

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

Вестник ВШОУЗ

журнал для непрерывного
медицинского образования по специальности
«организация здравоохранения
и общественное здоровье»

Том 5, № 2 (16), 2019

HEALTHCARE MANAGEMENT:
news, views, education

Bulletin of VSHOUZ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ
Вестник ВШОУЗ

Том 5, № 2 (16), 2019

Журнал издается совместно с Высшей школой организации и управления здравоохранением – Комплексным медицинским консалтингом (ВШОУЗ–КМК) и Ассоциацией профессиональных медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК)

Главный редактор

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Москва)

Редакционная коллегия

Быковская Т.Ю. (Ростов-на-Дону)	Стародубов В.И. (Москва)
Вафин А.Ю. (Казань)	Хабриев Р.У. (Москва)
Комаров Ю.М. (Москва)	Хальфин Р.А. (Москва)
Линденбратен А.Л. (Москва)	Хайруллин И.И. (Москва)
Москвичева М.Г. (Челябинск)	Черепов В.М. (Москва)
Прохоренко Н.Ф. (Москва)	

Ответственный секретарь редакции

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.

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»)

Издатель

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

Верстка: Килимник А.И.

Корректор: Макеева Е.И.

Выпускающий редактор:

Попова Ольга, porova@geotar.ru

Подписано в печать 24.06.2019.

Тираж 1000 экземпляров.

Формат 70×100 ¹/₁₆.

Печать офсетная. Печ. л. 6.

Отпечатано в АО «Первая Образцовая типография».

Филиал «Чеховский Печатный Двор».

142300, Московская область, г. Чехов,

ул. Полиграфистов, д. 1.

Заказ №

© 000 Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2019.

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВНОЕ

- 4 Петербургский международный
экономический форум – 2019

АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ

- 10 *Вишневский А.Г., Щур А.Е.*
**Смертность и продолжительность жизни
в России за полвека**
- 22 *Прохоренко Н.Ф.*
**Демографический потенциал:
дополнительные аспекты**

ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

- 48 *Юрьева О.В., Шипачев К.В.*
**Внедрение системы менеджмента
качества, управление рисками
в многопрофильной медицинской
организации**

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

- 56 *Моссиалос Э.*
**Обзор глобальных тенденций в развитии
здравоохранения**

VII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «ОРГЗДРАВ–2019. ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ» (24–25 АПРЕЛЯ 2019 г., МОСКВА)

- 80 **Итоги VII международного конгресса
«ОРГЗДРАВ–2019. Эффективное
управление в здравоохранении»**
- 84 **Результаты интерактивных опросов
участников VII международного конгресса
«ОРГЗДРАВ–2019. Эффективное
управление в здравоохранении»**

CONTENT

ABOVE ALL

- 4 **St. Petersburg International Economic
Forum 2019**

ACTUALLY TODAY

- 10 *Vishnevsky A.G., Shchur A.E.*
**Mortality and life expectancy in Russia
for half a century**
- 22 *Prokhorenko N.F.*
**Demographic potential: additional
aspects**

EFFECTIVE MANAGEMENT

- 48 *Yuryeva O.V., Shipachev K.V.*
**Quality management system
implementation, risk control
in a multidisciplinary medical
organization**

INTERNATIONAL PRACTICE

- 56 *Mossialos E.*
Overview of global healthcare trends

VII INTERNATIONAL CONFERENCE "ORGZDRAV–2019. EFFECTIVE HEALTH MANAGEMENT" (24–25 APRIL 2019, MOSCOW)

- 80 **Results of the VII International
Conference "ORGZDRAV–2019.
Effective Health Management"**
- 84 **Interactive survey results of the participants
of the VII International Conference
"ORGZDRAV–2019. Effective Health
Management"**

Петербургский международный экономический форум – 2019

6–8 июня 2019 г. состоялось очередное ежегодное главное экономическое событие страны – Петербургский международный экономический форум (ПМЭФ–2019). Он собрал около 20 тыс. участников. На нем российские и зарубежные эксперты обсуждали актуальные вопросы развития экономики и социальной сферы, внедрения новых технологий. Представители Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) принимали участие в 3 сессиях деловой программы: «Трансформация здравоохранения: как современные технологии изменят жизнь?», «Создание инновационных лекарств – новые горизонты в здравоохранении» и «Стратегия лекарственного обеспечения. Расставляя приоритеты». Приводим краткую информацию о том, что обсуждалось.

Трансформация здравоохранения: как современные технологии изменят жизнь?

В данной сессии участвовали В.П. Чехонин [вице-президент Российской академии наук (РАН)], Джули Гербердинг (исполнительный вице-президент MSD), Е.Л. Бойко (заместитель министра здравоохранения РФ), Н.О. Кандевики (президент GE Healthcare в России и СНГ), А.А. Камалов (директор Университетской клиники ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова»), Г.Е. Ройтберг (президент ОАО «Медицина»), С.Ф. Багненко (ректор ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет



им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России) и др. Модератором сессии выступила Г.Э. Улумбекова, руководитель ВШОУЗ.

На сегодняшний день информационные и другие прорывные технологии в инженерных науках, робототехнике являются неотъемлемой частью многих, если не всех, сфер жизни. Здравоохранение не исключение. Как отметила Г.Э. Улумбекова, главными научно-технологическими направлениями, влияющими на сферу здравоохранения, являются:

1) «**управление живой материей**» – это биомедицинские клеточные продукты (БМКП), биотехнологии и генотерапия;

2) **цифровые технологии;**

3) **мобильные приложения;**

4) **робототехника.**

Ни для кого не секрет, что в настоящее время мы можем восстанавливать ткани человека, приостанавливать процесс старения клеток, «лечить» геном человека, удаляя «больные» участки генов. Мы научились хранить безграничные объемы медицинских данных и извлекать их независимо от того, где находится пациент. Обрабатывая эти данные с помощью компьютерных алгоритмов, мы можем находить новые связи между симптомами, болезнями и способами их лечения, а значит, раньше предсказывать развитие заболеваний, более точно ставить диагнозы и назначать индивидуализированное лечение. Мобильные приложения совместно с индивидуальными диагностическими приборами позволяют пациенту самому следить за уровнем артериального давления, работой сердца, дозировать режим приема лекарств и узнавать об опасности. Роботы, применяемые при хирургических операциях и в уходе за пациентами, превращают клиники в «умные» организации. Меняются и пациенты, они хотят получать медицинскую помощь «здесь и сейчас».

Все инновации рождаются в недрах науки. Как считает **В.П. Чехонин**, вице-президент РАН, наука – залог инновационного развития государства. Именно поэтому РАН научно сопровождает все национальные проекты. В частности, готовится вакцина против ВИЧ, а также создана межведомственная площадка для научного обо-



снования Национальной лекарственной политики. Преемственную роль науки не отрицает и исполнительный вице-президент компании MSD **Джули Гербердинг**. Также она считает, что, поскольку внедрение инновационных технологий сегодня носит хаотичный характер, важную роль играет государственное регулирование и расстановка приоритетов, а решение некоторых вопросов (например, таких как старение населения) потребует новых подходов и партнерства между бизнесом и государством.

Процесс информатизации здравоохранения сложен инфраструктурно, так как в Российской Федерации более 70 тыс. медицинских объектов. Для ускорения этого процесса, как отметила заместитель министра здравоохранения РФ **Е.Л. Бойко**, очень важны регламенты взаимодействия и стандартизация процессов в оказании медпомощи и ее организации. Также важно обучение кадров: необходимо внедрить клинические рекомендации в медицинские информационные системы (МИС) и контролировать их исполнение, научиться использовать машинный интеллект, чтобы убрать от врача рутинные обязанности. Директор Университетской клиники ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова» **А.А. Камалов** считает, что, помимо обучения кадров, информатизация должна сопровождаться серьезной нормативной базой.

Многие известные компании принимают активное участие в информатизации здравоохранения, в частности всемирно известная компания GE Healthcare, недавно открывшая новое направление в бизнесе, связанное с искусственным интеллектом. Президент GE Healthcare в России

и СНГ **Н.О. Канделаки** отметила, что искусственный интеллект сможет архивировать огромные объемы данных, помогая врачу работать с большим количеством информации, а в скором будущем даже подсказывать врачу правильные решения. **Дэн Вадат**, сооснователь Medopad, считает, что искусственный интеллект поможет глубже понять болезни человека, а число ошибок у машин будет меньше, чем у врачей.

Однако не все участники дискуссии разделяют главенствующую роль искусственного интеллекта в здравоохранении. **Г.Е. Ройтберг**, президент ОАО «Медицина», полагает, что искусственный интеллект никогда не заменит врача, так как медицина не только наука, но и искусство, и врачи в ней – ключевое звено. Тогда как искусственный интеллект будет активно развиваться преимущественно в диагностике, с чем согласен и **Костас Варлас**, региональный директор по Европе компании Abbott Laboratories, хотя он не исключает, что самостоятельная постановка диагноза пациентом при помощи искусственного интеллекта может таить в себе опасность. В связи с этим **А.З. Столпнер**, председатель правления Медицинского института им. Березина Сергея, уверен, что врач должен постоянно и больше учиться, а если машина и заменит человека, то только в очень отдаленном будущем. **С.Ф. Багненко**, ректор ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, считает, что информатизация здравоохранения не должна погубить «душу» врача. Необходимо развивать институт врача общей практики, а национальные руководства и клинические рекомендации в электронном виде будут его дополнительными помощниками.

В ходе дискуссии были затронуты и вопросы персонализированного лечения. Наталья Полушкина, вице-президент фонда «Сколково», основная задача которого ускорить внедрение инноваций в практику, полагает, так как индивидуализированное лечение будет дорогим, необходимы дополнительные вложения в здравоохранение, возможно, с привлечением средств пациентов. А для ускорения внедрения инноваций в практику необходимо развивать

международное сотрудничество и обеспечить доступ к обезличенным данным пациентов, что требует изменения регуляторных механизмов. Более того, по словам **И.В. Коробко** (директора Департамента науки, инновационного развития и управления медико-биологическими рисками здоровью), разработчики технологий (тест-систем) для диагностики отдельных заболеваний неохотно идут на стандартные процедуры регистрации приборов из-за ее сложности и дороговизны, которая затем не окупается на малом числе пациентов. Поправки в законопроект «Об основах охраны здоровья граждан» позволят ускорить внедрение таких тест-систем в практику без государственной регистрации, но с контролем тест-систем *in vitro*.

С развитием информационных технологий меняются и пациенты, и врачи. Здравоохранение – сложная система, успех которой, как и в любом предприятии, зависит от управленцев. Для эффективного управления такой многофункциональной системой есть свои современные технологии: умение выделять правильные приоритеты, расставлять балансы между имеющимися сегодня и инновационными технологиями, применять здравый консерватизм. **И.Е. Хатьков**, главный внештатный специалист – онколог Департамента здравоохранения г. Москвы, говоря об успешном управленце, также отметил, что управленец должен быть не только врачом, владеющим основами управления, но и лидером.

Создание инновационных лекарств – новые горизонты в здравоохранении

В этой сессии принимали участие Вероника Скворцова (министр здравоохранения РФ), Михаил Мурашко (руководитель Росздравнадзора), Сергей Цыб (первый заместитель министра промышленности и торговли РФ), Сергей Лукьянов (ректор Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова), Гузель Улумбекова (руководитель ВШО-УЗ), Дмитрий Морозов (генеральный директор ВIOCAD), Алексей Репик (председатель Российско-Японского делового совета, председатель

совета директоров группы компаний «Р-Фарм»), Макс Вегнер (старший вице-президент, руководитель по регуляторным вопросам дивизиона Pharmaceuticals, Bayer AG), Ёсикадзу Хаяси (старший исполнительный директор Агентства фармацевтики и медицинской техники), Алексей Беляев (директор Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Петрова), Андрей Васильев (директор Института биологии развития им. Н.К. Кольцова), Петр Глыбочко [ректор ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет)], Дмитрий Кудлай (генеральный директор АО «Генериум»), Вадим Меркулов (заместитель генерального директора по экспертизе лекарственных средств Научного центра экспертизы средств медицинского применения), Геннадий Сухих (директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России).

Главная тема обсуждений – как после этапа восстановления отечественной фармацевтической промышленности сделать новый прорыв – ускорить разработку инновационных лекарств и БМКП в России. Это одна из важнейших целей Национальной лекарственной политики. Известно, что путь создания нового лекарства от идеи до внедрения превышает 10 лет, требует огромных инвестиций – более 2,5 млрд долларов США и сопряжен с высокими рисками. Однако цель оправдывает средства. Инновационное развитие фармацевтической отрасли, правильно спланированное, эффективно управляемое и востребованное рынком, как локомотив, потянет за собой развитие науки, образования, экономики, поможет создать высококвалифицированные рабочие места и, главное, будет спасать здоровье и жизни граждан.

По словам министра здравоохранения РФ **В.И. Скворцовой**, в нашей стране уже сейчас имеется опыт внедрения новых препаратов на основе клеточных технологий. В частности, в апреле 2019 г. был зарегистрирован отечественный оригинальный препарат против псориаза, который приостанавливает процесс развития болезни на



несколько месяцев и не требует дополнительной комплексной терапии. Сочетание фундаментальных прорывных открытий с новыми технологиями позволяет перейти к созданию лекарств для неизлечимых заболеваний. «Ускоренное формирование продукта позволило нам за 15 месяцев с нуля создать двухвекторные вакцины против особо опасных инфекций. Кроме того, появились совершенно новые препараты, основанные на моноклональных антителах против контрольных точек иммунитета, позволяющие таким образом лечить онкологические заболевания, системные заболевания – аутоиммунные, некоторые эндокринные заболевания и другие. Целая линейка онкологических препаратов сейчас находится на разных стадиях клинических исследований», – сказала В.И. Скворцова.

Гузель Улумбекова, руководитель ВШОУЗ, в своем выступлении по данному вопросу выделила **3 главных тезиса. Первый – разработка инновационных лекарств должна преимущественно отталкиваться от нужд пациентов-потребителей**, и эти потребности определяет Минздрав России. Все, что будет продлевать жизнь и улучшать здоровье граждан – это главное,





сказала она. И уже под просчитанные потребности в лекарствах сегодня, завтра и через 10 лет должны выстраиваться мощности фарминдустрии и восстанавливаться научный потенциал.

Г.Э. Улумбекова привела макрооценки потребности в лекарствах: «По номенклатуре лекарств Минздрав России определяет все правильно – так, как это делается в развитых странах, а вот объем финансирования здесь необходимо увеличивать. Мы в России тратим на лекарства всего 1,5 трлн руб., из них 1,2 трлн руб. в амбулаторных условиях. Из них 80% выкладывает население из своего кармана, 20% – государство. А в “новых-8” странах Евросоюза (ЕС) (близких к РФ по уровню экономического развития – ВВП на душу населения) государство берет на себя 40%. В доле ВВП государственные расходы у них составляют 0,6%, что в 2,4 раза больше, чем в России. То есть мы явно недофинансируем эту статью расхода. Исходя из этих расчетов нам дополнительно необходимо **по 350 млрд руб.** ежегодно. Тогда при условии, что расходы населения будут заморожены, а они сегодня и так чрезмерны, мы начнем приближаться к оптимальному балансу расходов между населением и государством. Большая часть этих дополнительных средств должна быть направлена на увеличение объемов потребления инновационных лекарств, произведенных в России, потому что в отношении этой статьи расходов у нас также сложились неоптимальные балансы с перекосом в сторону воспроизведенных лекарств – дженериков (в России в деньгах это 64%, в ЕС – 26%). У этого решения будет много положительных сторон. Первое и главное – спасение жизней и здоровья граждан, второе –

увеличение заинтересованности бизнеса в инвестициях благодаря расширению рынков сбыта. Это и сегодня, и завтра. А вот какие лекарства и в каком объеме потребуется здравоохранению через 5–10 лет, необходимо еще определить».

Второй тезис касается создания научных заделов по разработке новых лекарств и возможности их реализации. Вот здесь она отметила, что в РФ имеется существенное отставание от развитых стран. Главная причина – недофинансирование наук о здоровье человека. В РФ на эти науки тратится 0,04% ВВП, а в развитых странах – в 8–10 раз больше. В среднем в ОЭСР это 0,3% ВВП, причем $\frac{1}{3}$ расходов покрывает государство, оставшиеся $\frac{2}{3}$ – бизнес.

Г.Э. Улумбекова отметила, что для научного обоснования приоритетов в разработке и создании новых лекарственных средств, а также для решения других стратегических вопросов Национальной лекарственной политики на площадке РАН был организован межведомственный Совет по этим вопросам. В него вошли представители Минздрава, Минпромторга, Минобрнауки России, фармацевтического бизнеса. Председатель Совета – вице-президент РАН В.П. Чехонин. По результатам работы Совета обоснованы ключевые проблемы, подготовлена первая версия Национальной лекарственной политики с предложениями по решению проблем на 10-летнюю перспективу, оценены необходимые финансовые вложения, сформированы требования для определения приоритетов в проведении фундаментальных и прикладных исследований.

Эксперт отметила: «Если тратить как развитые страны 0,3% ВВП, а для РФ это **около 300 млрд руб.**, половину на первых порах должно вложить государство. Оставшуюся половину должен инвестировать бизнес под гарантированный рынок сбыта и долгосрочные правила игры. Причем в первые годы такие объемы научным организациям и бизнесу не освоить. Это надо делать поэтапно и спланированно, а для этого нужна система управления, и об этом третий тезис».

Третий тезис эксперта: для управления и ускорения процесса создания инновацион-

ных лекарств в России нужна специальная межведомственная институциональная структура, которая должна:

- разработать и реализовать программу, в которой будут определены приоритетные направления для разработки новых молекул, и определить место России в палитре инновационных разработок, оценить имеющиеся у нас возможности, сформировать требования к инфраструктуре и обеспечить ее создание. Это кадровые, материально-технические ресурсы и подготовка кадров для разработки инновационных лекарств;

- разработать индикаторы, распределить ответственность, осуществлять жесткий контроль за реализацией программы с ежегодным отчетом перед Правительством РФ.

Г.Э. Улумбекова отметила, что без такой структуры поставленную межведомственную задачу будет решить сложно. Именно по такому пути пошли другие страны, например Южная Корея*.

Волконская О.В., Калашникова А.В., Москва

Фотографии предоставлены фондом «Росконгресс»: <http://photo.roscongress.org/ru/63/photos/list>

* **Для цитирования:** Петербургский международный экономический форум // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 2. С. 4–9. doi: 10.24411/2411-8621-2019-12001.

Смертность и продолжительность жизни в России за полвека*

Вишневский А.Г.,
Щур А.Е.

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет “Высшая школа экономики”», Москва, Россия

Приблизившись в начале 1960-х гг. к показателям продолжительности жизни развитых стран, Россия снова стала отставать от них. Долговременные неблагоприятные тенденции смертности, усиленные кризисом 1990-х гг., наряду со значительным увеличением ожидаемой продолжительности жизни в западных и в некоторых восточных странах привели к новому огромному отрыву России от стран-лидеров. В начале 2000-х гг. отставание от них по ожидаемой продолжительности жизни при рождении достигало почти 20 лет у мужчин и 13 лет у женщин. Начиная с 2004 г. положение стало меняться, и эти разрывы несколько сократились, вернувшись к уровню, наблюдавшемуся в начале 1990-х гг. (12–15 лет у мужчин и 7–10 лет у женщин). Их дальнейшее сокращение потребует серьезного прорыва в борьбе со смертностью взрослого населения, особенно в средних возрастах, где положение сейчас наиболее неблагоприятно. Пока не очень понятно, как нынешний уровень государственных расходов на здравоохранение (3,6% к ВВП в 2016 г.), один из самых низких в мире среди индустриализованных стран, соотносится с решением столь амбициозной и ресурсоемкой задачи, как повышение продолжительности жизни россиян до 78 лет к 2024 г. и до 80 лет к 2030 г.

Ключевые слова:

продолжительность жизни, эпидемиологическая революция, детская смертность, возрастные коэффициенты смертности

Для цитирования: Вишневский А.Г., Щур А.Е. Смертность и продолжительность жизни в России за полвека // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 2. С. 10–21. doi: 10.24411/2411-8621-2019-12003.

Статья поступила 29.03.2019. **Принята в печать** 15.05.2019.

* Статья основана на результатах исследований, выполнявшихся в рамках программы фундаментальных исследований ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет “Высшая школа экономики”» в 2016–2018 гг.

JEL Classification: I10.

Mortality and life expectancy in Russia for half a century

Vishnevsky A.G.,
Shchur A.E.

National Research University "Higher School
of Economics", Moscow, Russia

Russia having approached the indicators of life expectancy of developed countries in the early 1960s again began to be lagging behind them. The long-term adverse mortality trends, exacerbated by the crisis of the 1990s, along with a significant increase in life expectancy at birth in the western and some eastern countries led to a new huge gap in life expectancy between Russia and the leading countries. In the early 2000s this gap reached almost 20 years for males and 13 years for females. Since 2004 the situation began to change, and these gaps have somewhat reduced having returned to the level observed in the early 1990s. (12–15 years for males and 7–10 years for females). Their further reduction will require a serious breakthrough in the fight against mortality of adult population, especially that of middle-aged population, where the situation is now the most unfavorable. It is not very clear how the current level of public expenditure on health care (3.6% of GDP in 2016), one of the lowest in the world among industrialized countries, correlates with solving such an ambitious and resource-intensive task as raising the life expectancy of Russians to 78 years by 2024 and up to 80 years by 2030.

Keywords:

life expectancy, epidemiological revolution, infant mortality, age-specific death rates

For citation: Vishnevsky A.G., Shchur A.E. Mortality and life expectancy in Russia for half a century. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2019; 5 (2): 10–21. doi: 10.24411/2411-8621-2019-12003. (in Russian)

Received 29.03.2019. **Accepted** 15.05.2019.

К середине 1960-х гг. Россия добилась значительных успехов в снижении смертности, ее отставание по продолжительности жизни от развитых западных стран, некогда очень большое, достигавшее в начале XX в. 15–20 лет, резко сократилось. В 1965 г. ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) мужчин в России была ниже, чем в США, на 2,2 года, чем в Западной Европе¹ – на 3,4 года; женщин соответственно – на 0,5 и 0,6 года. Казалось, вот-вот

Россия выйдет на уровень лучших мировых показателей. Но этого не произошло.

В большинстве развитых стран последние 5–6 десятилетий стали очень важным этапом борьбы за сохранение здоровья и жизни человека – американский гигиенист Милтон Террис назвал этот этап «второй эпидемиологической революцией». Согласно Террису, установление контроля над инфекционными заболеваниями, что составило главный смысл первой

¹ 15 «старых» стран Европейского союза (ЕС-15).

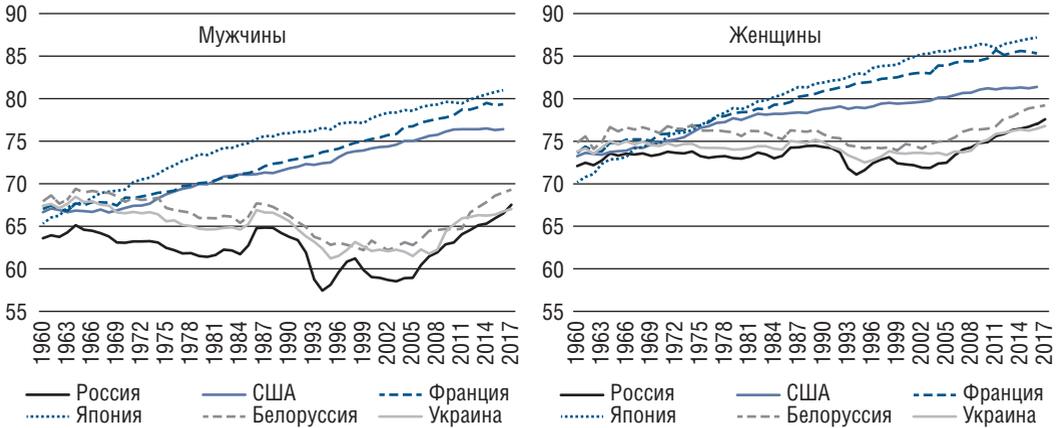


Рис. 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в некоторых странах, 1960–2017 гг., лет [3]

демографической революции, подвело к новой «большой и трудной задаче: ни много ни мало, осуществить вторую эпидемиологическую революцию и спасти буквально миллионы мужчин и женщин от предотвратимых болезней, инвалидности и смерти» [1, с. 1159].

К сожалению, в России (как и во всем СССР) эта задача не была решена. Успехи, достигнутые к середине 1960-х гг., свидетельствовали о том, что Россия успешно прошла через первую

эпидемиологическую революцию, но в последующие годы развитие застопорилось [2]. Кривые продолжительности жизни населения развитых стран и России, как и других советских республик, начинают все больше расходиться. Если в западных странах и в Японии сохранялась устойчивая тенденция снижения смертности, то в СССР наблюдалась противоположная картина: рост смертности среди мужского населения и стагнация среди женского (рис. 1).

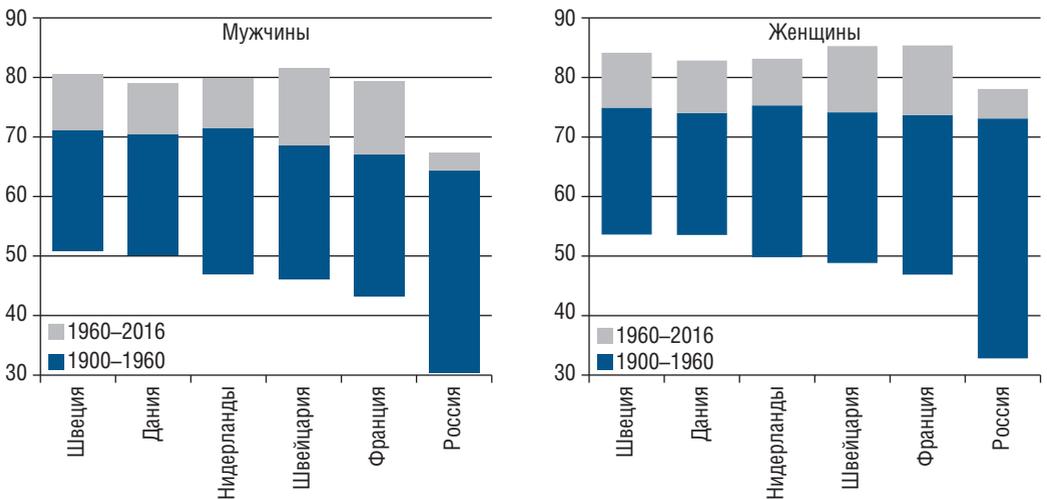


Рис. 2. Изменение ожидаемой продолжительности жизни при рождении в некоторых европейских странах и в России за 1900–1960 и 1960–2016 гг., лет [7, с. 7].

