана с конструктивными особенностями МО: например, в некоторых поликлиниках площадь кабинетов не позволяет организовать рабочее пространство таким образом, чтобы комфортно для пациента и для персонала организовать медицинскую помощь.

Другая выявленная проблема (~70% случаев) – отсутствие доступной среды для маломобильных групп населения. Отсутствуют пандусы на входе, лифты в МО, размещение кабинетов врачей на первом этаже.

Чек-лист «Процессы и стандарты»

Трек проверки	Группа показателей	Показатели для проверки	Наличие (Да)/отсутствие (Нет)	Комментарий к показателю	Показатели для проверки	Вовлеченные сотрудники клиники	Корректирующее мероприятие 1 (зеленое – ситуация требует наблюдения, внедрение изменений желательно, но не обязательно)	Корректирующее мероприятие 2 (желтое – ситуация требует изменений, статус quo не позволяет работать эффективно)	Корректирующее мероприятие 3 (красное – ситуация требует немедленных изменений, status quo опасен, может произойти системный сбой)	
1. Амбулаторное отделение	Удобство работы, организация рабочего пространства	1. Рабочее место врача подготовлено к приему (компьютер включен, произведен вход в МИС, свет настроен, проверена работоспособность оборудования, необходимые препараты находятся в доступе, помещение проветрено)	Да		1.		По данному пункту корректировка не требуется			
		2. В кабинете есть все необходимое для ведения приема (в зависимости от вида приема – столик с медицинскими препаратами подготовлен, в доступных местах – шкафах, столиках – имеется запас препаратов и изделий медицинского назначения)	Да		2.		По данному пункту корректировка не требуется			
		3. Врачу удобно перемещаться между рабочим столом, кушеткой/креслом и компьютером (проходы не загромождены, расстояние при перемещении не превышает 2 м)	Нет	На одном участке в кабинете расстояние между рабочим столом врача и тумбой ~50 см	3.	Врач, ведущий прием пациентов			1. Медсестре совместно с врачом перераспределить наполнение тумбы, тумбу из кабинета убрать, освободить проходы для свободного перемещения, убрать ненужную мебель. 2. Старшей медсестре – контролировать перемещение мебели	
		4. Шкафы для хранения медикаментов имеют понятную маркировку	Да		4.	Участковая медсестра			Медсестре привести в соответствие расположение ЛС согласно маркировке и обеспечить хранение ЛС под замком, ключи от шкафов хранить при себе	
		5. В кабинете имеется укладка оказания неотложной медицинской помощи	Да		5.	Участковые медсестры, участковые врачи, старшая медсестра, заведующий отделением				

В рамках метода «Светофор» проблемы не только выявлялись. Распределяя их по цветовым группам, можно рационально планировать текущие процессы.

Если процесс попадает в «красную зону», необходимо срочно бросить все ресурсы на исправление и устранение (StopandGo).

Если в «желтую зону», необходимо что-то поменять, добавить или внести коррективы в существующее (Musthave).

Если в «Зеленую зону», необходимо оценить, что ты еще можешь улучшить (Nictohave).

Выводы

1. Нами был проведен аудит 38 МО из 5 регионов Российской Федерации по разработанному алгоритму. Во всех МО применяются стандарты «Новой модели медицинской организации»/«Бережливая поликлиника». Все организации сопоставимы для сравнения по структуре, плановой мощности и фактическому объему посещений.
2. Получены оперативные данные о состоянии работы МО и их готовности к полному переходу на новый, более эффективный стандарт обслуживания.
3. Были выявлены критические отклонения, которые не позволяют безопасно работать, повышают риски неблагоприятных инцидентов.
4. При применении методики «Светофор» была подтверждена ее эффективность:
 - 1) простота проведения внутреннего аудита и кросс-аудита МО. Благодаря доступности и понятности методики нет надобности в привлечении специально подготовленных специалистов. Это означает экономию денежных средств организации;
 - 2) быстрота проведения. Процесс полного внутреннего аудита по методике «Светофор» одной организации занимает не более 5 ч, при этом дает полную картину состояния дел в МО;
 - 3) методика «Светофор» универсальная. Ее можно применять в МО разных форм собственности, в лечебно-профилактических учреждениях, научно-исследовательских, медицинских институтах и в других учреждениях, оказывающих медицинскую помощь;
 - 4) в процессе проведения аудита руководство поликлиник привлекало свои команды специалистов. Это позволяло решать многие проблемы и распределять ответственных за устранение выявленных проблем во время проведения аудита, а также создавать единое информационное поле внутри организации.
5. Также были проведены кросс-аудиты МО, т.е. специалисты одной МО с помощью данной методики провели аудит соседних клиник. Далее результаты были сопоставлены и выявлены совпадения критериев в 90% случаев. Это позволило применить метод лучших практик решений – внедрить эффективные решения, которые специалисты увидели у своих коллег в других организациях.
6. Внутренний аудит по методике «Светофор» наглядно показывает преимущества работы по системе «бережливое производство» всему коллективу учреждения, вовлекает всех в общую работу, помогает сплотить коллектив, повысить качество обслуживания.
7. Метод не только показывает недостатки, но и позволяет улучшать текущие процессы, которые в ходе аудита были внесены в «зеленую зону».
8. Переход российской медицины на стандарт «Новой модели медицинской организации»/«Бережливая поликлиника» – это не будущее, это настоящее. В современных условиях необходимо организовать рабочее пространство таким образом, чтобы пациенту была комфортно оказана медицинская помощь. Пациент должен стремиться попасть в данную поликлинику, должен быть доволен уровнем оказанной медицинской помощи. Это

привлечет дополнительные финансовые средства, а рационально организованное пространство снизит потери, приведет к росту экономической эффективности.

Методика «Светофор» поможет в проведении внутреннего аудита МО, а значит, и в переходе на новый стандарт «Новой модели медицинской организации»/«Бережливая поликлиника».

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Остроменский Владимир Владимирович (Vladimir V. Ostromenskii) – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом репродуктивной медицины, ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева», Санкт-Петербург, Российская Федерация

E-mail: ostromenskyvv@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8290-5767>

Рюмина Елена Владимировна (Elena V. Ryumina) – студент магистратуры, ФГАОУ ВО «Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого», Санкт-Петербург, Российская Федерация

E-mail: 3485620@rambler.ru

Алексеева Анастасия Алексеевна (Anastasia A. Alekseeva) – ассистент кафедры современных технологий управления в здравоохранении, ЧОУ ДПО «Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева», основатель Агентства по развитию потенциала личности UPгрейд, сертифицированный бизнес-коуч, Санкт-Петербург, Российская Федерация

E-mail: Anastasiya.alekseeva@upgagency.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Тайити О. Производственная система Тойоты: уход от массового производства. Москва: Институт комплексных стратегических исследований, 2008.

2. Указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» // Справочно-правовая система «Гарант» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.base.garant.ru/72264534/> (дата обращения 28.09.2022).

3. Методические рекомендации «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (ред. от 30.07.2019) (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации) // Справочно-правовая система «Консультант плюс» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_343850/ (дата обращения 21.07.2022).

4. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16) // Справочно-правовая система «Консультант плюс» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_319209/ (дата обращения 21.07.2022).

5. Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 (ред. от 19.07.2018) «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» // Справочно-правовая система «Консультант плюс» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_297432/ (дата обращения 21.07.2022).

6. Уйба В.В. и др. Технологии бережливого производства в здравоохранении (опыт ФМБА России) // Медицина экстремальных ситуаций. 2018. № 20 (3). С. 248–250.

7. Паспорт приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам, протокол от 26.07.2017 № 8) // Справочно-правовая система «Консультант плюс» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_222124/ (дата обращения 21.07.2022).

8. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 56020-2020. «Бережливое производство. Основные положения и словарь» // Справочно-правовая система «Гарант» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pqm-online.com/gost-r-56020-2020/> (дата обращения 28.09.2022).

9. Брескина Т.Н., Штанько А.В., Дзюба К.С. Бережливое производство в здравоохранении // Общественное здоровье и здравоохранение: национальное руководство. Москва, 2022. Гл. 5.

10. Кондратьева И.Ю. Практическая эффективность проекта бережливая поликлиника // Ремедиум Приволжье. 2017. № 10 (160). С. 7–11.

11. Ходырева И., Алборова С. Уровни развития новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь // Менеджмент качества в медицине. 2020. № 10. С. 38–40.

REFERENCES

1. Taiichi O. Toyota Production System: Moving Away from Mass Production. Moscow: Institut kompleksnykh strategicheskikh issledovaniy, 2008. (in Russian)

2. Decree of the President of the Russian Federation dated 06.06.2019 No. 254 «On the Strategy for the Development of Health Care in the Russian Federation for the Period up to 2025». In: Refer-

ence and Legal System «Garant» [Electronic resource]. URL: <http://www.base.garant.ru/72264534/> (date of accessed date September 28, 2022). (in Russian)

3. Methodological recommendations «New model of a medical organization providing primary health care» (ed. arom 30.07.2019) (approved by Ministry of Health of the Russian Federation). In: Reference Legal System «Consultant Plus» [Electronic resource]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_343850/ (date of access July 21, 2022). (in Russian)

4. Passport of the national project «Healthcare» (approved by Presidium of the Presidential Council for Strategic Development and National Projects, Protocol No. 16 of 24.12.2018). In: Reference Legal System «Consultant Plus» [Electronic resource]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_319209/ (date of access July 21, 2022). (in Russian)

5. Decree of the President of the Russian Federation dated 07.05.2018 No. 204 (ed. 19.07.2018) «On National Goals and Strategic Objectives of the Development of the Russian Federation for the Period until 2024». In: Reference Legal System «Consultant Plus» [Electronic resource]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_297432/ (date of access July 21, 2022). (in Russian)

6. Уйба В.В. Technologies of lean production in healthcare (experience of the FMBA of Russia). Meditsina ekstremal'nykh situatsiy

[Medicine of Extreme Situations]. 2018; 20 (3): 248–50. (in Russian)

7. Passport of the priority project «Creation of a new model of a medical organization providing primary health care» (approved by Presidium of the Presidential Council for Strategic Development and Priority Projects, Protocol No. 8 of 26.07.2017). In: Reference Legal System «Consultant Plus» [Electronic resource]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_222124/ (date of access July 21, 2022). (in Russian)

8. National Standard of the Russian Federation GOST-R 56020-2020. «Lean manufacturing. Fundamentals and Dictionary». Reference and Legal System «Garant» [Electronic resource]. URL: <http://www.pqm-online.com/gost-r-56020-2020/> (date of access September 28, 2022). (in Russian)

9. Breskina T.N., Shtan'ko A.V., Dziuba K.S. Lean production in health care. In: Public Health and Health Care. National leadership. Moscow, 2022; (5). (in Russian)

10. Kondratyeva I.Yu. Practical effectiveness of the project lean polyclinic. Remedium Privolzh'е. 2017; 10 (160): 7–11. (in Russian)

11. Khodyreva I., Alborova S. Development levels of a new model of a medical organization providing primary health care. Menedzhment kachestva v meditsine [Quality Management in Medicine]. 2020; (10): 38–40. (in Russian)

Итоги XI Международного конгресса «Оргздрав-2023» (7–9 июня 2023 г., гибридный формат)

В Москве 7–9 июня 2023 г. прошел Международный конгресс «Оргздрав-2023». Он объединил два мероприятия – XI Международную конференцию «Оргздрав. Эффективное управление в здравоохранении» и финал II Всероссийской премии «Оргздрав. Лидеры отрасли». Конгресс традиционно проходил в гибридном формате – очно он собрал свыше 300 участников, онлайн-трансляцию посмотрели почти 7000 руководителей здравоохранения и медработников из всех регионов РФ.

Программа конгресса

Главная тема конгресса в этом году – «Современное здравоохранение для меняющейся России: кадры, инфраструктура, обеспечивающие отрасли, управление. Откровенный разговор ответственных лиц». За 3 дня в ходе 11 пленарных сессий прозвучало более 100 докладов о приоритетных направлениях развития здравоохранения России, взаимодействии профильных ведомств, подготовке и сохранении квалифицированных кадров, применении искусственного интеллекта в отрасли, лекарственном обеспечении населения, поставках медицинских изделий, демографических проблемах, макроэкономике. Докладчиками выступили руководители профильных ведомств, медицинских организаций, профессиональных обществ, медицинских вузов и факультетов, а также ведущие эксперты отрасли. Участники отмечали особую остроту и актуальность обсуждаемых вопросов.

«Прошел еще один год с нашей последней встречи. Год непростой для страны, для нашего народа и наших пациентов. Мы не можем знать, что впереди. Но одно я знаю точно: мы, медицинские работники, всегда нужны стране и народу, а сегодня особенно. Мы должны сделать все, чтобы меньше людей умирало и больше рождалось детей», – сказала, открывая конгресс, ректор Высшей школы организации и управления здравоохранением, д.м.н. Гузель Улумбекова.

В деловой программе прозвучали следующие темы:

- Здравоохранение России: как выполнить миссию по обеспечению безопасности страны.
- Здравоохранение многополярного мира: разнообразие форм с общей целью.
- Профильные службы, которые нужны всем специальностям: ГВС и руководители обществ о сложностях взаимодействия.
- Медицинские кадры от ФАП до медицинского вуза: нагрузка, оплата труда, ответственность и региональные различия.
- Натиск новых технологий: гармония здравоохранения и цифры.
- Тайны искусственного интеллекта и ChatGPT в медицине.
- Знания – «валюта» системы здравоохранения. Особенности обмена в цифровую эпоху.
- Фокус внимания: повышение рождаемости и здоровье женщин детородного возраста – план прорыва.
- Создание системы всеобщего лекарственного обеспечения в России: организация и финансирование.
- Медизделия на вооружении медицинских организаций: особенности заказа, производства и обеспечения в новых условиях.
- Макроэкономика и бюджет России: развитие, есть ли резервы для здравоохранения?
- Сила духа и сострадание. Реабилитация защитников Отечества.

- ОРГЗДРАВ: эффективные решения. Презентация кейсов финалистов и награждение победителей II Всероссийской премии «Оргздрав. Лидеры отрасли».

Полностью видеозапись и подробное резюме всех сессий размещены в открытом доступе на официальном сайте конгресса (<https://congress.orgzdrav.com>).

Приоритетные направления развития здравоохранения в современных условиях

Евгения Григорьевна Котова, директор Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России, отметила в своем докладе результаты, достигнутые системой здравоохранения РФ в 2022 г. Главный из них – ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ) после снижения во время пандемии COVID-19 практически вернулась к уровню 2019 г. и составила 72,8 года. Продолжает снижаться младенческая смертность – до уровня 4,4 случая на 1 тыс. родившихся (снижение на 10% с 2019 г.). При этом было отмечено, что в РФ сохраняется существенная дифференциация по ОПЖ между сельскими и городскими жителями (1,4 года), а также между смертностью мужчин и женщин (в 3 раза в трудоспособном возрасте. – *Прим. ред.*). На снижение этого неравенства должны быть направлены приоритеты государственной политики в здравоохранении.

Были перечислены меры, уже реализованные и планируемые к осуществлению в 2023 г. в рамках основных целевых программ в здравоохранении, в том числе по улучшению инфраструктуры отрасли и увеличению объемов бесплатной медицинской помощи. Были выделены первоочередные задачи по повышению эффективности работы первичного звена в части профосмотров и диспансеризации. Среди них использование выездных форм работы; использование дистанционных методов контроля; проактивное приглашение на прием; максимально полный охват диспансерным наблюдением пациентов из группы высокого риска; своевременное направление на оказание плановой специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; обеспечение пациентов медикаментами при выписке из стационара после перенесенных сосудистых катастроф; вакцинация от пневмококка, гриппа и COVID-19 уязвимых групп, в том числе с отягощенным коморбидным фоном.

Евгения Котова поделилась результатами борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями: к 2023 г. 90% населения России обеспечено профилактикой развития сердечно-сосудистых заболеваний; перечень лекарственных препаратов расширен на 8 млн; более 800 тыс. пациентов получили бесплатные лекарственные препараты.

Повышению эффективности работы всех уровней системы здравоохранения будет способствовать создание централизованного сервиса ЕГИСЗ, который будет интегрирован с ГИС ОМС, т.е. все клинические, организационные и финансовые данные будут сосредоточены в единой системе.

Ведется работа по интеграции в российскую систему здравоохранения Донецкой и Луганской народных республик, Запорожской и Херсонской областей: отремонтировано 87 медорганизаций, открыты почти 2 тыс. аптек, поставлено 386 автомобилей СМП и 50 мобильных комплексов, направлено 9,8 млрд руб. на социальные выплаты медицинским работникам.

Здравоохранение – важнейшая часть безопасности России

Гузель Эрнстовна Улумбекова, ректор Высшей школы организации и управления здравоохранением, обосновала ключевую роль системы здравоохранения для достижения национальных целей РФ – «сохранение населения, здоровье и благополучие людей», а именно – снижения смертности населения путем повышения доступности бесплатной медицинской помощи.

Для справки: в 2022 г. (предварительная оценка Росстата январь–декабрь 2022 г.) в РФ общий коэффициент смертности был на 25% выше, чем в 1985 г. (соответственно 13,1 и 10,4 случая на 1 тыс. населения).

Обосновано, что для выполнения этой миссии и повышения ОПЖ с 72,8 года в 2022 г. до 78 лет к 2030 г. потребуется дальнейшее увеличение государственного финансирования здравоохранения до 5% валового внутреннего продукта (ВВП) при условии, что к 2030 г. значение других факторов, влияющих на ОПЖ, также будет улучшено: потребление алкоголя будет снижено на 45%, а ВВП будет расти с темпом 2–3% в год. Если этого не произойдет, здравоохранению потребуются еще большие финансовые ресурсы.

Дополнительные средства должны быть направлены на:

- увеличение оплаты труда медицинских работников и выравнивание ее по субъектам РФ (базовый оклад врача должен составлять 4 МРОТ, медицинской сестры – 2 МРОТ, профессорско-преподавательского состава медицинских вузов и НИИ – 5–8 МРОТ, колледжей – 4–6 МРОТ);
- расширение программы бесплатного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях для всех категорий населения (не менее 200 млрд руб. в год);
- обновление основного фонда медицинских организаций, в том числе на оснащение новыми медицинскими изделиями и внедрение цифровых технологий.

Для обеспечения равнодоступности медицинской помощи в регионах РФ потребуется централизация управления здравоохранением на уровне Минздрава России с формированием единых подходов в оплате труда медицинских работников и других статей расходов государственных медицинских организаций. В том числе потребуются объединение всех источников финансового обеспечения медицинских организаций (Федеральный фонд медицинского страхования – ФОМС, федеральный бюджет и средства региональных бюджетов) и переход на сметный способ оплаты медицинских организаций. Последнее особенно важно для интеграции деятельности гражданских и военных медицинских служб (см. сессию 9 июня).

Одновременно на уровне Правительства РФ необходимо реализовать межведомственную программу по снижению к 2030 г. потребления алкоголя на 45% и распространенности табакокурения в 2 раза (на это необходимо дополнительное государственное финансирование здравоохранения сверх 5% ВВП).

Увеличение доступности бесплатной медицинской помощи для населения и ее выравнивание для граждан, проживающих в разных регионах страны, позволит снизить смертность, будет способствовать развитию других отраслей экономики страны. За счет этого экономический эффект составит 6,6 руб. на каждый дополнительно вложенный в здравоохранение рубль.

Особенности функционирования системы здравоохранения Донецкой Народной Республики в условиях военного конфликта на Донбассе в 2014–2023 гг.

Важной частью программы стала сессия, посвященная реабилитации защитников Отечества. Модератор сессии, **главный редактор телеканала «Доктор», соучредитель благотворительного фонда «Помогаем нашим» Эвелина Закамская** отметила, что помощь участникам СВО и жителям новых регионов объединила многих людей. «Это просто наш гражданский долг», – подчеркнула она.

Об особенностях функционирования системы здравоохранения Донецкой Народной Республики в условиях военного конфликта на Донбассе в 2014–2023 гг. рассказала **Ольга Николаевна Долгошапка, советник главы Донецкой Народной Республики**.

«До 2014 г. в ДНР было создано 72 центра ПМСП с семейными врачами (это были отдельные от центральных районных больниц юридические лица), а участковая педиатрическая служба, существовавшая с советских времен, была ликвидирована. Начиная с 2014 г. резко возросло количество раненых и пострадавших, особенно в Славянске и Краматорске. К сожалению, военного госпиталя в ДНР не было, он был создан в 2014 г. на базе одной из городских больниц, врачи и медсестры

оказывали там помощь бесплатно. Работу госпиталя поддерживали благотворительные фонды и организации, в том числе фонд «Доктор Лиза». В 2020–2022 гг. Минздравом России было поставлено медицинское оборудование на сумму более 2,6 млрд руб.