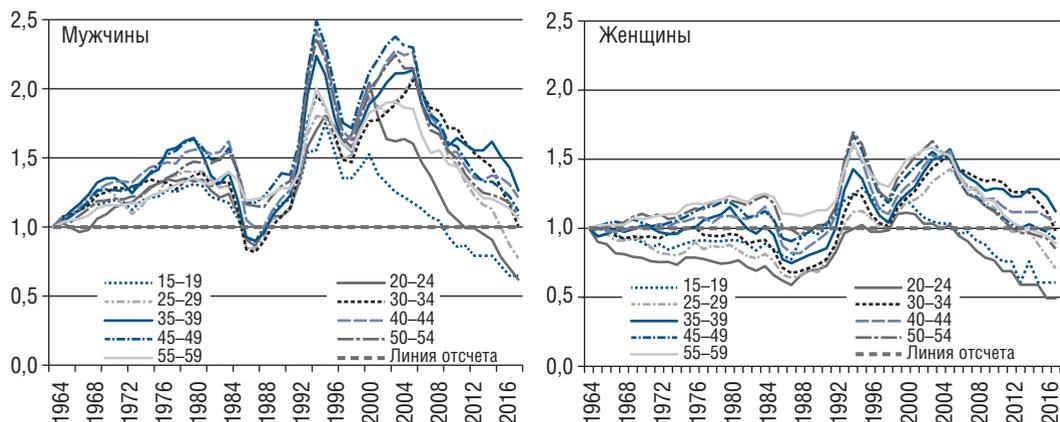


Рис. 3. Динамика возрастных коэффициентов смертности в 1964–2017 гг., Россия (за 1 принят уровень 1964 г.) [3]

Эти различия не были случайными, они отражали различие в стратегии борьбы за снижение смертности. На Западе произошли качественные изменения в подходах к лечению и, самое главное, в профилактике заболеваний, соответствовавшие новым задачам охраны здоровья на этапе, когда на первый план вышла борьба с неинфекционными заболеваниями и внешними причинами смерти. Эти изменения

сопровождались сменой самой парадигмы отношения людей к своему здоровью, что и обусловило успех второй эпидемиологической революции.

В СССР продолжали господствовать государственный патернализм по отношению к здоровью граждан и ориентация системы медицинского обслуживания на экстенсивные показатели развития (число амбулаторных пунктов, врачей,

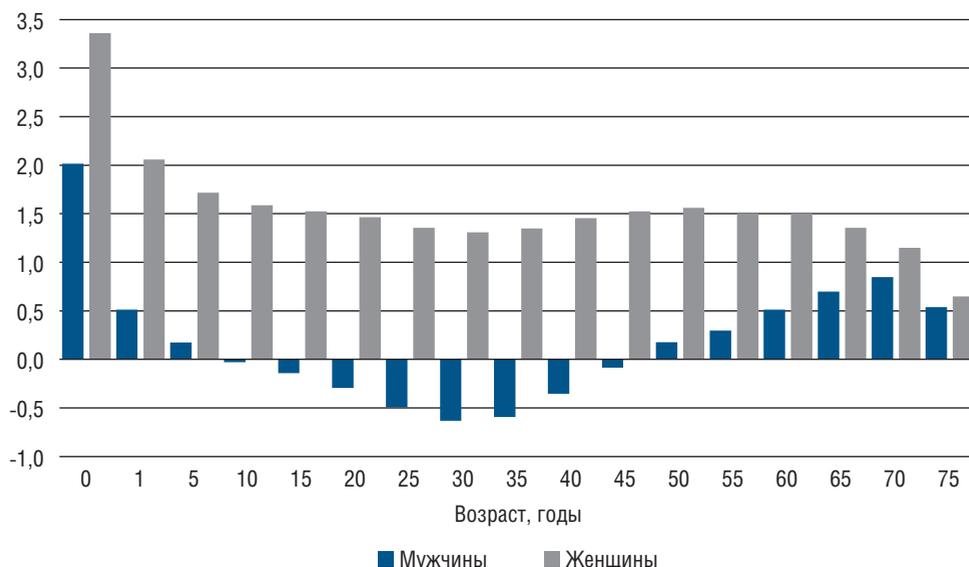


Рис. 4. Прирост (сокращение) ожидаемой продолжительности жизни в России в указанных возрастах за 1965–2016 гг., лет [3]

Вклад снижения детской смертности (0–14 лет) в изменения ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) в периоды ее роста в России

Годы	Мужчины			Женщины		
	прирост ОПЖ, лет	в том числе за счет снижения детской смертности		прирост ОПЖ, лет	в том числе за счет снижения детской смертности	
		лет	%		лет	%
1960–1965	0,89	1,09	122,5	1,28	1,13	88,3
1980–1990	2,39	0,56	23,4	1,44	0,53	36,8
2003–2016	8,04	0,76	9,5	5,37	0,62	11,5

Источники: [10, с. 274]; [11, с. 314].

койко-мест и т.д.). Как отмечал впоследствии Е. Чазов, «новая обстановка требовала новых научно-методических подходов, требовала перестройки здравоохранения еще в 50–60-е годы. Однако был упущен момент, когда от количественных показателей развития здравоохранения надо было осуществить качественный скачок на основе дополнительного финансирования, иного подхода к использованию ресурсов, к поиску новых форм и методов работы всех звеньев здравоохранения с включением материальных стимулов, наконец, с новыми подходами к подготовке кадров» [4]. Значительное негативное влияние на сохранение здоровья и жизни россиян, особенно мужчин, в этот период оказывало растущее злоупотребление алкоголем, приведшее к серьезному увеличению числа умерших от внешних причин, а также к «омоложению» смертности от болезней системы кровообращения в противовес тенденции к росту среднего возраста смерти от этого класса причин смерти на Западе.

Как результат, за 20 «брежневских» лет (1964–1984) ОПЖ при рождении женщин в РСФСР снизилась на 0,6 года, мужчин – на 3,2 года. Отставание по этому показателю от 15 «старых» стран Европейского союза (ЕС-15) у мужчин выросло в 3,5 раза (с 3 до 10 лет), у женщин – в 16 раз (с 0,35 до 5,7 года). Именно в 1970–1980-е гг. вновь сложилась огромная разница (особенно среди мужского населения) в ОПЖ между Россией и большинством развитых стран. Антиалкогольная кампания Горба-

чева, хотя и привела к краткосрочному подъему продолжительности жизни во второй половине 1980-х гг., не смогла переломить 20-летний тренд роста смертности в Советском Союзе. Сразу после ее сворачивания ОПЖ резко пошла вниз, начали массово умирать люди, чьи смерти были отсрочены антиалкогольной кампанией. Росту смертности способствовал социально-экономический кризис начала 1990-х гг. После 1994 г. положение начало выправляться, однако экономический кризис 1998 г. обусловил новый подъем смертности, который растянулся на несколько лет.

Современный этап снижения смертности начался в 2004 г.; то замедляясь, то ускоряясь в отдельные годы, он продолжается уже 14 лет. ОПЖ при рождении для обоих полов в 2017 г. стала самой высокой за всю историю России (см. рис. 1).

Оценивая по заслугам этот несомненный успех, не следует его все же переоценивать. Нынешний этап снижения смертности в России последовал за продолжительным периодом ее роста, в результате которого в 2003 г. ОПЖ при рождении у мужчин была на 6,3 года ниже, а у женщин – на 2,6 года ниже, чем в 1988 г. (советский максимум продолжительности жизни в России, который, в свою очередь, не сильно отличался от предыдущего максимума 1964 г.). Таким образом, быстрое увеличение продолжительности жизни после 2003 г. – это, по большому счету, «отскок» от самого дна. Сокращение ОПЖ в 1999–2003 гг., как и в предыдущие периоды, происходило за счет роста смертности

в трудоспособном возрасте от причин смерти, во многом обусловленных злоупотреблением алкоголем (внешние причины и болезни системы кровообращения) [5]. Тот факт, что наибольший вклад в увеличение продолжительности жизни после 2003 г. внесло снижение смертности в этих же возрастах и от этих же причин [6], как раз и указывает на восстановительный характер роста продолжительности жизни. Лишь через 9 лет непрерывного снижения смертности, в 2013 г., ОПЖ мужчин в России превысила максимальный показатель РСФСР времен антиалкогольной кампании, у женщин это случилось на 4 года раньше, в 2009 г. Соответственно на

фоне почти полувекового периода стагнации «чистый рост» идет всего 5 лет у мужчин и 9 лет у женщин. За последние более чем полвека (1960–2016 гг.) ОПЖ мужчин в России выросла на 2,9 года, женщин – на 5 лет. Для сравнения, в западных странах рост продолжительности жизни мужчин за тот же период составил от 9 до 13 лет, женщин – от 8 до 12 лет (рис. 2). Увеличившийся разрыв между Россией и этими странами – закономерный итог несостоявшейся в нашей стране второй эпидемиологической революции.

Нынешнее снижение смертности выделяется на фоне остальных краткосрочных периодов ее

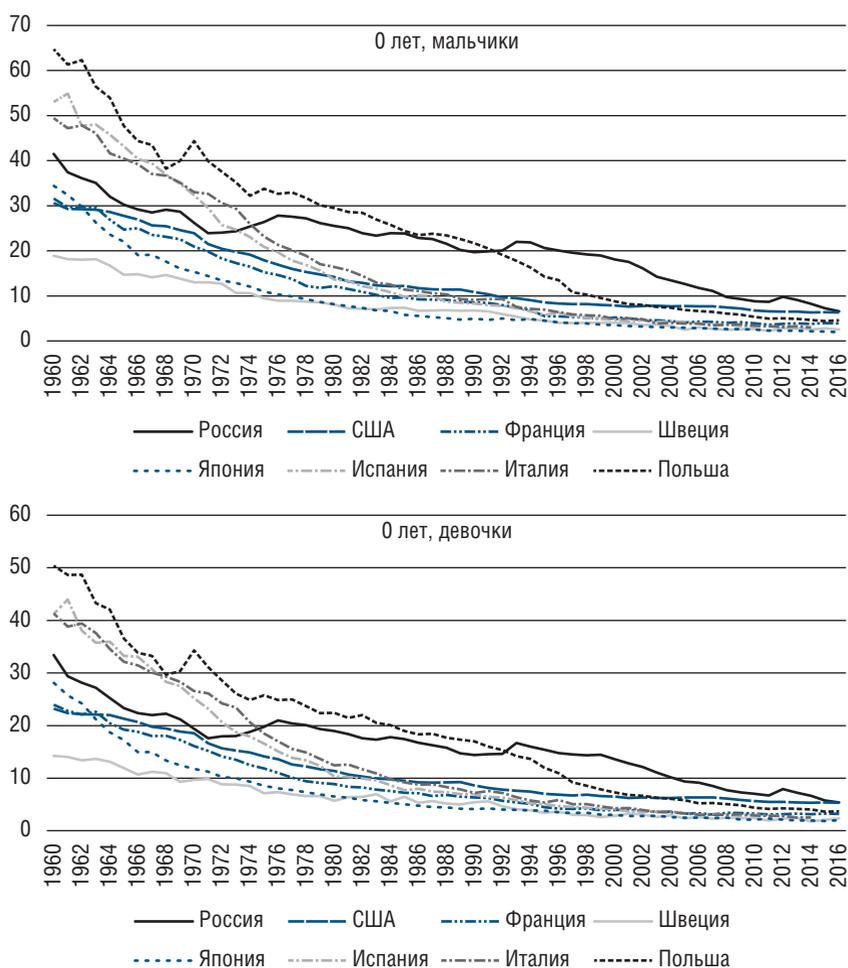


Рис. 5. Младенческая смертность в некоторых странах, 1960–2016 гг., на 1000 родившихся [3]

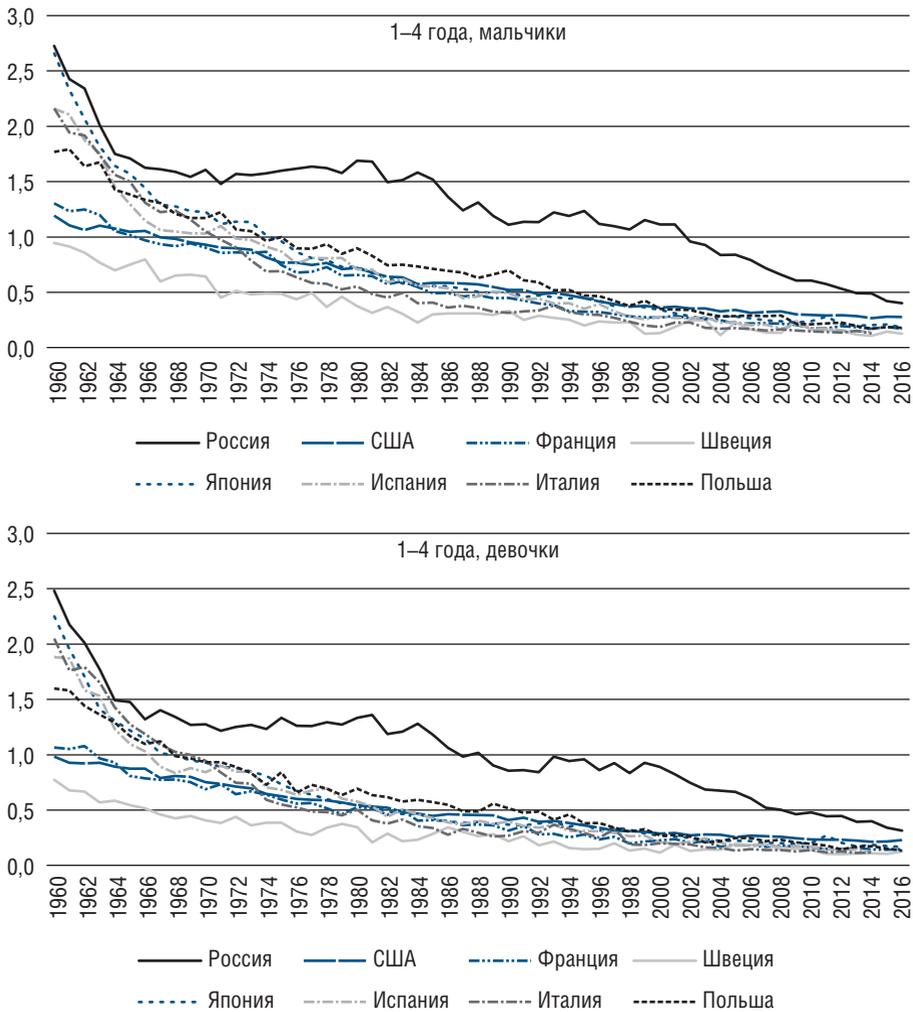


Рис. 6. Детская смертность в некоторых странах, 1960–2016 гг., на 1000 родившихся [3]

сокращения (во время антиалкогольной кампании и в 1995–1998 гг.) своей продолжительностью, что, возможно, свидетельствует об устойчивости этой тенденции. Существенно и то, что основную часть прироста ОПЖ мужчин в 2003–2017 гг. обеспечило снижение смертности в возрастах от 30 до 75 лет, особенно в возрастной группе от 45 до 60 лет.

Тем не менее по итогам 2017 г. смертность мужчин в возрастах от 30 до 60 лет («золотые годы» максимальной продуктивности человека) в России все еще остается выше, чем в 1964 г. (!), более 50 лет назад. У женщин в целом поло-

жение лучше, но лишь для возрастных групп младше 30 лет можно говорить об устойчивом снижении смертности по отношению к показателям полувековой давности, в то время как коэффициенты смертности женщин в возрасте от 30 до 45 лет все еще превышают соответствующие значения 1964 г. (рис. 3). Эта возрастная группа вызывает особые опасения, так как составляющие ее в 2017 г. поколения 1971–1987 гг. рождения, чья молодость пришлась на турбулентный период 1990-х гг., несут на себе основное бремя эпидемии ВИЧ (ВИЧ-инфицированные составляют около 2% насе-

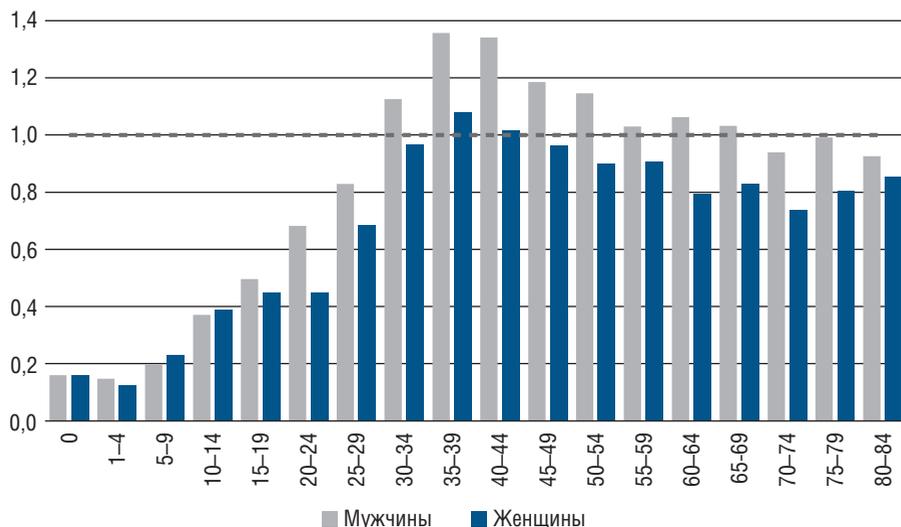


Рис. 7. Изменение возрастных коэффициентов смертности за 1960–2016 гг. в России (отношение коэффициентов 2016 г. к коэффициентам 1960 г., раз) [3]

ления в возрасте от 30 до 39 лет и свыше 1% – в возрастной группе 40–44 года) [8, с. 72]. Основной вопрос заключается в том, как будет вести себя смертность в этих поколениях в дальнейшем, по мере их старения и, соответственно, перемещения в старшие возрастные группы, и какое влияние это будет оказывать на динамику ОПЖ для всего населения.

Прирост ОПЖ за полвека в возрасте 0 лет был небольшим (3,4 года для женщин и всего 2 года для мужчин), но в остальных возрастах у женщин он был существенно меньшим, а у мужчин либо совсем ничтожным, либо – в наиболее жизнеспособных возрастах от 10 до 45 лет – и вовсе отрицательным (рис. 4).

Положение со смертностью в младших возрастах в России относительно более благополучно. Хотя в снижении младенческой и детской смертности Россия также отставала от многих других стран, все же в борьбе с этими видами смертности достижений было больше, чем в борьбе со смертностью взрослых.

Так, коэффициент младенческой смертности (смертность детей до 1 года) в 2017 г. был в 3–3,5 раза ниже, чем в 1988 г., и более чем в 5 раз меньше показателя 1964 г., и это при том, что в 1980-е и тем более в 1960-е гг. кри-

терии живорождения были намного строже, что искусственно занижало младенческую смертность по отношению к современному периоду [9]. Тем не менее, если в 1964 г. на первом году жизни умирали 2,5% девочек и 3,2% мальчиков, то в 2017 г. – лишь 0,5 и 0,6% соответственно. Коэффициент младенческой смертности в России все еще выше, чем в большинстве развитых стран, но разница невелика, и значения этого показателя очень низкие (рис. 5).

Успешно снижается и смертность детей в возрасте 1–4 года, ее уровень хотя и не достиг лучших мировых показателей, но быстро к ним приближается (рис. 6).

Это весьма благоприятная тенденция, но ее следует учитывать, оценивая перспективы дальнейшего роста продолжительности жизни в целом. Быстрое снижение детской и особенно младенческой смертности означает, что близок к исчерпанию очень важный ресурс этого роста. В 1960-е гг. вклад снижения смертности детей в возрасте до 15 лет в увеличение продолжительности жизни был очень велик, нередко благодаря ему продолжительность жизни росла даже в тех случаях, когда в других возрастах смертность повышалась. Но по мере снижения

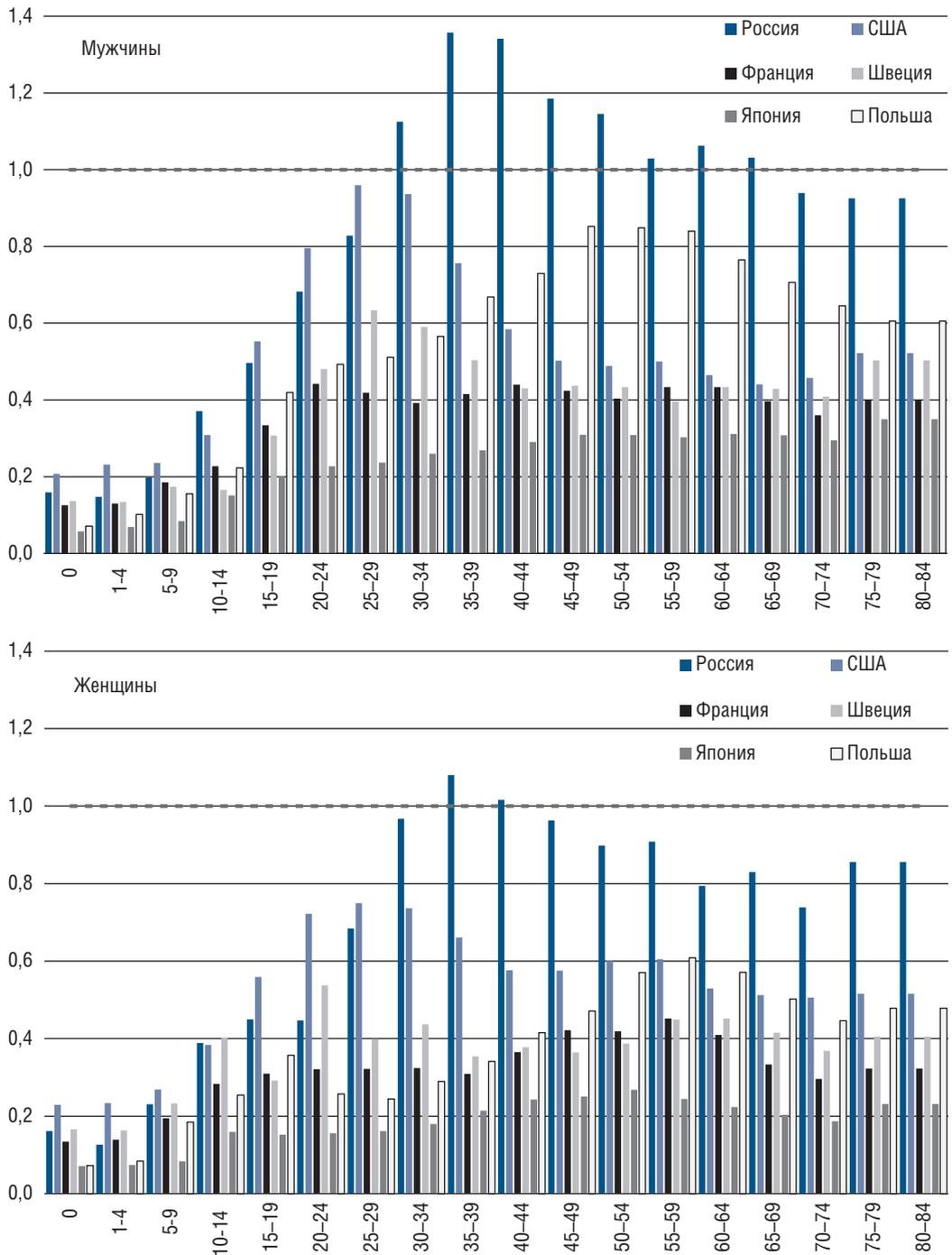


Рис. 8. Изменение возрастных коэффициентов смертности за 1960–2016 гг. в 6 странах (отношение коэффициентов 2016 г. к коэффициентам 1960 г., раз) [3]

смертности в детских возрастах его вклад в рост продолжительности жизни становится все менее существенным (см. таблицу).

Сейчас по уровню младенческой и детской смертности Россия если и не достигла уровня наиболее успешных стран, все же сопоставима с ними. В России, как и в этих странах, фиксируются очень низкие показатели смертности детей до 15 лет, их снижение приближается к пределу. Соответственно приближаются к пределу и возможности повышать за счет этого снижения ОПЖ. Теперь она все больше зависит от смертности взрослых, и именно борьба с их смертностью становится главной задачей на этапе второй эпидемиологической революции, но с этой задачей российская система охраны здоровья пока справляется не очень хорошо (рис. 7).

По мере перехода к старшим возрастам снижение смертности становится все менее заметно, а в самых, казалось бы, жизнеспособных возрастах, начиная с 30 лет, снижение либо вообще незначительное, либо возрастные коэффициенты смертности не только не сократились, но даже выросли, иногда очень значительно. Такая ситуация совершенно нетипична для стран, на-

ходящихся на этапе второй эпидемиологической революции (рис. 8). Если не считать менее благоприятных, чем в России, изменений смертности в возрастах до 30 лет в США, во всех остальных случаях в 5 зарубежных странах, представленных на рис. 8, период с 1960 г. до наших дней характеризуется очень значительным, иногда в несколько раз большим, чем в России, снижением возрастной смертности, и уж во всяком случае нигде не наблюдается ее роста за этот период.

Приблизившись в начале 1960-х гг. к показателям продолжительности жизни развитых стран, Россия снова стала отставать от них. Долговременные неблагоприятные тенденции смертности, усиленные кризисом 1990-х гг., наряду со значительным увеличением ОПЖ в западных и некоторых восточных странах (Япония, Южная Корея) привели к новому огромному отрыву России от стран-лидеров. В начале 2000-х гг. отставание от них по ОПЖ при рождении достигало почти 20 лет у мужчин и 13 лет у женщин.

Начиная с 2004 г. положение стало меняться и благодаря более быстрому росту продолжительности жизни в России в 2005–2016 гг. эти

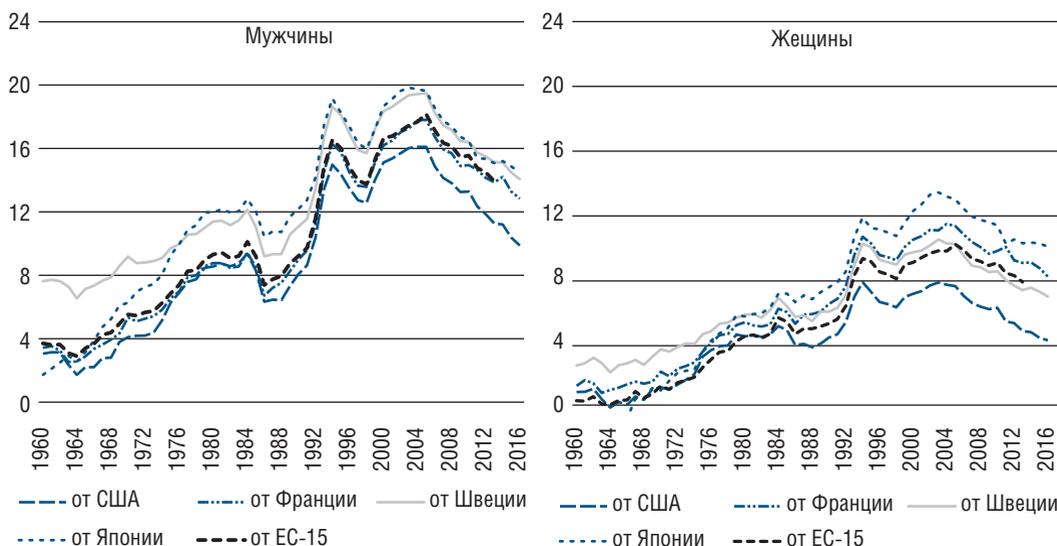


Рис. 9. Отставание России в ожидаемой продолжительности жизни при рождении от ряда стран в 1960–2016 гг., лет [3]

разрывы несколько сократились, вернувшись к уровню, наблюдавшемуся в начале 1990-х гг. (12–15 лет у мужчин и 7–10 лет у женщин). Исключение – США, где темпы снижения смертности в последние десятилетия были ниже, чем в других развитых странах. Как следствие, отставание России от США несколько меньше, чем от западноевропейских стран или Японии, особенно у женщин (рис. 9).

При сохранении благоприятного тренда динамики ОПЖ 2004–2016 гг., Россия сравнивается по этому показателю и у мужчин, и у женщин с США не ранее 2030-х гг., с Францией и Японией – не ранее 2050-х гг. Однако этот сценарий предполагает, что продолжительность жизни в России будет увеличиваться такими же быстрыми темпами, как после 2003 г., что маловероятно. По мере того как будет сходиться на нет эффект низкой базы и все больше исчерпываться резерв снижения младенческой и детской смертности, неизбежно будут замедляться темпы роста продолжительности жизни, что заметно уже сейчас. Так, если в 2006–2011 гг. ее среднегодовой прирост составил 0,85 года у мужчин и 0,52 года у женщин, то в 2012–2017 гг.

он снизился соответственно до 0,58 и 0,34 года. Иными словами, за 6 лет темпы прироста ОПЖ мужчин и женщин снизились соответственно на 32 и 35%.

Дальнейший рост продолжительности жизни потребует серьезного прорыва в борьбе со смертностью взрослого населения, особенно населения в средних возрастах, где положение сейчас наиболее неблагоприятно. Мировой опыт свидетельствует о том, что значительное снижение смертности в этих возрастах вполне достижимо и у России в этом смысле имеются большие резервы. Но мировой опыт говорит и о том, что для их использования необходимы немалые усилия и ресурсы. Пока не очень понятно, как нынешний уровень государственных расходов на здравоохранение (3,6% к ВВП в 2016 г. [12]), один из самых низких в мире среди индустриализованных стран, соотносится с решением столь амбициозной и ресурсоемкой задачи, как повышение продолжительности жизни россиян до 78 лет к 2024 г. и до 80 лет к 2030 г. [13].

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Вишневский Анатолий Григорьевич (Vishnevsky Anatoly G.) – директор Института демографии ФГАУ ВО «Национальный исследовательский университет “Высшая школа экономики”», Москва, Россия
E-mail: avishnevsky@hse.ru

<https://orcid.org/0000-0002-2408-7775>

Щур Алексей Евгеньевич (Shchur Alexey E.) – стажер-исследователь Международной лаборатории исследований населения и здоровья ФГАУ ВО «Национальный исследовательский университет “Высшая школа экономики”», Москва, Россия

E-mail: aschur@hse.ru

<https://orcid.org/0000-0002-3880-3832>

ЛИТЕРАТУРА

1. Terris M. The Epidemiologic Revolution, National Health Insurance and the Role of Health Departments // Am. J. Public. Health. 1976. Vol. 66 (12). P. 1155–1164.

2. Вишневский А.Г. Смертность в России: несостоявшаяся вторая эпидемиологическая революция // Демографическое обозрение. 2014 № 1 (4). С. 6–40.

3. Human Mortality Database. University of California, Berkeley (USA), and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany). URL: www.mortality.org (access 15.11.2018)

4. Чазов Е.И. Доклад Министра здравоохранения СССР на Всесоюзном съезде врачей // Медицинская газета. 10 октября 1988 г.

5. Андреев Е.М., Жданов Д.А., Школьников В.М. Смертность в России через 15 лет после распада СССР: факты и объяснения // SPERO. 2007. № 6. С. 115–142.

6. Андреев Е.М., Кваша Е.А., Харьковская Т.Л. Смертность и продолжительность жизни в России – что нового? Статья первая // Демоскоп Weekly. 2016, № 683–684. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0683/demoscope683.pdf> (доступ 15.11.2018)

7. Вишневский А.Г. Андреев Е.М., Тимонин С.А. Смертность от болезней системы кровообращения и продолжительность жизни в России // Демографическое обозрение. 2016. № 3 (1). С. 6–34.

8. Покровский В., Ладная Н., Покровская А. ВИЧ/СПИД сокращает число россиян и продолжительность их жизни // Демографическое обозрение. 2016. № 4 (1). С. 65–82.

9. Кваша Е.А. Смертность детей до 1 года в России: что изменилось после перехода на новые определения живорождения и мертворождения // Демографическое обозрение. 2014. № 1 (2). С. 38–56.

10. Демографическая модернизация России, 1900–2000. Под ред. А.Г. Вишневского. М.: Новое издательство, 2006. 608 с.

11. Население России 2016. Двадцать четвертый ежегодный демографический доклад. Под ред. С.В. Захарова. М.: Издательский дом НИУ ВШЭ, 2018. 360 с.

12. Здравоохранение в России 2017. Стат. сб. М.: Росстат, 2017.

13. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года. Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. URL: <http://kremlin.ru/acts/bank/43027> (доступ: 15.11.2018).

REFERENCES

1. Terris M. The Epidemiologic Revolution, National Health Insurance and the Role of Health Departments. *Am J Public Health*. 1976; 66 (12): 1155–64.

2. Vishnevsky A.G. Mortality in Russia: the second epidemiologic revolution that never was. *Demographic Review. English Selection*, 2015: 4–33.

3. Human Mortality Database. University of California, Berkeley (USA), and Max Planck Institute for Demographic Research (Germany). URL: www.mortality.org (access 15.11.2018)

4. Chazov E.I. Report of the Minister of Health of the USSR at the All-Union Congress of Doctors. *Medical Newspaper*. October 10, 1988. (in Russian)

5. Андреев Е.М., Жданов Д.А., Школьников В.М. Mortality in Russia, 15 years after the collapse of the USSR: facts and explanations. *SPERO*. 2007; 6: 115–42. (in Russian)

6. Андреев Е.М., Кваша Е.А., Харьковская Т.Л. Mortality and life expectancy in Russia – what's new? Part 1. *Demoscope Weekly*. 2016. N 683–684. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0683/demoscope683.pdf> (access:15.11.2018). (in Russian)

7. Vishnevsky A.G., Andreev E.M., Timonin S.A. Mortality from cardiovascular diseases and life expectancy in Russia. *Demographic Review. English Selection*, 2017: 45–70.

8. Pokrovsky V., Ladnaya N., Pokrovskaya A. HIV/AIDS is reducing the number of Russians and their life expectancy. *Demographic Review. English Selection*, 2017: 71–85.

9. Kvascha E. Mortality of children under one year of age in Russia: what has changed after the transition to the new definition of live birth and stillbirth. *Demographic Review. English Selection*, 2014: 69–84.

10. Demographic modernization of Russia, 1900–2000. Ed. by A.G. Vishnevsky. Moscow: Novoje izdatel'stvo, 2006. 608 p. (in Russian)

11. Population of Russia 2016. Twenty-fourth annual demographic report. Ed. by S.V. Zakharov. Moscow: HSE Publishing House, 2018. 360 p. (in Russian)

12. Healthcare in Russia 2017. Statistical compilation. Moscow: Rosstat, 2017. (in Russian)

13. On the national goals and strategic objectives of the development of the Russian Federation for the period up to 2024. Presidential Decree of May 7, 2018 URL: <http://kremlin.ru/acts/bank/43027> (access: 11/15/2018). (in Russian)

Демографический потенциал: дополнительные аспекты

Прохоренко Н.Ф.

Высшая школа организации и управления
здравоохранением – Комплексный медицинский
консалтинг (ВШОУЗ–КМК), Москва, Россия

В статье даны ответы на вопросы читателей по предыдущей публикации о сравнении разных способов реализации демографического потенциала в Российской Федерации. Подробно обсуждены демографическое значение аборт и меры, направленные на уменьшение их количества. Рассчитана стоимость сохранения беременности после проведения доабортного консультирования. Приведены обоснования приоритетных путей повышения рождаемости. Предложена схема реализации государственной политики по повышению рождаемости. Сделан анализ сравнительной эффективности применения прогестеронов в циклах вспомогательных репродуктивных технологий.

Ключевые слова:

демографический кризис, повышение рождаемости, общественное здравоохранение, организация здравоохранения, доабортное консультирование, фармакоэкономический анализ, вспомогательные репродуктивные технологии, дидрогестерон

Для цитирования: Прохоренко Н.Ф. Демографический потенциал: дополнительные аспекты // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 2. С. 22–47. doi: 10.24411/2411-8621-2019-12002.

Статья поступила 30.04.2019. **Принята в печать** 15.05.2019.

Demographic potential: additional aspects

Prokhorenko N.F. Higher School of Healthcare Organization and Management – Comprehensive Medical Consulting (VSHOUZ–KMK), Moscow, Russia

In the article answers to the questions of readers on the previous publication about comparison of different ways of demographic potential realization in the Russian Federation are given. Demographic significance of abortions and measures that are aimed at decrease in their number are discussed in depth. Cost of pregnancy maintenance after pre-abortion counseling has been calculated. Justifications of fertility elevation priority ways are given. Implementation

scheme of government policy to raise the fertility level is proposed. The analysis of progesterone usage comparative effectiveness in Assisted Reproductive Technologies cycles was made.

Keywords:

demographic crisis, raise the fertility level, public health, public health organization, pre-abortion counseling, pharmacoeconomic analysis, assisted reproductive technologies, didrogesterone

For citation: Prokhorenko N.F. Demographic potential: additional aspects. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2019; 5 (2): 22–47. doi: 10.24411/2411-8621-2019-12002. (in Russian)

Received 30.04.2019. **Accepted** 15.05.2019.

Уважаемые коллеги, спасибо вам за проявленный интерес к нашей публикации о сравнительном демографическом потенциале отдельных мер по предотвращению депопуляции в Российской Федерации (РФ) [1]. По многим каналам (электронная почта, социальные сети) к нам поступил ряд вопросов, ответы на которые могут дополнить и углубить рассматриваемый вопрос. В этой связи мы решили подготовить новую статью, в которой обобщили эти ответы. Обращаем внимание, что логика изложения статьи дана с точки зрения организации здравоохранения, т.е. принятия оптимальных решений для пациента, а демографические и клинические вопросы представлены с позиции максимально эффективной реализации демографического потенциала. Материал статьи представлен в виде ответов на вопросы.

Есть ли демографический потенциал мер, направленных на уменьшение аборт, и какова стоимость рождения дополнительного ребенка при отказе от аборта?

Аборты – очень важная проблема, которая в последние годы бурно обсуждается в средствах массовой информации (СМИ) в связи с нарастающей депопуляцией, активной пози-

цией Российской православной церкви по этому вопросу, а также в связи с предложениями по выведению абортов, проводимых по желанию женщины, из программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Общественный интерес к этой проблеме не угасает по двум основным причинам.

Первая – юридическая дискуссия о правовом статусе эмбриона [2, 3]. Здесь можно выделить 2 основные позиции [4]. Одна рассматривает эмбрион как субъект права, полноправного участника правоотношений, приравненного к человеку. Другая представляет эмбрион как объект права – часть организма матери, приравненная к органам и тканям человека, по поводу которой могут возникнуть правоотношения имущественного характера.

Вторая причина основана на убеждении, что аборты являются частью репродуктивных потерь. Это понятие означает потерю продуктов зачатия на всех этапах развития плода: в результате самопроизвольного или вынужденного (по медицинским и социальным показаниям) прерывания беременности, мертворождения, а также смерть детей первого года жизни [5].

Не затрагивая юридической стороны вопроса, попробуем разобраться, в какой степени аборты можно расценивать как часть демографического потенциала и какова роль общественного здравоохранения в их профилактике.

Распространенность аборт

Как и во многих развитых странах, в РФ под абортм понимается прекращение беременности до срока жизнеспособности плода (сейчас в РФ это 22 нед беременности). После этого срока используется термин «преждевременные роды».

Статистический учет случаев прерывания беременности не может быть абсолютно достоверным ни в одной стране мира. Прерывание беременности на ранних и очень ранних сроках беременности близко к естественным физиологическим процессам и часто происходит до факта регистрации беременности. В официальную статистику также может не попасть часть случаев криминальных абортов и абортов по медицинским показаниям в частных медицинских организациях с требованием анонимности.

На показатели статистического учета случаев прерывания беременности в России может влиять то, что чаще всего при оценке динамики оперируют общим количеством абортов, включая в него как искусственное прерывание

беременности (по желанию женщины, по медицинским или социальным показаниям), так и выкидыши при невынашивании беременности. Таким образом, под одной внешне схожей ситуацией – прекращением беременности объединяются две диаметрально противоположные группы женщин: с желаемой и с нежелательной беременностью. Соответственно, вектор воздействия, направленный на сохранение беременности, для этих 2 групп будет различным. Так, в РФ встречаются только отдельные публикации, в которых в качестве показателей для мониторинга репродуктивного настроения населения предлагаются некие сводные коэффициенты, характеризующие «позитивную» и «негативную» стороны репродуктивного поведения [6, 7]. В большинстве зарубежных стран ведется и публикуется отдельный учет абортов при желательных и нежелательных беременностях.

Несмотря на вышеизложенное, большинство исследователей считают ситуацию со статисти-

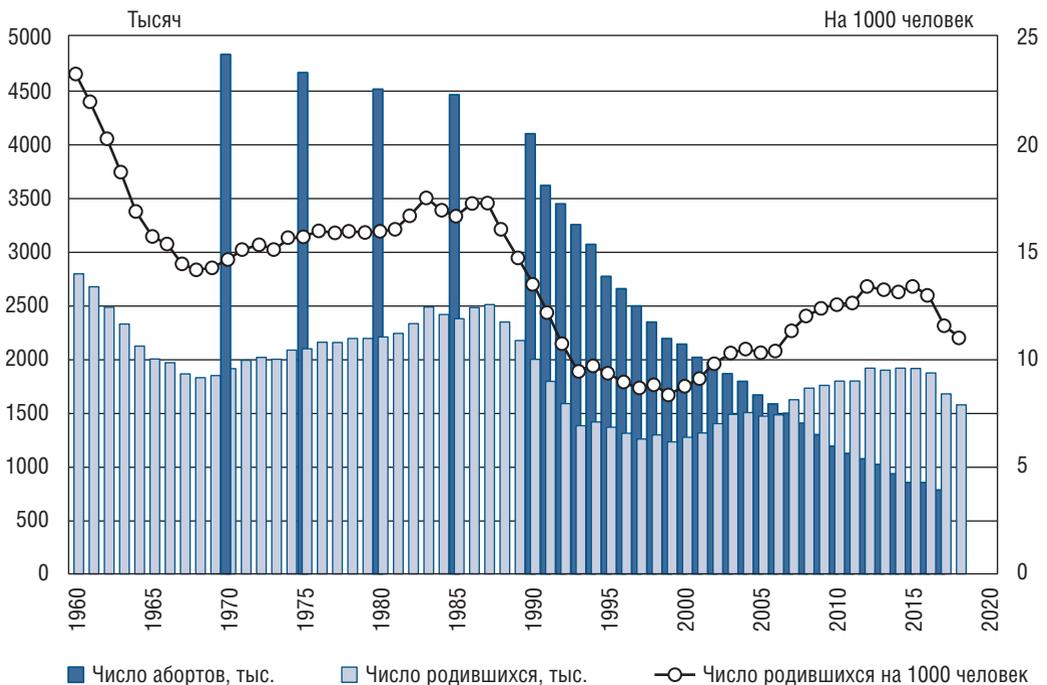


Рис. 1. Число абортов и родившихся живыми в России в 1960–2018 гг., тыс. человек и в расчете на 1000 человек (2014–2018 гг. без учета данных о рождаемости в Крыму)

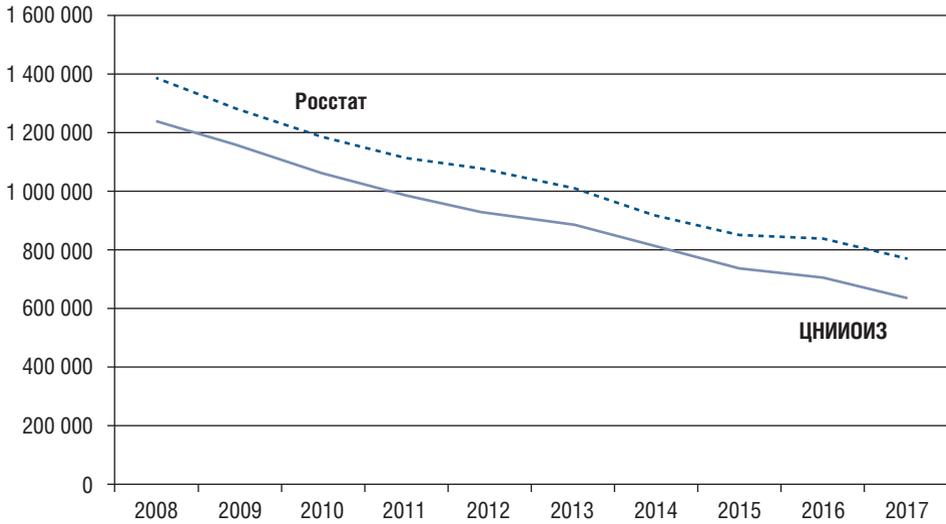


Рис. 2. Динамика общего количества абортс по данным Росстата и ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России (ЦНИИОИЗ) за 2008–2017 гг.

ческим учетом абортс в России вполне благополучной, а данные официальной статистики пригодными для обобщений и выводов.

На рис. 1 показана динамика абортс и живорождений на основе данных научных исследований [8].

Как мы видим, в России достигнуты очевидные успехи в снижении числа абортс с 1990 по 2018 г. – почти в 5 раз (с 4103,4 тыс. до 779,8 тыс.). За последние 5 лет снижение составило 23%¹ (с 1012,4 тыс. в 2013 г. до 779,8 тыс. в 2017 г.). За 2018 г. количество абортс снизилось на 9,6%, т.е. почти на 60 тыс. случаев². В первую очередь это отражает успехи в планировании семьи: повышение информированности населения о мерах контрацепции и их современных возможностях. Недаром говорят, что аборт по желанию женщины – это ошибка контрацепции.

Структура абортс в статистике Росстата не указана. Данные приведены лишь по общему количеству абортс и учитывают регистрацию абортс по медицинским организациям всех форм собственности (рис. 2). Статистика ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России (далее – ЦНИИОИЗ) более подробная, но представлена по подведомственным Минздраву России медицинским организациям. Однако формы представления данных в большей степени ориентированы на отдельные клинические вопросы. В значительной степени этот пробел закрыт подробным аналитическим отчетом по репродуктивному потенциалу [9], но в нем нет расчетов сравнительной стоимости различных методов повышения репродуктивного потенциала.

По данным Минздрава России³, за 2015 г. в стране из 747 тыс. зарегистрированных абортс

¹ <https://www.fedstat.ru/indicator/31595.do>.

² Выступление министра здравоохранения Вероники Скворцовой на заседании итоговой коллегии Минздрава России 24 апреля 2019 г.; <https://www.rosminzdrav.ru/news/2019/04/24/11389-vystuplenie-ministra-veroniki-skvortsovoy-na-zasedanii-itogovoy-kollegii-minzdrava-rossii>.

³ Минздрав России: Каждый пятый аборт сделан из-за финансовых трудностей; <https://takiedela.ru/news/2016/10/14/prichiny-aborta>.

тов 60% (447 тыс.) были сделаны без медицинских показаний (в другом источнике указано 52%, но, видимо, за базу общего числа абортот были взяты данные Росстата – 848,2 тыс. абортот в 2015 г.). Самой распространенной причиной для прерывания беременности без медицинских показаний были финансовые трудности (в 23% случаев). В 17% случаев женщины решились на аборт, потому что их партнер возражал против рождения ребенка. Каждый 10-й отказ объясняли состоянием здоровья или желанием отложить появление ребенка на более удобное время. Следует отметить, что доля абортот по желанию женщин сохраняется даже при сокращении их общего количества.

Кроме непосредственной причины прерывания беременности важно знать способ его прерывания. Так, наиболее безопасным в отношении осложнений и отдаленных последствий считается медикаментозный аборт, далее идут малоинвазивные вмешательства (вакуум-аспирация) и, наконец, хирургический способ (кюретаж матки), рассцениваемый Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как крайняя мера. Структура способов прерывания беременности в РФ, по данным 2012 г., характеризуется значительным преобладанием именно кюретажа – 71,6% [10]. Медикаментозный и малоинвазивный абортот занимали соответственно 6,1 и 23,9%. Доля медикаментозных абортот со временем росла за счет сокращения хирургического способа и, по данным ЦНИИОИЗ, в 2017 г. достигла 17,5%.

Именно поэтому за основу учетной классификации абортот ВОЗ взята их безопасность, а приоритет ВОЗ в отношении абортот – стремление минимизировать количество небезопасных прерываний беременности с беспрепятственной реализацией права женщины на безопасный аборт по своему желанию⁴. К числу факторов, мешающих безопасным абортотам, ВОЗ относит:

- ограничительные законы;
- ограниченный выбор услуг по прерыванию беременности;

- высокую стоимость услуг;
- стигму или дискриминацию по признаку;
- нежелание медицинских организаций заниматься абортотами из соображений нравственности;
- ненужные требования, в частности:
 - обязательный период ожидания;
 - обязательное консультирование;
 - предоставление информации, вводящей женщину в заблуждение;
 - разрешение третьей стороны;
 - ненужные с медицинской точки зрения анализы.

Подростковая беременность и ее возможные последствия

Это важнейшая отдельная проблема репродуктивного здоровья женщин. Несмотря на высокую распространенность абортот и инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем, среди подростков и неблагоприятную демографическую ситуацию в РФ в целом по-прежнему отсутствует единая организованная система репродуктивного образования подростков [11]. В подтверждение этому авторы приводят данные Росстата (2017 г.) и исследований зарубежных коллег [12]: число подростковых абортот в РФ составляет 48 в расчете на 1000 женщин 15–19 лет, что в 6 раз выше, чем в Швеции (8), в 3,4 раза выше, чем в Голландии (14), в 2,3 раза выше, чем в Бельгии (21), и в 2 раза выше, чем в США и в Израиле (23). При этом в мире накоплен серьезный положительный опыт противодействия этому негативному явлению.

Очевидно, что беременность в раннем возрасте в большинстве случаев заканчивается абортотом (75–80%) [13]. По данным Росстата, в 2016 г. среди всех прерванных беременностей доля женщин до 19 лет составила 3,7%, что в абсолютных цифрах равно 31 тыс. девушек, прервавших беременность. В развитых странах подростковая беременность, как правило, тоже заканчивается абортотом.

⁴ <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.

При этом аборт в раннем возрасте имеет катастрофические последствия для будущего репродуктивного здоровья женщины [14]. Авторы считают доказанным, что аборт увеличивает риск эндометриоза, повторного аборта, невынашивания беременности, преждевременных родов, преждевременного излития околоплодных вод, рождения маловесного новорожденного, приращения плаценты. Нельзя назвать физиологичными и роды в подростковом возрасте, так как они сопряжены с большим материнским и перинатальным рисками.

Таким образом, все причины, приводящие к небезопасным абортам, как социальные, медицинские, правовые, так и субъективные искажения репродуктивного поведения (индивидуальное нежелание рождения по несущественным поводам), напрямую и косвенно снижают репродуктивный потенциал страны. Очевидно, что для предотвращения этого первостепенную роль играют адекватное информирование и распространение сведений о физиологически безопасных методах контрацепции.

Меры по уменьшению числа аборт. Демографический потенциал профилактики абортов

В РФ постоянно предпринимаются значительные усилия по уменьшению числа абортов. В качестве профилактических мер применяется информационная кампания о вреде абортов, особенно при первой беременности, о безопасной и эффективной контрацепции, о необходимости наблюдения за здоровьем жен-

щин, использующих внутриматочную спираль и гормональные контрацептивные препараты.

Вышеперечисленные меры обладают лишь опосредованным демографическим потенциалом (сохранение репродуктивного здоровья по сравнению с возможным небезопасным аборт), а вот успешно работающие кабинеты медико-социальной помощи позволяют сохранять его напрямую. Так, по данным Уполномоченного по правам ребенка при Президенте РФ Анны Кузнецовой, в 2015 г. в России было 900 консультативных кабинетов, в них обратились 266,5 тыс. беременных женщин, из них 67 тыс. отказались от аборта⁵. В 2018 г., по данным пресс-службы Министерства здравоохранения РФ⁶, функционировало около 1500 таких кабинетов. Консультацию получили 257,5 тыс. женщин, 39 тыс. из них удалось убедить отказаться от прерывания беременности. Всего с 2014 г. количество абортов по желанию женщин снизилось на 42,5%.

Расчет стоимости сохраненного рождения ребенка по результатам консультирования в кабинетах медико-социальной помощи

Попробуем провести оценочный расчет стоимости рождения ребенка при реализации названного направления – сохранения демографического потенциала. Мы использовали показатели 2018 г. Сначала рассчитаем трудозатраты персонала по доабортному консультированию (психологи в медицинских организациях, в центрах и отделениях социальной помощи семье и детям):

$$247\,500 \times 1\,ч^7 / 0,8^8 / 6,6^9\,ч / 247^{10}\,рабочих\,дня = 190,5\,полных\,ставок.$$

⁵ <https://tass.ru/interviews/3672086>.

⁶ Минздрав России намерен активно работать с религиозными организациями для профилактики абортов; <https://tass.ru/obschestvo/6365702>.

⁷ Время беседы и сопутствующего заполнения первичной медицинской документации с учетом некоторой доли повторных визитов.

⁸ Коэффициент полезной нагрузки с учетом непроизводительных потерь и отпуска.

⁹ Норматив временной нагрузки за один рабочий день для врачей, ведущих исключительно амбулаторный прием (Приложение № 2 к постановлению Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2003 г. № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности»).

¹⁰ Производственный календарь на 2018 г. (<http://www.garant.ru/calendar/buhpravo/2018/>).

При средней оплате труда психологов кабинетов от 70% среднероссийской врачебной¹¹ с учетом среднего коэффициента совместительства 1,4 ориентировочные минимальные прямые затраты при работе без дополнительного персонала составят:

$$190,5 \text{ ставок} \times (72 \text{ тыс. руб.} / 1,4 \times 0,7 = 36) \times 1,3^{12} \times 12 \text{ мес} = 107 \text{ млн руб.,}$$

а с учетом средних накладных расходов (около 30%) – около 140 млн руб.

Таким образом, минимальная стоимость потенциального рождения одного ребенка с учетом возможности невынашивания беременности (20%) составит:

$$140 \text{ млн руб.} / 39 \text{ тыс. детей} / 0,8 = \text{от } 4488 \text{ руб.}$$

Однако при возможной неполной загрузке психолога в маломощных женских консультациях, большей заработной плате, увеличении доли повторного приема эта стоимость может вырасти на 40–70%, что дает возможность оценить диапазон удельных затрат от 4,5 до 6,5 тыс. руб.