Проблемы, требующие решения:

1. Сегодня в ДНР доля детей составляет только 10%, катастрофически снижается количество родов, коэффициент фертильности составляет 0,8. Требуется специальная государственная программа по сохранению народа Донбасса.
2. Укомплектованность медицинским персоналом у врачей составляет 51%, у медицинских сестер – 64%. Сегодня главная проблема медицинского персонала – низкая оплата труда (не более 50 тыс. руб. при работе на 1,5 ставки и в сложных условиях). Важно повышать оплату труда медицинским работникам ДНР, при этом не только врачам хирургических специальностей, но и врачам первичного звена.
3. Необходимо восстановить и расширить реабилитационный центр для раненых, а также построить центр для детей-инвалидов (в ДНР 6 тыс. детей-инвалидов). Важно восстановить санаторно-курортные учреждения на Азовском побережье, хотя бы для военнослужащих.
4. Необходимо дифференцированно подходить к мобилизации и комиссованию (проведение военно-медицинской экспертизы) мирных жителей ДНР с хроническими заболеваниями, они могли бы быть очень полезными в работе гражданских служб.
5. Сегодня в ДНР надо применять временные СанПиНы для скорейшего ввода лечебных учреждений в работу».

Международное участие

Международная сессия «Здравоохранение многополярного мира: разнообразие форм с общей целью» прошла под эгидой Шанхайской организации сотрудничества и Постоянного комитета Союзного государства (Россия–Беларусь), в ее работе приняли участие гости из Беларуси, Бахрейна, Египта, Камбоджи и Казахстана.

Модератор сессии **Марина Владимировна Велданова, директор Центра развития здравоохранения Московской школы управления Сколково**, проанализировала показатели здоровья населения стран – гостей конгресса «Оргздрав-2023»: Республики Беларусь, Бахрейна, Египта, Камбоджи и Казахстана. Главный вывод из анализа этих показателей – здоровый образ жизни и достаточные государственные расходы на здравоохранение оказывают огромное влияние на ОПЖ.

Так, Бахрейн имеет самую высокую ОПЖ (78,8 года) благодаря следующим показателям (факторам), которые лучше, чем в рассматриваемых странах: более высокий ВВП на душу (в 1,6 раза выше, чем в РФ по паритету покупательной способности доллара – \$ППС); самые высокие государственные расходы на здравоохранение на душу (на 15% выше, чем в РФ по \$ППС); самое низкое потребление алкоголя на душу населения (в 9 раз ниже, чем в РФ, чистый спирт); самую низкую распространенность табакокурения (в 1,3 ниже, чем в РФ, доля среди взрослого населения) плюс морской климат со средиземноморской диетой.

При этом Россия и Беларусь имеют самые низкие показатели младенческой смертности – результат реализации специальных программ по материнству и детству в здравоохранении, а также наличия отдельной педиатрической службы, сохранившейся с советских времен.

Камбоджа и Египет имеют ОПЖ выше 70 лет благодаря тому, что их граждане ведут здоровый образ жизни, несмотря на более низкие ВВП и госрасходы на здравоохранение по сравнению с другими странами.

Елена Николаевна Кроткова, первый заместитель министра здравоохранения Республики Беларусь, обозначила основные достижения здравоохранения Республики Беларусь в пандемийный и постпандемийный период, среди которых: внедрение в первичном звене социальных стан-

дартов врача общей практики (ВОП); двукратный рост бюджета на здравоохранение по сравнению с 2019 г.; снижение коэффициента совместительства по всем направлениям, развитие медицинской науки – в здравоохранении самый высокий уровень защиты кандидатских и докторских диссертаций по сравнению с другими отраслями; рост объема белорусской фармацевтической промышленности в 2 раза и многие другие положительные результаты.

Ахмед Эль-Собки (HE Dr. Ahmed El-Sobky), заместитель министра здравоохранения и народонаселения Египта, рассказывает, что в стране реформы здравоохранения начались в 2018 г. и были связаны с необходимостью снижения высокой смертности от неинфекционных заболеваний (НИЗ), которая составляет >80% в структуре всех смертей; с низкой долей застрахованного населения (58%) и высокими личными платежами населения (>60% от всех расходов на здравоохранение), а также с фрагментацией в оказании медицинской помощи. Цель реформ – обеспечить 100% покрытие населения обязательным медицинским страхованием (ОМС). В 2018 г. в рамках реформы началась реализация программ по элиминации вирусного гепатита С, борьбе с НИЗ и снижению сроков ожидания хирургических вмешательств.

Для управления реформой вместо единого Министерства здравоохранения, которое ранее выполняло все функции, были организованы специальные управленческие структуры – орган управления по оказанию медицинской помощи, фонд ОМС и другие агентства: в сфере обращения лекарств, по аккредитации медицинских организаций и лицензированию медицинских работников, по проведению закупок для государственных нужд. Далее был создан Высший совет по подготовке медицинских кадров и управлению политикой в этой сфере. Министерство здравоохранения сохранило функции стратегического развития, проведения профилактики и контроля над другими агентствами в отрасли.

Тренды развития египетского здравоохранения: информатизация, дистанционный мониторинг здоровья сельского населения, повышение качества высшего и среднего медицинского образования, развитие медицинского туризма, охрана окружающей среды и санитария.

Хеса Субах Аль-Дозери (Dr. Hesa Subah AlDoseri), и.о. генерального директора, начальник отдела по надзору за медицинскими учреждениями, Национальный орган регулирования в сфере здравоохранения, Королевство Бахрейн: «Агентство NHRA было организовано в 2010 г. Это Высший совет в здравоохранении, обеспечивающий высокое качество медицинской помощи, безопасность пациентов и защиту их прав. Основные направления деятельности агентства – регулирование деятельности медицинских организаций и аккредитация медицинских организаций, лицензирование медработников, подготовка программ обучения, контроль качества проведения клинических исследований, расследование медицинских жалоб, контроль качества медицинских изделий и лекарственных препаратов, выдача разрешений на их использование в стране».

Игорь Юрьевич Федоров, руководитель высокотехнологичного направления Фонда Росконгресс отметил, что в рамках высокотехнологичного направления Фонда Росконгресс разрабатываются и внедряются в практику платформенные решения, которые позволяют моделировать и прогнозировать различные природные и технологические процессы. Например, платформа по образованию (сегодня реализуется Минобрнауки России и в ряде китайских университетов), платформа по управлению рисками в страховании, в частности в здравоохранении (реализуется в Бахрейне и в других странах Ближнего Востока).

Тхол Давин (Dr. Thol Dawin), заместитель директора Департамента профилактической медицины Министерства здравоохранения Камбоджи, рассказала о стратегии борьбы с пандемией COVID-19 Королевства Камбоджа. Несмотря на начальную неготовность страны к пандемии, дальнейшие меры: политическая воля, эффективное управление, широкая вовлеченность населения

и общественных организаций – позволили провести масштабную вакцинацию и снизить потери. Главные уроки пандемии говорят о том, что для эффективного ответа на чрезвычайные ситуации (эпидемии) требуются лидер и единоначалие в управлении.

Гульнара Утепбергенова Кулкаева, председатель Правления «Национального научного центра развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой» Министерства здравоохранения Республики Казахстан: «Развитие системы здравоохранения Республики Казахстан происходит согласно утвержденным правительством “Концепции развития здравоохранения до 2026 г.”, Национальному проекту “Здоровая нация” и Национальному проекту “Модернизация первичного звена здравоохранения” (более половины населения Казахстана проживает в сельских районах). Цель этих проектов – увеличить ОПЖ с 74,4 года в 2022 г. до 75 лет к 2025 г., а также увеличить государственное финансирование здравоохранения до 5% ВВП.

В 2020 г. в Казахстане была внедрена система ОМС, что с 2019 до 2022 г. позволило увеличить финансирование бесплатной медицинской помощи в 2,5 раза. Ставка взноса на ОМС с ФОТ составляет 2% от работника и 3% от работодателя. Льготные категории граждан финансируются за счет государства.

В Казахстане более половины медицинских организаций в амбулаторном секторе частные. В сельской местности планируется создать современные межмуниципальные медицинские центры. В октябре 2023 г. в Астане будет проведена конференция по первичному здравоохранению, посвященная 45-летию Алма-Атинской конференции ВОЗ (во время этой конференции организация первичной медицинской помощи в Советском Союзе была признана лучшей в мире)».

Особые события конгресса

Премия «Оргздрав. Лидеры отрасли»

Второй год подряд в рамках конгресса «Оргздрав» проходит награждение финалистов Всероссийской премии «Оргздрав. Лидеры отрасли», в ходе которой отбираются наиболее успешные реализованные кейсы по организации здравоохранения со всей страны. Все работы проходят довольно строгий отбор в 3 этапа: модерация оргкомитета, открытое анонимное онлайн-голосование, экспертная оценка жюри по 8 критериям.

В этом году работы принимались в 5 номинациях, было подано 76 кейсов из 39 регионов страны, в финал вышли 18 проектов. Полный список финалистов, а также содержание работ доступны на официальном сайте премии (<https://congress.orgzdrav.com/leader>).

Поздравляем лидеров отрасли, занявших первые места в результате отбора.

В номинации «Стратегические решения по охране здоровья населения»

1-е место: ГБУЗ ТО «Областная больница № 3» (г. Тобольск) с проектом «Раннее выявление заболеваний на отдаленных территориях Вагайского района Тюменской области».

В номинации «Управление качеством медицинской помощи: изменение стереотипов»

1-е место: Клиника ранней реабилитации «Три сестры» (Московская область, г.о. Лосино-Петровский, дер. Райки) с проектом «Формирование системы обеспечения безопасности пациентов в реабилитационном стационаре».

В номинации «Общественные проекты и авторская журналистика»

1-е место: ГБУЗ Тюменской области «Областная больница № 14 имени В.Н. Шанаурина» (с. Казанское) с «Очерками о медицинских сестрах».

В номинации «Цифровая трансформация здравоохранения: интересные решения»

1-е место: Департамент здравоохранения ЯНАО с проектом «Цифровая перезагрузка: Ямал».

В номинации «Корифеи отрасли – рассказы о людях, служащих отрасли»

1-е место: Кира Евгений Федорович (РАГИН).

«Я была одним из экспертов. Когда читала все кейсы, не знала, кому поставить высший балл. Я так гордилась вами, коллеги! Понимая, в каких условиях вы работаете, зачастую с ограниченными финансовыми и кадровыми ресурсами, вы не опустили руки и нашли замечательные решения! Я знаю, что у нашего здравоохранения есть крепкие тылы. Нас не победить!» – подчеркнула Гузель Улумбекова, председатель Оргкомитета Конгресса.

Главные врачи выбрали обязательные книги для библиотеки медицинской организации

В ходе образовательной сессии участники дискуссии единодушно сошлись на том, что необходимо возродить библиотеки профессиональной литературы в медицинских организациях, которые были бы доступны для врачей всех отделений. Топ-10 медицинских книг выбирали очные участники на выставочной экспозиции и онлайн-зрители на странице трансляции конгресса. Для отбора были представлены 30 книг издательства «ГЭОТАР-Медиа». Интересно, что по результатам голосования очных участников и онлайн-зрителей, а их в сумме было более 1000 человек, списки книг практически совпали. Приводим обобщенный список книг, которые, по мнению руководителей здравоохранения, будет полезно иметь в каждой медицинской организации:

1. Неотложная медицина. Оксфордский справочник. Рамраха П.С., Мур К.П., Сам А.Х.; пер. с англ.; под ред. И.П. Миннулина.
2. Алгоритмы дифференциальной диагностики. Общие жалобы у взрослых пациентов. Фонг Н.; пер. с англ.; под ред. А.А. Скоромца.
3. Основы доказательной медицины. Гринхальх Т.; пер. с англ.; под ред. В.В. Власова.
4. Нутрициология и клиническая диетология. Национальное руководство. Под ред. В.А. Тутельяна, Д.Б. Никитюка.
5. Больничный лист в вопросах и ответах. Практическое руководство. Самойлова А.В., Шлык С.В., Шишов М.А.
6. Консультант за 5 минут. Под ред. Ф. Дж. Домино.
7. Инфекционные болезни с иллюстрациями Фрэнка Неттера. Под ред. Э.К. Йонг, Д.Л. Стивенса; пер. с англ.; под ред. Н.Д. Ющука, С.Л. Максимова.
8. Тактика врача-специалиста (серия книг).
9. Функциональная диагностика. Национальное руководство. Под ред. Н.Ф. Берестень, В.А. Сандрикова, С.И. Федоровой.
10. Интенсивная терапия. Марино П.Л.; пер. с англ.; под ред. А.И. Ярошецкого.
11. Лечебная физическая культура в системе медицинской реабилитации. Национальное руководство. Под ред. В.А. Епифанова, М.С. Петровой, А.В. Епифанова.
12. Начала военно-полевой хирургии. Под ред. М. Хана, Д. Нотта; пер. с англ.; под ред. И.М. Самохвалова, В.А. Ревы.

Результаты опросов

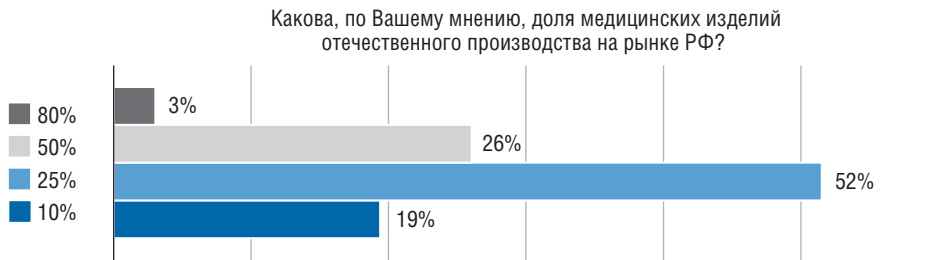
Среди онлайн-участников конгресса проходили анонимные опросы по актуальным вопросам здравоохранения. В опросах приняли участие более 500 респондентов, включая 70% руководителей здравоохранения из всех регионов РФ.

Опрос № 1. Медизделия на вооружении медицинских организаций: особенности заказа, производства и обеспечения в новых условиях

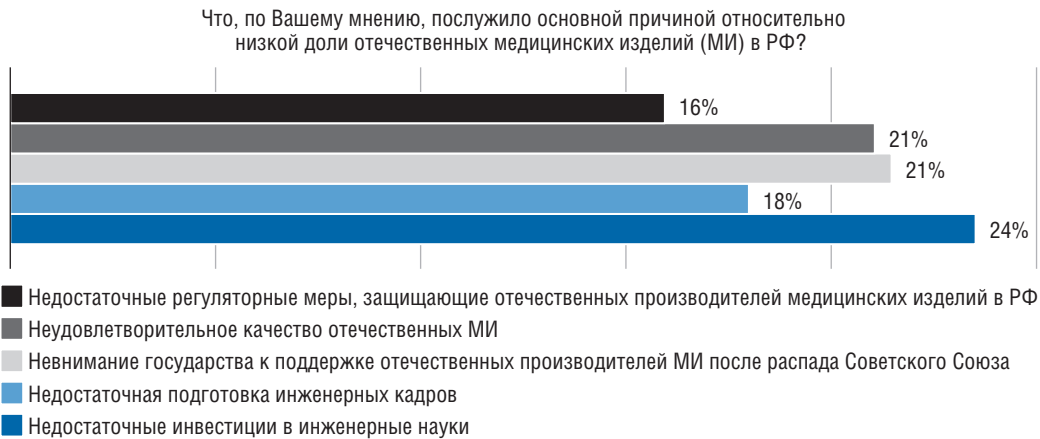
В советское время был Госплан. Промышленность, производящая медицинские изделия, получала гарантированный госзаказ, который был сбалансирован с потребностями медицинских организаций. Сегодня всем управляет рынок. Часть медицинских изделий закупается и поставляется по федеральным программам, часть – на уровне региона, а часть – самой медицинской организацией. И чем богаче регион, тем лучше оснащены его медицинские организации, соответственно, выше

доступность и качество медицинской помощи. В условиях санкций медицинские организации столкнулись с тем, что некоторые медицинские изделия и расходные составляющие к ним незаметно исчезают с рынка. Цены на их большую часть существенно выросли из-за усложнения логистики. У части медицинских изделий заканчивается срок эксплуатации, и главные врачи стоят перед дилеммой, какой ассортимент теперь закупать. Отечественная медицинская промышленность еще только подстраивается под нужды отрасли.

52% респондентов считают, что доля отечественных медизделий на рынке составляет не более 25%.

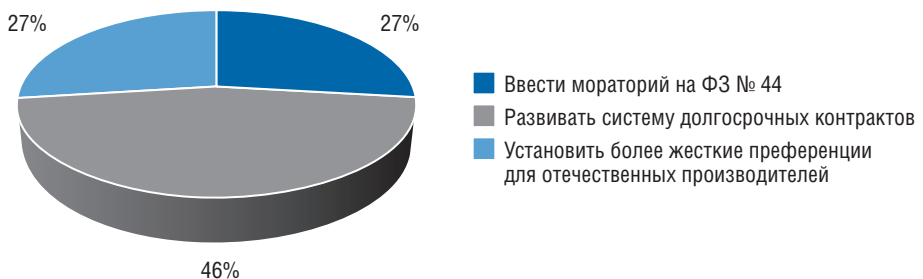


Причиной низкой доли отечественных медизделий на рынке респонденты называют сразу несколько причин, основные из них – низкие инвестиции в инженерные науки и низкое качество отечественных медизделий.



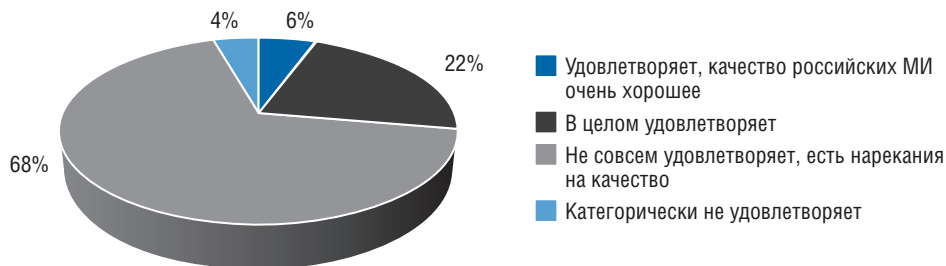
Половина опрошенных считает, что необходимо развивать систему долгосрочных контрактов в системе госзакупок медицинских изделий.

Что необходимо изменить в системе госзакупок МИ?



Лишь 6% опрошенных удовлетворены качеством отечественных медицинских изделий.

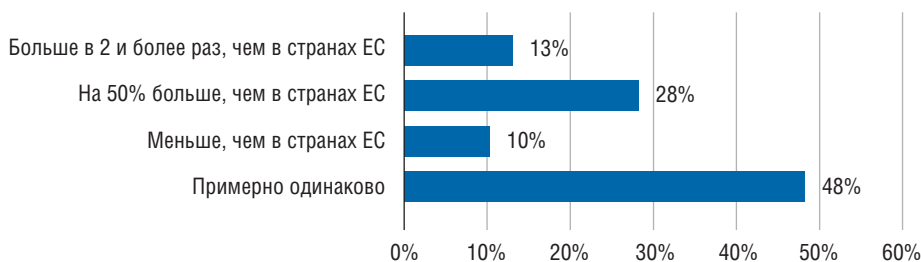
Вас удовлетворяет качество отечественных МИ?



Опрос № 2. Создание системы всеобщего лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях в РФ

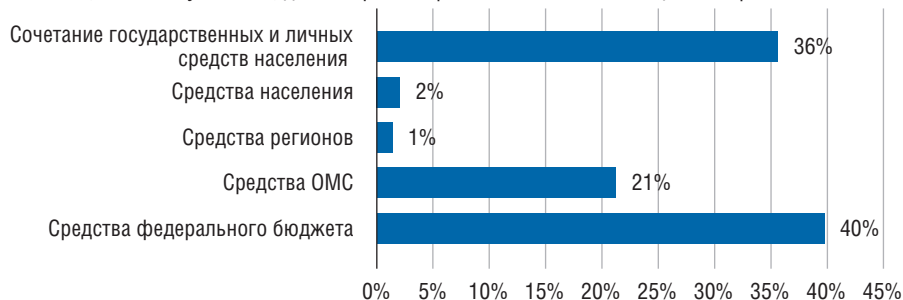
В 2021 г. государственные расходы на лекарства и изделия медицинского назначения в амбулаторных условиях в РФ составили 350 млрд руб., или 87 \$ППС на душу населения в год, что в 2,4 раза меньше, чем в «новых» странах ЕС (210 \$ППС), и в 5 раз меньше, чем в «старых» странах ЕС (439 \$ППС). Бесплатные лекарства у нас получают только отдельные категории граждан (имеющие льготы или страдающие орфанными заболеваниями), а за рубежом все, кому врач выписал рецепт. Именно это называется системой всеобщего лекарственного обеспечения. В результате в РФ население тратит на лекарства из своего кармана в 4 раза больше, чем государство, а на Западе, наоборот, расходы государства намного выше, чем населения. Очевидно, что для достижения цели по снижению смертности, предотвращения осложнений заболеваний и уменьшения финансовой нагрузки на граждан требуется создание системы всеобщего лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях.

Как Вы считаете, сколько в сопоставимых деньгах должно тратиться из государственных источников на систему всеобщего лекарственного обеспечения в РФ по сравнению со странами ЕС?