Большинство экспертов считают необходимым, кроме попыток отговорить женщину от намерения сделать аборт, также предоставить ей достоверную информацию о методах эффективной контрацепции. Так, директор Ассоциации народонаселения и развития, врач акушер-гинеколог Л. Ерофеева обращает внимание на то, что «...*Наши меры профилактики порой идут вразрез и с логикой, и с международной практикой. Например, у нас принято женщин из всех сил отговаривать от аборта, вызывать психологов и даже священников, хотя во всем мире уже давно в таких случаях как минимум предоставляют женщине информацию о методах контрацепции. Потому что после первого проведенного аборта, вероятнее всего, через год она сделает еще один, если ей не подобрать подходящий метод контрацепции. Во всем мире это общепринято – контрацепция является способом снижения числа абортов. А у нас получается, что на отговоры и общение с психологами деньги есть, а на контрацепцию – нет...*» [15].

Консультация и подбор метода контрацепции – не противоречащие друг другу подходы. Главное, чтобы не было никакого давления на женщину или дополнительных искусственных ограничений для безопасного аборта при неудачной попытке убедить беременную отказаться от прерывания беременности. Аргументы за сохранение беременности должны носить медицинскую и общегуманистическую направленность, а не создавать ощущения вины, преступления, неполноценности или последующего осуждения в обществе. Гораздо более действенной будет не только диагностика социальных причин желания сделать аборт, но и одновременная целевая адресная помощь.

Демографический потенциал доабортного консультирования не исчерпан. Он может быть реализован более полным охватом беременных женщин, выразивших свое желание прервать беременность (в настоящее время около 54%), и повышением его результативности с наблюдаемых в настоящее время 15%. Если предположить реальным рост охвата до 70% (примерно в 1,3 раза), а результативности – до 20%, в текущих показателях 2018 г. это приведет к рождению:

$$(257\,500 \times 1,3) \times (0,15 \times 1,2) - 39\,000 = 21\,255 \text{ дополнительно рожденных детей в год.}$$

Неукоснительное соблюдение принципа добровольности при этом обеспечит прирост рождений без негативных последствий из-за увеличения количества небезопасных абортов. Однако реализация этого направления потребует существенных усилий и тщательно выверенных подходов к изменению репродуктивного поведения населения в целом.

Возможные последствия запрещения (создания искусственных препятствий) абортов

В нашей стране, первой легализовавшей аборты в 1920 г., смертность женщин от этой

¹¹ 72 000 руб. в 2018 г., по данным Росстата.

¹² Коэффициент начислений на оплату труда.

причины уменьшилась с 4 до 0,28%¹³. Однако с 1936¹⁴ по 1955 г.¹⁵ аборты вновь были запрещены с введением уголовного преследования женщин, осмелившихся нарушить закон. Результатами этого, кроме кратковременного и незначительного прироста рождаемости, стали резкий рост криминальных абортов и самоабортов с долей неполных абортов среди зарегистрированных до 92% [16]. Это привело к росту женской смертности от этой причины почти в 5 раз, увеличению доли убийств детей более чем в 2 раза, а также к полному искажению статистики абортов, мертворожденности и других связанных с этим показателей. Об этом же говорила и министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова¹⁶ в 2016 г.: «...В мире накопился негативный опыт полного запрета. Есть он и в нашей стране: в 1935 г., до введения запрета на аборты, в Советской России смерти от аборта составляли 26% от всех случаев материнской смерти, а уже в начале 1950-х гг. эта доля превысила 70%. И тогда материнская смертность была 320 на 100 тыс. рожденных живыми... По результатам 2015 г., она составила 10, т.е. в 32 раза меньше, чем тогда, а по предварительным данным этого года – еще меньше...».

В настоящее время исследованиями в сфере общественного здоровья объективно доказано, что законодательство о запрете или об ограничении абортов резко увеличивает долю небезопасных абортов, но слабо влияет на его общую распространенность [17] – аборты одинаково часто происходят в странах

с самым жестким и самым либеральным законодательством. В странах, где аборт либо запрещен совсем, либо допускается с целью спасения жизни женщины, коэффициент абортов оценивается в 37 случаев на 1000 женщин репродуктивного возраста¹⁷ (без учета самопроизвольных абортов), тогда как в странах с либеральным законодательством он составляет 34 случая.

Борьба с абортами – один из пунктов проекта, разработанного президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию «Формирование здорового образа жизни», который был утвержден 7 августа 2017 г.¹⁸. Главная цель проекта, как сообщают законодатели, «увеличить долю граждан, приверженных здоровому образу жизни, до 50% к 2020 г. и до 60% к 2025 г.», в том числе к 2025 г. запланировано снизить число абортов, совершаемых по желанию женщины, с 20,5 в 2017 г. до 16 на 1000 женщин фертильного возраста. Документ содержит только общие тезисы, об абортах – лишь одно предложение: «...проведение ежегодных коммуникационных кампаний в традиционных СМИ и в социальных сетях на принципах микротаргетинга», что «обеспечит общественную поддержку мероприятий проекта по продвижению принципов здорового образа жизни, пропаганде отказа от абортов» [18]. Иными словами, никаких решений о запрещении абортов в этом документе не содержалось.

Последнее предложение о запрете абортов не по медицинским показаниям внес патри-

¹³ Аборт (прекращение беременности) // Большая советская энциклопедия : [в 30 т.] / гл. ред. А.М. Прохоров. 3-е изд. М. : Советская энциклопедия, 1969–1978 (цит. по: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Аборт>).

¹⁴ Постановлением ЦИК и СНК от 27 июня 1936 г. «О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах».

¹⁵ Указ Президиума ВС СССР от 23 ноября 1955 г. «Об отмене запрещения абортов».

¹⁶ Вероника Скворцова: в нашей стране уже есть негативный опыт полного запрета абортов; <https://tass.ru/interviews/3672086>.

¹⁷ В мире за такой интервал принимается возраст женщин от 15 до 44 лет включительно.

¹⁸ <http://government.ru/projects/selection/641/28745>.

арх Московский и всея Руси Кирилл на Рождественских чтениях в Государственной Думе РФ 30 января 2019 г. Ранее он обращал внимание, что в настоящее время (2017 г.) это вряд ли осуществимо, но начать следует с запрета оплаты абортот за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС). Мнения в обществе разделились. Однако в результате многочисленных обсуждений в Общественной палате ряда регионов и в центральном штабе Общероссийского народного фронта (ОНФ), известно, что ни один специалист, связанный с акушерством и гинекологией, репродуктивным здоровьем населения и социальной защитой, не поддерживает подобный запрет, считая, что отрицательные медицинские, социальные и экономические последствия значительно превысят позитивные, которые носят прежде всего мировоззренческий характер.

Выводы

- Считать, что предупреждение или запрещение всех абортот ведет к повышению репродуктивного потенциала не только не корректно с методологической точки зрения, но и крайне опасно из-за искажения общественного сознания лиц, не являющихся специалистами в сфере репродуктивного здоровья и социологии, но имеющих влияние на принятие общественно значимых решений. **К репродуктивным потерям можно отнести лишь ситуации потери плода при желательной беременности.** Именно эти ситуации, и в первую очередь самопроизвольные абортот (невывашивание беременности) должны быть точкой приложения усилий и концентрации ресурсов государства и общественного здравоохранения.
- Законодательные меры, ограничивающие возможность свободной реализации воли женщины в отношении своей беременности, обладают отрицательным демографическим потенциалом. Это проявляется в росте детской и материнской смертности из-за увели-

чения количества небезопасных абортот, ухудшения репродуктивного здоровья, связанных с осложнениями таких абортот, а также из-за расширения масштабов социального сиротства. Основа сохранения репродуктивного потенциала – это минимизация небезопасных абортот, а не абортот по желанию женщины.

- **Демографический потенциал отдельных мероприятий, направленных на уменьшение количества абортот по желанию женщины, следует признать существенным** при более полном охвате добровольным доабортным консультированием и повышением его результативности. Однако совместная работа психолога женской консультации и социальной службы муниципалитета или региона была бы значительно более эффективна при более гибком персональном подходе. Так, при выявлении основных мотивов прерывания беременности необходимо сразу адресно их модифицировать, например:
 - помощь в отношении ухода за уже имеющимися детьми;
 - целевая материальная помощь;
 - индивидуальные льготы;
 - планирование профессиональной подготовки одного или обоих супругов.

Для этого потребуются ревизия действующего законодательства и перестройка разобщенных ведомственных действий, со стороны как системы здравоохранения, так и социального обеспечения. Только при межведомственном подходе и строжайшем соблюдении принципа отсутствия какого-либо давления на женщину или создания любых искусственных препятствий реализации ее права на аборт по ее желанию можно надеяться на уменьшение репродуктивных потерь и на постепенное изменение репродуктивного поведения в целом.

Почему именно рождаемость должна быть приоритетом?

В отношении расстановки приоритетов с демографической точки зрения споров практиче-

ски нет и быть не может. Рождаемость создает исходный фундамент всей структуры общества. В течение жизни человек может заболеть, стать инвалидом, умереть. Система охраны здоровья и система оказания медицинской помощи могут этому более или менее успешно противостоять, но для всего этого человеку нужно родиться. Наглядно ситуация в странах с различным соотношением уровней рождаемости и успешностью противодействия смертности по ожидаемой продолжительности жизни (далее – ОПЖ) при рождении видна на половозрастных демографических пирамидах.

На основе данных тематического ресурса¹⁹ рассмотрим две диаметрально противоположные ситуации: Анголу и Японию, а также сопоставим с ними Россию. Показатели рождаемости и ОПЖ при рождении по 2015 г. представлены в табл. 1.

Половозрастные демографические пирамиды стран представлены на рис. 3–5. По оси абсцисс расположены возрастные интервалы, по оси ординат – доля населения этого возраста в процентах.

Численность населения в нижней части пирамиды зависит от уровня рождаемости, младенческой и детской смертности, верхушка пирамиды – от успехов в обеспечении долголетия, включая систему долговременного ухода. Неравномерность пирамиды с провалами численности по некоторым возрастам свидетельствует о демографически неблагоприятных событиях в истории страны с формированием волнообразного демографического процесса.

В Анголе уровень рождаемости более чем в 5 раз превосходит таковой в Японии, но

из-за крайне неблагоприятной ситуации в системе охраны здоровья, до возраста 80+ лет доживают буквально единицы (0,3% населения). В Японии при низком и сокращающемся уровне рождаемости в настоящее время все возрастные группы до 80 лет превышают по численности число ежегодных рождений, а доля населения 80+ лет составляет около 8% всего населения. В России наблюдается волнообразный тип демографической пирамиды с растущей (до 2015 г.) рождаемостью и весьма скромными успехами в сохранении жизни к преклонным годам: доля населения 80+ лет составляет около 3%.

Не углубляясь в эту весьма обширную тему, обратимся к мнению признанных авторитетов: «...Обеспечение самовоспроизведения населения есть непреложное условие не только развития, но и сохранения популяции. Именно репродуктивный процесс и его эффективность как в количественном выражении (число деторождений), так и в качественном (здоровье родившегося потомства) определяют жизнеспособность нации и демографическую безопасность страны...» [5, с. 229].

Однако простое понимание этого постулата не способно исправить ситуацию депопуляции. Нужны системные и значительные усилия государства по реализации мер, направленных на повышение рождаемости и качества здоровья населения.

Желание иметь детей является реализацией репродуктивного инстинкта. Оно является основной и главной мотивирующей составляющей репродуктивного поведения. Но его способны очень серьезно модифицировать социальные факторы. Главный из них – уверенность в бу-

Таблица 1. Уровни рождаемости и ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) в странах сравнения в 2015 г.

Страна	Ангола	Япония	Россия
Рождаемость, число рожденных живыми на 1000 населения	45,0	7,9	13,3
ОПЖ при рождении, лет	52,67	83,84	70,91

¹⁹ *Population Pyramids of the World from 1950 to 2100*. URL: <https://www.populationpyramid.net>.

Население: 25 021 974 человек

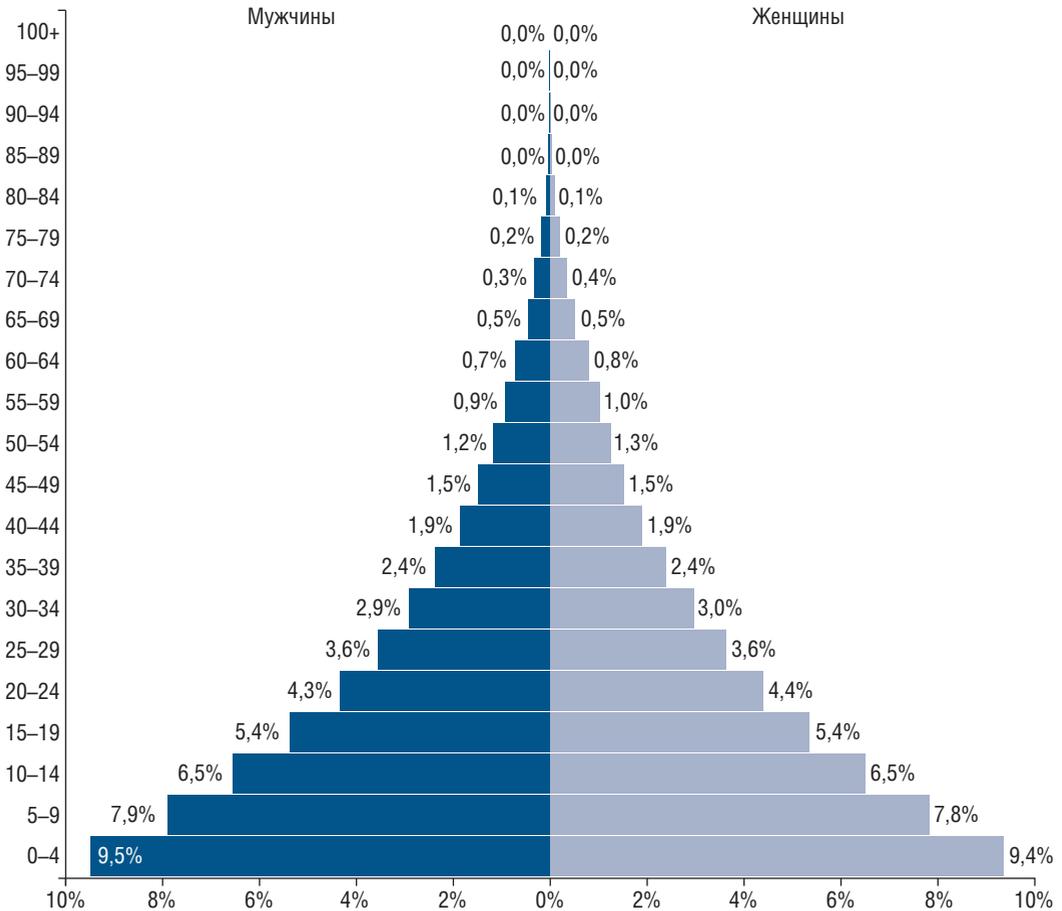


Рис. 3. Половозрастная демографическая пирамида Анголы, 2015 г.

дущем, что определяется горизонтом планирования и прогнозным уровнем материального положения. Это подтверждается не только многочисленными социологическими исследованиями и научными работами, но и позитивными результатами введения материнского капитала. Вторым по значимости является фактор брачности. В настоящее время в России и, особенно, в развитых странах наблюдается разрыв в общественном сознании между сохранившимся желанием рождения детей и изменившимися установками в отношении брака (его регистрации), а также поддержки семейственности (сохранение многопоколенных семей).

Соответственно, именно эти направления должны стать приоритетом государственной политики в создании условий для повышения рождаемости, но при этом следует учитывать два важных условия.

Во-первых, меры поддержки должны быть такими, чтобы оказать существенное влияние на принятие решения о рождении ребенка. Такими, как выяснилось в ходе работы площадки по демографии центрального штаба ОНФ, являются кратное повышение размера пособий и льгот, в частности на увеличение суммы материнского капитала в 2 раза с расширением возможных направлений его использования.

Во-вторых, реализация государственной политики в сфере репродуктивного поведения должна быть максимально адресной, гибкой и необременительной в плане оформления всех видов помощи и льгот. Нами был предложен вариант схемы реализации государственной политики, направленной на повышение рождаемости (рис. 6). Основной схемой стали узловые точки принятия решения по большинству жизненных ситуаций, чтобы предотвратить смещение

индивидуального репродуктивного поведения в негативную сторону.

Значительную роль в повышении рождаемости и приостановке депопуляции призван обеспечить указ Президента РФ об оценке эффективности работы правительств и руководителей субъектов РФ²⁰, принятый в 2019 г. Из 15 включенных в соответствующий перечень показателей 6 напрямую связаны с уровнем рождаемости в регионе или характеризуют его динамику:

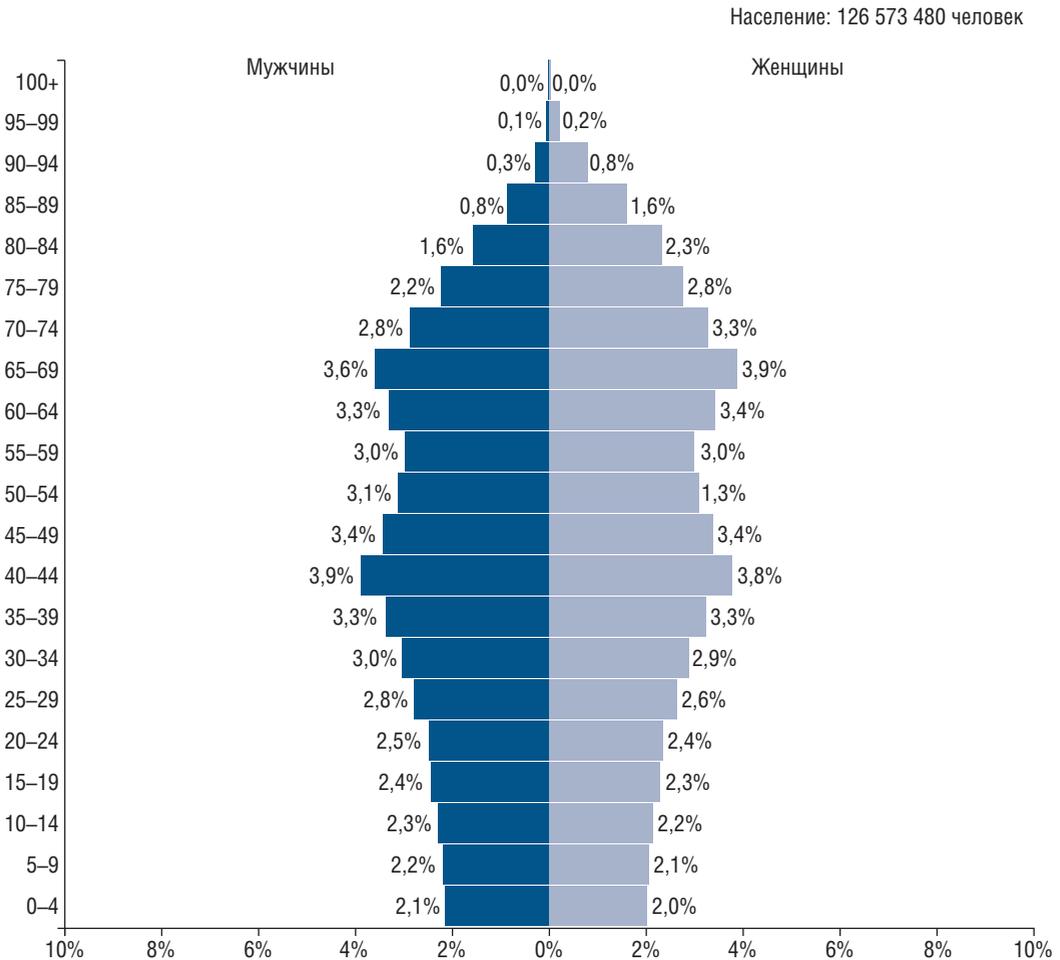


Рис. 4. Половозрастная демографическая пирамида Японии, 2015 г.

²⁰ Указ Президента РФ № 193 от 25 апреля 2019 г. «Об оценке эффективности высших должностных лиц (руководителей высших исполнительных органов государственной власти) субъектов Российской Федерации и деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

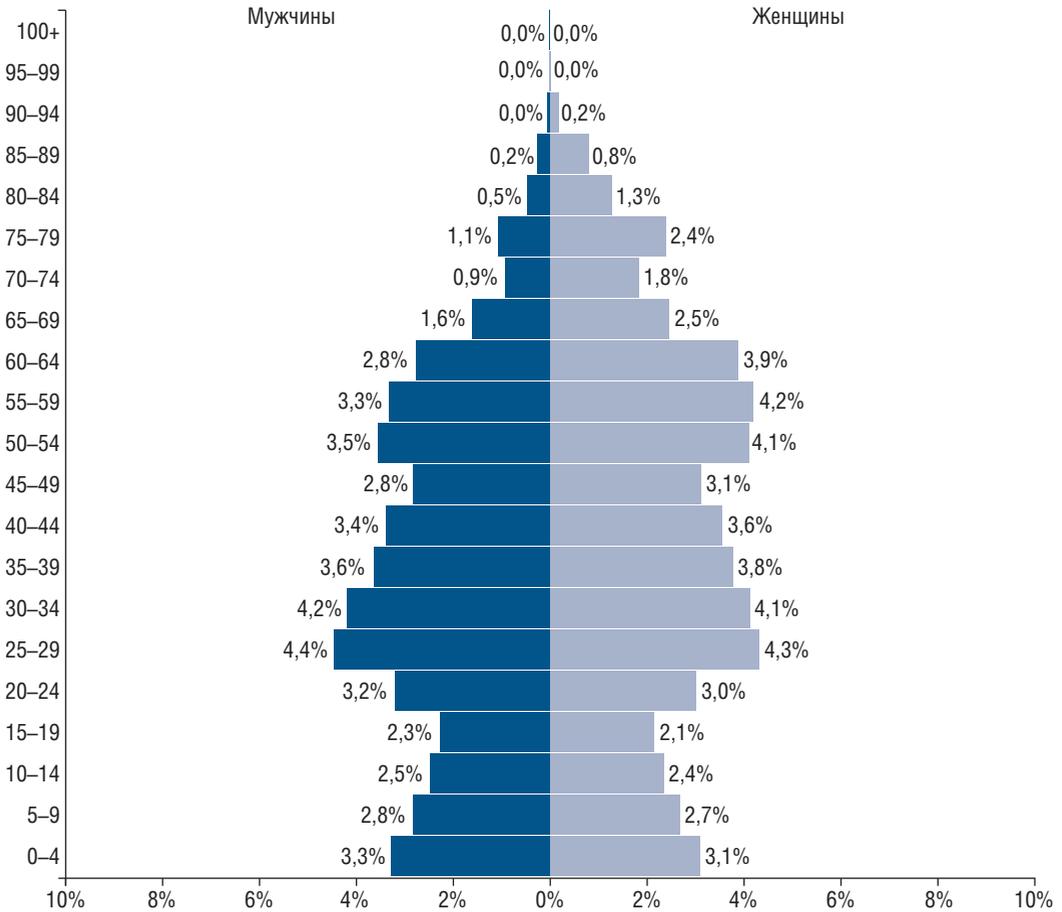


Рис. 5. Половозрастная демографическая пирамида РФ, 2015 г. (без Крыма)

- уровень реальной среднемесячной заработной платы;
- уровень бедности;
- ОПЖ при рождении;
- естественный прирост населения;
- количество семей, улучшивших жилищные условия;
- уровень доступности жилья.

Эффективность мер, направленных на повышение рождаемости, заложенных в Национальном проекте «Демография» и дополнительно реализуемых в субъектах РФ, мы сможем оценить уже в ближайшем будущем.

Система охраны здоровья призвана обеспечить как сохранение числа родившихся живыми,

так и способствовать рождению максимально возможного количества детей при желательных беременностях. В этом плане нельзя не согласиться с мнением В.И. Стародубова и Л.П. Сухановой [5, с. 182], что «...отсутствие единой методологии анализа репродуктивных потерь является причиной недооценки роли невынашивания беременности как важнейшего фактора потери репродуктивного потенциала; в то же время снижение невынашивания беременности, представляет собой сегодня главный резерв повышения рождаемости, составляя альтернативу применению вспомогательных репродуктивных технологий и запрещению искусственного аборта...».

Каков демографический потенциал вспомогательных репродуктивных технологий и роль дидрогестерона в его повышении?

Вспомогательные репродуктивные технологии (далее – ВРТ), в том числе одно из основных его направлений – экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), показывают положительную динамику во всем мире. Особенно это выражено в европейском регионе. Россия является лидером по абсолютному числу циклов ВРТ в Европе. Так, в 2016 г. их количество в России оценивалось²¹ около 123,2 тыс. циклов [19],

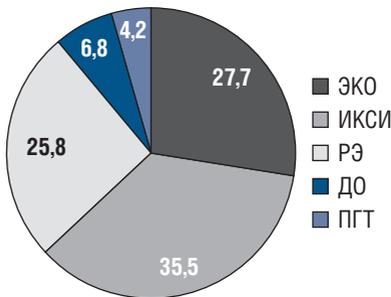


Рис. 7. Структура циклов вспомогательных репродуктивных технологий в РФ в 2016 г. по данным регистра Российской ассоциации репродукции человека

Здесь и в табл. 2: ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение; ИКСИ – интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида; РЭ – перенос размороженных эмбрионов; ДО – программа донорства ооцитов; ПГД (ПГС) – предимплантационная генетическая диагностика (скрининг).

но по количеству процедур на 1 млн жителей РФ (839 циклов) это в 1,5 раз ниже, чем в среднем по Евросоюзу.

Крайне важна *результативность ВРТ*. За период широкого применения она существенно выросла как за счет подбора и подготовки пациентов, так и за счет развития самих технологий. В отчете Российской ассоциации репродукции человека (РАРЧ) приведены общемировые данные за 2014 г. [20]. В итоге при учетных 1 647 777 циклах ВРТ родилось 357 344 детей. Таким образом, результативность начатых циклов по числу детей составила 21,7% при спектре применяемых технологий в 2014 г.

По регистру РАРЧ, за 2016 г. учтен 123 181 цикл ВРТ (без учета случаев суррогатного материнства и 13 003 циклов внутриматочной инсеминации). Структура циклов ВРТ представлена на рис. 7.

РАРЧ известно о наступлении 36 936 беременностей: итоговая результативность циклов по беременностям в среднем составляет 34,8% (от 30,8% при ИКСИ до 43,1% при ДО)²² и о 34 367 исходах беременностей (итоговая средняя результативность переносов по беременностям с известными исходами – 38% (от 36,3% по циклам ЭКО и ИКСИ со свежим переносом до 44,3% при ДО). Родами в срок завершилось 26 715 известных, беременностей из них 24 118 родов в срок (70,2%). Доля родов, завершившихся рождением более чем одного ребенка, составила 17%. Сводные данные о результативности представлены в табл. 2. Данные по программам ДО и ПГД отнесены только в результаты программ ДО.

Всего же по оценке РАРЧ в циклах ВРТ в 2016 г. родилось 30 770 детей (1,7% от всех родившихся). Таким образом, итоговая оценочная результативность с учетом полноты данных

²¹ По количеству циклов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), учтенных в регистре Российской ассоциации репродукции человека (РАРЧ) за 2016 г. По мнению РАРЧ, неучтенными остались около 15–20 тыс. циклов, не представленных в отчет РАРЧ 15–20% медицинскими центрами, практикующими ВРТ.

²² Это, по данным регистра РАРЧ, в 1,15–1,25 раза выше, чем среднеевропейские показатели по 2015 г., представленные в презентации EIM ESHRE («Assisted Reproductive Technology (ART) in Europe 2015 and development of a strategy of vigilance. Preliminary results generated from European registers by ESHRE», Christian De Geyter с соавт., ESHRE, Барселона, 2018).

Таблица 2. Результативность различных вспомогательных репродуктивных технологий по регистру Российской ассоциации репродукции человека в 2016 г.

Результативность...	ЭКО и ИКСИ свежие циклы	ЭКО, ИКСИ, РЭ	ДО	ПГД, ПГС	Итого
...циклов по переносам	74,0	95,8	77,4	50,5	79,0
...циклов по беременностям	26,9	37,6	34,3	21,2	30,0
...циклов по родам	19,3	26,9	24,6	16,1	21,6
...циклов по детям	22,9	31,0	28,6	21,5	25,4
...переносов по беременностям	36,3	39,3	44,3	42,1	37,9
...переносов по родам	26,1	28,1	31,8	31,8	27,3
...переносов по детям	30,9	32,3	37,0	42,6	32,1
...беременностей по родам	72,0	71,4	71,7	75,6	71,9
...беременностей по детям	85,3	82,3	83,5	101,2	84,6

об исходах по количеству родившихся детей²³ составила 21,5–25%. Данные по количеству родившихся детей в регистре РАРЧ приведены с включением в учет мертворожденных. Данные исследований свидетельствуют об одинаковой частоте мертворожденности после ВРТ и общей популяции при одноплодной беременности и противоречивости данных относительно многоплодной [21]. Частота мертворождений в 2016 г. в РФ была равна 5,7 на 1000 родившихся детей [22]. С учетом этой поправки и тенденции по уменьшению доли многоплодной беременности для дальнейших расчетов возьмем показатель 22%, что соответствует среднемировому показателю.

По данным Минздрава России²⁴, в 2018 г. проведено свыше 78 тыс. бесплатных²⁵ процедур ЭКО, что на 21% больше, чем годом ранее, это позволило появиться на свет 28,5 тыс. детей²⁶. Таким образом, с учетом доли частных меди-

цинских центров нижнюю границу общего количества циклов ВРТ по 2018 г. можно оценить в 130 тысяч.

Оценим порядок *стоимости одного живорождения* по приведенным выше данным.

Более половины всего количества циклов ЭКО в России оплачиваются государством и реализуются в рамках программы государственных гарантий с оплатой медицинским организациям за счет средств ОМС. При этом стоимость одного законченного случая в системе ОМС достаточно высока. Так, программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. установлены средние нормативы финансовых затрат на 1 случай ЭКО в размере 113 907,5 руб. Дополнительно к нормативу затрат должен быть учтен территориальный (районный) коэффициент²⁷. Если учесть затраты на сопутствующие посещения субъекта первичной медико-санитарной помощи, диагно-

²³ Следует при этом учитывать, что чаще всего в РФ применяется перенос двух и более эмбрионов, что увеличивает результативность, но вместе с тем и долю многоплодной беременности, рассматриваемой в некоторой степени как осложнение процедуры.

²⁴ Выступление министра здравоохранения Вероники Скворцовой на заседании итоговой коллегии Минздрава России 24 апреля 2019 г.; <https://www.rosminzdrav.ru/news/2019/04/24/11389-vystuplenie-ministra-veroniki-skvortsovoy-na-zasedanii-itogovoy-kollegii-minzdrava-rossii>.

²⁵ Оплаченных за счет государственных средств.

²⁶ Очевидно, что данные о количестве родившихся детей относились ко всем циклам ВРТ, а не только к выполненным в рамках государственного заказа.

²⁷ <http://www.rahr.ru> (новость от 15.04.2019).

стику и лечение сопутствующей патологии, необходимость приобретения лекарственных средств для лечения в амбулаторных условиях (минимум 60 тыс. руб. [23]), совокупные затраты значительно вырастают.

Так, в ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» был выполнен расчет²⁸ норматива финансовых затрат на одну процедуру ЭКО с ПГД в полном соответствии с нормативными документами в отношении отбора, обследования²⁹ и соответствующего стандарта оказания медицинской помощи³⁰. Сумма составила 275,2 тыс. руб. Конечно, это один из самых дорогих вариантов ВРТ. Примем за общую стоимость (государственные и личные затраты) одной попытки ВРТ сумму в 200 тыс. руб.

Стоимость процедуры ВРТ в частных медицинских центрах, оплачиваемая за счет личных средств пациентов, еще выше. Она сильно варьирует в зависимости от индивидуального набора использованных технологий, детализирована в прайс-листах по отдельным этапам, дополнительному обследованию и стоимости препаратов. В итоге без учета суррогатного материнства она варьирует от 250 тыс. до 600–700 тыс. руб. (со стационаром и несколькими попытками)³¹. Среднюю стоимость одной попытки ВРТ в частных центрах за счет личных средств примем равной 300 тыс. руб.

Соотношение циклов ВРТ за счет государственных и личных средств оценено нами как 60% и 40% соответственно (78 тыс. к 52 тыс. циклов).

Таким образом, близкая к минимуму оценка средней стоимости одной попытки ВРТ вне зависимости от источника компенсации затрат составляет:

$$200 \times 0,6 + 300 \times 0,4 = 240 \text{ тыс. руб.}$$

С учетом принятой нами результативности живорождения в процедурах ВРТ (22%) начальную стоимость одного живорождения можно оценить:

$$240 \text{ тыс. руб.} / 0,22 = 1,1 \text{ млн руб.}$$

Это близко к оценке стоимости живорождения ЭКО с предимплантационной генетической диагностикой (скринингом) – 1,26 млн руб. [24]. В другом исследовании [25] стоимость живорождения при ЭКО оценили в 754 тыс. руб. Видимо, в стоимость попыток ЭКО не включали затраты пациенток на самостоятельное приобретение медикаментов и другие дополнительные затраты, исследование сделано в государственном медицинском центре, но у женщин позднего репродуктивного возраста, что в итоге также дает близкий к рассчитанному нами порядок итоговых затрат. Следует отметить, что ВРТ – сложный многокомпонентный процесс. На каждом его этапе существует множество причин ненаступления или невынашивания беременности, а также мертворожденности. Однако основные потери связаны с периодом от переноса до установления факта беременности. Во многом это обусловлено полноценностью лютеиновой фазы.

Практически при любой репродуктивной технологии в циклах ВРТ, предполагающей контролируемую стимуляцию яичников, развивается недостаточность лютеиновой фазы, что в настоящее время объясняется мультифолликулярным ростом со сверхфизиологическими концентрациями прогестерона и эстрадиола, приводящими к снижению секреции лютеинизирующего гормона [26]. А критериями адекватности лютеиновой фазы цикла ВРТ являются имплантация эмбриона и наступление клинической беременности, которые можно анализировать исключительно ретроспективно.

²⁸ URL: <https://static-0.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/039/743/original/2018-48-6.pdf?1536756838>.

²⁹ Приказ Минздрава России № 107н от 30.08.2012 г. «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению».

³⁰ Приказ Минздрава России № 556н от 30 октября 2012 г. «Об утверждении стандарта медицинской помощи при бесплодии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий».

³¹ <https://www.pravda.ru/navigator/stoimost-ieko.html>.

В настоящее время методом выбора поддержки лютеиновой фазы цикла ВРТ является использование прогестагенов в циклах со стимуляцией агонистами/антагонистами гонадотропин-рилизинг-гормона [27].

Современная клиническая практика прошла длительный путь выбора прогестагенов и форм их введения от внутримышечных инъекций масляного раствора прогестерона до внутривлагалищных свечей³² и пероральных современных препаратов [28], от сугубо умозрительных мнений «природное всегда лучше синтетического, а лучше масляного раствора прогестерона в мышцу еще ничего не придумано»³³ до принципов доказательной медицины, основанных на метаобзорах результатов многоцентровых рандомизированных двойных слепых исследований. Проведены многочисленные сравнительные исследования разнообразного дизайна с описанием их особенностей и результатов [29]. В результате этого точки зрения на их клиническую эффективность существенно поменялись.

Оставляя клиницистам обширное поле для дискуссий по еще оставшимся спорным вопросам, сосредоточимся на попытке оценить демографический и экономический эффекты по тематике заданного вопроса: использованию дидрогестерона для поддержки лютеиновой фазы при ВРТ.

Международной группой исследователей программ Lotus I и Lotus II, специально занимавшейся сравнительной клинической эффективностью дидрогестерона (ДГ) и микронизированного прогестерона (МП) в протоколах поддержки лютеиновой фазы циклов ВРТ, опубликована целая серия работ, по своим данным и тщательному анализу результатов соответствующих исследований других ученых.

Прежде всего была доказана и в настоящее время уже никем не оспаривается действенность ДГ на уровне не ниже МП (20 мг ДГ и 600 мг МП интравлагинально) [30].

Далее был выявлен относительно небольшой (около 5%) позитивный сравнительный эффект [31]. Оценивался эффект перорального ДГ (30 мг) по сравнению с интравлагинальным МП (600 мг) для поддержки лютеиновой фазы в течение первых 12 нед беременности при ЭКО у 1031 женщины. Это III фаза международного исследования Lotus I, проходившая с 2013 по 2016 г. в 38 центрах. ДГ принимали 520 женщин, у 497 (95,6%) произошел успешный перенос эмбриона, 172 родили (33,1%, 34,6%) 213 детей. МП использовали 511 женщин, успешный трансфер – у 477 (93,3%), 142 родили (27,8%, 29,8%) 158 детей. Разница 5% по частоте успеха переноса и столько же по частоте родов. Авторы отмечают относительно небольшой сравнительный эффект, подтверждая однозначно возможную замену МП на ДГ. Однако следует обратить внимание на существенный суммарный результат по числу рожденных детей с разницей между результатами групп в 32,5%.

Дополнительный субанализ российской популяции (около 20% от общего количества испытуемых) этого исследования [32] подтвердил основные выводы с еще большей позитивной разницей результативности – около 14,2% по частоте наступления клинической беременности.

Анализ данных многих исследований также подтверждает превосходящую результативность ДГ по сравнению с МП. Так, метаанализ рандомизированных исследований по 2016 г. включительно [33] при разных дозировках ДГ и МП: ДГ показал большую эффективность при использовании для контролируемой стимуляции яичников и поддержке лютеиновой фазы, увеличивая частоту наступления беременности в среднем на 16%, а частоту живорождений на 17% (в 4 исследованиях с количеством участников 3211 женщин даже до 19% с разбросом от 6 до 33%) по сравнению с МП.

И наконец опубликованы обобщенные данные [31] 2 рандомизированных исследований III фазы Lotus I и Lotus II, проведен-

³² Статья репродуктолога: <https://www.babyblog.ru/community/post/sterility/1704940>.

³³ Дискуссия практических врачей 2004–2006 гг.: <https://forums.rusmedserv.com/archive/index.php/t-10462.html>.

ных согласно стандартам GSP³⁴ и включавших в общей сложности 1957 пациенток в выборке полного анализа. Пероральный ДГ применялся в общей сложности у 991 пациентки, а микро-низированный вагинальный прогестерон – у 966 пациенток, которым переносили свежие эмбрионы после стимуляции яичников с последующим ЭКО или ИКСИ. Применение ДГ в дозе 30 мг/сут сравнивалось с применением 600 мг МП в виде капсул или геля МП в дозе 90 мг/сут для поддержки лютеиновой фазы. Применение ДГ в сравнении с применением МП связано с увеличением вероятности беременности на 12-й неделе гестации [OR=1,3, 95% доверительный интервал (ДИ) 1,1–1,6; $p < 0,05$, продолжающихся беременностей/1000 женщин: 381 для ДГ и 341 для МП], а также увеличением вероятности живорождения у матерей (OR=1,3, 95% ДИ 1,0–1,6; $p < 0,05$, живорождений/1000 женщин: 344 для ДГ и 312 для МП). Кроме того, возраст матери, центр и день переноса эмбриона были независимыми значимыми предикторами для показателей эффективности. Не выявлено значимого влияния вида лечения на частоту развития нежелательных явлений, относящихся к врожденным, наследственным или генетическим нарушениям. Таким образом, разница результативности переносов по родам с живыми детьми составила 10,3%.

В силу особенностей наших оценок при расчете сравнительной результативности ДГ по сравнению с МП в РФ следует учесть частоту многоплодности (17%) с поправкой на мертворожденность (5,7 на 1000 родившихся):

$$1,103 \times 1,17 \times 0,9943 = 1,283, \text{ т.е. } 28,3\%.$$

Однако обращает на себя внимание более низкая в РФ средняя результативность переносов по родам около 6% (соответственно 27,3 и 28–30%) даже при изолированном приеме МП в приведенных исследованиях. Поэтому значение результативности следует скорректировать на 6% – до 26,6% из-за влияния иных факторов.

Для дальнейших расчетов эффекта замены МП на ДГ во всех циклах ВРТ в российской популяции необходимо знать текущую долю циклов с поддержкой лютеиновой фазы и применением того или иного препарата. Такой статистики найти не удалось. Но в данных предоставленного нам ранее маркетингового исследования³⁵ (GfK Report) было установлено, что при монотерапии ДГ назначался в 22 случаях из 89, а в оставшихся 11 случаях комбинированной терапии – в 10 случаях. Таким образом, итоговая частота назначения ДГ равна 32%. Применяемые дозы не известны.

При таких исходных данных возможную итоговую результативность применения ДГ во всех циклах ВРТ в российской популяции с уровнем рождения детей по 2018 г. можно оценить в $26,6\% \times 0,68 \times 28,5$ тысяч детей =

$$5155 \text{ дополнительно рожденных ребенка, или } +18\% \text{ к существующей результативности.}$$

Оценим экономическую эффективность. При неизменном количестве циклов ВРТ в год (по 2018 г. – около 130 тыс.) она складывается из 18% уменьшения затрат на одного рожденного при ВРТ ребенка и экономического эффекта от рождения дополнительных детей. Как мы уже выяснили в предыдущей статье [1], дополнительных затрат при замене МП на ДГ не возникает, а стоимость сохраненной жизни при рождении, являющейся эквивалентом потенциального экономического эффекта от рождения дополнительного ребенка, оценена нами в 36,6 млн руб. на период его жизни по текущим значениям средней длительности ОПЖ при рождении.

Возможный экономический эффект (уменьшение неэффективных потерь) от увеличения результативности ВРТ (без рассмотрения внутриматочной инсеминации и суррогатного материнства) при замене в протоколе поддержки лютеиновой фазы МП на ДГ из-за снижения удельной стоимости рождения одного живого ребенка:

$$1,1 \text{ млн руб.} \times 0,18 \times 130 \text{ 000} = 25,7 \text{ млрд руб. в год.}$$

³⁴ *Надлежащая клиническая практика – Good Clinical Practice.*

³⁵ *Duphastone: Market Driver Study. Final Report by GfK for Abbot, 2018.*

Группа исследователей тоже делала подобные расчеты [34]. По данным, полученным по 2016 г. включительно, стоимость живорождения с терапией ДГ составила 619 837 руб., а с терапией МП – 715 933 руб. При многоплодной беременности стоимость живорождения из расчета на одного ребенка оценена в 499 868 руб. и 644 984 руб. для ДГ и МП соответственно. Таким образом, порядок стоимости одного ребенка вследствие ЭКО при коэффициенте многоплодности 1,17 с лечением МП был оценен около 704 тыс. руб. в ценах периода исследования, что очень близко к нашей оценке в ценах 2018 г. с учетом всех дополнительных затрат. Экономия на один цикл, полученная авторами, составила 13,4% при одноплодной беременности и 22,5% при многоплодной, и это практически совпадает с нашими расчетами.

Потенциальный экономический эффект от ежегодного рождения дополнительных детей в циклах ВРТ с измененным протоколом:

$$28\,500 \text{ детей в год} \times 0,18 \times 36,6 \text{ млн руб.} = 187,8 \text{ млрд руб. в год.}$$

Итоговая эффективность оценивается в сумму $187,8 + 25,7 = 213,5$ млрд руб. ежегодно в ценах 2018 г.

Оценку экономического эффекта реализации демографического потенциала ЭКО в РФ уже проводили [35]. Дополнительный прирост населения к 2075 г., рассчитанный по количеству ЭКО 2013 г. (24 450 циклов), специалисты оценили в 319 тыс. человек – это население трудоспособного возраста, а также 222 тыс. человек в возрасте до 20 лет. Далее был проведен динамический расчет генерации дополнительного дохода с учетом ставки дисконтирования, ставки стабильного роста мировой экономики и неравномерности генерации валового внутреннего продукта (только в период трудовой деятельности человека). Чистая приведенная стоимость (NPV³⁶) по показателю произведенного ВВП внутри государства на одного человека в Российской Федерации составила 34,9 млн руб.

Учитывая расчет по более низкому ВВП предыдущих лет, данные полностью подтвердили справедливость нашей оценки (36,6 млн руб.). Показатель доходности инвестиций (ROI³⁷) составил 985%, что соответствует сроку окупаемости затрат в 21 год. Иными словами, в первый год трудоустройства эффект для экономики в целом окупает все расходы, понесенные государством до достижения человеком работоспособного возраста.

Таким образом, в нашем расчете, учитывающем ежегодный экономический эффект вследствие предотвращения нерезультативных потерь при ВРТ из-за предполагаемого 18% прироста количества рожденных детей при неизменном количестве циклов, окупаемость более быстрая, а совокупный эффект более значительный.

Почему для исследования демографического потенциала мер по предотвращению невынашивания беременности нас заинтересовал именно дидрогестерон? Каковы подводные камни его широкого использования?

Расчеты результативности и экономической эффективности применения ДГ очень показательны по многим причинам. Каждая причина достойна отдельного и очень подробного описания. Приведем краткие выводы:

1. Репродукция человека неэффективна: только 22–30% регистрованных зачатий завершается родами. Остальные эмбрионы гибнут, а общее количество выкидышей еще до факта подтверждения беременности невозможно подсчитать. ДГ обладает комплексным действием по различным направлениям, кроме возмещения нехватки прогестерона: увеличение гестационного периода, эффективность при эндометриозе, подавление воспалительных цитокинов, обеспе-

³⁶ NPV – Net Present Value.

³⁷ ROI – Return on Investment.

чение полноценной секреторной трансформации эндометрия, иммуномодулирующий эффект [36, 37].

2. Многократно подтверждена полная физиологическая эквивалентность по замене позитивного действия препаратов нативного прогестерона в гораздо меньших дозах (в 20 раз), а в последнее время еще и с объективно подтвержденным преимуществом в отношении невынашивания беременности и циклов ВРТ, требующих поддержки лютеиновой фазы. Наши расчеты [1] показывают возможный суммарный демографический эффект при этом более 23 тыс. детей ($5155 + 18\ 056 = 23\ 211$) ежегодно (увеличение рождаемости в РФ на 1,45%³⁸ без дополнительных инвестиционных затрат), или более трети родившихся за 2018 г. в Санкт-Петербурге³⁹.

3. ДГ – не новинка. За годы применения ДГ все возможные действия многократно проверены с подтверждением преимущества перед препаратами биоидентичного прогестерона в отношении как побочных эффектов, так и безопасности применения для здоровья родившихся с его помощью детей.

4. Форма выпуска наиболее распространенных ДГ – таблетки. Это значительно повышает комплаенс пациентов и устраняет все возможные местные отрицательные моменты использования внутримышечных и интравагинальных форм.

5. При экономической оценке увеличения числа дополнительно рожденных детей нет особых оснований для дискуссий в отношении методик расчета. Такие дискуссии всегда следует иметь в виду при расчете экономической эффективности любых препаратов или иных способов лечения отдельных заболеваний по оценке клинического эффекта в виде снижения заболеваемости, инвалидности и смертности в трудоспособном возрасте.

6. Наконец, простота мероприятий по внедрению новых клинических подходов – изме-

нение клинических рекомендаций, информирование врачей и пациентов. Дополнительных средств не требуется, инфраструктура уже есть, дополнительных трудозатрат не нужно, степень мотивации пациентов и изначальный комплаенс при желанной беременности сравним с жизнеугрожающими ситуациями.

О подводных камнях.

Во-первых, ДГ – это лекарственный препарат. Соответственно, как и в отношении других лекарственных средств должны выполняться такие общие незыблемые правила, как назначение по показаниям, использование рекомендованных схем, мониторинг динамики состояния пациента. Бездумное использование любого препарата, а тем более самолечение при таком сложном физиологическом состоянии, как беременность, недопустимо.

Во-вторых, среди врачей-практиков очень много скептиков. Возможно, подобный относительно консервативный подход сохранил немало жизней, но не исключено, что очень многих и не спас. Именно доказательная медицина и стандарты GCP призваны показать врачебному сообществу соотношение пользы и вреда в каждом конкретном выбранном способе профилактики, диагностики, лечения или реабилитации. Однако все сомнения должны решаться или глубоким изучением специальной литературы, или обсуждением в профессиональной среде без вынесения тольколичного субъективного представления о проблеме [38] на широкую аудиторию пациентов и их родственников. В настоящее время должна считаться дурным тоном «апелляция к здравому смыслу» людей, далеких от профессионального осмысления рассматриваемого вопроса.

В-третьих, позиция СМИ, к которым сейчас можно отнести (и по закону многие из них отнесены) каждый интернет-блог с большим числом подписчиков. Отдаленное представление журналиста или автора блога о специфике медицинской проблемы, доверительная беседа с одним или с несколькими специалистами, а тем более псев-

³⁸ По данным Росстата, в 2018 г. родилось 1 604 344 живых ребенка, рождаемость – 10,9.

³⁹ По данным Росстата, в Санкт-Петербурге за 2018 г. родилось 64 023 живых ребенка.

доспециалистами, нездоровый ажиотаж вокруг качества оказания медицинской помощи, умноженные на боль и страдания пациентов, которые не могут выбрать, какому информационному источнику доверять, создают условия для образования «гремучей смеси». А если к тому же все это накладывается на привычные страхи и распространенные мифы⁴⁰, никакому, даже суперкомпетентному врачу не удастся с легкостью их развеять.

Эти 3 аспекта применимы практически к любому отдельному вопросу клинической медицины. Что же касается ситуации, непосредственно связанной с использованием ДГ в РФ, главными подводными камнями являются утвержденные в мае 2016 г. клинические рекомендации по невынашиванию беременности⁴¹, а также утвержденные в декабре 2018 г. клинические рекомендации по бесплодию и ВРТ^{42, 43}. В клинических рекомендациях по выкидышам в ранние сроки беременности ДГ рекомендуется наряду с МП без упоминания о возможной разнице результативности. В рекомендациях по бесплодию и ВРТ со ссылкой на одну статью группы исследователей 2017 г. [31] делается вывод об отсутствии достоверной разницы в клиническом эффекте. Сложно сказать, что привело к таким формулировкам: убеждение в необходимости дополнительных исследований или недоверие к результатам исследований Lotus I и Lotus II, выполненных по стандартам доказательной медицины, но спонсируемых производителем ДГ – компанией Abbott. Так или иначе сегодня решение о назначении препаратов ДГ или нативного прогестерона отдано либо на откуп врачам, назначающим амбулаторное лечение или лечение в условиях стационаров частных клиник, либо не

учитывающей сравнительного клинического эффекта системе закупок для государственных нужд в отношении прогестинов для использования при стационарном лечении в государственных медицинских организациях. Ситуация неоднозначная на фоне желания ограничить непосредственное влияние фармпроизводителей на практикующих врачей, тем более что вывод о нежелательности одновременного лечения этими препаратами в клинических рекомендациях тоже есть.

Необходимо устранить эту неоднозначность в ближайшее время, в том числе с учетом возможного значительного демографического потенциала ДГ, описанного в предыдущей [1] и в настоящей работах.

Заключение

Как мы видим, только 2 направления (умеренная активизация доабортного консультирования и замена МП на ДГ в клинических протоколах по невынашиванию беременности, бесплодию и ВРТ) дает для РФ суммарный демографический эффект около 45 тыс. дополнительно рожденных детей в год.

Но на пути реализации любых ширококомасштабных потенциально эффективных мероприятий есть одно серьезное препятствие – текущее состояние всей системы организации медицинской помощи с крайне недостаточной кадровой и финансовой обеспеченностью системы здравоохранения. Это привычно объясняется невысоким уровнем экономического развития по сравнению с признанными мировыми лидерами. Можно успешно решать инновационные задачи, перенимать зарубежные передовые подходы, грамотно оценивать их потенциальные клинические,

⁴⁰ «Прогестероновые дету»: в чем опасность? https://woman.rambler.ru/health/39147376/?utm_content=rwoman&utm_medium=read_more&utm_source=copylink.

⁴¹ Письмо Минздрава России № 15-4/10/2-3482 от 7 июня 2016 г. с приложением «Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика и тактика ведения. Клинические рекомендации».

⁴² Письмо Минздрава России № 15-4/И/2-1913 от 5 марта 2019 г. с приложением «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению). Клинические рекомендации».

⁴³ Письмо Минздрава России № 15-4/И/2-1908 от 5 марта 2019 г. с приложением «Вспомогательные репродуктивные технологии и искусственная инсеминация. Клинические рекомендации».

социальные, демографические и экономические эффекты, но упираться раз за разом в трудности практической реализации на уровне популяционной медицины.

Для исправления такой ситуации нужны колоссальные усилия и большие финансовые средства. Однако меры, приводящие к приросту численности населения с минимальными затратами или вообще не требующие дополнительных инвестиций, имеют приоритетное значение и огромны по своим масштабам.

Таким образом, необходимо найти средства и на меры по укреплению позитивного репродуктивного поведения, поддержке семей с желанием рождения ребенка, на развитие системы здравоохранения и системного внедрения доказательной медицины с оценкой технологий в здравоохранении, как показано на рассмотренных нами примерах.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Прохоренко Николай Федорович (Prokhorenko Nikolay F.) – кандидат экономических наук, первый проректор Высшей школы организации и управления здравоохранением – Комплексного медицинского консалтинга (ВШОУЗ–КМК), сомодератор направления «Демография» и эксперт центрального штаба Общероссийского народного фронта, Москва, Россия

E-mail: medsovet@vshouz.ru

<http://orcid.org/0000-0001-9636-6178>

ЛИТЕРАТУРА

1. Прохоренко Н.Ф., Гинойн А.Б. Демографический вызов России: рациональные решения и готовность системы общественного здоровья // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 4. С. 28–52. doi: 10.24411/2411-8621-2018-14002.
2. Белобрагина Н.А. Правовой статус эмбриона // Изв. Тульского гос. ун-та. Экономические и юридические науки. 2013. № 1–2. С. 34–38.
3. Авакян А.М., Морозова А.А. Эмбрион: субъект или объект гражданских правоотношений // Общество: политика, экономика, право. 2017. № 5. С. 67–69. URL: <https://doi.org/10.24158/per.2017.5.17>
4. Пурге А.Р. Правовое положение эмбрионов в современном праве России // Молодой ученый. 2012. № 2. С. 202–204. URL: <https://moluch.ru/archive/37/4273>.
5. Стародубов В.И., Суханова Л.П., Сыченков Ю.Г. Репродуктивные потери как медико-социальная проблема демографического развития России // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. № 6. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/367/30/lang.ru>.
6. Казаков Н.А., Широков О.Н. «Позитивная» сторона репродуктивного поведения населения: основные показатели текущей статистики для пространственно-временных сравнений // Вестн. Чувашского ун-та. 2015. № 2. С. 60–64.
7. Казаков Н.А., Широков О.Н. «Негативная» сторона репродуктивного поведения населения: основные показатели текущей статистики для пространственно-временных сравнений // Вестн. Чувашского ун-та. 2015. № 4. С. 99–103.
8. Щербакова Е. Россия: предварительные демографические итоги 2018 г. Ч. I. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2019/0801/barom03.php>.
9. Стародубов В.И., Суханова Л.П. Репродуктивные проблемы демографического развития России. М. : Менеджер здравоохранения, 2012. 320 с.
10. Галганова А.М., Эскерова З.Т. Современные данные об искусственном прерывании беременности (обзор литературы) // Молодой ученый. 2017. № 3-3. С. 19–22. URL: <https://moluch.ru/archive/137/38871>.
11. Архипова М.П., Хамошина М.Б. Репродуктивное поведение: известные факты и новые гипотезы // Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2018. Т. 6, № 3. С. 15–20.
12. Sedgh G., Finer L.B., Bankole A. et al. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends // J. Adolesc. Health. 2015. Vol. 56, N 2. P. 223–230.
13. Архипова М.П. Репродуктивное поведение студенток вуза и пути его коррекции в современных условиях : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2015. 25 с.
14. Радзинский В.Е., Хамошина М.Б. Нерешенные проблемы современной гинекологии: quo vadis? // Доктор.ру. Гинекология. Эндокринология. 2016. № 7 (124). С. 4–9.
15. Рыкова А. Аборты от бедности. В каких регионах чаще всего избегаются от нерожденных детей. URL: https://life.ru/t/здоровье/1138064/aborty_ot_bednosti_v_kakikh_rieghionakh_chashchie_vsiegho_izbavliaiutsia_ot_nierozhdionnykh_dietiei.