40% респондентов считают, что система всеобщего лекарственного обеспечения должна финансироваться из средств федерального бюджета.

Из каких источников, по Вашему мнению, должна финансироваться система всеобщего лекарственного обеспечения?



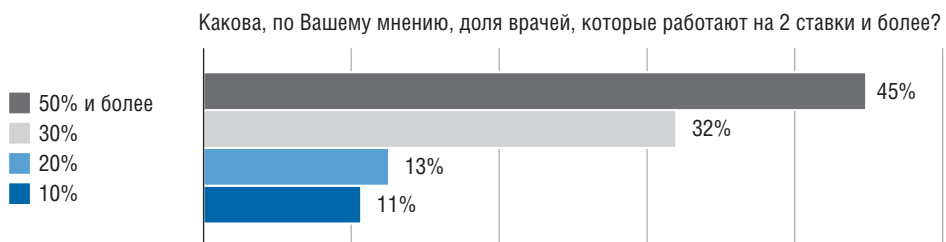
70% респондентов считают, что лечение орфанных заболеваний не должно входить в программу всеобщего лекарственного обеспечения, а должно финансироваться из других источников.



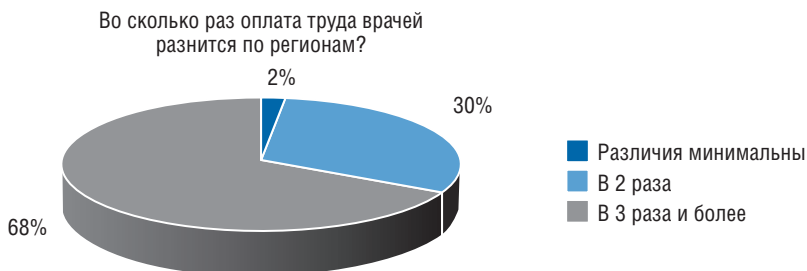
Опрос № 3. Медицинские кадры от ФАП до медицинского вуза: нагрузка, оплата труда, ответственность и региональные различия

В декабре 2022 г. Президентом РФ был сделан важнейший шаг по увеличению оплаты труда медицинских работников тех специальностей, где сложился высокий дефицит – в сельской местности, в первичном звене и на скорой помощи. Есть надежда, что это снизит напряжение, связанное с нехваткой кадров, и нагрузку на персонал. Однако в этом направлении из виду выпала тема оплаты труда и нагрузки на профессорско-преподавательский состав медицинских вузов и училищ, а ведь именно от них напрямую зависит качество подготовки кадров. Остро стоит проблема кратной дифференциации оплаты труда медиков по регионам России. Непонятно, почему в одних регионах местные власти делают все возможное, чтобы закрепить кадры, а в других эта работа пробуксовывает.

45% опрошенных считают, что более половины врачей работают на 2 ставки и более.



68% респондентов уверены, что оплата труда врачей в разных регионах может отличаться более чем в 3 раза.

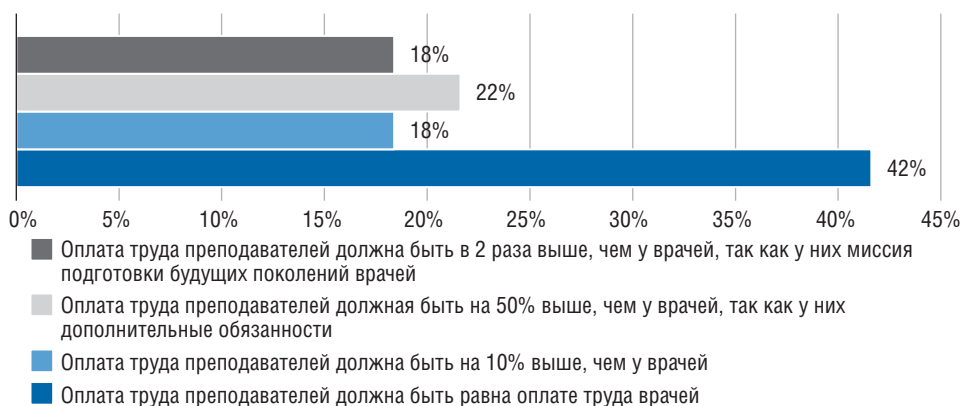


Чтобы снизить дефицит медицинских работников, необходимо повысить престиж врача в обществе и увеличить оплату труда, – так считают 58% респондентов.



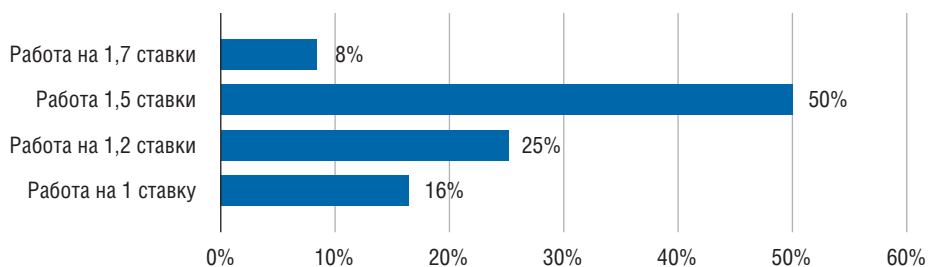
Оплата труда врачей и преподавателей должна быть одинаковой, по мнению 42% опрошенных.

Как должна соотноситься оплата труда преподавателей медицинских вузов и практикующих врачей?



Трудовая нагрузка на врача не должна превышать 1,5 ставки, считает половина опрошенных.

Какова должна быть установленная законом максимальная трудовая нагрузка на практикующих врачей?



Соответственно 30 и 36% считают, что оплата труда главного врача должна превышать оплату практикующих врачей на 50%, или вдвое.



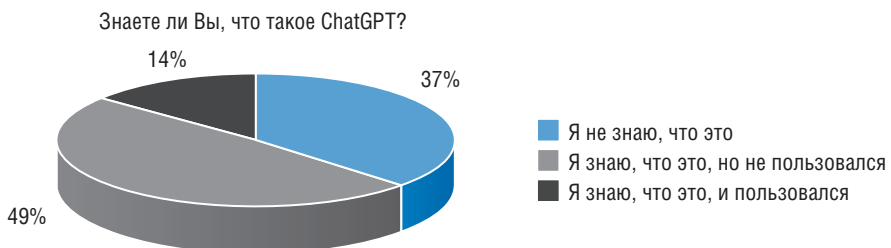
Опрос № 4. Цифровая трансформация здравоохранения и искусственный интеллект (ИИ)

Искусственный интеллект (ИИ) и игры с ChatGPT4 взбудоражили умы миллионов граждан. ИИ можно назвать научным направлением, вобравшим в себя достижения вычислительной математики, философии, нейрофизиологии для создания систем, которые бы обладали отдельными свойствами человеческого мозга. Причем это не просто быстрая обработка и подсчет данных, как это делают компьютерные программы, но и возможность делать предсказания путем анализа имеющихся данных и установления связей между ними. Этим занимается подраздел ИИ, который получил название «машинное обучение».

76% не используют приложения с ИИ в своей работе.



Большинство опрошенных знает, что такое ChatGPT (63%).



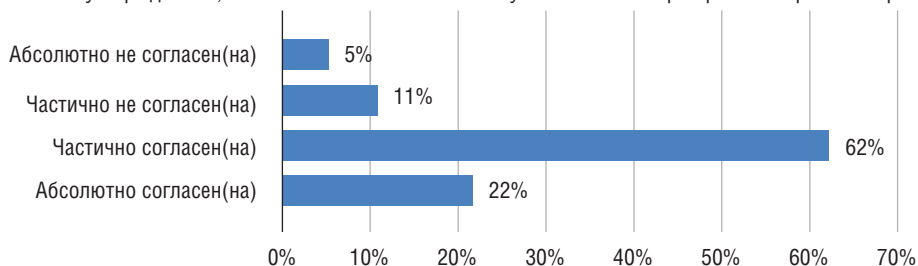
90% опасается проблем с конфиденциальностью информации и при использовании систем на основе ИИ.

По вашему мнению, могут ли возникнуть проблемы с конфиденциальностью информации при использовании систем на основе ИИ?



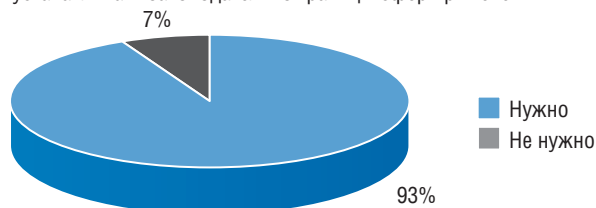
84% считают, что чат-боты на основе ИИ могут навредить врачу при принятии врачебных решений.

Вы согласны с утверждением, что чат-боты на основе ИИ могут быть опасны при принятии врачебных решений?



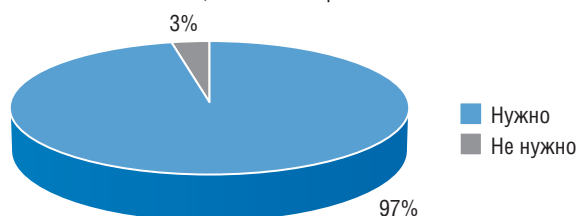
93% считает необходимым установление законодательных границ в сфере применения ИИ в медицине.

Нужно ли устанавливать законодательно границы сфер применения ИИ в медицине?



97% респондентов уверены, что нужно проводить обучение по применению цифровых технологий в медицине для студентов и врачей.

Нужно ли проводить для студентов и врачей специальное обучение по применению цифровых технологий, в том числе решений на основе ИИ?



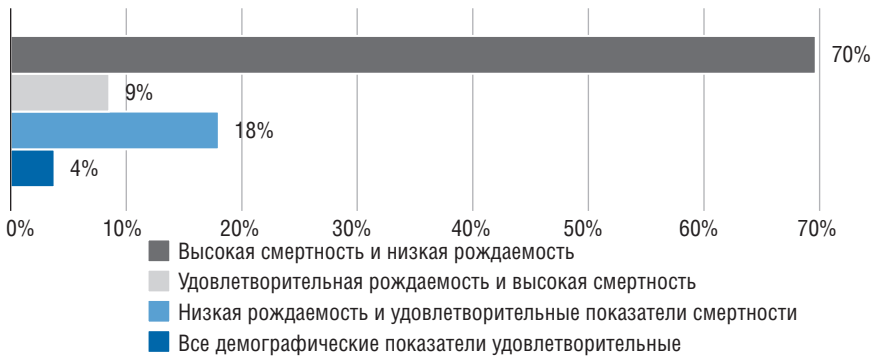
Опрос № 5. Фокус внимания: повышение рождаемости и здоровье женщин детородного возраста

Материнский капитал с 2007 по 2021 г. обеспечил дополнительное рождение 2,2 млн детей. Однако начиная с 2015 г. в нашей стране происходит резкое снижение рождаемости. Главная причина –

снижение числа женщин активного детородного возраста (20–34 года), на которых приходится 80% рождений. В этих условиях, чтобы избежать роста естественной убыли населения, необходимы дополнительные экстраординарные меры, стимулирующие рождаемость. Несмотря на то что в РФ женщины живут почти на 10 лет дольше мужчин, сегодня женщины активного детородного возраста – это наше все! Их здоровье, репродуктивный потенциал, доступность для них и детей бесплатной медицинской помощи, их финансовое благополучие и уверенность в завтрашнем дне – вот главные задачи, на которых должна быть направлена государственная политика.

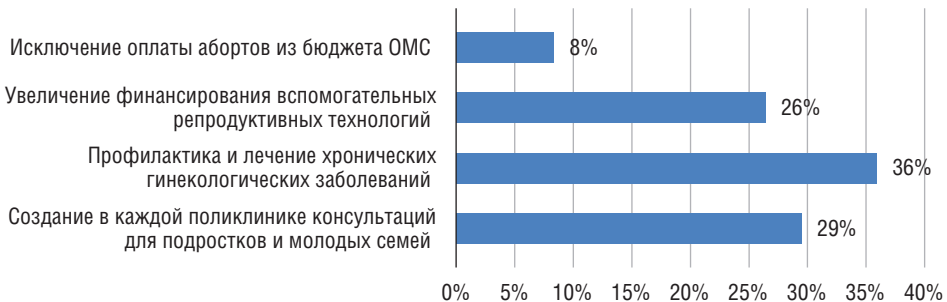
Демографическую ситуацию в России 70% опрошенных характеризуют как «высокая смертность, низкая рождаемость».

С каким утверждением в сфере демографической ситуации в РФ Вы согласны?



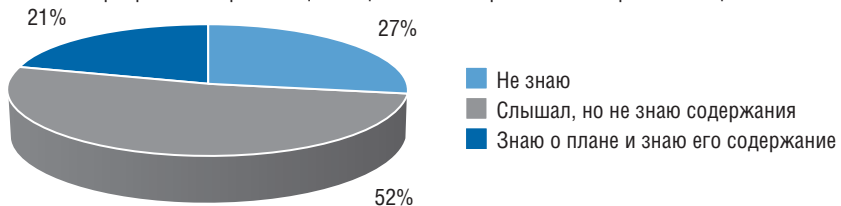
Примерно в равных долях распределились необходимые меры по увеличению рождаемости: увеличение финансирования ВРТ, профилактика и лечение гинекологических заболеваний, создание консультаций для молодых семей.

Какие медицинские программы могут помочь в увеличении рождаемости в РФ?



52% опрошенных слышали о Плате мероприятий по реализации Национальной стратегии в интересах женщин на 2023–2030 гг., но не знают его содержания.

Знаете ли Вы о «Плате мероприятий по реализации Национальной стратегии в интересах женщин на 2023–2030 гг.»?



Тезисы

XI Международного конгресса «Оргздрав-2023» (7–9 июня 2023 г., гибридный формат)

Анкудинов Н.О.

Дистанционный мониторинг состояния здоровья беременных с артериальной гипертензией

Общество с ограниченной ответственностью «ИНКОРДМЕД», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», 620075, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Актуальность. Повышение артериального давления (АД) во время беременности отмечается в 5–10% случаев и является одной из ведущих причин неблагоприятных событий.

По данным Минздрава России, в течение последнего десятилетия гипертензивные осложнения беременности занимают 4-е место в списке причин неблагоприятных исходов.

Для профилактики неблагоприятных исходов в I триместре врачом – акушером-гинекологом/ акушеркой женской консультации выделяется группа риска развития преэклампсии, одной из проявлений которой является повышение АД.

Пациенткам из группы риска по преэклампсии на протяжении всей беременности должен быть назначен ежедневный мониторинг АД, который пациентка проводит самостоятельно 3 раза в день с ведением дневника. При назначении антигипертензивной терапии пациентка дополнительно должна проводить самостоятельный подсчет шевелений плода ежедневно.

Цели – повышение комплаенса взаимодействия «врач–пациент»; снижение случаев неблагоприятных исходов беременности.

Материал и методы. В Свердловской области действует автоматизированная информационная система мобильных уведомлений «АИСТ_СМАРТ» для беременных и врачей. Она включает интеллектуальный личный кабинет для беременной и врача с сервисом мобильных уведомлений, чат-ботом, электронным дневником самоконтроля с автоматическим распознаванием отклонений и уведомлением медицинской организации, уникальный идентификатор «АИСТ_ID», электронную обменную карту.

Используя смартфон или планшет, беременные в личном кабинете получают возможность ведения электронного дневника самоконтроля своего здоровья. В дневник заложены функции автоматической интерпретации результатов и формирования сигнальной информации для врача – акушера-гинеколога.

Теперь беременным не нужно заполнять бумажные дневники самоконтроля, отправлять смс в мессенджерах, дозваниваться до своего врача или регистратуры женской консультации, для того чтобы сообщить результаты, – процесс полностью автоматизирован.

Система автоматически обрабатывает результаты электронных дневников; если отклонений не выявлено, данные просто записываются в систему. При выявлении отклонений в состоянии здоровья пациентки система маркирует их и отправляет уведомление о текущем состоянии лечащему врачу и врачу в Акушерский дистанционный консультативный центр для маршрутизации пациентки в режиме 24/7.

Мобильные уведомления мгновенно доносят точную и подробную информацию о состоянии здоровья пациентки, способствуя своевременному принятию решения о госпитализации при утяжелении течения ОРВИ, в том числе COVID-19, или появления критериев преэклампсии/артериальной гипертензии.

Теперь пациентка не забудет дома свой бумажный дневник, а врач сможет принимать решения по тактике ведения с учетом не только данных на очном визите, а комплексно, с учетом результатов домашнего самоконтроля, что важно при подборе антигипертензивной терапии у пациенток с артериальной гипертензией.

Получать бумажное направление не нужно. При необходимости можно распечатать направление по месту обращения пациентки, используя единое информационное пространство регионального акушерского мониторинга АИСТ «РАМ».

Все направления, которые женщина получила в период беременности, отражаются в ее личном кабинете в разделе «Мои направления».

Заключение. Переход на электронные дневники самоконтроля позволяет выявить осложнения гестационного процесса при артериальной гипертензии и/или утяжелении течения ОРВИ/ОРЗ в случае амбулаторного лечения (на дому) с COVID-19, своевременно направить пациентку на госпитализацию для предотвращения неблагоприятных событий.

АИСТ_СМАРТ позволяет создать постоянную обратную связь с пациентом, тем самым сформировать пациент-центрированную модель оказания помощи как одно из приоритетных направлений развития современной медицины и здравоохранения в целом.

Все вышеперечисленное повышает комплаенс взаимодействия «врач–пациент», напрямую влияет на качество и безопасность медицинской помощи в тяжелых условиях пандемии новой коронавирусной инфекции, отвечает современным запросам общества и решает поставленные правительством Российской Федерации задачи в области цифровизации здравоохранения.

Анкудинов Н.О.

Как оптимизировать работу службы родовспоможения с помощью бережливых информационных технологий

Общество с ограниченной ответственностью «ИНКОРДМЕД», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Екатеринбургский клинический перинатальный центр», 620075, г. Екатеринбург, Российская Федерация

В Свердловской области заработала система личного кабинета для беременных и врачей «АИСТ_СМАРТ» с сервисом мобильных уведомлений. Через личный кабинет в смартфоне/планшете врачи – акушеры-гинекологи и беременные могут получать уведомления и напоминания о записи на госпитализации/консультации/скрининги/приемы.

Теперь беременным не нужно ехать в женскую консультацию, чтобы получить на руки бумажное направление на консультативный прием, на госпитализацию в стационар или в родильное отделение. Беременные не тратят силы на поездки, а женская консультация может высвободить время врачей для первичных приемов и сократить время ожидания приемов.

Упростить обмен данными между медицинскими учреждениями и пациентами призвала заместитель председателя Госдумы РФ Ирина Яровая на заседании президиума совета законодателей 26 апреля 2021 г.

Женская консультация получила возможность отказаться от телефонных патронажей, чтобы информировать о времени согласованного консультативного приема или госпитализации. Звонки отнимали рабочее время медицинского персонала, под наблюдением у которых в среднем состоит около 150 беременных в расчете на одного врача.

Врачи получили возможность перейти с бумажных направлений на электронные. Информация о направлении пациентки теперь зашифрована с помощью QR-кода, по которому происходит идентификация в медицинской информационной системе АИСТ «РАМ». На данном этапе реализации проекта акушерские стационары и консультативно-диагностическая поликлиника ГБУЗ СО «ЕКПЦ» оснащены сканерами QR-кода.

Мобильные уведомления мгновенно доносят точную и подробную информацию, создают комфортную атмосферу взаимоотношений между врачом и беременными.

Бережливая цепочка работает следующим образом.

Как проходит регистрация в системе. Для регистрации в личном кабинете беременной на первичном приеме выдается инструкция – согласие пациента на подключение к мобильному сервису «АИСТ_СМАРТ» с индивидуальным QR-кодом. Далее пациентка в домашних условиях считывает QR-код с помощью камеры любого смартфона/планшета и, согласно инструкции, проходит процедуру регистрации посредством создания цифрового 4-значного PIN-кода. Начиная с этапа регистрации пациентка получает техническую поддержку в режиме 24/7. QR-код на согласие служит связующим и идентификационным звеном между электронной медицинской картой в АИСТ «РАМ» и личным кабинетом «АИСТ_СМАРТ».

К каждому направлению и напоминанию о записи в личном кабинете «АИСТ_СМАРТ» автоматически привязывается QR-код, который синхронизирован с электронной медицинской картой беременной. При его сканировании в АИСТ «РАМ» автоматически находится карта пациента из десятка тысяч других записей и открывается направление для проведения дальнейшей идентификации с учетом предоставляемого документа, удостоверяющего личность беременной.

По QR-коду медицинская организация, куда направят беременную, сможет идентифицировать направление и пациентку в момент обращения.

При обращении в медицинскую организацию, оснащенную сканерами QR-кода, бумажное направление от беременной более не требуется. Пациентка предъявляет этот код, и медицинский работник сканирует его.

Чтобы получать оповещения, беременная подключается к сервису «АИСТ_СМАРТ». После регистрации в системе женщина будет получать от системы сообщения на мобильный телефон о движении ее направлений.

Врачам не надо дозваниваться до пациенток, чтобы сообщить о госпитализации.