16. Сакевич В.И. Что было после запрета аборта в 1936 г. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2005/0221/reprod01.php>.

17. Сакевич В.И. Аборты в мире: неравномерная динамика и неравный доступ. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2018/0773/barom02.php>.

18. Порываев Е. По абортam ударят из СМИ и соцсетей. URL: <https://rusplt.ru/society/abortam-udaryat-sotssetey-30425.html>.

19. Белостоцкая С., Кажберова В. Неудовлетворенный спрос // Здравоохранение. Тематическое приложение к газете «Коммерсантъ». 2018, 16 октября. № 189. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/3771895>.

20. Регистр ВРТ. Отчет за 2016 г. // ПАРЧ. 2018. 72 с. URL: http://rahr.ru/d_registr_otchet/RegistrART2016.pdf.

21. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Беляева И.А., Бомбардиров Е.П. и др. Медико-социальные проблемы вспомогательных репродуктивных технологий с позиции педиатрии // Вестн. РАМН. 2015. Т. 70, № 3. С. 307–314.

22. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2017 г. : статистический справочник. М. : Минздрав России, 2018. 264 с.

23. Воронцова В. Бездетным парам сделают ЭКО за государственный счет. Супруги без детей смогут сэкономить немало денег. URL: <https://news.ru/zdorov-e/eko-deti-beremennost>.

24. Сыркашева А.Г. Современные подходы к повышению эффективности программ вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с дисморфизмами ооцитов : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2015. URL: <http://medical-diss.com/medicina/sovremennye-podhody-k-povysheniyu-effektivnosti-programm-vspomogatelnih-reproduktivnyh-tehnologiy-u-patsientok-s-dismorf>.

25. Долгушина Н.В., Коротченко О.Е., Бейк Е.П., Абдурахманова Н.Ф. и др. Клинико-экономический анализ эффективности преимплантационного генетического скрининга у пациенток позднего репродуктивного возраста // Акуш. и гин. 2017. № 11. С. 56–61. doi: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2017.11.56>.

26. Грищенко Н.Г. Поддержка лютеиновой фазы в рамках вспомогательных репродуктивных технологий: теория и практика // Репродукт. здоровье. Восточная Европа. 2015. № 2 (38). С. 1–3.

27. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Current clinical irrelevance of luteal phase deficiency: a committee opinion // Fertil. Steril. 2015. Vol. 103. P. e27–e32.

28. Tournaye H., Griesinger G., Carp G., Blockeel Ch. et al. Dydrogesterone: shining new light on life // EMJ Repro Health. 2018. Vol. 4, N 1. P. 51–57.

29. Griesinger G., Blockeel Ch., Tournaye H. Oral dydrogesterone for luteal phase support in fresh in vitro

fertilization cycles: a new standard? // Fertil. Steril. 2018. Vol. 109, N 5. P. 756–762.

30. Barbosa M.W., Silva L.R., Navarro P.A. et al. Dydrogesterone vs. progesterone for luteal-phase support: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2016. Vol. 48. P. 161–170.

31. Tournaye H., Sukhikh G.T., Kahler E., Griesinger G. A Phase III randomized controlled trial comparing the efficacy, safety and tolerability of oral dydrogesterone versus micronized vaginal progesterone for luteal support in vitro fertilization // Hum. Reprod. 2017. Vol. 32. P. 1019–1027. URL: [http://refhub.elsevier.com/S0015-0282\(18\)30289-9/sref24](http://refhub.elsevier.com/S0015-0282(18)30289-9/sref24).

32. Сухих Г.Т., Баранов И.И., Мельниченко Г.А. и др. LOTUS I: рандомизированное III фазы контролируемое исследование сравнения пероральной формы дидрогестерона и вагинальной формы микронизированного прогестерона для поддержки лютеиновой фазы в циклах экстракорпорального оплодотворения, фокус на субанализ российской популяции // Акуш. и гин. 2017. № 7. С. 75–95.

33. Griesinger G., Tournaye H. Oral dydrogesterone vs. micronized vaginal progesterone as luteal phase support in IVF: a systematic review and meta-analysis // Abstracts of the 33rd Annual Meeting of ESHRE. Geneva, 2–5 July 2017. P. i289–i290.

34. Griesinger G. et al. Comparison the cost per live birth rates for treatment of luteal support in Russia based on a multicenter, double-blind RCT of oral dydrogesterone vs micronized vaginal progesterone // Abstract Presented at Mother and Child Congress. Moscow, 28 September 2017.

35. Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Тищенко Д.Г. Фармакоэкономический анализ отдаленных последствий более широкого использования экстракорпорального оплодотворения в лечении бесплодия на региональном и федеральном уровнях с позиции общества в целом в Российской Федерации // Фармакоэкономика: теория и практика. 2017. Т. 5, № 1. С. 34–39.

36. Griesinger G., Tournaye H., Macklon N. et al. Dydrogesterone: pharmacological profile and mechanism of action as luteal phase support in assisted reproduction // Reprod. Biomed. Online. 2019. Vol. 38, N 2. P. 249–259. doi: [org/10.1016/j.rbmo.2018.11.017](https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.11.017); [https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(18\)30602-3/fulltext](https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(18)30602-3/fulltext).

37. Радзинский В.Е., Соловьева А.В., Бриль Ю.А. Улучшение репродуктивных исходов: какими возможностями располагает современный врач? // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2018. № 1 (44). С. 45–50.

38. Румянцева Т. Дюфастон и Утрожестан: всем и каждому или никогда и никому? URL: http://rumyantsevamd.ru/duphaston_utrogestan.

REFERENCES

1. Prokhorenko N.F., Ginoyan A.B. Russia's demographic challenge: rational decisions and public health preparedness ORGZDRAW: novosti, mneniya, obuchenie.

Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2018; 4: 28–52. doi: 10.24411/2411-8621-2018-14002 (in Russian)

2. Belobragina N.A. The legal status of the embryo. *Izvestiya Tul'skogo gosudarstvennogo universiteta. Ekonomicheskkiye i yuridicheskkiye nauki* [News of Tula State University. Economic and legal sciences. *Izvestiya Tul'skogo gosudarstvennogo universiteta. Ekonomicheskkiye i yuridicheskkiye nauki*]. 2013; 1–2: 34–8. (in Russian)
3. Avakyan A.M., Morozova A.A. Embryo: subject and object of civil legal relations. *Obshchestvo: politika, ekonomika, pravo* [Society: Politics, Economics, Law]. 2017; 5: 67–9. URL: <https://doi.org/10.24158/pep.2017.5.17> (in Russian)
4. Purge A.R. The legal status of embryos in the modern law of Russia. *Molodoy uchenyy* [Young Scientist]. 2012; 2: 202–24. URL: <https://moluch.ru/archive/37/4273>. (in Russian)
5. Starodubov V.I., Sukhanova L.P., Sychenkov Yu.G. Reproductive losses as medical social problem in demographic development of Russia. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya* [Social Aspects of Public Health]. 2011; 6. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/367/30/lang.ru> (in Russian)
6. Kazakov N.A., Shirokov O.N. The “positive” side of the population's reproductive behavior: the main indicators of current statistics for space-time comparisons. *Vestnik Chuvashskogo universiteta* [Bulletin of the Chuvash University]. 2015; 2: 60–4. (in Russian)
7. Kazakov N.A., Shirokov O.N. «Negative» side of reproductive behavior of the population: major indicators of current statistics for spatial-and-temporal comparison. *Vestnik Chuvashskogo universiteta* [Bulletin of the Chuvash University]. 2015; 4: 99–103. (in Russian)
8. Shcherbakova E. Russia: Preliminary Demographic Results of 2018. Part I. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2019/0801/barom03.php>. (in Russian)
9. Starodubov V.I., Sukhanova L.P. Reproductive problems of the demographic development of Russia. Moscow: Menedzher zdравookhraneniya, 2012. 320 p. (in Russian)
10. Galganova A.M., Eskerova Z.T. Modern data on artificial abortion (literature review). *Molodoy uchenyy* [Young Scientist]. 2017; 3-3: 19–22. URL: <https://moluch.ru/archive/137/38871> (in Russian)
11. Arkhipova M.P., Khamoshina M.B. Reproductive behavior: known facts and new hypotheses. *Akusherstvo i ginekologiya: novosti mneniya, obuchenie* [Obstetrics and Gynecology: News, Opinions, Training]. 2018; 6 (3): 15–20. (in Russian)
12. Sedgh G., Finer L.B., Bankole A., et al. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *J Adolesc Health*. 2015; 56 (2): 223–30.
13. Arkhipova M.P. Reproductive behavior of female high school students and ways of its correction in modern conditions: Autoabstract of Diss. Moscow, 2015. 25 p. (in Russian)
14. Radzinskiy V.E., Khamoshina M.B. Unsolved problems in modern gynecology: quo vadis? *Доктор.ру. Гинекология. Энциклопедия*. 2016; 7 (124): 4–9. (in Russian)
15. Rykov A. Abortions from poverty. In which regions most often get rid of unborn children. URL: https://life.ru/t/health/1138064/aborty_ot_biednosti_v_kakikh_riehionakh_chashchie_vsiegho_izbavliaiutsia_ot_nierozhzhionnykh_dietei. (in Russian)
16. Sakevich V.I. What happened after the abortion ban in 1936. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2005/0221/reprod01.php>. (in Russian)
17. Sakevich V.I. Abortions in the world: uneven dynamics and unequal access. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2018/0773/barom02.php>. (in Russian)
18. Poryvaev E. Abortions will hit from the media and social networks. URL: <https://rusplt.ru/society/abortamudaryat-sotssetey-30425.html>. (in Russian)
19. Belostotskaya S., Kazhberova V. Dissatisfied demand // Healthcare. Thematic supplement to the newspaper «Kommersant». 2018, 16 October. N 189. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/3771895.20>. Регистр ВР. Отчет за 2016 г. // ПАПУ. 2018. 72 с. URL: http://rahr.ru/d_registr_otchet/RegistrART2016.pdf. (in Russian)
21. Baranov A.A., Namazova-Baranova L.S., Belyaeva I.A., Bombardirova E.P., Smirnov I.E. Medical and Social Problems of Assisted Reproductive Technologies from the Perspective of Pediatrics. *Vestnik Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk* [Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences]. 2015; 70 (3): 307–14. (in Russian)
22. Medical and demographic indicators of the Russian Federation in 2017: statistical handbook. Moscow: Minzdrav Rossii, 2018. 264 p. (in Russian)
23. Vorontsova V. Childless couples will do IVF at state expense. Spouses without children can save a lot of money. URL: <https://news.ru/zdorov-e/eko-deti-beremennost>. (in Russian)
24. Syrkasheva A.G. Modern approaches to improving the efficiency of assisted reproductive technology programs in patients with oocyte dysmorphism: Autoabstract of Diss. Moscow, 2015. URL: <http://medical-diss.com/medicina/sovremennye-podhody-k-povysheniyu-effektivnosti-programm-vspomogatelnyh-reproduktivnyh-tehnologiy-u-patsientok-s-dismorfi>. (in Russian)
25. Dolgushina N.V., Korotchenko O.E., Beik E.P., Abdurakhmanova N.F., Ilyina E.O., Kulakova E.V. Clinical and cost-effectiveness analysis of preimplantation genetic screening in patients of late reproductive age. *Akusherstvo i ginekologiya* [Obstetrics and Gynecology]. 2017; 11: 56–61. doi: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2017.11.56>. (in Russian)
26. Grishchenko N.G. Luteal phase support in assisted reproductive technology: theory and practice. *Reproduktivnoye zdorov'ye. Vostochnaya Yevropa*. [Reproductive Health. Eastern Europe]. 2015. № 2 (38). С. 1–3. (in Russian)
27. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Current clinical irrelevance of luteal phase deficiency: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2015; 103: e27–e32.
28. Tournaye H., Griesinger G., Carp G., Blockeel Ch., et al. Dydrogesterone: shining new light on life. *EMJ Repro Health*. 2018; 4 (1): 51–7.
29. Griesinger G., Blockeel Ch., Tournaye H. Oral dydrogesterone for luteal phase support in fresh in vitro fertilization cycles: a new standard? *Fertil Steril*. 2018; 109 (5): 756–62.
30. Barbosa M.W., Silva L.R., Navarro P.A., et al. Dydrogesterone vs. progesterone for luteal-phase support: sys-

tematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016; 48: 161–70.

31. Tournaye H., Sukhikh G.T., Kahler E., Griesinger G. A Phase III randomized controlled trial comparing the efficacy, safety and tolerability of oral dydrogesterone versus micronized vaginal progesterone for luteal support in vitro fertilization. *Hum Reprod.* 2017; 32: 1019–27. URL: [http://refhub.elsevier.com/S0015-0282\(18\)30289-9/sref24](http://refhub.elsevier.com/S0015-0282(18)30289-9/sref24).

32. Sukhikh G.T., Baranov I.I., Melnichenko G.A., Bashmakova N.V., Blockeel C., Griesinger G. Lomakina A.A., Pexman-Fieth C. Lotus I: A Phase III randomized controlled trial of oral dydrogesterone versus micronized vaginal progesterone for luteal support in in vitro fertilization, with focus on the Russian subpopulation. *Akusherstvo i ginekologiya [Obstetrics and Gynecology]*. 2017; 7: 75–95. (in Russian)

33. Griesinger G., Tournaye H. Oral dydrogesterone vs. micronized vaginal progesterone as luteal phase support in IVF: a systematic review and meta-analysis. Abstracts of the 33rd Annual Meeting of ESHRE. Geneva, 2–5 July 2017. P. i289–i90.

34. Griesinger G. et al. Comparison the cost per live birth rates for treatment of luteal support in Russia based on a multicenter, double-blind RCT of oral dydrogesterone

vs micronized vaginal progesterone. Abstract Presented at Mother and Child Congress. Moscow, 28 September 2017.

35. Yagudina R.I., Kulikov A.Yu., Tishchenko D.G. Pharmacoeconomic analysis of the long-term effects of the wider use of in vitro fertilization in the treatment of infertility at the regional and federal levels from the standpoint of society as a whole in the Russian Federation. *Farmakoeconomika: teoriya i praktika [Pharmacoeconomics: Theory and Practice]*. 2017; 5 (1): 34–9. (in Russian)

36. Griesinger G., Tournaye H., Macklon N., et al. Dydrogesterone: pharmacological profile and mechanism of action as luteal phase support in assisted reproduction. *Reprod Biomed Online.* 2019; 38 (2): 249–59. doi: [org/10.1016/j.rbmo.2018.11.017](https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.11.017); [https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483\(18\)30602-3/fulltext](https://www.rbmojournal.com/article/S1472-6483(18)30602-3/fulltext).

37. Radzinsky V.E., Solovyova A.V., Bril Yu.A. Improving reproductive outcomes: what opportunities does a modern doctor have? *StatusPraesens. Ginekologiya, akusherstvo, besplodnyy brak [StatusPraesens. Gynecology, Obstetrics, Barren Marriage]*. 2018; 1 (44): 45–50. (in Russian)

38. Rumyantseva T. Duphaston and Utrozhestan: To One and All or Never to Anyone? URL: http://rumyantsevamd.ru/duphaston_utrozhestan. (in Russian)

Внедрение системы менеджмента качества, управление рисками в многопрофильной медицинской организации

Юрьева О.В.,
Шипачев К.В.

ГБУЗ Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница»,
Всеволожск, Россия

Опыт внедрения принципов менеджмента качества и риск-ориентированного подхода в управлении ГБУЗ Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница» показал высокую эффективность. Вовлеченность всего персонала многопрофильной медицинской организации в процесс управления качеством и безопасностью медицинской деятельности позволяет корректировать риски, которые могут привести к сбоям в процессе осуществления медицинской деятельности и повысить удовлетворенность потребителя медицинских услуг.

Ключевые слова:

система менеджмента качества, медицинская организация, медицинская деятельность, управление рисками, инциденты, стандартизация, описание процессов, повышение эффективности, совершенствование

Для цитирования: Юрьева О.В., Шипачев К.В. Внедрение системы менеджмента качества, управление рисками в многопрофильной медицинской организации // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 2. С. 48–55. doi: 10.24411/2411-8621-2019-12004.

Статья поступила 15.12.2008. **Принята в печать** 15.05.2019.

Quality management system implementation, risk control in a multidisciplinary medical organization

Yuryeva O. V., Vsevolozhsk Clinical Interdistrict Hospital, Vsevolozhsk,
Shipachev K. V. Leningrad Region, Russia

The experience of introducing the principles of quality management and a risk-based approach to management in the Vsevolozhsk clinical inter-district hospital showed high efficiency. The involvement of the entire staff of a multidis-

ciplinary medical organization in the process of managing the quality and safety of medical activity allows adjusting risks that can lead to disruptions in the process of medical activity and increase customer satisfaction with medical services.

Keywords:

quality management system, medical organization, medical activity, risk management, incidents, standardization, description of processes, increase of efficiency, improvement

For citation: Yuryeva O.V., Shipachev K.V. Quality management system implementation, risk control in a multidisciplinary medical organization. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2019; 5 (2): 48–55. doi: 10.24411/2411-8621-2019-12004. (in Russian)

Received 15.12.2008. **Accepted** 15.05.2019.

По данным Всемирной организации здравоохранения, проблема качества медицинской помощи должна рассматриваться с нескольких позиций: обязательное выполнение профессиональных функций, оптимальное использование ресурсов медицинской организации, минимальный риск для пациента, максимальная удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской организацией. Эти составляющие нашли отражение в международных стандартах качества медицинских организаций, где одним из основных принципов является создание новой модели управления, нацеленной на удовлетворение потребителя и позволяющей успешно реализовывать стратегические цели и планы медицинской организации.

В Российской Федерации политика государства направлена на предоставление потребителю медицинских услуг возможности свободного выбора медицинской организации. Осуществляя этот выбор, потребитель учитывает уровень обслуживания и качество помощи в медицинских организациях не меньше, чем квалификацию персонала, возможность получения современных медицинских технологий и эффективного лечения.

Система менеджмента качества (СМК) в медицинской организации – это подход к управлению, нацеленный на обеспечение качества оказанной медицинской услуги, основанный на участии в управлении организацией персонала

на всех уровнях организационной структуры, направленный на достижение долгосрочного успеха и выгоды для персонала медицинской организации и общества путем удовлетворения требований потребителя медицинской услуги.

Внедрение СМК влечет за собой получение результативной системы управления медицинской организацией, способствует постоянному улучшению качества работ и услуг, повышению имиджа медицинской организации. Качество медицинских услуг должно соответствовать новейшим достижениям медицинской науки, обязательным требованиям нормативно-правовых актов и удовлетворять ожидания потребителей при рациональном расходовании финансовых средств

3 апреля 2018 г. между ГБУЗ Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница» (ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»), ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и Комитетом по здравоохранению Ленинградской области заключено трехстороннее соглашение о сотрудничестве и взаимодействии по вопросам управления качеством медицинской деятельности. Заключение вышеуказанного соглашения положило начало внедрению СМК во Всеволожской клинической межрайонной больнице.

ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» является многопрофильной медицинской организацией,

оказывающей первичную медико-санитарную, скорую, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь жителям Центрального медицинского округа Ленинградской области и г. Санкт-Петербург.

В структуру ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» входят 4 поликлиники (в том числе 1 детская), 1 женская консультация, 7 врачебных амбулаторий, 1 центр здоровья и профилактики, 5 центров общей врачебной (семейной) практики, 7 фельдшерско-акушерских пунктов, 1 здравпункт. Общая мощность амбулаторно-поликлинической службы 3665 посещений в смену. Развернут стационар на 876 коек с круглосуточным пребыванием пациентов (родильный дом и отделение патологии новорожденных, первичное сосудистое отделение для пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, региональный сосудистый центр для пациентов кардиологического профиля, хирургическое отделение, офтальмологическое отделение, 2 отделения сочетанной травмы, отделение челюстно-лицевой хирургии, инфекционное отделение, педиатрическое отделение, стационарное отделение скорой медицинской помощи, койки паллиативной помощи), организована работа дневного стационара на 108 коек (профили: терапевтический, неврологический, офтальмологический, травматологический, хирургический, отоларингология, стационар родильного дома). Скорую медицинскую помощь оказывают 18 выездных бригад.

СМК в ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» основана на принципах и требованиях международных стандартов:

- ориентация на потребителя (пациента);
- лидерство руководства;
- вовлечение работников;
- процессный подход;
- системный подход к управлению;
- постоянное улучшение;
- принятие решений на основе фактов;
- взаимовыгодные отношения с поставщиками.

Лидерство руководства обеспечено участием всех членов команды высшего руководства в создании и постоянном совершенствовании системы управления качеством и безопасностью

медицинской деятельности. Возглавляет команду высшего руководства главный врач ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ».

Основополагающим документом СМК является политика медицинской организации в области качества и безопасности медицинской деятельности. Политика ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» отражает миссию и ценности медицинской организации. Этический кодекс описывает систему правил или этических принципов, управляющих поведением персонала ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ».

Выбор приоритетных направлений внедрения СМК определен с учетом предложений (практических рекомендаций) Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации:

- управление персоналом;
- безопасность при идентификации личности пациентов;
- эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи);
- лекарственная безопасность;
- безопасность обращения медицинских изделий;
- безопасность при организации экстренной и неотложной помощи;
- преемственность оказания медицинской помощи, безопасность при организации перевода пациентов в рамках медицинской организации и/или трансфер в другие медицинские организации;
- хирургическая безопасность, профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами;
- профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови;
- безопасность среды в медицинской организации;
- безопасность при организации ухода за пациентами, в том числе профилактика пролежней и падений;
- безопасность медицинской деятельности в амбулаторных условиях, в том числе при организации профилактической работы

и формировании здорового образа жизни среди населения; организация работы регистратуры; диспансеризация прикрепленного населения; организация диспансерного наблюдения за хроническими больными; использование стационар-замещающих технологий;

■ сестринские технологии.

СМК не должна быть сложной, но должна точно отражать потребности медицинской организации. Планирование СМК – не разовая деятельность, а продолжающийся процесс. Для медицинской организации важно регулярно проводить мониторинг и оценивать внедрение плана и результаты деятельности СМК.

Работа СМК в медицинской организации заключается в описании и постоянном корректировании процессов и рисков, которые могут привести к сбоям в процессе осуществления медицинской деятельности.

Пошаговое внедрение системы менеджмента качества в ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»

Стандартизация процессов и обучение персонала

Изучены лучшие отечественные практики внедрения СМК в медицинских организациях (литература, участие в конференциях, посещение медицинских организаций, получивших международные сертификаты качества и/или прошедших аккредитацию Росздравнадзора).

Намерения внедрить СМК одобрено Медицинским советом ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ». Приказом главного врача утвержден порядок разработки стандартных операционных процедур для простых медицинских услуг и протоколов лечения для комплексных медицинских услуг. С целью методического руководства и управления процессами внедрения СМК создан проектный офис, руководителем которого назначен системный аналитик, имеющий опыт внедрения СМК в банковской сфере. Принято решение о распределении управления процессами СМК по горизонтали, а не по вертикали.

С целью разработки локальных нормативных актов по направлениям качества и безопасности медицинской деятельности (положений, стандартных операционных процедур, инструкций и алгоритмов) созданы рабочие группы – Комитеты по направлениям качества и безопасности медицинской деятельности (далее – Комитеты). Руководство Комитетами возложено на молодых специалистов (врачей, медицинских сестер, сотрудников административных служб), имеющих лидерские качества и поддерживающих идеи внедрения СМК. Координацию работы Комитетов осуществляет куратор – лидер молодежного совета ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ». Согласование проектов локальных нормативных актов возложено на руководителей структурных подразделений, заместителей главного врача по направлению деятельности, специалистов сектора качества и безопасности оказания медицинской помощи и юридического отдела. По каждому направлению качества и безопасности медицинской деятельности утверждено положение, отражающее принципы работы и реестр документов, стандартизирующих процессы. Разработанные проекты локальных нормативных актов, стандартизирующих процессы, прошли апробацию на рабочем месте специалистов под непосредственным контролем руководителей структурных подразделений, готовый пакет документов утвержден приказом главного врача.

Приказом главного врача ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» утверждена методика обучения персонала на рабочем месте, разработаны матрицы обучения, регламентирующие цикличность оценки уровня знаний сотрудников.

В структурных подразделениях ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» определены уполномоченные по качеству (руководители структурных подразделений, старшие медицинские сестры и уполномоченные по качеству структурного подразделения, отвечающие за конкретные направления качества и безопасности медицинской деятельности). Право быть уполномоченным по качеству и безопасности медицинской деятельности подтверждается сертификатом ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ», выданным сотруднику после прохождения обучения и сдачи зачета. Председатели,

члены Комитетов и уполномоченные по качеству структурных подразделений провели обучение всех сотрудников ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ». Инструктивные документы по процессам размещены на каждом рабочем месте. Члены Комитетов и уполномоченные по качеству структурных подразделений осуществляют плановый и внеплановый аудит соблюдения сотрудниками установленных для каждого процесса требований. Проводится непрерывная работа по разработке новых и актуализации ранее утвержденных документов СМК с учетом меняющегося законодательства, условий деятельности медицинской организации и внедрения новых технологий.

Внедрение системы регистрации неблагоприятных событий и инцидентов

Показателем общего улучшения качества и безопасности медицинской помощи является неуклонное снижение рисков для пациентов и персонала медицинской организации. Качество и безопасность деятельности медицинской организации основываются на каждодневной работе всех сотрудников. **Управление рисками (риск-менеджмент)** – процесс принятия и выполнения управленческих решений, которые минимизируют неблагоприятное влияние на организацию или лицо убытков, вызванных случайными событиями. Система управления рисками включает выявление и оценку риска, выбор метода воздействия на риск, принятие решения, воздействие на риск, контроль и/или корректировку принятого решения.