Как работает система мобильных оповещений. Врач женской консультации оформляет направление в медицинскую организацию в АИСТ «РАМ», и на этом трудозатраты лечащего врача заканчиваются. Далее запускается процесс автоматически по всем этапам направления: «ожидание ответа – принятие решения по направлению – напоминание за сутки о записи».

Пациентка автоматически получает уведомление на телефон, что запрос на госпитализацию или консультацию врач направил, и теперь нужно ждать ответа.

Когда женщина нажимает кнопку «Прочитано» с галочкой, врач видит, что пациентка прочитала сообщение и знает, что направление находится в обработке.

Медицинская организация, куда направили запрос, отвечает на направление, указывая дату и время назначения записи. Пациентка автоматически получает сообщение с подтверждением уже

без участия лечащего врача. Система предлагает ей нажать кнопку «Прочитано» и подтвердить получение. Пациентка нажимает кнопку, и врач видит, что женщина осведомлена о предстоящей госпитализации или приеме. Раньше ему приходилось звонить, чтобы поставить пациентку в известность.

Отмена госпитализации. Если по какой-либо причине медорганизация, куда направили пациентку, вынуждена отменить согласованный консультативный прием/госпитализацию, пациентка получает сообщение «Отменено». Получение подтверждает нажатием кнопки «Прочитано». Врач видит, что пациентка прочитала сообщение и уже знает, что приходить на прием не нужно или что нужно заново решить вопрос о месте госпитализации.

Опция с извещением об отмене направления позволяет избежать ненужных поездок и предотвратить конфликты, из-за того что беременной пришлось ехать напрасно.

Напоминание. За сутки до назначенного времени госпитализации/консультации или пренатального скрининга пациентке приходит напоминание о записи. В сообщении указаны дата/время, наименование медицинской организации и адрес, куда явиться. Есть дополнительная информация – о документах, которые нужно принести с собой.

Бумажное направление получать нет необходимости – распечатать направления могут по месту обращения пациентки благодаря единому информационному пространству в рамках АИСТ «РАМ».

Все направления, полученные во время беременности, отражаются в личном кабинете пациентки в разделе «Мои направления». Пациентка может открыть любой документ, даже если пропала связь с интернетом.

Результаты. Внедрение сервиса мобильных уведомлений о результатах маршрутизации беременных в регионе позволило дистанционно определять и назначать сроки плановой госпитализации в акушерские стационары, сократить время ожидания записи на консультации и скрининги, исключить повторные очные визиты к врачу за бумажным направлением, что особенно актуально в период пандемии COVID-19.

Снижение сроков ожидания записи в плановом порядке: на госпитализации – с нескольких суток до 18,8 ч; на консультации – с нескольких суток до 26,8 ч; в однодневный стационар – с нескольких суток до 6 ч; на телемедицинскую консультацию – с нескольких суток до 0,7 ч.

Снижение сроков ожидания записи в неотложном порядке: на госпитализации – с 8,9 до 1,2 ч; на консультации – с 24,8 до 2,4 ч; на телемедицинскую консультацию – с 1,8 до 0,3 ч; на госпитализации в ковидные госпитали – до 0,05 ч.

Переход от бумажных направлений к мобильным уведомлениям позволяет снизить количество жалоб, экономит время врачей и пациентов, создает комфортную атмосферу для взаимодействия, соответствует современным запросам общества и направлениям работы правительства в цифровизации здравоохранения.

Безруких М.В.

Опыт привлечения специалистов на сельскую территорию. Формирование программы по обеспечению медицинскими кадрами районной больницы

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Богучанская районная больница», 663430, с. Богучаны, Богучанский район, Красноярский край, Российская Федерация

В настоящее время обеспеченность врачебными кадрами КГБУЗ «Богучанская РБ» (далее – Богучанская РБ) составляет 72%. Отмечается особая потребность в сотрудниках первичного звена,

остро не хватает участковых терапевтов. Кроме того, анализ кадрового состояния показывает негативную тенденцию уже на ближайшие 4–5 лет по причине естественного старения кадров: количество врачей и среднего медицинского персонала предпенсионного возраста приближается к 60%. Все эти проблемы типичны для сельской глубинки.

Цель программы – ликвидация кадрового дефицита в медицинских учреждениях Богучанского района для обеспечения качества и доступности медицинской помощи населению.

1. Привлечение медицинских работников в Богучанский район.

Эффективными мерами привлечения специалистов, в том числе молодых/начинающих, являются дополнительные стимулирующие выплаты при трудоустройстве, обеспеченные работодателем и направленные на улучшение материального положения медицинских работников, прибывших на территорию Богучанского района.

1.1. Единовременная выплата (подъемные).

1.2. Компенсация аренды жилья для сотрудников, приехавших работать в учреждение.

2. Участие в подготовке медицинских кадров.

Для формирования кадрового резерва и закрепления медицинских специалистов за учреждениями Богучанского района на этапе получения высшего или среднего профессионального образования целесообразно применять механизм целевого финансового стимулирования, обеспеченного работодателем и направленного на социальную поддержку будущего специалиста.

2.1. Выплата стипендии Богучанской РБ в размере 10 000 тыс. руб. ежемесячно из расчета 5 мест для студентов высшего учебного заведения и 5 мест для учащихся среднего учебного заведения.

2.2. Компенсировать студентам/учащимся, с которыми заключаются договора на дальнейшее трудоустройство, проезд до места прохождения производственной практики и обратно в размере 100%.

2.3. Обеспечить студентов/учащихся проживанием в ведомственном общежитии в с. Богучаны на период прохождения производственной практики.

2.4. Возможность трудоустройства на период прохождения практики.

2.5. Обеспечить 100% прикрепление окончивших медицинские учреждения к наставнику по профилю деятельности.

3. Создание профильных классов.

Совместно с Управлением образования Богучанского района осуществить комплекс подготовительных мероприятий (определить экспериментальные площадки, организовать тестирование школьников, разработать дорожную карту на ближайшие 2 года, изучить практику российских школ).

3.1. Ходатайствовать о содействии в реализации проекта перед профильными краевыми министерствами о:

– разработке и утверждению программы углубленной подготовки школьников 9–11-х по биологии и химии;

– включении в учебный план факультативных занятий по оказанию первой помощи в различных ситуациях, психологии и другим предметам, способствующим выбору медицинской профессии (при необходимости);

– повышении квалификации педагогических кадров путем очного либо дистанционного обучения (при необходимости); либо возможность дистанционного преподавания преподавателями ФГБОУ ВО КГМА им. проф. Войно-Ясенецкого Минздрава России.

– материально-техническом оснащении учебных классов необходимым оборудованием и инвентарем для эффективного проведения практических и лабораторных работ.

3.2. Совместно с ведущими медицинскими образовательными заведениями Красноярского края утвердить график выездных встреч преподавателей со школьниками Богучанского района для теоретических и практических занятий профессионального уровня.

3.3. Сформировать план мероприятий по проведению на базе Богучанской РБ для школьников 9–11-х классов тренинги, информационные планерки с погружением в профессию врача/медицинской сестры/фельдшера, позволяющие овладеть первичными навыками (осмотр пациента, измерение давления и др.) и более полно погрузиться в будущую профессию.

4. Взаимодействие с органами власти с целью решения жилищного вопроса.

**Бенян А.С., Черногаева Г.Ю., Лисица Д.Н., Богуш Е.А., Радулова Н.А.,
Маковеева Н.И., Светкина А.А., Борковский А.Ю.**

Подготовка команды специалистов здравоохранения как ключевой фактор высокого качества медицинского обеспечения крупных спортивных мероприятий

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области
«Самарская городская клиническая больница № 1 имени Н.И. Пирогова», 443096,
г. Самара, Российская Федерация

Введение. Медицинское сопровождение крупных спортивных мероприятий международного уровня обеспечивает безопасность и благополучие большого количества людей, задействованных в организации и проведении события. Именно поэтому разработаны особые требования к порядку организации медицинской помощи, учитывающие особенности вида спорта, времени года, масштабов мероприятия, количества и вместимости объектов и многих других факторов. Одним из ключевых разделов подготовки и проведения медицинского обеспечения мероприятий Чемпионата мира по футболу FIFA 2018 в г. Самара (ЧМ-2018) наряду с организацией медицинской инфраструктуры на спортивных объектах и подготовкой уполномоченных больниц стало создание и формирование команды специалистов, отвечающей своими компетенциями самым высоким стандартам международного здравоохранения.

Цель исследования – оценить эффективность разработанной программы подготовки медицинских специалистов для работы на крупных спортивных мероприятиях международного уровня.

Материал и методы. Весь период подготовки медицинской команды занял 2 года 9 мес и длился с сентября 2015 г. по май 2018 г. Управление процессами информирования и обучения проводили на платформе «ВКонтакте», где была создана закрытая группа участников команды «Medical Team FIFA 2018». Информационные, установочные и оценочные совещания для всей команды проводились с регулярностью 1 раз в месяц.

Основной турнир, включая эксклюзивный период, проходил с 1 июня по 15 июля 2018 г., в течение которого все бригады были распределены по 12 объектам ЧМ-2018 для оказания медицинской помощи и продолжения тренингов непосредственно на будущих рабочих площадках. Нами были сформулированы и обозначены 3 основных этапа подготовки:

I. Определение потребности сил и средств

1. Определение численности, сил и средств исходя из количества объектов, графиков работы объектов, продолжительности всего мероприятия, длительности отдельных активностей, специфических требований спортивной организации или города-организатора.

2. Набор специалистов – определение потребности: необходимое количество +20%, рассылка информационных писем по лечебно-профилактическим учреждениям (ЛПУ), проведение установочных информационных совещаний сначала с главными врачами ЛПУ, затем с коллективами, включающими необходимых специалистов, привлечение университетских ресурсов: студенты + профессорско-преподавательский состав.

3. Отбор специалистов – анкетирование, тестирование, психологические тесты, определение базового уровня иностранного языка.

II. Формирование команды

1. Создание графика подготовки специалистов в нерабочее время и выходные дни на добровольческой основе.

2. Создание концепции и операционного плана с привлечением к процессам отдельных участников команды и информированием всех остальных членов.

3. Формирование групп с выделением лидеров и управленческого звена всей спортивно-медицинской команды. Было сформировано 11 групп численностью от 20 до 25 человек. Составы групп были смешанными, включали эквивалентные количества врачебного и среднего медицинского персонала с учетом будущего формирования врачебно-сестринских бригад разного формата (мобильная медицинская бригада, бригада стационарного медицинского пункта, бригада скорой помощи).

III. Обучение и подготовка специалистов

1. Профессиональная переподготовка ключевых участников команды: «Лечебная физкультура и спортивная медицина», «Организация здравоохранения и общественное здоровье», «Анестезиология-реаниматология», а также дополнительная образовательная 18-часовая программа «Методика обучения персонала, привлекаемого для медицинского обеспечения мероприятий Чемпионата мира по футболу FIFA 2018», проводимая на базе ФГБУ «ВЦМК “ЗАЩИТА”» Министерства здравоохранения РФ.

2. Циклы совершенствования и повышения квалификации для всех членов команды по программам: «Организация и оказание экстренной и неотложной медицинской помощи при проведении массовых спортивных мероприятий» – 144 ч, «Медицина катастроф» – 72 ч, «Усовершенствование лингвистической подготовки медицинского персонала» – 72 ч. Особое внимание на данных циклах уделялось вопросам оказания первой врачебной помощи при жизнеугрожающих состояниях, внешних воздействиях, регламенту действий при подозрении на инфекционные заболевания, обучению правилам работы со средствами радиосвязи.

3. Тренинги: по оказанию медицинской помощи на существующих спортивных объектах, десмургии, сердечно-легочной реанимации, остановке наружного кровотечения, уходу за ранами, внутривенным инъекциям. Частота тренировок для каждой группы была не реже 1 раза в неделю, с регулярным чередованием занятий и повторениями наиболее важных навыков. Дважды в течение всего периода подготовки, в 2016 и 2017 гг., члены команды участвовали в областных соревнованиях спасательных служб, отрабатывая навыки оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях, при техногенных катастрофах и стихийных бедствиях.

Программа подготовки включала мотивацию персонала: психологические тренинги, обучение правилам информационной безопасности, интеллектуальные игры, регулярное освещение в СМИ, совместное посещение футбольного матча Кубка конфедераций в 2017 г. в качестве зрителей, спортивная подготовка – спортивные танцы для всех членов команды и силовые тренировки для мобильных бригад у кромки поля.

Медицинская команда на регулярной основе отрабатывала межведомственное взаимодействие. Было проведено 22 обучающих семинара по первой помощи с волонтерами, сотрудниками силовых ведомств, контролерами-распорядителями.

Результаты. С самого начала в проект были привлечены более 260 медицинских работников из 42 учреждений здравоохранения Самарской области. Большинство из них прошли весь путь подготовки и составили основной костяк медицинской команды. При этом 46 (18,5%) специалистов были отчислены из команды или добровольно покинули проект в ходе подготовки. Итоговая штатная численность команды составляла 249 специалистов, из них 131 врач, 117 фельдшеров и медицинских сестер, 1 медицинский психолог. Из них были сформированы 42 мобильные меди-

цинские бригады, 45 бригад медицинских пунктов, 46 бригад скорой медицинской помощи, при этом 114 (45,7%) специалистов входили в состав более одной бригады разного формата, что подчеркивает универсальный характер подготовки.

За весь период работы на объектах ЧМ, включая эксклюзивный период, было зарегистрировано 2685 обращений. Среднее количество обращений в день было $59,6 \pm 71,6$, при этом в дни матчей оно возрастало до $214,8 \pm 68,9$. Среднее время реагирования на инциденты – $3,4 \pm 1,8$ мин. Полный объем необходимой медицинской помощи на объектах ЧМ-2018 оказан 2528 обратившимся, эвакуация в уполномоченные больницы выполнена в 157 случаях, госпитализированы 35 пациентов. Осложнений и инцидентов во время оказания медицинской помощи не зарегистрировано. В исходах всех зарегистрированных случаев было 1149 (42,8%) улучшений, 1536 (57,2%) выздоровлений, ухудшений и летальных исходов не отмечено. За все время ЧМ-2018 жалоб на доступность и качество медицинской помощи не зарегистрировано.

Заключение. Опыт создания и подготовки медицинской команды для работы на объектах ЧМ-2018 впоследствии лег в основу медицинского обеспечения всех крупных массовых и спортивных мероприятий Самарской области. Из участников команды ЧМ-2018 на постоянно действующей основе была сформирована группа специалистов, которые, помимо собственного участия в последующих мероприятиях, взяли на себя функции тренеров, обучающих других специалистов правилам и особенностям работы на спортивных объектах и в общественных местах. Нормативно-правовое регулирование медицинского обеспечения спортивных и общественных мероприятий было закреплено постановлением правительства Самарской области.

Благодарева М.С.

Удовлетворенность пациенток организацией оказания акушерско-гинекологической помощи в Свердловской области

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 620028, г. Екатеринбург, Российская Федерация

Эффективность деятельности медицинских организаций складывается из множества показателей, включая оценку удовлетворенности пациентов медицинской помощью. Организация системы акушерско-гинекологической помощи включает оказание медицинской помощи в женских консультациях и в условиях стационара. Кроме того, на территории Свердловской области в систему оказания помощи внедряются телемедицинские технологии, в качестве примера можно привести автоматизированную систему «Региональный акушерский мониторинг» (АС «РАМ»), работа которой направлена на мониторинг беременных в регионе, от этапа постановки на диспансерный учет или первичного обращения в стационар до 42-го дня после родоразрешения. Еще одной информационной системой является «АИСТ_СМАРТ», кроме электронной истории болезни, использующая данные электронного дневника самоконтроля беременной.

Цель – провести оценку удовлетворенности беременных деятельностью акушерско-гинекологической службы на территории Свердловской области.

Материал и методы. Для определения удовлетворенности качеством акушерско-гинекологической помощи проведен опрос 47 беременных, проживающих на территории Свердловской области. Сбор статистического материала проводился сплошным способом методом анкетирования с использованием Yandex Forms, что обеспечило анонимность участников анкетирования. Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета Microsoft Excel 19.

Результаты. Для проведения опроса была разработана анкета, содержащая 27 вопросов, включающих 3 направления: удовлетворенность медицинской помощью в женской консультации, удовлетворенность медицинской помощью в стационаре и удовлетворенность использования телемедицинских технологий, внедренных в Свердловской области, в частности мобильного приложения «АИСТ_СМАРТ». Было опрошено 47 беременных, получающих медицинскую помощь в отделениях третьего уровня акушерско-гинекологической помощи Свердловской области. Средний возраст опрошенных составил 29 ± 7 лет.

Для получения объективных социологических данных при определении удовлетворенности пациенток качеством акушерско-гинекологической помощи использовалась шкала, в которой позитивные и негативные оценки сбалансированы. При оценке удовлетворенности пациенткам предлагалось выбрать ответ:

1. Полностью удовлетворена.
2. Скорее удовлетворена, чем не удовлетворена.
3. Скорее не удовлетворена, чем удовлетворена.
4. Не удовлетворена.

Определено, что 85% опрошенных полностью удовлетворены медицинской помощью, предоставленной им в женской консультации, 11% скорее удовлетворены, чем не удовлетворены, и 4% скорее не удовлетворены, чем удовлетворены. Ни одна пациентка не дала ответ – «не удовлетворена». Близкие по величине значения, получены при оценке удовлетворенности медицинской помощи, предоставленной в стационаре: удовлетворены 87% опрошенных, а 13% скорее удовлетворены, чем не удовлетворены.

Поскольку психоэмоциональное состояние беременной значительно влияет на протекание беременности, важным фактором являлась оценка взаимодействия пациентки с лечащим врачом и информированность пациентки о протекании беременности в достаточном для нее объеме.

В отношении женской консультации получено следующее: взаимодействием с лечащим врачом удовлетворены 79%, скорее удовлетворены, чем не удовлетворены, – 17%, скорее не удовлетворены – 2% опрошенных (1 пациентка, отметившая безразличие со стороны врача) и абсолютно не удовлетворены еще 2%, что составляет 1 пациентку, указавшую на хамство со стороны персонала. Удовлетворены получаемой информацией о протекании беременности от врача женской консультации 83% беременных, 17% скорее удовлетворены объемом получаемой информации, чем нет, ответов «скорее не удовлетворена, чем удовлетворена» и «не удовлетворена» не дала ни одна опрошенная. В отношении процесса диагностики в женской консультации 70% дали ответ «удовлетворена», 30% – «скорее удовлетворена, чем не удовлетворена».

Критерием, характеризующим удовлетворенность медицинской помощью, получаемой беременными за счет обязательного медицинского страхования, является факт обращения за платной медицинской помощью. Получено, что 56,3% опрошенных вообще не расходовали личные средства во время беременности. Рассматривая в процентном отношении статьи расходов личных финансовых средств остальных 43,7% опрошенных (можно было выбрать несколько ответов) определено: 65% оплачивали УЗИ, 55% платно сдавали анализы, 50% посещали платные приемы гинеколога, 5% (1 опрошенная) оплачивала госпитализацию.

Прежде чем переходить к рассмотрению удовлетворенностью помощью, предоставляемой в стационаре, уточним, что к моменту опроса 9 (18,8%) респондентов еще не получали медицинскую помощь в стационаре, в связи с чем при описании работы стационара за 100% принято 39 ответов.

Получено, что взаимодействием с лечащим врачом стационара удовлетворены 87,2% опрошенных, скорее удовлетворены, чем не удовлетворены 12,8%. Ответов «скорее не удовлетворена, чем удовлетворена» и «не удовлетворена» нет. Идентичные ответы получены и в отношении получаемой информацией о протекании беременности от врача стационара: удовлетворены 87,2%, скорее удовлетворены, чем не удовлетворены 12,8%.

Внедренная на территории Свердловской области телемедицинская технология – 77,1% опрошенных использовали во время беременности приложение «АИСТ_СМАРТ», а 14,9% не знали о его существовании мобильных приложений для беременных. Со сложностями при настройке оборудования и работой в приложении столкнулись 12,7% опрошенных, половина из них так и не смогла разобраться с работой данного приложения, в результате чего не использовала его, сложности с регистрацией были у 6,4%, причем 1 (2,1%) пациентка не смогла решить данную проблему, в результате чего не пользовалась приложением.

Среди использовавших приложение 85,5% указали, что мобильное приложение было для них нужным, 12,5% в отношении нужности приложения дали ответ «скорее да, чем нет», по одной беременной (по 2,6%) дали ответ «скорее нет, чем да» и «нет».

Как удобную работу с мобильным приложением охарактеризовали 80% опрошенных, «скорее удобную, чем неудобную» – 10%, как «скорее неудобную, чем удобную» – 5%, столько же назвали работу с приложением неудобной.

31,6% опрошенных отметили, что самой полезной функцией «АИСТ_СМАРТ» является то, что данное приложение «дало дополнительную уверенность в надлежащем врачебном контроле протекания беременности», а это свидетельствует о помощи данного приложения в создании позитивного психоэмоционального состояния беременной.