Система управления рисками основывается на:

- первичной профилактике рисков – профилактике возникновения рисковозных случаев (что делать, чтобы инцидент никогда не произошел?);
- вторичной работе с рисками – действия персонала при наступлении рисковозного события (что делать, если инцидент произошел?);
- третичной работе с рисками – что предпринимается для устранения последствий наступившего рисковозного случая?

С целью анализа причин и своевременной разработки корректирующих и/или предупреж-

дающих действий, направленных на снижение риска развития или повторения неблагоприятных событий, в ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» внедрена система регистрации несоответствий и инцидентов. Инцидент – неблагоприятное событие, связанное с медицинской помощью, в ходе которого возникает травма, ухудшение состояния здоровья или смерть пациента или сотрудника. Несответствие – это отклонение от установленных требований.

Выявление инцидентов/несоответствий осуществляется:

- при выполнении ежедневных трудовых функций сотрудниками ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»;
- при проведении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе самооценки и внутреннего аудита;
- во время административных обходов;
- по результатам рассмотрения устных и письменных обращений граждан;
- по результатам проверок контрольно-надзорных органов и вневедомственных экспертиз;
- по результатам независимой оценки качества услуг, предоставляемой медицинской организацией;
- по информации о деятельности ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ», размещенной в социальных сетях и поступившей по телефону «горячей линии».

Способы регистрации инцидентов: по телефону, электронной почте, WhatsApp, на бумажном носителе, напрямую в информационную систему «Инциденты ВКМБ» с рабочего места сотрудника. Информация об инциденте или несоответствии может быть направлена в виде фотографии или краткого описания события. Указание автора регистрации инцидента необязательно.

С целью предупреждения негативной реакции персонала на внедрение системы регистрации инцидентов и несоответствий в ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» проведены обучающие семинары, во время которых персоналу больницы разъяснены цели, задачи и ожидаемый эффект от ее внедрения.

В случае если работник самостоятельно сообщает об инциденте или несоответствии, возникшем в процессе его трудовой деятельности и не выходящим за рамки правового поля, – дисциплинарные взыскания к нему не применяются; если об инциденте или допущенном несоответствии стало известно из внешних источников (обращение гражданина, результат проверки контрольно-надзорных органов, страховых медицинских компаний или территориального фонда обязательного медицинского страхования, публикация в средствах массовой информации и т.д.) – применение дисциплинарного взыскания является обязательным.

Ответственность за организацию работы с несоответствиями и инцидентами в ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» возложена на специалистов сектора качества и безопасности оказания медицинской помощи.

Зарегистрированные инциденты и несоответствия вносятся в информационную систему «Инциденты ВКМБ», назначаются сроки и ответственные исполнители.

Приказом главного врача ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» создана специальная Комиссия по работе с инцидентами и несоответствиями. Ответственные исполнители предоставляют на Комиссию по инцидентам результаты проведенного анализа, выявленную корневую причину неблагоприятного события или риска его возникновения, разработанный план корректирующих/предупреждающих действий и отчет о его реализации. Секретарь Комиссии по инцидентам отчет о результатах работы с инцидентом или несоответствием вносит в информационную систему «Инциденты ВКМБ» и направляет автору регистрации инцидента или несоответствия.

На начальном этапе внедрения системы регистрации неблагоприятных событий или риска их возникновения персоналом больницы в сектор качества и безопасности оказания медицинской помощи направлялась информация о несоответствиях, связанных с материально-техническим состоянием рабочего места или нарушением преемственности в работе между структурными подразделениями ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ». Получив положительный опыт в быстром

решении актуальных для себя организационных вопросов, персонал больницы начал регистрировать инциденты и несоответствия, связанные с качеством и безопасностью медицинской деятельности.

Ежемесячно председатель Комиссии по инцидентам предоставляет отчет о работе с инцидентами и несоответствиями главному врачу и председателям Комитетов по направлениям качества и безопасности медицинской деятельности ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ».

Результаты работы Комиссии по инцидентам включаются в мониторинг оценки качества и безопасности медицинской деятельности больницы, используются при проведении корпоративного обучения персонала и учитываются при разработке локальных нормативных актов при стандартизации процессов.

Электронная база данных «Инциденты ВКМБ» создана на базе функционирующего ранее программного продукта «Заявки ВКМБ», ее внедрение не потребовало от руководства медицинской организации привлечения дополнительных финансовых ресурсов.

За 6 мес внедрения системы регистрации инцидентов и неблагоприятных событий в базе «Инциденты ВКМБ» зарегистрировано около 220 несоответствий и 30 инцидентов.

Помимо текстовой информации, касающейся инцидентов или несоответствий, в базе «Инциденты ВКМБ» хранятся фотоотчеты, отражающие состояние установленной проблемы до ее решения и после реализации плана корректирующих/предупреждающих действий.

Вовлечение потребителей медицинской услуги в процесс управления рисками медицинской организации

В рамках внедрения СМК в ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» организована обратная связь с потребителями медицинских услуг, население информировано о возможности инициировать работу с инцидентами и несоответствиями, сообщив о них:

- по телефону «оставь отзыв о нашей работе» (круглосуточно);
- по телефону «горячей линии»;

- оставив отзыв на Всеволожском портале здоровья в сети Интернет;
- проблемы организации оказания медицинской помощи и пути их решения обсуждаются на Общественном совете ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ», членами которого являются представители Совета ветеранов, общественных организаций, средств массовой информации и интернет-сообщества.

Медицинская организация должна находиться в непрерывном поиске путей совершенствования процессов оказания медицинской услуги, основой науки совершенствования является модель совершенствования, базирующаяся на 3 вопросах:

- Чего мы пытаемся достичь?
- Как мы поймем, что достигнутое изменение является улучшением?
- Что мы можем изменить, чтобы добиться улучшения?

Последовательность циклов «план–действие–проверка–корректировка» позволяет оценить

правильность и эффективность принятых действий. В настоящее время ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» продолжает стандартизировать процессы медицинской деятельности, внедряется пациент-центрированная система медицинского сервиса.

Заключение

Результатом внедрения СМК в ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» стало получение сертификата качества Росздравнадзора по амбулаторно-поликлиническим подразделениям в декабре 2018 г., что подтвердило своевременность и правильность принятого решения о внедрении СМК и эффективность метода ее внедрения. Далее планируется прохождение аккредитации Росздравнадзором стационарных отделений медицинской организации. В плане перспективного развития – аккредитация на соответствие международным стандартам качества и безопасности.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Юрьева Ольга Владимировна (Yuryeva Olga V.) – заместитель главного врача по клинико-экспертной работе ГБУЗ Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница», Всеволожск, Россия

E-mail: UrjevaOV@vkmb.ru

Шипачев Константин Викторович (Shipachev Konstantin V.) – доктор медицинских наук, профессор, главный врач ГБУЗ Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница», Всеволожск, Россия

E-mail: smo@vkmb.ru

<https://orcid.org/0000-0002-2400-6269>

ЛИТЕРАТУРА

1. ГОСТ Р ИСО 31000-2010 Менеджмент риска. Принципы и руководство.

2. ГОСТ Р ИСО 9000-2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.

3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны граждан в РФ».

4. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации. М., 2017.

5. Наглядное руководство «Повышение качества и безопасности пациентов в медицинских организациях / под ред. С. С. Панисар и др. : пер. с англ. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 160 с.

REFERENCES

1. GOST R ISO 31000-2010 Risk Management. Principles and leadership. (in Russian)
2. GOST R ISO 9000-2015. National standard of the Russian Federation. Quality management systems. The main provisions and vocabulary. (in Russian)
3. Federal Law of 21.11.2011 N 323-ФЗ "On the basis of the protection of citizens in the Russian Federation". (in Russian)
4. Suggestions (practical recommendations) on the organization of internal quality control and the risk of medical activity in a medical organization. Moscow, 2017. (in Russian)
5. Visual guide "Improving the quality and safety of patients in medical organizations/ Ed. by S.S. Panisar, et al. Translation from English. Moscow: GEOTAR-Media, 2016. 160 p. (in Russian)

Обзор глобальных тенденций в развитии здравоохранения*

Моссиалос Э.

Лондонская школа экономики, Лондон, Великобритания

В статье подробно описаны проблемы мирового здравоохранения и пути их решения (перераспределение потоков финансирования, оптимизация скоординированности действий поставщиков медицинских услуг, повышение уровня подготовки медицинского персонала и достойная оплата труда, региональный подход к предоставлению уровня и объемов медицинской помощи, усиление мер профилактики). Особо выделены проблемы оказания медицинской помощи на территории Российской Федерации. Представлены расходы россиян на здравоохранение и пути их снижения. Также выдвинуты предложения по оптимизации всей системы здравоохранения и, как итог, повышения общей продолжительности жизни и уровня здоровья населения в целом.

Ключевые слова:

здравоохранение, финансирование, Россия, профилактика, оптимизация, снижение затрат

Для цитирования: Моссиалос Э. Обзор глобальных тенденций в развитии здравоохранения // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 2. С. 56–79. doi: 10.24411/2411-8621-2019-12005.

Статья поступила 26.04.2019. **Принята в печать** 15.05.2019.

Overview of global healthcare trends

Mossialos E.

London School of Economics, London, UK

In the article global healthcare problem and possible solutions are specified (redistribution of financing flows, optimization of coordinated actions of health care providers, strengthening medical staff education and fair wage, regional approach to provision of level and capacity of medical care, escalation of preventive measures). Particularly highlighted healthcare delivery problems in the territory of Russian Federation. Public health costs and ways to reduce them are represented. Also proposals for entire public health system optimization and, as a result, total running time of life elevation and public health level as a whole were introduced.

* Из выступления профессора Э. Моссиалоса на VII международном конгрессе «ОРГЗДРАВ–2019. Эффективное управление в здравоохранении» (Москва, 24 апреля 2019 г.).

Keywords:

public health service, financing, Russia, prevention, optimization, cost saving

For citation: Mossialos E. Overview of global healthcare trends. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2019; 5 (2): 56–79. doi: 10.24411/2411-8621-2019-12005. (in Russian)

Received 26.04.2019. **Accepted** 15.05.2019.

Проблемы глобального здравоохранения

Первый раз я посетил Россию 30 лет назад, в 1985 г., во время перестройки – важные годы для страны. Я прожил тогда в России 2 мес, представлял молодежную организацию «Происхождение Греции» на Международном молодежном фестивале. Как вы знаете, Греция и Россия поддерживают тесные связи, наши культурные интересы во многом соприкасаются. Теперь я живу и работаю в Лондоне. Принимаю участие в программах по формированию систем здравоохранения более чем в 100 странах мира, в том числе в России. В докладе я расскажу, как вы можете совершенствовать свою систему.

Начнем с базовой информации (рис. 1, 2). Старение населения – одна из серьезных мировых проблем. Политики весьма обеспокоены тем, что доля пожилых людей во всех странах растет, и на сохранение их здоровья приходится тратить больше финансов. Представляю вашему вниманию данные, которые подтверждают, что проблемы связаны не столько с престарелыми людьми, сколько с работающим населением трудоспособного возраста.

Следующая серьезная проблема – это разрозненность при оказании медицинской и социальной помощи. Стационарная и социальная помощь задействованы в своих секторах. К сожалению, все вышеназванные системы не координируют свои усилия, кроме того, доля выделяемых средств подлежит строгой оценке. В большинстве стран на фарминдустрию и изделия медицинского назначения приходится 15–20% от общих расходов на здравоохранение.

Но нельзя оценить все, поэтому нам нужно оценить организацию и эффективность медицинской помощи; нужно выявлять узкие места – то, что работает недостаточно эффективно; постараться уменьшить малоэффективные расходы – те, которые не дают отдачи; выявить недоработки, перераспределить высвободившиеся деньги и тратить их так, чтобы получать конкретные результаты.

Еще одна не менее актуальная проблема – кадровые ресурсы. По прогнозам, в ближайшие 20 лет будет ощущаться дефицит 18 млн медицинских работников. В вашей стране дефицит медперсонала уже ощущается: в ближайшие 20 лет потребуется дополнительно подготовить 2 млн врачей.

- **Увеличение расходов на здравоохранение** в абсолютном выражении и по отношению к валовому внутреннему продукту (ВВП), приводящее к значительному дефициту бюджета вследствие:
 - старения населения;
 - распространения хронических заболеваний;
 - фрагментации оказания медицинской и социальной помощи.
- **Лишь небольшая доля расходов подлежит строгой оценке** (лекарственные препараты, устройства и другие технологии, от 15 до 30% от общего объема расходов).
- **Необходимо выявить и исправить зоны неэффективности** во всех аспектах здравоохранения и **избавиться от излишних трат**.
- **Перераспределение ресурсов** и введение более **эффективных услуг** может привести к повышению качества и, возможно, стоимости.

Рис. 1. Общие положения

- Прогнозируемый дефицит: **18 млн работников здравоохранения**.
- Почти 40% всех расходов на здравоохранение в мире тратится впустую из-за неэффективности.
- В Северной и Южной Америке только 22% поставщиков неотложной медицинской помощи оценивают предоставляемые специализированные услуги как хорошие или очень хорошие.
- Из **421 млн ежегодных госпитализаций** по всему миру **1 из 10 случаев наносит вред** пациенту.

Рис. 2. Здравоохранение в мире: серьезные проблемы

Правительство Китая очень много делает для повышения квалификации врачебного сообщества, в частности там внедрена подготовка врачей по ускоренным схемам – проходят fast-track-тренинги.

Не менее важная часть – непроизводительные/непредвиденные расходы, например, сбои маршрутизации при направлении в специализированные учреждения.

Мировые расходы на здравоохранение

Американцы тратят примерно 20% своего благосостояния на здравоохранение, и все же американская система здравоохранения недостаточно эффективна. Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) в этой стране приближается к 78 годам. Это аналогично ОЖП на соседней Кубе, где расходы на здравоохранение намного меньше.

Если вы хотите пересмотреть систему здравоохранения, надо обращаться к опыту стран, преуспевших в этом, даже если они не дотягивают до международных стандартов.

Так, 1 из 10 случаев стационарного лечения приводит к нежелательным последствиям. Я имею в виду нозокомиальные инфекции, а также врачебные ошибки. Не знаю, какова ситуация в России, но во многих других развивающихся странах проблем более чем достаточно. И они связаны не только с врачами, сама система дает сбой – она недостаточно четко отлажена и не работает должным образом.

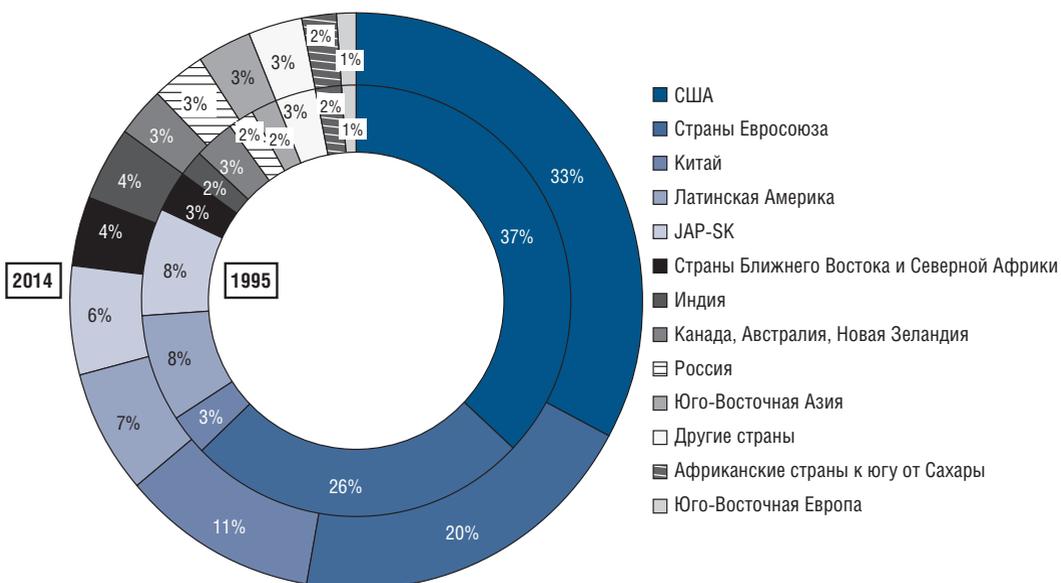
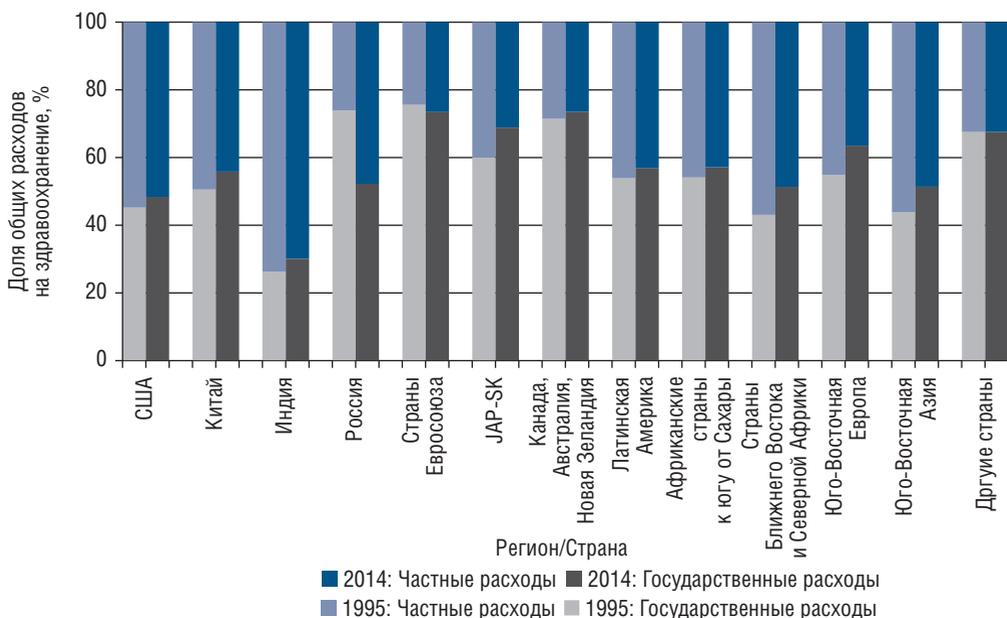


Рис. 3. Региональные расходы на здравоохранение в процентах от общих расходов на здравоохранение во всем мире



Источник: данные Всемирной организации здравоохранения.

Рис. 4. Государственные и частные (личные) расходы на медицинскую помощь в процентах от общих расходов на здравоохранение

Если оценивать глобальное перераспределение расходов на здравоохранение (рис. 3), мы увидим, что треть от мировых затрат на здравоохранение приходится на американцев, т.е. 5% мирового населения потребляет 33% общемировых расходов на здравоохранение. В то же время ОПЖ в США меньше, чем в большинстве развитых стран.

Страна, которая находится на подъеме, – это Китай. В 1995 г. они тратили 3%, теперь – 11% от глобальных расходов. В ближайшие 20 лет, я думаю, эта цифра дойдет до 20%. Страна большая, и они очень много делают для совершенствования своей системы здравоохранения.

И еще один вывод, который вызывает озабоченность. Обратите внимание на соотношение частных и государственных расходов на здравоохранение. В США – это 50% госбюджет и 50% деньги из кармана граждан. Поэтому американская система не очень справедлива. Для богатых людей проблем нет, но для людей с низкими доходами это всегда сложно.

За последние 10–20 лет госбюджетное финансирование увеличилось в странах Ближнего

Востока, Канаде, Новой Зеландии и в Южной Корее, но не в Европе и не в России.

В России растет доля расходов граждан на здравоохранение – многие вынуждены платить за медобслуживание из собственного кармана. Эту тенденцию нужно обратить вспять. Поэтому приоритетами для вашего правительства должны стать увеличение доли государственных расходов на здравоохранение и улучшение доступности медицинских услуг (рис. 4).

Полиморбидность

На рис. 5–8 показано, как по мере старения у человека проявляется все больше патологий. Как правило, к 50 годам каждый второй страдает от какого-то хронического заболевания: от гипертензии, сахарного диабета, сердечно-сосудистой патологии. Если представить эти данные министру финансов, порадует ли его это?

Получается, что больше денег тратится на престарелую часть населения, и если так будет продолжаться, ресурсов для развития экономики не хватит: пожилые люди будут жить

дольше, нужно больше тратить на пенсионное обеспечение. Конечно, министра финансов не обрадуют эти выкладки, но Министерство здравоохранения может выступить с инициативой к Минфину.

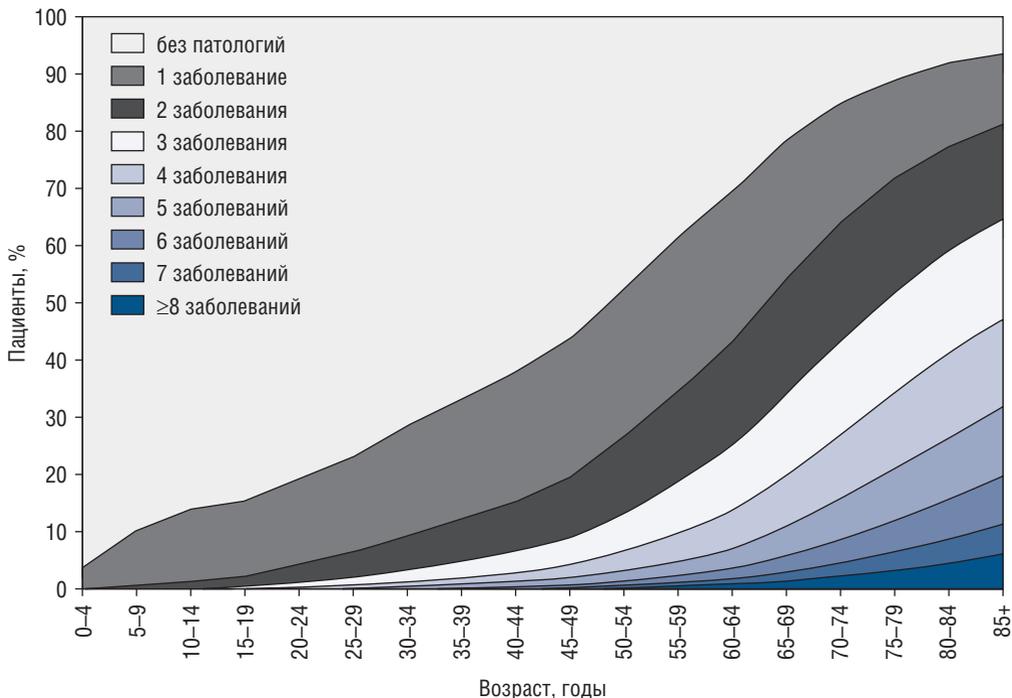
Обратимся к истории Канады, здесь приведены данные 2003 и 2009 гг. (рис. 6). Выяснилось, что большинство мультиморбидных пациентов среднего возраста, т.е. трудоспособного возраста – 30–65 лет. И только за 6 лет (с 2003 по 2009 г.) их доля увеличилась, потому что по мере старения возникает больше всяких патологий.

Молодые люди тоже сталкиваются с серьезными проблемами. Именно среди трудоспособного населения отмечается много случаев гипертензии, сердечно-сосудистых заболеваний и других хронических состояний. Поэтому нужно тратить больше средств на здравоохранение не только пожилых, но и всего населения в целом: если люди трудоспособного возраста не очень здоровые, процветать экономика не будет. Стало известно, что примерно $\frac{2}{3}$ общих расходов на

здравоохранение потребляют только 5–10% пациентов (рис. 7), т.е. расходы на здравоохранение неравномерно распределены среди разных слоев населения.

Приведу данные по Германии (рис. 8): 5% немцев потребляют 53% от суммарных расходов на здравоохранение, 10% немцев – порядка 70%. Германия может себе это позволить.

А вот данные по Канаде (рис. 9). Провинция Онтарио – самая крупная по численности населения. Только 1% населения провинции потребляет 33% от суммарных расходов на здравоохранение, а 5% и 10% населения этой провинции – 75% от общих ассигнований на здравоохранение. Но люди, которые верят в рыночную стихию, а также в приватизацию систем медобслуживания, ратуют за частное страхование. Конечно, не врачам определять глобальные подходы к способам возмещения затрат на медицинскую помощь. Более того, врачи могут быть аффилированы с частными страховыми компаниями, и тогда они не будут заинтересованы, чтобы застраховать



Источник: Barnett et al. (2012).

Рис. 5. Мультиморбидность наиболее распространена среди пожилых людей (данные по Шотландии)

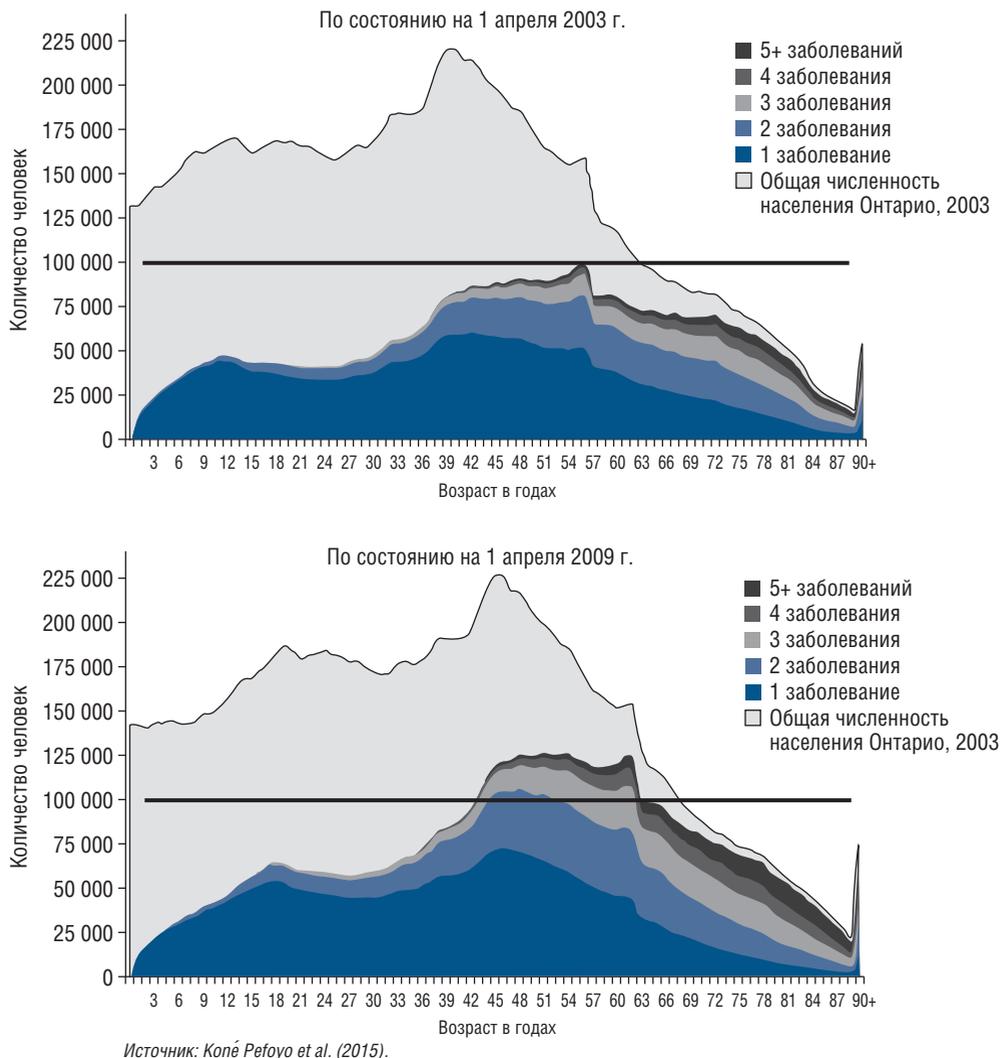


Рис. 6. Фактическое число людей с мультиморбидностью выше в более молодом возрасте

эти 10%, потребляющие 77%. Им выгоднее работать с 90%, которые потребляют только 23% от общих расходов на здравоохранение.