Заключение. Для описания степени удовлетворенности пациенток акушерско-гинекологической помощью введены эмпирические индикаторы, рассчитываемые следующим образом:

- «низкий уровень удовлетворенности» присваивался в том случае, если оценки «удовлетворена», «скорее удовлетворена, чем не удовлетворена» и «скорее не удовлетворена, чем удовлетворена» встречались менее чем в 25% ответов;
- «удовлетворительный уровень» – оценки «удовлетворена» и «скорее удовлетворена, чем не удовлетворена» встречались в 25–50% ответов;
- «средний уровень» – оценки «удовлетворена» и «скорее удовлетворена, чем не удовлетворена» встречались в 50–75% ответов;
- «высокий уровень» – оценки «удовлетворена» и «скорее удовлетворена, чем не удовлетворена» встречались в 75–100% ответах.

В соответствии с вышеизложенным можно говорить о высоком уровне удовлетворенности пациенток, предоставляемой акушерско-гинекологической помощью на территории Свердловской области. При этом необходимо отметить средний уровень удовлетворенности работы с мобильным приложением. Повысить оценку его работы можно за счет создания дополнительных инструкций, направленных на упрощение механизма регистрации, разъяснение работы приложения и настройки оборудования.

Власенко А.Е., Жилина Н.М., Ренге Л.В., Шрамко С.В., Лихачева В.В.

Система поддержки принятия решений «Охрана репродуктивного здоровья»

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 125993, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Самым главным ресурсом любого государства является его население. Вызовы, с которыми сталкивается Российская Федерация, делают тему охраны репродуктивного здоровья

не просто актуальной, но и критически важной. Одно из перспективных направлений в охране репродуктивного здоровья – разработка и использование систем поддержки принятия решений (СППР). При этом наибольшая эффективность СППР достигается при соблюдении принципов системного подхода при ее разработке и использовании. Необходимо учитывать, что репродуктивное здоровье – это не некое точечное измерение, а процесс, протекающий во времени, состоящий из нескольких последовательных этапов: профилактика развития заболеваний, связанных со снижением репродуктивного потенциала, непосредственно беременность (возможность зачать и выносить ребенка) и как итог – роды здорового ребенка.

Цель – разработать СППР, позволяющую получать индивидуальные научно обоснованные прогнозы и диагностические оценки отдельных патологических состояний, представляющих угрозу репродуктивному здоровью женщины.

Материал и методы. Исследование проводилось с 2015 по 2023 г. на базе Новокузнецкого перинатального центра, включающего консультативные отделения и родильные дома, а также на базе клиники семейного здоровья «Эксперт» (г. Новокузнецк). Ядром является система математических прогностических моделей. Для разработки моделей применяли методы машинного обучения: нейронные сети, деревья и леса решений, логистическая регрессия.

Результаты. При разработке прогнозирующих моделей учитывали, что репродуктивное здоровье зависит от состояния организма в целом, а также от социальных, экономических и демографических факторов. В качестве факторов риска, оказывающих потенциальное влияние на возможность возникновения и дальнейшего развития патологических состояний, рассматривали демографические и социологические факторы, клинический и акушерский анамнез, результаты ультразвукового исследования (УЗИ), биохимические, гормональные и иммунологические показатели крови и других биологических сред.

Первый этап системы охраны репродуктивного здоровья включает раннее выявление и профилактику развития заболеваний репродуктивной системы. Для реализации данного этапа были разработаны 3 диагностические модели (выявление миосаркомы, профилирующей миомы, аденомиоза у женщин с миомой), а также прогностическую модель риска развития осложнений после проведения лапароскопической гистерэктомии (патенты на изобретение RU 2775664 C1 от 06.07.2022, RU 2682801 C1 от 21.03.2019, RU 2676035 C1 от 25.12.2018, RU 2676050 C1 от 25.12.2018). Диагностические модели направлены на повышение точности дифференциальной диагностики одного из указанных заболеваний, что позволит назначать оптимальное и своевременное лечение. Данные диагностические модели дополняют УЗИ, который не учитывает клинический анамнез пациентки и очень сильно зависит от опыта и квалификации врача. Прогнозирующая модель риска послеоперационных осложнений после лапароскопической гистерэктомии позволит оптимизировать периоперационный менеджмент, планировать сроки пребывания в стационаре после операции, исключая необоснованную раннюю выписку или, напротив, длительную задержку пациентки в стационаре без необходимости. После выписки из стационара метод позволяет персонализировать наблюдение на амбулаторном этапе у женщин с высоким риском послеоперационных осложнений.

Охрана репродуктивного здоровья также включает вспомогательные репродуктивные технологии. Для улучшения результативности процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) была разработана модель прогноза риска отрицательного исхода ЭКО, которая учитывает участие регуляторно-транспортных белков и цитокинов в патогенезе имплантации человеческого эмбриона и позволяет выявить риск неудачного исхода ЭКО у конкретной женщины (свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2019610613 от 15.01.2019). В случае высокой степени риска рекомендуются криоконсервация и отсроченный эмбриотрансфер с целью повышения эффективности программ ЭКО.

Заключительный этап (беременность и роды) характеризуется очень высокой степенью неопределенности, связанной с невозможностью проведения лечебно-диагностических мероприятий непосредственно на ребенке, только опосредовано, через мать.

Существуют высокоинвазивные методы, но они сопряжены с существенным риском для жизни и здоровья ребенка и применяются только в крайнем случае. Наиболее остро это проблема стоит при подозрении на внутриутробное инфицирование ребенка (ВУИ). ВУИ – одна из ведущих причин репродуктивных потерь и заболеваемости новорожденных, от инфекций в мире умирают до 40% новорожденных. Были разработаны 3 модели, позволяющие спрогнозировать риск развития ВУИ еще на этапе беременности матери: при нормальном течении беременности, преждевременном разрыве плодных оболочек и нормальном течении беременности у женщин с хламидийной инфекцией (свидетельство о регистрации программы для ЭВМ 2020663049 от 22.10.2020). В зависимости от срока родов в случае высокого риска ВУИ в качестве управленческих решений предлагается экстренное родоразрешение с подготовкой места в отделении реанимации и интенсивной терапии (либо вызов выездной неонатальной бригады), маршрутизация в роддом 1–2 уровня и антибиотикотерапия.

Качество прогноза на тестовых выборках для построенных моделей колебалось от 86 до 97%. Для применения на практике для большинства моделей были разработаны скрининговые шкалы и номограммы, в которых для каждого фактора риска был рассчитан определенный балл, уровень риска для конкретной пациентки зависел от суммы баллов. Помимо скрининговых шкал были разработаны программные модули (применялся JavaScript, Python), позволяющие в автоматическом режиме рассчитывать риск наступления того или иного исхода.

В настоящий момент разработанная система охраны репродуктивного здоровья женщины внедрена в ряд медицинских учреждений города и применяется на практике, проводятся исследования, направленные на разработку новых моделей для каждого этапа охраны репродуктивного здоровья.

Волкова О.Е., Бузычкин С.В.

Цифровые технологии как драйвер повышения эффективности медицинских организаций (на примере лучевой диагностики и радиологической информационной системы iRIS)

Общество с ограниченной ответственностью «Объединенное ИТ-пространство», 398017, г. Липецк, Российская Федерация

Стремительное развитие цифровых технологий меняет облик практически всех сфер, и здравоохранение не стало исключением. Цифровая трансформация в нашей сфере видоизменяет привычные процессы. Для лучевой диагностики актуальность применения цифровых технологий сейчас высока как никогда – в каждом регионе имеются магнитно-резонансные (МРТ) или компьютерные томографы (КТ), цифровые маммографы и рентген-аппараты. Но применение высокотехнологичного медицинского оборудования в диагностических центрах не гарантирует ни высокого качества проведения и описания исследования, ни удобства для пациента и медицинского персонала.

В лучевой диагностике по-прежнему много ручного труда, в первую очередь ручной ввод данных сразу в несколько информационных систем. Сохраняется высокий риск влияния человеческого фактора.

Нужен универсальный цифровой инструмент, помогающий медицинскому и административному персоналу клиник и диагностических центров более оперативно и качественно оказывать услуги пациентам. Каким должен быть этот инструмент исходя из общих трендов цифровизации?

Радиологическая информационная система нового поколения должна базироваться на облачных технологиях и технологиях искусственного интеллекта. Это должна быть российская информационная система. Тогда над диагностическими центрами и клиниками не будет висеть дамоклов меч возможных ограничений на использование нужного и практически полезного в ежедневной работе инструмента.

Команда ГК «Эксперт» и «Объединенное ИТ-пространство» начала свою цифровую трансформацию задолго до пандемии. Одновременная работа во множестве регионов, от Калининграда до Владивостока, требует уделить особое внимание оперативности обработки исследований и контролю качества. Поэтому цифровые инструменты необходимы.

Возникла объективная потребность создания радиологической информационной системы, которая должна рассматриваться значительно шире, чем только как инструмент для работы врача-диагноста.

Мы разработали и в 2018 г. зарегистрировали в Роспатенте первую версию РИС. Более 4 лет она успешно эксплуатируется в операционных компаниях ГК «Эксперт». Ее используют сотни врачей и рентген-лаборантов, а также руководители клиник и диагностических центров.

На основании накопленного опыта можно отметить, что в диагностических центрах значительно повысилась эффективность рабочего дня врача. Текущая статистика показывает, что благодаря использованию РИС у врача-рентгенолога время, затрачиваемое на подготовку описания, сокращается в 2 раза!

Что же такое РИС, из чего она состоит, кто может ее использовать и как именно она обеспечивает повышение эффективности работы диагностических центров? РИС – это единая для всех сотрудников платформа для организации работы центров лучевой диагностики. Система позволяет администраторам диагностических центров внести необходимую информацию о пациенте. Врачам РИС помогает быстро и грамотно сформировать протокол описания исследования, а руководителям – получить данные о количестве исследований, загрузке оборудования и врачей.

С использованием РИС группой компаний «Эксперт» в 2022 г. описано более 1 млн МРТ- и более 180 тыс. КТ-исследований. А РИС нового поколения – iRIS – оптимизировала процесс оказания услуг, ускорение процесса описания исследований и повышение качества.

Но какую бы систему мы ни создали, она не должна быть статичной. К хорошему быстро привыкаешь, а постоянное использование цифровых продуктов врачами порождает желание усовершенствовать их, расширяя их функциональные возможности. Появляется спрос на новые, более совершенные версии программ. РИС – отличный пример того, как здравоохранение и цифровые технологии не просто находятся в гармонии, а всячески способствуют развитию друг друга.

Гасанов Р.Ф.

Состояние про- и противовоспалительных цитокинов у жителей Кыргызстана с нарушением жирового обмена до начала и во время пандемии COVID-19

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования Кыргызско-Российский Славянский университет имени первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина, 720000, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Введение. Инфекция COVID-19 – одна из самых актуальных проблем современной медицины. COVID-19 – системное инфекционное заболевание, характеризующееся нарушением процессов,

регулирующих деятельность иммунной системы, выбросом значительного числа провоспалительных цитокинов с поражением различных органов и систем человека. Несмотря на прогресс, достигнутый в отношении понимания патофизиологических механизмов развития инфекции, очень трудно спрогнозировать тяжесть течения и последствия данного заболевания. Доказано, что на тяжесть течения и неблагоприятный клинический исход COVID-19 в частности влияет ожирение. По данным группы ученых из Москвы, при снижении холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) на 1 ммоль/л риск летального исхода повышается в 1,7 раза. При сравнении выживаемости пациентов в зависимости от уровня ХС ЛНП найдено, что выживаемость пациентов с уровнем показателя <2,45 ммоль/л достоверно ниже, чем у пациентов с уровнем ХС ЛНП $\geq 2,45$ ммоль/л.

В настоящее время есть множество версий о том, что влияет на тяжесть течения COVID-19, однако ученые из Новосибирска в своем исследовании доказывают, что пациенты из группы тяжелого течения COVID-19 имеют более высокие показатели индекса массы тела (ИМТ), более низкие показатели липопротеинов высокой плотности (ЛВП). Относительный риск развития тяжелого течения COVID-19 связан с низким показателем ХС ЛВП. Рядом зарубежных и отечественных авторов было предложено рассматривать интерлейкины (ИЛ) как маркеры прогноза тяжелого течения инфекции.

Интерлейкин-6 – это мультифункциональный цитокин, обладающий множественным действием на организм, его роль заключается в участии в воспалительных процессах, иммунной защите и кроветворении. В продукции ИЛ-6 участвует ряд клеточных типов: моноциты, лимфоциты, фибробласты. Особо интересна его функция в качестве инициатора «цитокинового шторма» при COVID-19, поскольку существует определенная корреляция между концентрацией ИЛ-6 и тяжестью течения инфекции. Важно знать, что избыточная продукция ИЛ-6 приводит к нарушению функции всех органов и систем организма.

Актуальность. В данное время скопилось много сведений о повышении уровня провоспалительных цитокинов и снижении противовоспалительных цитокинов ИЛ-4 у больных с нарушениями жирового обмена. Активация провоспалительных цитокинов через сложный каскад реакций играет важную роль в долгосрочном исходе многих заболеваний. Выявлено, что новая коронавирусная инфекция ухудшает течение заболеваний сердечно-сосудистой системы, неотъемлемой частью которых является дислипидемия. Проведя подробный анализ изученной литературы, мы пришли к выводу о том, что нет достоверного результата исследования о влиянии коронавирусной инфекции на липидный спектр. В основу нашей статьи были взяты данные, включающие результаты анализов (ИЛ-6, ИЛ-10, ХС, ЛПНП, ЛНВП, ТГ) почти полумиллиона респондентов (жители Кыргызской Республики) из разных областей и различной возрастной категории.

Цель – изучить показатели про- и противовоспалительных цитокинов у людей с нарушением липидного обмена до пандемии коронавирусной инфекции и во время нее.

Материал и методы. Нами проанализировано и обработано 473 627 результатов анализов людей старше 18 лет с 2010 по 2022 г., средний возраст респондентов составил $52 \pm 0,96$ года, мужчин – 223 553 человека, женщин – 250 074 человека. Результаты анализов включали общий холестерин, триглицериды, ЛНП, ЛВП, ИЛ-6, ИЛ-10. Изучались 2 группы: контрольная группа, прошедшие обследование до пандемии COVID-19 – 236 813 человек; основная группа – прошедшие обследование во время пандемии COVID-19 (с марта 2020 по апрель 2022 г.) – 236 814 человек. Данные были обработаны в программе SPSS 16.0 (nonparametric test, критерий Стьюдента, коэффициент корреляции Пирсона) и MS Excel 2018, с расчетом относительного риска (с 95% ДИ).

Результаты и обсуждение. Уровень общего холестерина до и во время пандемии не имел статистически значимых отличий и был повышен у половины обследуемых. Что касается уровня триглицеридов в крови обследуемых, повышенный показатель обнаружен у 19,4% (45 941 человек), проходивших обследование в период пандемии против 21,4% (50 678 человек) обследованных

в допандемийный период. Повышенный уровень ЛНП в крови до пандемии был всего у 3,85% (3160 человек), в период пандемии этот показатель повысился в 20 раз (у 77% – 63 200 респондентов). Что касается уровня ЛПВП в крови, до пандемии всего у 3% (14 208) респондентов показатель был снижен, а в период пандемии COVID-19 лишь у 14% (155 человек) показатель находился в пределах нормы, у остальных 86% (203 660 человек) уровень ЛПВП был снижен.

С появлением в нашей жизни коронавирусной инфекции заметно снизилось и количество обследуемых на уровень цитокинов (ИЛ-6, ИЛ-10). До пандемии обследование на ИЛ-10 проходили 205 222 человека, повышенный уровень был обнаружен у 19% (38 992 человека), а в период пандемии всего 50 536 человек, повышенный уровень всего у 6% (3032 человека). До пандемии количество обследованных на уровень ИЛ-6 составляло 179 978 человек (отклонение от референсных значений было обнаружено у 0,99%), а в период пандемии обследование прошли всего 61 571 человек, что в 3 раза ниже показателя в допандемийный период. Однако, несмотря на заметное снижение количества обследований более чем у половины респондентов – 57% (8004 человека), был обнаружен повышенный уровень ИЛ-6. Найдена сильная прямая корреляция ($r=0,839$) между показателями ОХ и ИЛ-6.

При нарушении цитокинового профиля во время пандемии коэффициент относительного риска гиперлипидемии составил 7,199 (95% доверительный интервал 6,9–7,5, см. таблицу).

Относительный риск гиперлипидемии во время пандемии COVID-19

Показатель	Гиперлипидемия	Исхода нет	Всего
Фактор риска есть	63 200	173 614	236 814
Фактор риска отсутствует	3160	82 079	85 239
Всего	66 360	255 693	322 053
Абсолютный риск в основной группе (EER)			0,267
Абсолютный риск в контрольной группе (CER)			0,037
Относительный риск (RR)			7,199
Стандартная ошибка относительного риска (S)			0,018
Нижняя граница 95% ДИ (CI)			6,952
Верхняя граница 95% ДИ (CI)			7,454
Снижение относительного риска (RRR)			6,199
Разность рисков (RD)			0,230
Число больных, которых необходимо вылечить (NNT)			4,352
Чувствительность (Se)			0,952
Специфичность (Sp)			0,321

Наиболее информативным и прогностическим показателем является цитокиновый индекс (ЦИ, соотношение ИЛ-6/ИЛ-10), увеличение которого $>1,7$ ассоциируется с риском развития системного воспаления. Мы рассчитали ЦИ за 2 периода (до пандемии и во время нее); показатель до пандемии равен 1,6 (говорит о том, что системного воспаления организма нет). Однако значение ЦИ во время пандемии статистически значимо выросло в 1,5 раза – 4,6.

Заключение. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 ухудшает состояние липидного спектра, проявляющегося повышением атерогенных и снижением антиатерогенных липопротеинов, которые прямо коррелируют с активацией провоспалительных цитокинов, повышают риск развития системного воспаления и сердечно-сосудистых событий.

Гребенкина Е.В., Ушакова М.С.

Выездная диспансеризация – инструмент повышения охвата обследованием лиц трудоспособного возраста

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Кстовская центральная районная больница», 607650, г. Кстово, Нижегородская область, Российская Федерация

Цель проекта – повысить охват диспансеризацией лиц трудоспособного возраста до 60% от годового плана, добиться 100% направления на 2-й этап при подозрении на хронические неинфекционные заболевания.

Задачи проекта:

- повышение выявляемости онкопатологии в рамках диспансеризации – целевое значение $\geq 0,6\%$;
- 100% взятие на диспансерный учет пациентов с впервые выявленной патологией.

Организовано проведение выездной диспансеризации на предприятия. В результате доля лиц трудоспособного возраста, прошедших диспансеризацию, составила 56%, на 2-й этап направлено 32%. Доля впервые выявленной патологии составила 16,2%.

Проблемы: 74% от прошедших диспансеризацию были лица старше трудоспособного возраста с уже установленным диагнозом; низкая информированность населения о возможности прохождения диспансеризации (ст. 185.1 Трудового кодекса, устанавливающая возможность освобождения работников от работы на 1–2 дня для прохождения диспансеризации).

В 2022 г. проектным офисом правительства Нижегородской области совместно с АО ПСР ГК «Росатом» и Министерством здравоохранения Нижегородской области была разработана дорожная карта «Жизненная ситуация: повышение уровня выявления онкопатологии на ранней стадии».

Одним из мероприятий дорожной карты было проведение диспансеризации на крупных промышленных предприятиях региона. На территории Кстовского муниципального района расположено порядка 15 предприятий с численностью рабочего персонала более 150 человек.

Начиная с августа 2022 г. ГБУЗ НО «Кстовская ЦРБ» была организована выездная диспансеризация на предприятия г. Кстово и Кстовского муниципального района. ГБУЗ НО «Кстовская ЦРБ» – многопрофильная медицинская организация с прикрепленным населением 114 947 человек, в том числе 88 808 взрослого населения.

Организация проведения выездной диспансеризации

1. Сформирована мобильная выездная бригада в следующем составе: администратор, процедурная медицинская сестра, фельдшер, врач-терапевт, акушерка.
2. Скрининговая направленность на выявление онкологической патологии:
 - проведение анализа кала количественным методом (реализуется пилотный проект на базе ГБУЗ НО «Кстовская ЦРБ»);
 - для проведения цитологического исследования заключен договор с ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер»;
 - для выездов на крупные предприятия свыше 100 человек привлекаются передвижные мобильные комплексы: флюорограф, маммограф;
 - двойное прочтение маммографических снимков (заключен договор на дистанционную расшивку с ООО «Честная медицина»).
3. Дополнительно организуется обследование на ВИЧ-инфекцию, вакцинация от коронавируса/гриппа.
4. Выделен администратор со следующим функционалом:
 - оформление первичной медицинской документации;

- отслеживание результатов обследования (результаты анализов, флюорографии, маммографии);
- запись на дообследование;
- отслеживания хода обследования пациента на 2 этапе диспансеризации.

5. Проведена широкая информационная кампания:

- совещание с главой администрации Кстовского муниципального района и представителями работодателей района (37 организаций);
- 3 сюжета на местном телеканале;
- 4 статьи в газетах;
- еженедельное информирование в социальных сетях.

Результаты работы

В августе–ноябре 2022 г. выездная диспансеризация проведена на 6 предприятиях, осмотрами охвачено 564 человека:

Организация/ предприятия	Количество осмотренных пациентов	% впервые выявленной патологии	Впервые выявлена патологии				
			сахарный диабет	доброкаче- ственные новообразо- вания	злокачест- венные ново- образования	артериаль- ная гипер- тензия	анемия сред- ней степени тяжести
ООО «СИБУР»		18,7	2	21 (мастопатии, эктопии, неву- сы, аденомы)	1	14	8
ООО «ЛУКОЙЛ» (столовая)	72	11	1	4 (аденома, мастопатии)		2	1
ТЭЦ	73	13,6	1	5 (мастопатии, эктопии)			4
Налоговая инспекция	63	15,8		7 (мастопатии, эктопии)		1	2
Оптика кронус	40	15		3 (мастопатии)		1	2
Атолл	71	16,9	2	6 (аденома, мастопатии)		4	
Итого	564	16,3%	6	46	1 (подтверж- ден)	22	

В феврале–апреле 2023 г. выездная диспансеризация проведена на 6 предприятиях, осмотрами охвачено 468 человек:

Администра- ция Кстов- ского района	230	20,8	3	17 (мастопатии, невус, адено- ма)	7 (меланома, 3 случая рака молочной железы, 3 случая коло- ректального рака)	3	18
ООО «Связист»	33	9		2 (мастопатии)	1 (рак молоч- ной железы)		
ТЭЦ	34	9		2 (аденома, мастопатия)			1
Мебель+	113	14	2	6 (мастопатии)	3 (колоректаль- ный рак)	3	2
Соседский центр	58	10		5 (аденомы, мастопатии)	1 (колоректаль- ный рак)		
Итого	468	16,2%	5	32	12	6	21

Итоги работы за I квартал 2023 г.

1. Доля лиц трудоспособного возраста, прошедших диспансеризацию в I квартале 2023 г. составила 56% (на 21% больше, чем в I квартале 2022 г.).
2. Доля лиц трудоспособного возраста направленных на 2-й этап диспансеризации составила 32%.
3. Выявляемость онкологических заболеваний в рамках диспансеризации составила 0,6% (целевое значение достигнуто).
4. Выявляемость онкологических заболеваний выросла на 9%, выявление злокачественных новообразований на I–II стадии выросло на 18% и составило 64,5%.
Увеличилась выявляемость следующих нозологий:
 - новообразования кожи – на 70%;
 - колоректальный рак – на 27%;
 - рак шейки матки – на 33%;
 - рак яичника – на 100%;
 - рак молочной железы – на 38%.
5. Увеличился охват маммографическим исследованием в 2,5 раза (1426 человек в 2023 г. против 603 в 2022 г.).
6. Увеличился охват исследованием кала на скрытую кровь (1104 человек в 2023 г. против 213 в 2022 г.).
7. Увеличился охват колоноскопией (186 человек в 2023 г. против 137 в 2022 г.).

Выявленные проблемы при реализации мероприятий

1. Возможность проведения диспансеризации только для прикрепленного населения.
2. Отсутствие тарифа на выездную диспансеризацию (финансовые потери для медицинской организации).

Решения

1. Внесение изменений в порядок проведения диспансеризации и профилактических осмотров с возможностью проведения диспансеризации для всех граждан (как прикрепленных к медицинской организации, так и неприкрепленных).
2. Внесение изменений в тарифное соглашение с утверждением тарифа на выездную диспансеризацию.

Дахкильгова М.О.

Внедрение Калгари-Кембриджской модели медицинской консультации на амбулаторном приеме в Республике Ингушетия

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Малгобекская центральная районная больница», 386302, г. Малгобек, Республики Ингушетия, Российская Федерация

«Искусство медицины состоит из трех элементов: болезнь, больной и врач» – так много веков назад писал Гиппократ. С течением времени актуальность данной цитаты сохраняется. Для успешного взаимодействия этих элементов необходимо выстроить такие коммуникативные связи между пациентом и врачом, при которых пациент доверяет врачу, признает его экспертность.

Однако при отсутствии диалога между врачом и пациентом, в ходе которого врач демонстрирует свою заинтересованность в помощи пациенту, у последнего возникает неудовлетворенность оказанной медицинской услугой и системой здравоохранения в целом. Так, согласно данным отчета об итогах работы Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) Респуб-

лики Ингушетия за 9 мес 2019 г., расходы на оказание медицинской помощи застрахованным лицам по программе обязательного медицинского страхования в других регионах РФ составили 2,5% от бюджета фонда на текущий год (в данный отчет не входит обеспечение высокотехнологичной медицинской помощью).

Иначе говоря, по различным причинам, в том числе из-за неудовлетворенности оказываемой медицинской помощи жители региона предпочитают получать медицинские услуги за пределами республики. Для улучшения качества и доступности медицинских услуг в современном мире, в том числе в нашей стране, все чаще используют пациент-ориентированную модель здравоохранения, а именно Калгари-Кембриджскую модель.

Использование Калгари-Кембриджской модели медицинской консультации на амбулаторном приеме врача-кардиолога, врача-терапевта в ГБУЗ «МЦРБ» с сентября 2022 г. по март 2023 г. позволило выявить корреляцию с удовлетворенностью пациента проведенным лечением. Так, отмечается повышение комплаенса (приверженности пациента к своевременному лечению), соблюдение всех предписаний и рекомендаций врача, число положительных отзывов о деятельности врача и удовлетворенности лечением, размещенных в социальных сетях, на сайтах по поиску и подбору врачей на территории региона выросло на 2,5%.

Внедрение Калгари-Кембриджской модели взаимодействия врача и пациента на амбулаторном и стационарном лечении в Республике Ингушетия позволит повысить эффективность и своевременность диагностики и лечения заболеваний, качество оказываемых медицинских услуг, будет способствовать повышению уровня профессиональной подготовки специалистов, а также позволит аккумулировать средства региональных фондов ОМС в пределах региона, что благоприятно скажется на экономической обстановке в регионе.

Долгошапко О.Н.

Особенности функционирования системы здравоохранения Донецкой Народной Республики в условиях военного конфликта на Донбассе в 2014–2023 гг.

Администрация главы Донецкой Народной Республики, 283001, г. Донецк, Донецкая Народная Республика, Российская Федерация

Донбасс всегда был частью великой России, исторически сложившимся центром тяжелой промышленности юга России. Медицина Донбасса находилась на передовых рубежах отечественной и мировой медицинской науки, отличаясь от других регионов Украины смелостью идей, новаторством и неординарностью решения актуальных проблем, а Донецкий медицинский институт (а затем – университет) входил в пятерку лучших вузов Советского Союза и был лидером на Украине по уровню профессорско-преподавательского состава и качеству подготовки медицинских кадров.

Система здравоохранения Донбасса всегда была частью советской системы Н.А. Семашко и сохранила ее лучшие черты: человечность, сострадание, любовь к пациентам. Однако начиная с 2012 г. Донецкая область была включена в пилотный проект по реформированию системы здравоохранения на Украине. Суть этого реформирования сводилась к разделению амбулаторно-поликлинической службы на первичный и вторичный уровни с образованием центров первичной медико-санитарной помощи, внедрению системы семейной медицины, сокращению стационарных коек, значительному сокращению учреждений санитарно-эпидемиологической службы и т.д.

С начала реформы (с 1 января 2012 г. и до 1 января 2014 г.) в Донецкой области было создано 72 Центра первичной медико-санитарной помощи (ЦПМСП), и каждый имел в своем штатном расписании

сании до 15 ставок только административно-хозяйственного аппарата, а также ряд вспомогательных сотрудников, в результате чего админресурс лечебных учреждений вырос более чем на 1500 должностей, что на фоне дефицита врачей первичного звена привело не к улучшению, а к ухудшению качества оказания первичной медико-санитарной помощи населению.

Несмотря на то что до начала боевых действий Донецкая область была самой густонаселенной на Украине (в январе 2014 г. – 4,6 млн человек) и на ее территории располагалось много различных воинских частей, своего военного госпиталя не было никогда. Помощь военнослужащим в случаях ранений или заболеваний оказывали гражданские больницы. По мере того как поток раненых рос и военные действия приближались к Донецку, возник вопрос о развертывании военного госпиталя для оказания помощи сугубо ополченцам.

По распоряжению Совета министров Донецкой Народной Республики (ДНР) на базе стационара лечебно-оздоровительного центра (ЛОЦ) и поликлиники № 2 Донецкого клинического территориального медицинского объединения 6 июня 2014 г. был развернут Первый военный госпиталь ДНР расчетной мощностью на 120 коек (2 хирургических отделения на 50 коек каждое и терапевтическое отделение на 20 коек). Уже в августе количество коек увеличилось до 200. Уникальность данного госпиталя заключалась в том, что он состоял исключительно из добровольцев, волонтеров – медицинских и немедицинских работников, которые на протяжении 18 мес абсолютно безвозмездно оказывали медицинскую помощь раненым в ходе боевых действий ополченцам и военнослужащим, не получая при этом никакой зарплаты.

За 1,5 года работы Первый военный госпиталь ДНР вернул в строй более 12 000 раненых и пострадавших в ходе боевых действий защитников Донбасса. Однако он вынужден был прекратить свое существование в условиях полного отсутствия финансирования, поскольку ему так и не нашлось места ни в системе военной медицины, ни в системе гражданского здравоохранения ДНР. До сих пор, за 9 лет войны, у нас в республике так и не открыт полноценный военный госпиталь.

Как же выживала наша система здравоохранения в условиях военной блокады? Прежде всего за счет гуманитарной помощи со стороны Российской Федерации. Причем это касалось не только материальной помощи в виде заработной платы, были поставлены сотни тонн лекарственных препаратов, медицинского оборудования и аппаратуры, стройматериалов для ремонта разрушенных больниц и амбулаторий. Совместно с Минздравом Российской Федерации была разработана гуманитарная программа, в рамках которой только в 2020–2022 гг. в учреждения здравоохранения ДНР было поставлено медицинское оборудование и лечебно-диагностическая аппаратура, а также новый санитарный транспорт, проведены капитальные ремонты больниц на общую сумму 2,6 млрд руб.

Что сегодня представляет здравоохранение ДНР? Прежде всего ухудшились демографические показатели: в сравнении с Донецкой областью 2014 г. население ДНР уменьшилось в 1,5 раза и на 1 января 2023 г. составило 2866,8 тыс. чел.; при общей смертности населения 16,7 уровень рождаемости в 2022 г. снизился до 2,4 на 1000 населения, т.е. на 33,3% в сравнении с 2021 г. Таким образом, в ДНР смертность превышает рождаемость практически в 7 (!) раз. При этом удельный вес лиц старше трудоспособного возраста среди обслуживаемого учреждениями здравоохранения населения составляет 34,3%, лиц трудоспособного возраста – 55,9%; на долю детского населения в возрасте 0–13 лет приходится всего 9,8%. Количество родов в ДНР за последние 6 лет прогрессивно уменьшается (с 11 993 родов в 2016 г. до 6986 в 2022 г.), на 46,8% снизился коэффициент фертильности (с 20,1 в 2016 г. до 10,7 в 2022 г.), что свидетельствует о резком уменьшении нашего репродуктивного потенциала.

Какие силы и средства имеются в ДНР для оказания медицинской помощи населению? На территории республики насчитывается 15 городов, 9 сельских административных районов. Всего учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь, 197, из них – 34 ЦПМСП, 9 – ЦРБ, 2 перинатальных центра, 3 дома ребенка.

На 1 января 2023 г. общее количество врачей в ДНР составило 8158 чел., среднего медицинского персонала – 19 326 чел. Укомплектованность врачами учреждений здравоохранения в 2022 г. составила всего 51,0%, средним медперсоналом – 64,0%. Продолжается отток медицинских кадров, в результате чего дефицит врачей в ДНР составляет 7424 чел., среднего медперсонала – 10 866 чел. Особо дефицитные врачебные специальности: участковые терапевты (укомплектованность – 31,5%), участковые педиатры (45,1%), анестезиологи-реаниматологи (42,4%), врачи скорой медицинской помощи (23,0%).

Следует особо отметить, что в связи с продолжающимися боевыми действиями медицинские работники ДНР на протяжении 9 лет оказывают медицинскую помощь и спасают жизни раненым защитникам Отечества и мирному населению под постоянными артобстрелами со стороны Украины и с риском для собственной жизни, проявляя чудеса мужества, стойкости и самоотверженности.

Наши перспективы. При существующих на сегодня низкой рождаемости, высокой смертности, убыли населения и продолжающемся ухудшении состояния здоровья населения, а также при неудовлетворительном функционировании системы здравоохранения республики и дефиците медицинских кадров, демографический прогноз для ДНР является **пессимистичным и негативным**, результатом чего может стать полное исчезновение населения республики в течение 73 лет (!).

Исходя из вышеизложенного, главной **стратегической целью** развития здравоохранения и медицинской науки ДНР на ближайшие годы должно стать **сохранение народа Донбасса** и разработка соответствующей Государственной межотраслевой программы по сохранению народа Донбасса в рамках Национального проекта РФ «Демография», поскольку все остальные планы не будут иметь никакой перспективы в условиях отсутствия населения.

Завалева Е.В., Андрузская А.Г., Завалев В.И.

Автоматизированная система принятия управленческих решений

Национальный исследовательский центр «Курчатовский институт», 123182, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Одной из стратегических целей, определенных Указом Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 г. № 474 «О национальных целях развития России до 2030 года» является «сохранение населения, здоровье и благополучие людей». Для реализации поставленной цели одним из основных направлений системы здравоохранения является обеспечение качества и доступности оказания медицинской помощи.

В настоящее время в сфере охраны здоровья активно внедряются инновационные цифровые технологии, позволяющие автоматизировать и стандартизировать процессы как непосредственно в медицинских организациях, так и на уровне субъекта Российской Федерации, федерального округа и страны в целом.

Управление в системе здравоохранения не является исключением и в рамках возложенного функционала на руководителей разного уровня требует внедрения современных систем, позволяющих в автоматизированном виде предоставлять информацию по каждому компоненту организации оказания медицинской помощи, а также рейтинговать возникающие проблемные моменты по значимости, выстраивая план проведения корректирующих мероприятий по приоритетам.

Результаты. В рамках данной работы проведен анализ соответствия критериев (маппинг) стандартов качества JCI (Joint Commission International) – 310 стандартов, HAS (Haute Autorité De Sante) – 85 критериев, ГОСТ ISO 9001 – 64 критерия, Практических рекомендаций Росздравнад-

зора – 125 показателей и нормативной базы в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Найдены соответствия во всех вышеперечисленных стандартах качества с российским законодательством. Разработаны 25 наиболее информативных критериев, характеризующих каждый компонент организации оказания медицинской помощи.

Сконструирована модель автоматизированной системы принятия управленческих решений (далее – АСПУР), базирующаяся на многокритериальном интегральном способе оценки с применением принципа Парето. АСПУР позволяет проводить оценку эффективности организации оказания медицинской помощи, выявлять слабые стороны в каждом компоненте, приоритизировать корректирующие мероприятия, исходя из принципа Парето. Данная система является маневренной, предполагает возможность изменения критериев в зависимости от запроса.

В данной работе также предложена технология принятия управленческого решения, базирующаяся на градации каждого критерия/компонента по уровню важности их исполнения.

Заключение. АСПУР позволит управленцам в сфере охраны здоровья различного уровня в онлайн режиме получать информацию о проблемных моментах в организации оказания медицинской помощи, в автоматизированном виде выстраивать вектор работы по проведению корректирующих мероприятий, изменять критерии каждого компонента в зависимости от запроса, а также отслеживать динамику изменений путем сравнения результатов первичной и динамической оценок.

Ефанова Е.Н.

Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов дневного стационара кожно-венерологического учреждения

Бюджетное учреждение высшего образования «Сургутский государственный университет», 628416, г. Сургут, Российская Федерация

Цель исследования – определение степени удовлетворенности пациентов медицинской помощью в бюджетном медицинском учреждении г. Сургута.

Актуальность. Удовлетворенность населения оказанием медицинской помощи – один из критериев оценки эффективности системы здравоохранения в стране в целом и в отдельной медицинской организации. Этот критерий определяется на основе результатов анкетирования населения и, по оценке экспертов Всемирной организации здравоохранения, называется отзывчивостью системы.

В условиях поиска новых подходов к повышению доступности, качества и культуры оказания медицинской помощи мнение пациентов является одним из критериев оценки деятельности и в дневном стационаре кожно-венерологического диспансера.

Цель исследования – определение степени удовлетворенности пациентов медицинской помощью в бюджетном медицинском учреждении г. Сургута.

Материал и методы. Медико-социологические исследования по изучению мнения населения о качестве медицинской помощи в дневном стационаре кожно-венерологического диспансера проводились путем анкетирования во время пребывания пациентов в учреждении, а также через Интернет и по телефону.

Результаты. Количество респондентов, принявших участие в анкетировании, составило 167 человек: 62,4% женщин и 37,6% мужчин.

По возрасту в диапазоне 41–60 лет наибольшее число анкетированных – 46%, 21–40 лет – 33%, старше 60 лет – 18%, лиц до 20 лет – 3%. В анкетировании приняли участие 51,2% людей с высшим образованием. Предполагается, что пациенты с высшим образованием способны предъявлять более обоснованные требования к качеству медицинской помощи. Респонденты со средним профессиональным образованием составили 27,5%, студенты – 9,5%.

По социальному статусу среди респондентов служащие составили 29,7%, предприниматели – 26,5%, рабочие – 19,7%, учащиеся – 3,7%, пенсионеры – 20,4%, и др.

Мнения респондентов об отношении медицинского персонала к пациентам распределились следующим образом: 87,6% оценили как «внимательное и доброжелательное», 7,3% – «формально вежливое», ответ «равнодушное» выбрали 1,2%, «затрудняюсь ответить» – 3,9%. Грубое отношение персонала не отметил ни один из анкетированных. Доверие квалификации врачей дневного стационара выразили 90,5% ответивших, недоверие – 0,3%, затруднились с ответом 9,8%. По результатам анкетирования 91% респондентов удовлетворены качеством оказания медицинской помощи, 8,4% удовлетворены частично, 0,1% не удовлетворены, 0,5% выбрали ответ «затрудняюсь ответить».

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о высоком уровне удовлетворенности потребителей медицинских услуг в дневном стационаре кожно-венерологического диспансера, наиболее высоко оценивается квалификация врачей. Неудовлетворенность в ряде случаев качеством медицинского обслуживания диктует необходимость повышения деонтологической грамотности и профессионализма персонала. Знание результатов социологических опросов позволяет принимать правильные и своевременные управленческие решения, что способствует повышению эффективности деятельности медицинского учреждения и, в конечном итоге, оказывает влияние на имидж медицинского учреждения.

Иванов С.В., Бутырская И.Б.

Обеспечение медицинской помощью несовершеннолетних в школах Республики Крым

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», 295051, г. Симферополь, Российская Федерация

Цель исследования – провести оценку организации работы медицинских кабинетов в школах Республики Крым.

Материал и методы. Для определения и оценки работы медицинских кабинетов в образовательных учреждениях Республики Крым были обработаны статистические данные Министерства образования и Министерства здравоохранения Республики Крым за 2019, 2020, 2021 гг. и отчет Министерства финансов Республики Крым.

Результаты. Проведенные исследования показали следующие данные: в 2022 г. в школу пошли около 230 тыс. учащихся, 4900 в Симферополе и 24 тыс. «первый раз в первый класс», в 2021 г. – 204 тыс. учащихся и более 21 тыс. первоклашек. В Крыму имеется 6 частных школ, 16 государственных школ для лиц с ограниченными возможностями передвижения, школы-интернаты и школа «МДЦ “Артек”».

Министерство образования, науки и молодежи Республики Крым во исполнение подпункта «а» пункта 3 перечня поручений Президента Российской Федерации от 7 июня 2011 г. № Пр-1580Г

по итогам заседания Президиума Государственного Совета Российской Федерации и Комиссии при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политики, в соответствии с письмом полномочного представителя Президента Российской Федерации в Южном федеральном округе от 29.06.2020 № 1/40669/01-23/3 информирует по вопросу совершенствования организации медицинского обслуживания в дошкольных образовательных и общеобразовательных организациях.

В целях осуществления лицензирования медицинской деятельности в образовательных организациях Республики Крым Министерством здравоохранения Республики Крым и Министерством образования, науки и молодежи Республики Крым издан совместный приказ от 10.03.2022 № 728/410 «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») по организации в Республике Крым оказания первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним в период обучения и воспитания» (далее – «Дорожная карта»).

На 1 сентября 2022 г. (данные дошкольных образовательных учреждений и школ):

- медицинские кабинеты (блоки), не имеющие положительного санитарно-эпидемиологического заключения, но соответствующие санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам, а также условиям и требованиям для осуществления медицинской деятельности, переданы в безвозмездное пользование медицинским организациям, отнесенным к ведению Министерства здравоохранения Республики Крым по территориальному принципу;
- на медицинские кабинеты (блоки), имеющие положительное санитарно-эпидемиологическое заключение, направлены документы в Министерство здравоохранения Республики Крым для получения лицензии на осуществление медицинской деятельности.

Медицинская помощь несовершеннолетним во время учебно-воспитательного процесса осуществляется в 924 медицинских кабинетах (МК), из них:

- 500 МК имеют лицензию на осуществление медицинской деятельности;
- 202 МК имеют положительное санитарно-эпидемиологическое заключение (будут получать лицензию);
- 216 МК переданы в безвозмездное пользование учреждениям здравоохранения Республики Крым;
- в 6 МК проводятся ремонтные работы (капитальные ремонты учреждений).

Медицинский кабинет образовательного учреждения осуществляет: профилактическую и лечебно-профилактическую работу в образовательном учреждении; контроль за санитарно-гигиеническими условиями образовательного учреждения, в том числе состоянием окружающей территории, пищеблока, учебных помещений, мест отдыха учащихся, санитарно-гигиенических комнат и др.; оказание методической помощи при организации образовательного процесса, контроль его соответствия; существующим санитарно-гигиеническим нормативам (участие в составлении учебного расписания, определение режима дня и занятий, контроль за соблюдением санитарно-гигиенических норм учебного труда и отдыха учащихся); контроль за организацией и качеством питания учащихся, физического воспитания с оценкой уровня физической подготовленности детей, трудового обучения и контроль за их выполнением; контроль за детьми, занимающимися спортом в условиях образовательного учреждения; медицинскую профессиональную ориентацию, врачебное профессиональное консультирование с учетом состояния здоровья детей до 18 лет;

Приказ Минздрава «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним» определяет, что на одного врача и одну медсестру в школах должно приходиться не более тысячи учеников. Но опыт показывает, что врачей и медсестер хватает только на 65–70% школ, и это при условии, что врачи и медсестры работают на 1,5 ставки и в 2–3 школах.

Необходимо повысить заинтересованность врачей и медицинского персонала при работах в школах.

Карайланов М.Г., Прокин И.Г.

Научное обоснование оценки эффективности стационарозамещающих технологий в первичном звене здравоохранения

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, 194044, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Первичная медико-санитарная помощь является важнейшим звеном системы здравоохранения, от состояния которой зависят не только эффективность и качество деятельности всей системы в целом, но и решение многих медико-социальных проблем. Данный вид медицинской помощи занимает приоритетное значение в медицинском обслуживании населения как наиболее массовый и доступный.

Учитывая значимость первичной медико-санитарной помощи, в настоящее время недостаточно изучены вопросы эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также развития стационарозамещающих технологий. Особенности оказания первичной медико-санитарной помощи представлены во многих публикациях авторов, но среди них нет ни одной, которая бы отражала объективную характеристику оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара.

Основными проблемами в организации оказания первичной медико-санитарной помощи являются доступность и качество, профилактическая направленность, преемственность и этапность в осуществлении лечебно-профилактической деятельности, кадровый дефицит, неполное материально-техническое оснащение и недостаточный уровень внедрения современных информационных технологий в медицинских организациях, на которые в последнее время обращают особое внимание.

С учетом климатогеографических особенностей, уровня транспортной доступности медицинских организаций, развитием инфраструктуры и плотности населения возникает острая необходимость поиска путей дальнейшего развития и совершенствования первичной медико-санитарной помощи как главного элемента системы здравоохранения, повышения эффективности деятельности медицинских организаций.

Наше исследование проводилось на базе данных результатов деятельности медицинских организаций г. Санкт-Петербурга, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по основным клинико-статистическим группам в сравнении с 2015 по 2019 г.

Оценка эффективности стационарозамещающих технологий в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, нами была проведена с позиции медицинской, социальной и экономической эффективности.

Нами определены и проанализированы основные ключевые показатели медицинской эффективности, такие как госпитализированная заболеваемость, обеспеченность койками, работа койки в году, средняя длительность пребывания на койке, средние сроки проведенных койко-дней. Данные показатели показали свою эффективность при лечении пациентов в условиях дневного стационара по сравнению с круглосуточным при одинаковых условиях.

Проведенное анкетирование пациентов показало наибольшую удовлетворенность их лечения в условиях дневного стационара по анализируемым критериями, определив социальную эффективность лечения в условиях дневного стационара по сравнению с круглосуточным.

При сравнительной характеристике затрат на лечение пациентов в условиях дневного и круглосуточного стационаров отмечается наименьшая средняя стоимость одного койко-дня при лечении в условиях дневного стационара по всем профилям медицинской помощи, в среднем разница составляет 2,2 раза, тем самым определяя экономическую эффективность.

В результате оценки эффективности стационарозамещающих технологий в медицинских организациях нами были сделаны следующие выводы:

1. Оценка эффективности медицинских технологий направлена на рациональное использование ресурсов здравоохранения.

2. При наименьших финансовых затратах и в более короткий срок достигается определенная медицинская и социальная эффективность при лечении пациентов дневного стационара по сравнению с круглосуточным при одинаковых условиях.

3. Лечение в дневном стационаре имеет значительное деонтологическое преимущество, а именно большую часть времени пациент находится дома, в привычных комфортных условиях, в окружении близких людей, что однозначно повышает эффективность лечения.

4. Стоимость оказания медицинской услуги в дневном стационаре в несколько раз дешевле стоимости аналогичной услуги в стационаре круглосуточного пребывания, стоимость курса лечения прямо пропорциональна количеству проведенных койко-дней.

Карайланов М.Г., Ужох-Бажноков О.А.

Организация профилактических мероприятий с применением цифровых технологий

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, 194044, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

В современном мире одной из главных задач, стоящих перед государством, является увеличение продолжительности и улучшение качества жизни граждан. Особенно данная проблема актуальна в связи с демографическим положением Российской Федерации в настоящее время. В связи с этим в современной системе здравоохранения возникает необходимость своевременной диагностики и лечения социально значимых заболеваний, наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями.

Проведение профилактических мероприятий с целью своевременного выявления риска развития хронических заболеваний и контроля над ними является главной задачей каждой медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» необходимо обеспечить устойчивый естественный рост численности населения Российской Федерации, а также увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни. Данные стратегические задачи можно реализовать в том числе путем внедрения и развития цифровой медицины.

Важным новшеством в организации профилактических мероприятий пациентам с хроническими заболеваниями, состоящими на диспансерном учете, является мониторинг их состояния здоровья в круглосуточном режиме вне медицинской организации и без необходимости физического пребывания пациента в непосредственной близости врача. Такую возможность обеспечивают неинвазивные нательные датчики (устройства), отслеживающие показатели пациента и передающие инфор-

мацию на сервер медицинской организации и непосредственно курирующему врачу. В настоящее время проводится апробация данной методики и возможность ее внедрения в практику медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

С помощью данной методики можно увеличить охват профилактических мероприятий, заблаговременно предупреждать возможность неотложных состояний, улучшить качество и скорость оказания медицинской помощи, а также оптимизировать рабочий процесс врача.

Катибов М.И.

Возможные риски в многопрофильном стационаре и антирисковые стратегии

Государственное бюджетное учреждение Республики Дагестан «Городская клиническая больница», 367018, г. Махачкала, Республика Дагестан, Российская Федерация

Введение. Систему здравоохранения можно отнести к числу сфер деятельности человека, сопряженных с большим числом факторов риска. В данной области присутствуют все основные риски, характерные для большинства бизнес-процессов вне зависимости от рода деятельности. Несмотря на такое существенное влияние рисков на эффективность деятельности медицинских организаций, отмечается явно недостаточное использование риск-ориентированных подходов в процессе работы медицинских учреждений. С учетом этого актуальным представляется проведение анализа работы и текущего состояния медицинского учреждения с точки зрения наличия и возможного влияния различных рисков с последующей разработкой на основе установленных рисков и выявленных проблемных зон антирисковых мероприятий.

Основная часть. На первом этапе проведена идентификация рисков для учреждения с составлением реестра рисков и их оценкой с позиции вероятности развития и возможных последствий. Все вероятные риски, которые могут иметь значимый для учреждения характер, были классифицированы с учетом их вероятности наступления, тяжести последствий и возможного объема финансового ущерба представлены ниже:

1. Дефекты в оказании медицинской помощи а:
 - а) вредом здоровью легкой степени тяжести;
 - б) вредом здоровью средней степени тяжести;
 - в) вредом здоровью, тяжким по последствиям;
 - г) опасным для жизни тяжким вредом здоровью;
 - д) тяжким вредом здоровью со смертельным исходом.
2. Некорректное оформление медицинской документации:
 - а) с незначительными ошибками (штраф до 20% от стоимости лечения 1 случая болезни);
 - б) со значительными ошибками (штраф от 20 до 50% от стоимости лечения 1 случая болезни);
 - в) с критическими ошибками (штраф от 50 до 100% от стоимости лечения 1 случая болезни).
3. Нарушение законодательства о закупках, условий контрактов (договоров) со стороны больницы.
4. Нарушение законодательства о налогах и сборах, страховых взносах.
5. Несвоевременное либо неадекватное обновление материально-технической базы.
6. Усиление позиций конкурентов.
7. Снижение доли высокотехнологичных дорогостоящих операций.
8. Изменения в нормативных актах и законодательных документах, затрудняющие либо препятствующие осуществлению определенных видов услуг.
9. Слабая маркетинговая деятельность.

10. Уход высококвалифицированных специалистов.
11. Снижение покупательской способности населения.
12. Рост цен на медицинское оборудование.
13. Возникновение пандемий или техногенных катастроф.
14. Слабое развитие цифровых технологий в учреждении.
15. Неполучение или непродление лицензии на определенные виды медицинской деятельности.
16. Нарушение контрактных обязательств поставщиками медицинского оборудования.
17. Нарушение пенсионного законодательства.
18. Нарушение трудового законодательства.
19. Нарушение законодательства об охране окружающей среды.
20. Нарушение законодательства об охране труда.
21. Нарушение внутреннего финансового контроля.
22. Несанкционированные операции с использованием конфиденциальной информации.
23. Нарушения в процессе тендеров и закупок.
24. Нарушения при предоставлении платных услуг.
25. Вымогатelьства или получение взяток медицинским персоналом.
26. Нарушение санитарного законодательства.
27. Нарушение требований пожарной безопасности.

На втором этапе каждый выделенный риск оценен по двум критериям: вероятность наступления риска и возможные последствия при его возникновении. Вероятность наступления риска оценена по 5-балльной системе: 1 – почти невероятно (однажды); 2 – маловероятно (1 раз в год); 3 – вероятно (1 раз в квартал); 4 – средняя вероятность (1 раз в месяц); 5 – высокая вероятность (1 раз в неделю). По возможным последствиям риски подразделены на 5 уровней: 1 – незначительный; 2 – умеренный; 3 – значительный; 4 – высокий; 5 – критический.

Оценку величины риска проводили путем умножения уровня вероятности рискового события на уровень возможного ущерба от него. При этом значимость риска классифицировали следующим образом: а) красный уровень (высокая оценка риска – 15–25); б) желтый уровень (средняя величина риска – 5–14); в) зеленый уровень (малая величина риска – 1–4).

Красному уровню соответствовали 3 риска: некорректное оформление медицинской документации; слабая маркетинговая деятельность; слабое развитие цифровых технологий в учреждении. 6 рисков имели характер зеленого уровня: несанкционированные операции с использованием конфиденциальной информации; нарушение пенсионного законодательства; нарушение трудового законодательства; нарушение законодательства об охране окружающей среды; нарушение законодательства об охране труда; нарушение законодательства о налогах и сборах, страховых взносах. Все остальные 18 из выделенных 27 рисков (66,7%) оказались в желтой зоне.

Для предотвращения наступления возможных рисков или минимизации последствий при их осуществлении в рамках предлагаемой системы риск-менеджмента могут быть использованы следующие антирисковые стратегии:

- А. Стратегия избегания риска для следующих категорий риска:
 - 1) нарушение внутреннего финансового контроля;
 - 2) нарушение законодательства о закупках, условий контрактов (договоров) со стороны больницы;
 - 3) нарушение законодательства о налогах и сборах, страховых взносах;
 - 4) нарушение законодательства об охране окружающей среды;
 - 5) нарушение законодательства об охране труда;
 - 6) нарушение пенсионного законодательства;
 - 7) нарушение санитарного законодательства;
 - 8) нарушение трудового законодательства;

- 9) нарушение требований пожарной безопасности;
 - 10) нарушения в процессе тендеров и закупок;
 - 11) неполучение или непродление лицензии на определенные виды медицинской деятельности;
 - 12) несанкционированные операции с использованием конфиденциальной информации.
- Б. Стратегия снижения риска для следующих рисков событий:
- 1) дефекты в оказании медицинской помощи;
 - 2) некорректное оформление медицинской документации;
 - 3) несвоевременное либо неадекватное обновление материально-технической базы;
 - 4) снижение доли высокотехнологичных дорогостоящих операций;
 - 5) слабая маркетинговая деятельность;
 - 6) уход высококвалифицированных специалистов;
 - 7) слабое развитие цифровых технологий в учреждении;
 - 8) нарушения при предоставлении платных услуг;
 - 9) вымогательства или получение взяток медицинским персоналом.

Стратегия принятия риска для следующих рисков:

- 1) усиление позиций конкурентов;
- 2) изменения в нормативных актах, затрудняющие либо препятствующие осуществлению определенных видов услуг;
- 3) снижение покупательской способности населения;
- 4) рост цен на медицинское оборудование;
- 5) возникновение пандемий или техногенных катастроф.

Стратегия передача риска для следующего риска:

- 1) нарушение контрактных обязательств поставщиками медицинского оборудования.

Заключение. Определены основные возможные варианты существующих для рассматриваемой медицинской организации риски, на основе которых предложены наиболее приемлемые и эффективные меры по предотвращению или минимизации вероятности их наступления.

Кетов А.Н.

Модель комплексной межведомственной реабилитации детей с ментальными нарушениями на основе опыта работы отделения патологии речи ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьский ПНД»

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа «Ноябрьский психоневрологический диспансер», 629806, г. Ноябрьск, Ямало-Ненецкий автономный округ, Российская Федерация

За Уралом комплексная медицинская помощь несовершеннолетним со специфическими нарушениями речи и других высших психических функций в государственных учреждениях оказывается только в Красноярске, Тюмени, Омске. Во всех учреждениях очередь ожидания курса реабилитации составляет не менее года.

1 января 2021 г. в г. Ноябрьске ЯНАО на базе психоневрологического диспансера (ПНД) было открыто отделение патологии речи мощностью 387 амбулаторных обращений в год и 20,0 шт. ед. С 2 лет дети получают комплексную психолого-психиатрическую и медико-педагогическую помощь в виде 2-недельных курсов до 2 раз в год.

Задачи отделения:

- клиническая и инструментальная диагностика;
- уточнение диагноза;
- исключение противопоказаний для терапии, стимулирующей ЦНС;
- подбор и коррекция медикаментозного лечения и необходимых методик;
- формирование и реализация реабилитационного маршрута;
- повышение уровня компетенций заинтересованных специалистов систем образования, социальной защиты и педиатрических служб;
- координационно-методическая работа по тиражированию опыта работы отделения в других муниципалитетах ЯНАО.

В зависимости от нозологии и степени выраженности нарушений реабилитационный маршрут состоит из:

- фармакотерапии;
- занятий с логопедом, логомассаж;
- дефектологических занятий;
- ЛФК;
- физио- и аппаратного лечения;
- Денверской модели раннего вмешательства;
- нейропсихологических занятий;
- нейросенсорной интеграции;
- групповой психотерапии для детей;
- медицинского массажа;
- АВА терапии.

Курс в отделении длится всего 2 нед. Но дети, имеющие право на региональный реабилитационный сертификат (до 500 000 руб.) и/или показания могут получать дальнейшее поддерживающее лечение/коррекцию в частных центрах и центрах соцзащиты на протяжении последующих 6 мес.

В отделении проводится психотерапевтическая работа с законными представителями детей, школа для родителей, а также функционирует кабинет маршрутизации, в котором родители получают консультацию по мерам социальной поддержки регионального и федерального уровней. Дважды в год участковые детские психиатры проходят стажировку в отделении патологии речи, а детские психиатры отделения – на детском психиатрическом участке. Такой подход обеспечивает преемственность между службами и повышает доверие граждан к детской психиатрии.

В рамках профориентации отделение принимает группы учащихся старших классов и студентов. Заключены соглашения о взаимодействии и волонтерстве между ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьский ПНД» и Департаментом образования, управлением соцзащиты, а также с перинатальным центром ГБУЗ ЯНАО «Центральная городская больница» об обмене сведениями о детях, родившихся с факторами риска нарушений психоневрологического развития (в том числе в рамках проведения массового генетического обследования новорожденных детей на наследственные заболевания).

С 2011 г. в регионе действует некоммерческий благотворительный фонд поддержки детей ЯНАО «Ямине». Фонд оказывает существенную финансовую поддержку семьям с особыми детьми, в том числе компенсирует расходы на проезд и проживание детей, направленных в Ноябрьское отделение патологии речи из других городов ЯНАО. Также фонд оплачивает проезд в округ частных центров с целью проведения выездных реабилитационных курсов/интенсивов для детей и семинаров для специалистов социальной сферы.

Эффективная работа отделения была оценена на всероссийской уровне, в 2022 г. был получен «Знак качества» и одержана победа в номинации «Лучшая медицинская реабилитация» премии Всероссийского общества родителей детей-инвалидов. К сожалению, услуги отделения пользует-

ются высоким спросом, и очередь ожидания помощи составляет от полугода. Руководством региона и Департаментом здравоохранения ЯНАО рассматривается вопрос расширения отделения до Центра патологии речи и нейрореабилитации и организации отделений/кабинетов в других городах округа.

Таким образом, в ЯНАО формируется и внедряется модель межведомственной комплексной реабилитации детей с ментальными нарушениями с ведущей ролью в ней отделения патологии речи ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьский ПНД».

С видеопрезентацией можно ознакомиться по ссылке: https://disk.yandex.ru/d/dP2P6Uh_gQqrZw

Костин Ф.Н., Слинин А.С.

Важность применения системы электронной оценки качества оказания медицинской помощи на примере профиля «Детская онкология и гематология»

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 117997, г. Москва, Российская Федерация

Специалистами управления по научно-аналитической работе с регионами ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России была разработана и внедрена электронная система анализа состояния службы по профилю «Детская онкология и гематология» в субъектах Российской Федерации. Данная автоматизированная система позволяет выявлять сильные и слабые стороны работы профильной службы в субъектах Российской Федерации, а также оценивать динамику проведения рекомендованных корректирующих мероприятий.

Анализируется опыт введения электронной системы оценки качества медицинской помощи по профилю «Детская онкология и гематология», которая позволяет оценить медицинскую организацию на предмет оказания специализированной медицинской помощи и возможность ее совершенствования с применением электронной системы оценки качества профильной службы.

По результатам выездных мероприятий специалистами ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России было заполнено 89 аналитических отчетов, отражающих состояние службы по профилю «Детская онкология и гематология» (исходная оценка). Вторым этапом, спустя полгода (первичная оценка) и год (динамическая оценка), на основании писем от руководителей медицинских организаций из субъектов Российской Федерации учитывались реализованные корректирующие мероприятия (по результатам выездной проверки). В процессе заполнения формы электронной системы оценки качества профильной службы происходит динамическое ранжирование медицинских организаций с графическим представлением критериев.

Была проведена оценка всех медицинских организаций по профилю «Детская онкология и гематология» в Российской Федерации, динамика в организации службы по стране в целом, направлены рекомендации по улучшению ситуации как руководителям медицинских организаций, так и в региональные министерства здравоохранения. Была организована возможность сравнения отдельных клиник между собой, федеральных округов, а также ранжирование медицинских организаций в динамике и оценка ситуации в среднем по стране.

Активное внедрение электронной системы анализа состояния службы во всех медицинских организациях разных уровней и разных профилей позволит значительно улучшить качество оказываемой медицинской помощи, а также повысит уровень конкурентной способности.

Макиев Р.Г., Половинка В.С., Приходько А.Н., Суин П.А., Фисун А.Я., Хан Н.В.

Проектное управление как форма системного решения по улучшению деятельности военно-медицинских организаций

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, 194044, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение. В современных политических и экономических условиях происходят изменения организационно-правовых форм военно-медицинских организаций (ВМО). При этом укрепление здоровья военнослужащих, соблюдение их социальных гарантий остается одним из приоритетных направлений деятельности, стоящих перед медицинской службой Министерства обороны Российской Федерации (Минобороны России). Особое внимание уделяется совершенствованию методов работы по организации, управлению и гарантированному выполнению возложенных на ВМО задач без ущерба для прикрепленного контингента.

Система подготовки управленческих кадров в сфере военного здравоохранения направлена на формирование знаний и навыков, необходимых для эффективного управления ВМО, а также компетенций, необходимых для стратегического управления, организации командной работы и проектного менеджмента. Проектная деятельность признана одним из основных и наиболее эффективных методов при принятии управленческих решений в практической деятельности. Отсутствие необходимых навыков и компетенций в области проектного менеджмента у организаторов здравоохранения, а также изучение лучшей практики в здравоохранении стало посылком к началу реализации программы по обучению проектному управлению среди медицинских работников, непосредственно выполняющих функции управления ВМО.

Цель – формирование навыков проектного управления у административно-управленческого персонала ВМО как технологии по совершенствованию системы внедрения и реализации инновационных методов, направленных на повышение доступности и качества оказания медицинской помощи, в том числе снижения расходов ВМО.

Задачи

1. Формирование программы проектного управления с использованием современных образовательных технологий, передовых методик и опыта в области здравоохранения.
2. Подготовка учебно-материальной базы, учебно-методических материалов, профессорско-преподавательского состава в соответствии с реализуемой программой.
3. Создание банка разработанных и реализуемых проектных инициатив. Мониторинг эффективности и жизнеспособности реализуемых проектов.

Результаты. Заказчиками проводимых проектных работ выступают как Главное военно-медицинское управление Минобороны России, так и ВМО центрального подчинения. Состав проектных групп формируется из расчета не менее 5 участников среди слушателей групп профессиональной переподготовки и не менее 3 слушателей ординатуры, среднее число участников в группах составляет 7–8 человек. За время реализации программы проектного управления с 2015 по 2022 г. обучено 344 военно-медицинских специалиста, разработано и реализовано 48 проектных инициатив, большинство из них превратились в полноценные проектные разработки.

Разработанные проекты классифицированы на 3 группы, в зависимости от объекта управления, проблемы и цели проектного решения:

1. Проекты медицинской деятельности, касающиеся принципов организации оказания медицинской помощи, контроля качества и безопасности медицинской деятельности. В них затрагиваются вопросы, направленные на совершенствование и оптимизацию работы диагностических подразделений, проводится клиничко-экономический анализ диагностических исследований, анализируется эффективность лечебных мероприятий, готовность к работе персонала ВМО в рамках клинических рекомендаций, реализация мероприятий по медицинской реабилитации, в том числе ранней медицинской реабилитации пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

2. Проекты, способствующие взаимодействию между ВМО, органами управления медицинской службы. В них рассматриваются вопросы оперативного управления эффективностью лабораторных исследований, маршрутизации пациентов между ВМО, повышения эффективности использования стационарозамещающих технологий, преемственности оказания медицинской помощи и взаимодействия поликлинического и госпитального звеньев, организации и планирования деятельности в рамках государственного задания.

3. Проекты, направленные на внутреннее развитие ВМО.

В этой группе проектов проводится оценка эффективности работы медицинского персонала при начислении стимулирующих выплат, сравнительный анализ соотношения систем финансирования медицинской организации и нормирования труда, разработка алгоритмов формирования программ платных медицинских услуг, осуществляется анализ исполнения контрактов аутсорсинга (организация питания, уборка помещений и территории, техническое обслуживание и содержание имущества), экономический анализ вариантов получения тепловой энергии ВМО, поиск вариантов по снижению затрат ВМО, организация взаимодействия военных комиссариатов Минобороны России с единым цифровым контуром Министерства здравоохранения Российской Федерации, стратегическое развитие направлений рекреации военных санаториев по предоставлению активного отдыха. Круглые столы, дискуссии и доклады, проводимые в ходе такой формы обучения, помогают выработать, сформировать и отстаивать обоснованную собственную точку зрения, а также глубже закрепить полученные теоретические и практические знания. У прошедших проектное обучение слушателей вырабатываются профессиональные навыки, которые необходимы организаторам здравоохранения в современной быстро изменяющейся обстановке. Кроме того, результаты внедрения и реализации программы проектного управления в образовательную деятельность филиала Военно-медицинской академии в г. Москве, показали достаточно высокую эффективность при реализации их в практической деятельности ВМО.

Серия проведенных нами проектных работ по вопросам организации медицинской реабилитации льготным контингентам Минобороны России позволила доказать и подтвердить целую совокупность проблемных вопросов, косвенно или напрямую влияющих на эффективность мероприятий на этапах медицинской реабилитации. Недостаточное количество специалистов, принимающих участие в медицинской реабилитации, не позволяет сформировать мультидисциплинарные реабилитационные команды. Зачастую медицинская реабилитация сводится к назначению только физиотерапии и лечебной физкультуры. Низкая информированность врачей в вопросах медицинской реабилитации (сроки, продолжительность и кратность мероприятий по медицинской реабилитации, применение международной классификации функционирования, ограничение жизнедеятельности и здоровья и т.д.) стали основными факторами, препятствующими обеспечению пациентов медицинской реабилитационной помощью в должном объеме. Выявленные проблемы явились посылком для своевременной и целенаправленной работы, позволившей внести обоснованные коррективы по совершенствованию мероприятий по медицинской реабилитации.

Важное направление проектов касается борьбы с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями у военнослужащих. Реализован комплекс мероприятий, а именно: своевременное выявление военнослужащих, имеющих высокий или очень высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний на ранней стадии, дооснащение ВМО необходимым медицинским оборудованием, повышение квалификации медицинских специалистов и целый ряд других. Сформированная современная система профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний у военнослужащих, основанная на принципе персонализированного подхода, позволила снизить уровень смертности на 15,4% и сократить увольняемость на 14,3%.

По результатам реализации проекта по борьбе с онкологическими заболеваниями, в Минобороны России внедрена эффективная система ранней выявляемости и диагностики, с помощью которой удалось повысить выявление онкологических заболеваний на ранних стадиях на 42%.

Применение проектно-ориентированной системы управления с определенными временными, ресурсными и прочими ограничениями, позволяет достигать запланированных результатов с минимальными потерями и затратами, в том числе финансовыми. По результатам проведенных проектных работ даются практические рекомендации, которые руководители ВМО могут использовать в дальнейшей своей работе. Проводимые исследования позволяют целенаправленно организовать методическую помощь руководителям ВМО по актуальным для них вопросам и сосредотачивать усилия на их решении.

Малолеткина Е.С., Лазарева О.В., Паровичникова Е.Н.

Модели организации гематологической службы в субъектах Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 125167, г. Москва, Российская Федерация

В период быстроразвивающихся технологий в генетике, прорыва в фарминдустрии по созданию таргетных лекарственных препаратов, внедрения достижений биотехнологии и клеточной биологии (CAR-T), усовершенствования технологий лечения пациентов с заболеваниями системы крови (ЗСК) в условиях ограниченного финансирования системы здравоохранения остро стоит вопрос организации оптимальной и эффективной модели гематологической службы субъекта РФ, в том числе в условиях смежности профилей «Гематология» и «Онкология» в части лечения опухолевых ЗСК.

Цель работы – определить эталонную модель организации медицинской помощи (МП) пациентам с ЗСК с целью обеспечения преемственности и качества оказания МП, оптимизации временных и финансовых затрат.

По результатам выездных мероприятий ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России ($n=134$ с I.2019–IV.2023) в рамках федерального проекта «Развитие сети НМИЦ» были проанализированы модели организации гематологической службы 84 посещенных субъектов РФ (кроме г.ф.з. Москва и новых субъектов РФ), маршрутизация пациентов с ЗСК и биологического материала для диагностики и мониторинга эффективности терапии, региональные нормативно-правовые акты, статистические данные (Росстат) о заболеваемости и смертности. Определены ключевые составляющие гематологической помощи: наличие профильных подразделений, кадровый состав, внедрение высоких технологий, использование эфферентных методов терапии: гемодиализа, цитафереза; скоординированная работа с многопрофильным отделением реанимации; присутствие в структуре медицинской

организации (МО) смежных специалистов; широкий спектр исследований лабораторной службы, включая автоматизированную бактериологическую лабораторию; гемотрансфузионная поддержка, – необходимые для качественного оказания специализированной медицинской помощи (СМП).

Анализ данных позволил выделить две организационные модели гематологической службы в субъектах РФ: централизованная (единое комплексное оказание СМП пациентам с ЗСК на базе одной МО – представлена в 30% субъектов РФ и территориально-распределенная (оказание СМП пациентам с ЗСК в нескольких МО) в 70%. Необходимо отметить, что модели организации гематологической службы связаны с демографическими, климатогеографическими факторами, а также с исторически сложившимся разделением популяции пациентов с ЗСК, когда оказание СМП с лимфо-пролиферативными заболеваниями (коды С81–С85 МКБ-10) в некоторых субъектах РФ осуществляется на базе онкологической службы, так как основными методами лечения ранее были хирургический и лучевой, что также предусмотрено Порядком по гематологии (приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 930н).

Несмотря на причины формирования текущей модели организации гематологической службы в субъектах РФ (разделение популяции, разная подведомственность, большая площадь субъекта РФ и др.) проведенный комплексный анализ нормативной правовой базы, качества и сроков оказания МП показал, что наиболее эффективной и оптимальной является централизованная модель организации гематологической службы на базе многопрофильной МО, что позволяет контролировать потоки пациентов с ЗСК, объем необходимой МП, учет профильной популяции больных, потребность в высокотехнологичных методах исследований и терапии, обеспечить качественное оказание комплексной МП: участие смежных специалистов, терапевтические подходы ведения и выхаживания больных с ЗСК, начиная с этапа верификации (выполнение пункции и трепанобиопсии костного мозга, эксцизионной биопсии лимфатического узла и других биоматериалов с направлением образцов на морфологические, иммуногистохимические, иммунохимические, молекулярно- и цитогенетические исследования); диагностической и лечебной люмбальной пункции; применения высокодозных курсов эффективной программной терапии с возможностью временной изоляции пациентов на периоды миелотоксического агранулоцитоза либо их перевода в реанимационные отделения, имеющих опыт работы с мультисистемным поражением; с проведением адекватной заместительной терапии аппаратными тромбоконтратами и сопроводительного лечения с экстренной микробиологической диагностикой инфекционных осложнений; использованием эфферентных методов терапии, программного гемодиализа; мониторинга за пациентами, перенесших этапы трансплантации аутологичного и аллогенного костного мозга/гемопозитических стволовых клеток.

Кроме того, централизованная модель организации гематологической службы в субъектах РФ позволяет достичь референсных значений показателя ранней летальности у больных с острыми лейкозами (новый оперативный интегральный показатель для оценки качества и эффективности работы гематологической службы), что подтверждено результатами многоцентровых исследований, координируемых ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России. При формировании такой модели крайне важно обеспечить адекватную маршрутизацию пациента из первичного звена здравоохранения, что на сегодняшний день затруднительно ввиду кадрового дефицита специалистов первичного звена и уровня его профессиональной подготовки.

Таким образом, считаем наиболее целесообразным внедрение в субъектах РФ централизованной модели организации профильной СМП, в том числе высокотехнологичной, на базе многопрофильных МО третьего уровня (республиканских, краевых, областных, окружных), так как она позволяет обеспечить мультидисциплинарный подход к диагностике и терапии профильных больных, оптимизации финансовых затрат на МП в условиях кадрового дефицита высококвалифицированных специалистов, возможности внедрения высокотехнологичных методов не только лечения, но и диагностики. А создание разветвленной сети амбулаторного приема врача-гематолога с профильными койками дневного стационара позволит приблизить СМП к месту жительства пациента и обеспечить соответ-

ствующее динамическое наблюдение. Данная модель лежит в основе Стратегии развития гематологической службы страны – организация, включая строительство, центров гематологии и трансплантации костного мозга в субъектах РФ.

Мышьяков Р.Ю., Винниченко Е.О., Лазутина Д.В., Колунин Е.Т., Кутько Ю.Л.

Разработка корпоративной политики в отношении профилактики и здоровьесбережения среди сотрудников и обучающихся в Тюменском государственном университете «ТюмГУ – Территория Здоровья»

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный университет», 625003, г. Тюмень, Российская Федерация

Описание проблемы

Одним из важнейших показателей качества жизни является ее продолжительность. Лидирующее место среди причин общей смертности занимают заболевания сердечно-сосудистой системы (причем по статистике отмечаются 2 возрастных скачка – у мужчин 40 и 50 лет). На 2-м месте смертность от злокачественных новообразований (рост показателя у мужчин и женщин после 40 лет). По данным Всемирной организации здравоохранения, причинами, влияющими на здоровье человека, являются:

- наследственность – 20%;
- экология – 20%;
- медицинское обслуживание – 10%;
- образ жизни – 50%.

Как правило, к факторам аутопатогенного образа жизни относятся низкая двигательная активность, неправильное питание и вредные привычки. В современном мире именно условия и образ жизни являются определяющими факторами, влияющими на качество жизни и здоровье человека.

Тюменский государственный университет (ТюмГУ) – одно из крупных предприятий региона, в котором работают более 3000 сотрудников. В своем составе оно содержит 16 институтов, гимназию для школьников (10–11-е классы), и 2 филиала (в Тобольске и в Ишиме), с общей численностью студентов около 20 тыс. Третья миссия университета звучит так: «ТюмГУ – драйвер устойчивого развития макрорегиона». Исходя из этого формируется цель, направленная на формирование кадровой и молодежной политики, которую проводит университет.

Цель – разработка и реализация раздела корпоративной политики, направленной на формирование культуры здоровьесбережения среди сотрудников и обучающихся, а также проведение мероприятий, направленных на профилактику и раннее выявление различных патологий.

Задачи:

- Определить стратегию и направление здоровьесберегающих практик.
- Разработать цикл мероприятий, направленных на профилактику и выявление различной патологии у сотрудников и обучающихся.
- Разработать цикл мероприятий, направленных на повышение грамотности сотрудников и обучающихся, в отношении культуры своего здоровья.
- Профилактика вредных привычек и повышение мотивации к занятиям физической культурой.

Этапы и сроки проекта: декабрь 2022 г. – декабрь 2023 г.

Результаты. Началом проекта можно считать декабрь 2022 г., когда на стратегической сессии в Мастерской управления «Сенеж» (г. Москва), командой сотрудников университета были сформулированы основные тезисы проекта, которые были защищены перед комиссией и получили высокую оценку.

В январе 2023 г. приказом ректора ТюмГУ был утвержден состав рабочей группы, которой была поставлена задача по разработке программы по формированию корпоративной культуры здоровьесбережения среди сотрудников и обучающихся, а также утверждение плана-графика мероприятий на 2023 г.

В процессе работы с проектом было выделено 3 основных трека, в которых были задействованы сотрудники различных подразделений университета:

1. Трек «Здоровье»:

- 1) проект «Диагностика + Профилактика» (медико-санитарная часть);
- 2) проект «Здоровое питание» (центр вузовского питания);
- 3) проект «Ментальное здоровье» (Институт психологии и педагогики).

2. Трек «Спорт»:

- а) проект «Оздоровительная тренировка» (Институт физической культуры).

3. Информационное сопровождение (Финансово-экономический институт, Управление стратегических коммуникаций).

В каждом треке прописан перечень мероприятий со сроками выполнения, сформированы мультидисциплинарные команды, которые отвечают за реализацию запланированных мероприятий.

На данный момент в рамках программы был реализован перечень мероприятий:

1. Формирование «Углов здоровья» для работников во всех корпусах университета – зон, где установлены стационарный аппарат для измерения давления, весы, ростомер, информация по индексу массы тела и рекомендации по здоровому образу жизни.

2. Заключен договор с МКМЦ «Медицинский город» (Тюменский областной онкологический диспансер) на проведение скрининга с целью раннего выявления онкопатологии. В программу обследования входит лабораторная диагностика (ОАК, БАК, онкомаркеры, онкоцитология) и инструментальная (КТ, МРТ, УЗИ, ФГДС, ФКС), консультация врачей-онкологов.

Обследование проводилось на базе онкодиспансера, на данный момент полное обследование прошли 45 человек, выявлены 1 случай онкопатологии (рак почки), 1 случай предракового заболевания (тяжелая дисплазия шейки матки), >10 человек с доброкачественными новообразованиями, требующими наблюдения (в основном патология молочной железы, шейки матки и кишечника). Более чем у половины обследуемых зафиксированы изменения в лабораторных анализах, а также по данным инструментальной диагностики выявлена другая патология, все пациенты направлены к профильным специалистам.

3. Учитывая данные проведенных обследований сотрудников, на май 2023 г. на базе МСЧ ТюмГУ в течение 2 дней запланировано мероприятие совместно с МКМЦ «Медицинский город» (Тюменский областной онкологический диспансер), Центр профилактики и борьбы со СПИД, Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики. Данное мероприятие направлено на максимальный охват сотрудников ТюмГУ, в программу мероприятия запланировано исследование крови на сахар, холестерин, онкомаркеры, осмотры врачей онкологов (онколог-маммолог, онколог-дерматолог, врач ультразвуковой диагностики), направленные на раннее выявление рака кожи, молочной и щитовидной железы. Экспресс-диагностика ВИЧ-инфекции, биоимпедансометрия (анализ состава массы тела), обследование на кардиовизоре.

4. Совместно с Региональным центром общественного здоровья составлена программа на 2023 г. по циклу ознакомительных лекций с врачами-практиками (профилактика заболеваний полости рта, самообследование молочных желез, аллергия, здоровое питание, женское здоровье и т.д.), часть мероприятий реализована.

5. Заключен договор с Мультипрофильным симуляционным центром на базе Тюменского государственного медицинского университета на обучение сотрудников МСЧ ТюмГУ оказанию экстренной помощи и сердечно-легочной реанимации и подготовку инструкторов. Запланировано в течение года обучение всех сотрудников университета базовому курсу сердечно-легочной реанимации для лиц, не имеющих медицинского образования.

6. Разработан цикл психологических мастер-классов с общей темой «Психологическое благополучие как условие физического здоровья», создан ряд коротких видеороликов на данную тематику с размещением их на сайте университета, а также запланировано проведение исследования Институтом психологии и педагогики глубинного отношения к здоровому образу жизни и причин, по которым люди отказываются от мероприятий, связанных со здоровьем.

7. Организована система диетического сбалансированного питания. В меню добавлены и выделены позиции диетических блюд: каши, овощи, соусы и пр.

8. Мониторинг физической подготовленности работников университета (в рамках ГТО).

9. Организация физкультпауз, офисной гимнастики для работников в онлайн/офлайн-форматах

10. Организация занятий оздоровительными видами физической культуры на льготных условиях (йога, оздоровительная гимнастика 55+, фитнес, бег, суставная гимнастика, мини-футбол, баскетбол, волейбол), а также организация корпоративных спортивно-массовых мероприятий (Кубок ректора по мини-футболу, праздничный забег, приуроченный к годовщине университета).

С учетом позиции, которую занимает ТюмГУ среди предприятий нашего региона, а также будучи самым крупным и ведущим учебным заведением области, который активно делится своими наработками с другими учебными заведениями, реализуемая корпоративная программа позволит сформировать культуру отношения к своему здоровью у сотрудников и обучающихся, а также сформировать полезные привычки у молодежи.



ВЫСШАЯ ШКОЛА ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ И ЭКСПЕРТНЫЙ ЦЕНТР
В СФЕРЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ



- ✓ Стратегии развития региональных систем здравоохранения
- ✓ Отраслевые аналитические отчеты, НИР, оценка проектов, стратегии выхода на рынки, отраслевая социология, оценка экономического эффекта
- ✓ Электронные справочные, библиотечные и обучающие системы экспертного класса
- ✓ Оценка деятельности медицинских организаций

- ✓ Программы повышения квалификации организаторов здравоохранения
- ✓ Среднее профессиональное образование и профессиональное обучение
- ✓ Ежегодный конгресс «Оргздрав. Эффективное управление в здравоохранении»
- ✓ Журнал «Оргздрав: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ»



Наши контакты:

115035, г. Москва, ул. Садовническая, д. 13, стр. 11
+7 (917) 550-48-75 | vshouz@vshouz.ru
www.vshouz.ru

IX СЪЕЗД РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В МЕДИЦИНЕ

1–3 НОЯБРЯ
2023



г. Красногорск, ул. Международная, д. 20,
МВЦ «Крокус Экспо», 3-й павильон, 4-й этаж,
Крокус Конгресс Холл (20-й зал)



Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в работе IX Съезда Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине (РАСУДМ) – крупнейшего ультразвукового мероприятия страны, проводимого один раз в четыре года

В рамках Большого съезда РАСУДМ 2023

- ✓ 12-й Московский курс под эгидой РАСУДМ «Актуальные вопросы ультразвуковой диагностики в медицине матери и плода»
- ✓ Лекции ведущих специалистов ультразвуковой диагностики с информацией о последних мировых достижениях
- ✓ Научные сообщения с последними российскими разработками
- ✓ Ответы ведущих экспертов на проблемные вопросы теории и практики
- ✓ Практические решения в рамках существующих нормативных документов и новых потребностей современного здравоохранения

В индустриальной программе Большого съезда РАСУДМ 2023

- ✓ Международная выставка, на которой отечественные и зарубежные компании представят новейшие разработки ультразвукового диагностического оборудования и не только
- ✓ Содержательные спутниковые симпозиумы и доклады спонсоров со звездным составом спикеров



Документация по Съезду представлена в Комиссию по оценке образовательных мероприятий и материалов для НМО



Конгресс-оператор
ООО «МЕДИ Ивент»

Подробнее на сайтах:
www.rasudm.org
www.medievent.ru