Распределение расходов

10% приходится на уязвимую часть населения. Эти люди серьезно больны: рак, инсульты, сердечно-сосудистые заболевания... Может быть, лучше страховать население, подверженное низкому риску, из средств госбюджета или

Остронуждающиеся /высокозатратные пациенты: в развитых странах $\frac{2}{3}$ всех расходов на здравоохранение идет на обслуживание 5–10% пациентов, группы остронуждающихся и высокозатратных пациентов, характеризующейся высокой распространенностью хронических заболеваний, мультиморбидностью и осложнениями.

Рис. 7. Проблемы

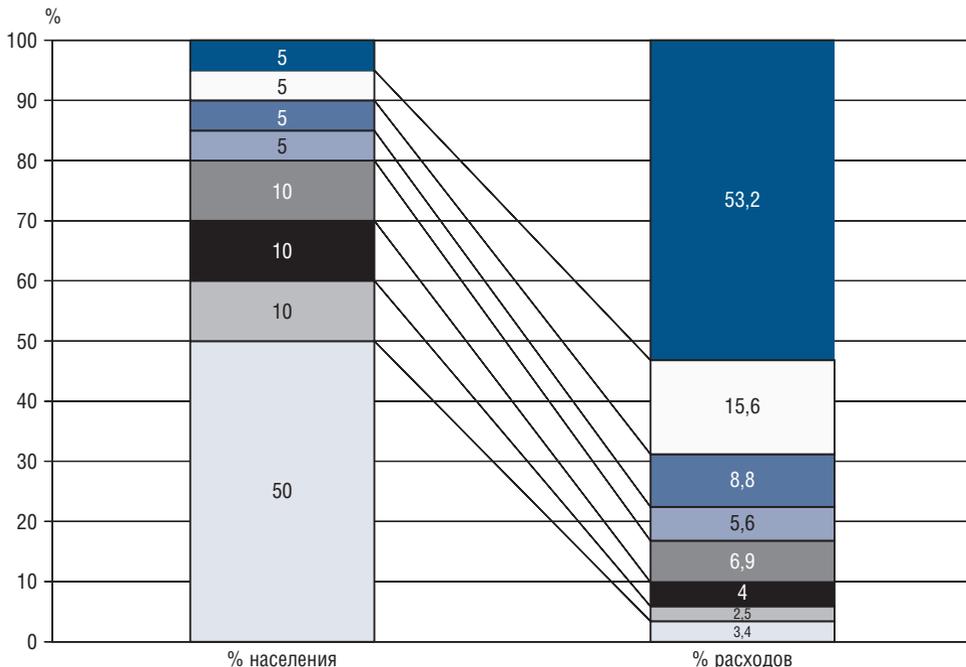
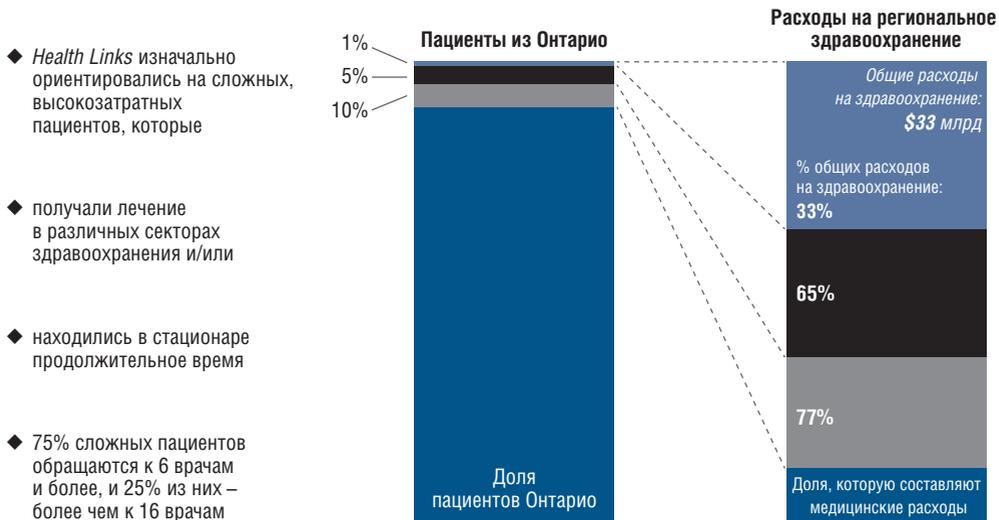


Рис. 8. «Для экономии иди туда, где деньги» (Германия)

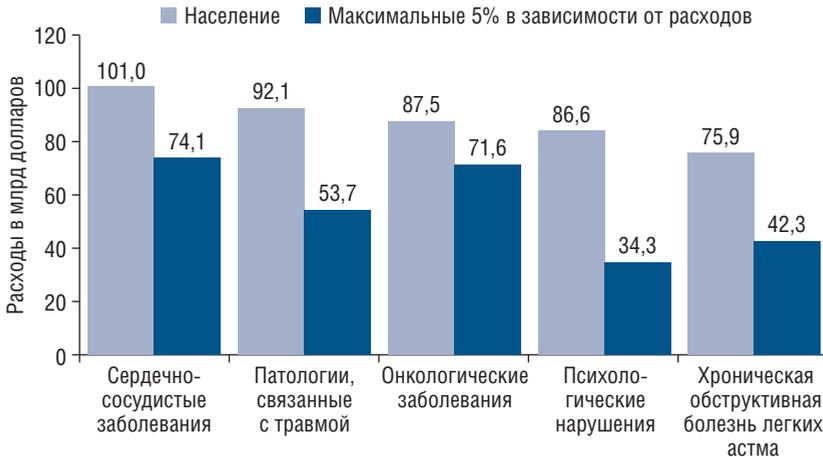
В Онтарио признали необходимость в лучшей координации процессов оказания медицинской помощи сложным пациентам для улучшения показателей здоровья и повышения эффективности системы здравоохранения.



Скоординированная и интегрированная медицинская помощь – основа деятельности Health Links. С декабря 2012 г. Health Links объединяет медицинские организации на добровольной основе для предоставления медицинской помощи пациентам

** Data from HSPRM/ICES.

Рис. 9. Онтарио, Канада, 2012 г.



Источник: Центр финансирования, доступности и стоимости. Агентство исследований и оценки качества медицинского обслуживания. Компонент медицинских расходов на панельное исследование данных семей (HC-155), 2012.

Рис. 10. Доля расходов на основные 5 заболеваний среди 5% населения, получающих самые дорогостоящие медицинские услуги, от всех расходов на эти заболевания, 2012 г.

социального страхования – в этом случае мы можем совместить все эти риски, потому что можем страховать тех, кто не отвлекает на себя большие расходы, для того чтобы субсидировать неблагоприятные риски остальных людей.

Мы хотим, чтобы молодые субсидировали более возрастных, а здоровые – не совсем здоровых. Нам нужно убрать плохие риски, необходимо перераспределить средства благодаря глобальной системе. Кроме того, нужно учитывать, что 5% населения потребляет большую часть затрат на здравоохранение (рис. 10).

Люди с тяжелыми заболеваниями потребляют порядка 70% всех бюджетов, 5% пациентов с онкологией – более 87%, т.е. меньшая часть пациентов потребляет большую часть бюджетов здравоохранения. Если мы можем их идентифицировать в бюджете системы здравоохранения, мы сможем оптимизировать процесс, потому что многие пациенты перетекают от врача к врачу, достаточно много посещают разных специалистов. Это очень уязвимые люди – они посещают 16 разных медицинских организаций в год, при этом лечение становится дороже и оно сопряжено с большими временными потерями.

Мы видим, что это зависит не только от бюджета страны, но и от категории людей. Смотрите, как тратятся средства на категории 5–8 (рис. 11): 60 млн американцев потребляют столько же, сколько самые активные потребители бюджетных средств. Как организовать процесс здравоохранения таким образом, чтобы экономить финансы в бюджетной системе?

Есть еще один вопрос, от которого отмахиваются в нашей системе здравоохранения. При хронических заболеваниях возникают и ментальные проблемы, которые сочетаются с другими серьезными заболеваниями. В этом случае расходы увеличиваются многократно, иногда в 2 раза (рис. 12). И это очень важно.

Нужны перемены

Поговорим об опыте одного из лучших американских лечебных заведений (рис. 13, 14). Предположим, пациента госпитализировали с сердечным приступом. 9% умрут через 30 дней после сердечного приступа, 15% – через год. Если сердечный приступ сочетается с сопутствующими заболеваниями, 22% умрут в американ-

Категория	Население (численность; расход/год)	Итого расходов в год	Что необходимо
1	Здоровые (~160 млн человек)	\$130 млрд	Профилактика, первичная медицинская помощь, общественное здравоохранение
2	Здоровье матери и ребенка (~10 млн человек)	\$60 млрд	Профилактика, первичная медицинская помощь, общественное здравоохранение
3	Тяжелобольные, но в основном излечимые (~12 млн человек)	\$300 млрд	Услуги неотложной помощи, первичная медицинская помощь, специализированная помощь
4	С хроническими заболеваниями без нарушения жизненных функций (~110 млн человек)	\$800 млрд	Самопомощь, первичная и специализированная медицинская помощь в клинике, неотложная помощь
5	Со значительными нарушениями здоровья и ограниченными возможностями, но стабильные (~7 млн человек)	\$290 млрд	Медуслуги на дому (первичная и специализированная медицинская помощь); долгосрочная помощь и поддержка; адаптация к окружающему миру, помощь сиделки, реабилитация
6	С периодами ремиссии болезни (~1 млн человек)	\$50 млрд	Медуслуги на дому; паллиативная помощь/хоспис; помощь и поддержка сиделки
7	С хроническими заболеваниями и серьезными обострениями, прогрессирующие заболевания (~2 млн человек)	\$100 млрд	Самообслуживание; медуслуги на дому; круглосуточный доступ к медицинской помощи по вызову; помощь сиделки
8	Длительное ухудшение состояния из-за деменции или немощи (~6 млн человек)	\$270 млрд	Медуслуги на дому; долговременный уход и поддержка; паллиативная помощь; помощь и поддержка сиделки

Рис. 11. Кто они – остронуждающиеся и высокочатотные пациенты?

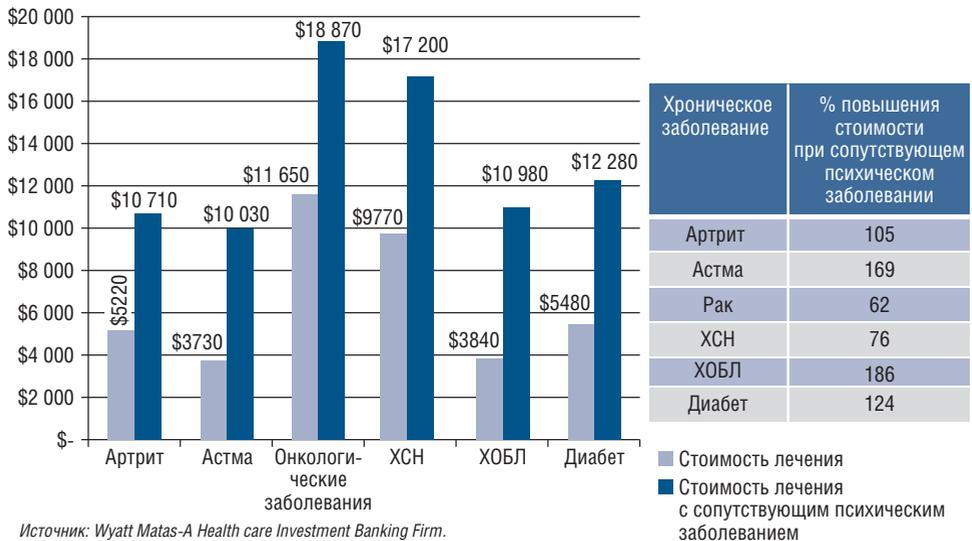


Рис. 12. Увеличение стоимости лечения хронического заболевания с сопутствующим психическим заболеванием

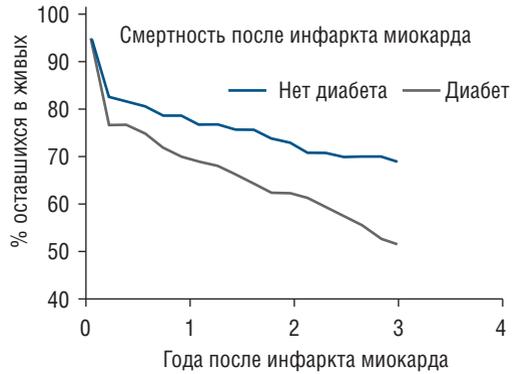
ХСН – хроническая сердечная недостаточность; ХОБЛ – хроническое обструктивное заболевание легких.

ской больнице примерно через 30 дней и 53% спустя год после госпитализации. Почему я акцентирую ваше внимание именно на этом. Чем больше сочетанных заболеваний имеют люди, тем больше шансов, что спустя год они могут умереть.

Поскольку больница не координирует ответственность оказания медицинской помощи, зачастую никого не заботит, что произойдет после того, как человека выписали из больницы, какие лекарства он должен принимать, консультацию у каких врачей ему надо пройти. 50% людей, которые после сердечных состояний выписываются из госпиталя, не принимают медикаменты, и после второго приступа могут умереть.

Мы слишком поздно начинаем лечить людей (рис. 15). Когда они попадают в больницу, их заболевание уже нельзя контролировать. Медицинские ошибки тоже часто не фиксируются в нашей системе здравоохранения, и это существенная проблема, о которой мы поговорим чуть ниже.

Допустим, человека с диабетом необходимо направить не только к диабетологу-эндокринологу, но и к ревматологу, который расскажет ему про артрит. Иногда люди игнорируют советы врачей: 50% людей с высоким давлением не обращают на это внимания и не принимают медикаменты. 30% пациентов с астмой перестают принимать препараты, выписанные врачом,



Источник: *Diabet Med.* 2002; 19: 448–55.

Рис. 13. Смертность после инфаркта миокарда с диабетом и без него

что в дальнейшем может отразиться на их здоровье. Нам необходимо понимать, что работает в системе здравоохранения, а что нет. Чтобы этот процесс был более персонализированным, мы должны понимать, как решать конкретные проблемы.

Врачам необходимы компьютерные системы, которые помогут им интегрировать системы ухода за больными, чтобы пациента можно было обучить в соответствии с тем состоянием, в котором он находится. А для этого нужно попытаться сократить расходы на ненужные действия, которые не приносят положительного результата, не убирая полезные и необходимые

Сопутствующие заболевания (количество)	30-дневная смертность		Смертность в течение 1 года	
	умершие (n, %)	коэффициент опасности (95% доверительный интервал)	умершие (n, %)	коэффициент опасности (95% доверительный интервал)
0	198 (9,01)	1,00	330 (15,02)	1,00
1	439 (13,03)	1,19 (0,93–1,35)	760 (22,56)	1,16 (1,01–1,34)
2	422 (17,76)	1,49 (1,23–1,80)	816 (34,34)	1,62 (1,41–1,87)
3	252 (21,32)	1,64 (1,32–2,03)	532 (45,01)	1,94 (1,66–2,26)
4+	97 (22,30)	1,68 (1,28–2,21)	233 (53,56)	2,31 (1,91–2,78)

Изученные сопутствующие заболевания включали фибрилляцию предсердий, диабет, сердечную недостаточность, гипертонию и инсульт. Модель регрессии пропорциональных рисков Кокса с учетом возраста, пола, расы, семейного положения, года обучения и острых осложнений.

Источник: *McManus D.D., Nguyen H.L., Saczynski J.S., Tisminetzky M., Bourell P., Goldberg R.J. Clin Epidemiol.* 2012; 4: 115–23.

Рис. 14. Летальность в течение 30 дней и в течение 1 года с учетом сопутствующих заболеваний у пациентов с острым инфарктом миокарда



Рис. 15. Разрывы (несоответствия), приводящие к неэффективности медицинской помощи

сервисы (рис. 16). В отчете, опубликованном Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) (рис. 17), указано, что на 1 из 10 госпитализаций приходится серьезные побочные действия. Их можно предотвратить, потому что цены на различные операции (например, по замене коленного сустава) варьируют в 5 раз в разных регионах. До 50% антимикробных препаратов, выписываемых пациентам, не нужны. Высоки административные расходы. Во многих европейских странах порядка 5–6% всех затрат на здравоохранение теряются из-за мошенничества и всевозможных ошибок.

Что касается разницы цен по регионам (рис. 18): в кардиологии в одной и той же стране число процедур в разных областях может отличаться до 6 раз. Конечно, нам нужны базы данных, которые фиксируют реальную деятель-

ность системы здравоохранения, желательно онлайн, – необходимо уходить от устаревшей модели здравоохранения.

Необходима такая система, которая позволит улучшить здоровье населения, жизненный статус, ОПЖ, заменить подходы более продуктивными (рис. 19). Врачи получают одинаковые зарплаты независимо от достижений, которых они добились. Необходимо иметь стратегию общественного здравоохранения: классифицировать людей на здоровых и тех, кто попадает в группы риска, людей с большим риском, например, курильщики или имеющих высокий уровень холестерина. Мы должны знать, что делать, если заболевание уже началось, как нам его остановить, как не позволить ему развиваться.

Население можно разделить на 5 групп по состоянию здоровья: от здоровых с низким риском до пациентов с заболеваниями в активной

стадии (рис. 20). Большинство людей относится к первым трем категориям, но мы же не хотим, чтобы эти люди перешли в следующую категорию (рис. 21). Чем больше людей мы будем информировать, тем дольше они будут оставаться в своей группе. Для этого нужны программы здравоохранения, доступные каждому россиянину, – это будет самым серьезным достижением для улучшения социально-экономической ситуации в стране в целом.

Почему важно улучшить социально-экономическую ситуацию в стране? Приведу пример из Великобритании (рис. 22). За последние 50 лет мы пытались перераспределить часть ресурсов из Лондона в другие части страны. Мы измеряли потребности населения в разных странах, а затем перенаправляли средства в регионы с более высоким уровнем заболеваемости. Некоторые регионы потребляли довольно высокий объем бюджетов, в то время как другие области с большими проблемами – меньше средств.

Наверное, все вы знаете английский клуб Манчестер Юнайтед (рис. 23). Мы сравнили

здравоохранение в богатом Манчестере и в бедном Уэст Суррей. Выяснилось, что, согласно среднему показателю по Англии, в Манчестере смертность людей до 75 лет оказалась выше при более высоком финансировании. А в графстве Суррей смертность и финансирование тоже. При этом система обеспечения в Уэст Суррей была лучше. Иначе говоря, мы должны анализировать и регулировать эти вопросы, в том числе публично озвучивать общественные проблемы, такие как курение и алкоголизм.

Здоровье в России

Со времени нашего первого визита в Россию в 1980-х гг. (рис. 24) увеличилась средняя ОПЖ, кроме самой пожилой группы населения. Но затем ОПЖ стала снижаться.

В 1998 г. меня пригласили в Россию для анализа ситуации в здравоохранении, в частности в отношении цен на медикаменты. Сразу стало ясно, что цены практически не контролировались. Так, у вас некоторые медикаменты стоили

Цель – улучшить общее состояние здоровья



Рис. 16. Эффективность

- Неблагоприятный исход в 1 из 10 случаев госпитализации, **добавьте от 13 до 17% к больничным расходам** и можно избежать до 70% расходов.
- **Географические различия** в показателях **замещения коленного сустава (в 5 раз)** в основном **не обоснованы**.
- До **50% рецептов на противомикробные препараты не нужны**.
- От 12 до 56% случаев **посещения отделений неотложной помощи нецелесообразны**.
- Доля дженериков варьируется от **10 до 80%**.
- **Административные расходы очень сильно варьируются**.
- **Убытки в результате мошенничества и ошибок составляет 6% от объема платежей**.

Рис. 17. Пятая часть расходов на здравоохранение теряется

Источник: *OECD Tackling Wasteful Spending on Health. Jan 2017.*

в 10 раз дороже, чем в Польше, и в 50 раз дороже, чем в Румынии. Мой главный вывод заключался в том, что необходимо контролировать цены, на что меня сразу же обвинили в приверженности коммунистическим идеям. Это не так. Не надо быть коммунистом, чтобы понять, что разница цен в 50 раз с другой страной – это недостаток контроля.

Тогда это сделать не получилось, смертность оставалась высокой. Однако за последние 16 лет ситуация существенно изменилась к лучшему. Смертность уменьшилась по многим причинам. Но, по моему мнению, отставание от других стран у вас достаточно большое, и вам есть куда стремиться.

Кроме того, в России сильно выражен дисбаланс между показателями смертности у мужчин и женщин, причем во всех возрастных категориях (рис. 25, 26).

- Уровень кардиологических процедур варьируется более чем в **3** раза между странами ОЭСР и до **7** раз внутри этих стран.
- Сложно представить, что это обоснованно.

Рис. 18. Географические различия в уровне кардиологических вмешательств

Среди основных причин потери лет жизни (рис. 27) главными являются высокое артериальное давление, курение, алкоголизм, повышенный холестерин и высокий индекс массы тела, что сопряжено с диабетом. В молодом возрасте – на первое место выходит алкоголизм, потом – курение и прием наркотиков. У женщин – это алкоголь, ожирение и опять-таки высокое артериальное давление. Эти 5 основных причин являются наиболее серьезными проблемами в стране, и их нужно решать.

Если мы проанализируем данные по отдельным заболеваниям как причинам потери лет жизни (рис. 28), мы увидим, что с 1990 по 2016 г. ситуация не очень изменилась. На первом месте – сердечно-сосудистые заболевания, внешние причины смерти, потом – легочные проблемы. Причем травмы и самоповреждения относятся к системе здравоохранения гораздо в меньшей степени, чем, например, артериальная гипертензия. Программа контроля артериального давления должна стать фокусом деятельности отрасли, поскольку большинство гипотензивных препаратов в России дешевле, чем на Украине, в Китае и во многих других странах. Россия примерно на 80% опережает другие страны по этим факторам. Именно на них должна быть нацелена национальная политика здравоохранения по увеличению ОПЖ. Опыт других стран свидетельствует о том, что популяционные и отраслевые меры борьбы с артериальной гипертензией, высоким уровнем холестерина, злоупотреблением алкоголем и многие другие достаточно эффективно можно решить в течение 10 лет.

Расходы россиян на здравоохранение

Очень серьезная проблема – доля личных трат населения на поддержание здоровья (рис. 29). Здесь приведены результаты выборочного длительного мониторингового исследования. По сравнению с международными данными сами затраты не очень велики, но при анализе данных выяснилось, что около 15% россиян не обращаются за медобслуживанием, потому что у них на это нет денег, не могут купить не-



Рис. 19. Инновации в оплате медицинской помощи: повышение ценности и доступности

которые изделия медицинского назначения или обратиться за стационарной помощью. Медицинскую помощь в любом случае кто-то должен оплатить, поэтому нужно выделять больше средств на систему здравоохранения в целом.

Мой вывод однозначен: Россия тратит на здравоохранение недопустимо мало по сравнению с развитыми странами (рис. 30). Улучшить здоровье в России невозможно, не выделив дополнительные финансы на эти цели. И это нужно сделать обязательно, потому что доля личных расходов населения на охрану здоровья все еще очень велика. 15% населения вообще не может позволить себе обратиться за медицинской помощью.

Кроме борьбы с алкоголизмом и курением нужно обратить внимание на высокую заболеваемость туберкулезом, а также наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями на диабет. Вот основные проблемы для России.

Не менее важно адекватное использование количественного анализа деятельности и ее эффективности в разрезе медицинских организаций и территорий. Мы видим некоторые удачные примеры: «здоровые ростки» в отношении доступности новых лекарственных средств и медицинских технологий. Но все это нужно оценивать. Без этого вряд ли удастся решить проблему

неудовлетворенных потребностей в медобслуживании и неравенства, этим вопросом нужно заниматься вплотную.

Когда говорят «У нас все равны», это пустые слова (рис. 31). Многие люди лишены доступа к должной медицинской помощи. Нужно внимательно отслеживать ситуацию с социальным неравенством и обеспечить равный доступ разным группам населения. Нужно улучшить качество подготовки медицинских кадров. Ваша система подготовки врачей устарела по сравнению с международными стандартами. Благодаря стремительному развитию научно-технического прогресса подходы к лечению некоторых заболеваний меняются каждые 6–7 лет. С такой же скоростью должна изменяться работа медицинских вузов. Мы можем и должны подготовить больше врачей, особенно врачей первичного звена. Но оценка труда врача в России крайне низкая. Государство регулярно не доплачивает им, и с этой ситуацией нельзя мириться. В других странах врачи получают намного больше. И не на 20–30%, а в 2–3 раза больше. У вас медицинские специальности не престижны, потому что этот благородный и тяжелый труд оплачивается несправедливо. Нужно изыскивать ресурсы и правильно расставлять приоритеты.



Рис. 20. Управление здоровьем населения



Рис. 21. Пирамида факторов воздействия на здоровье

Доход (убыток) в процентах в соотношении с компенсационным грантом
в 183 английских округах

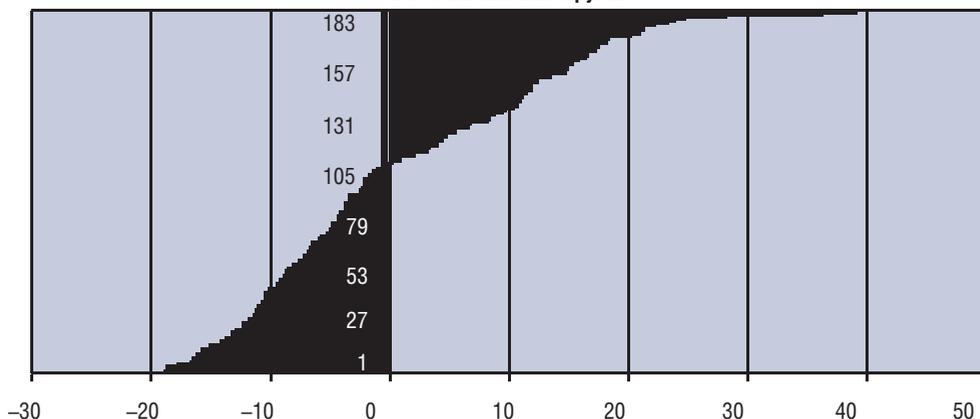


Рис. 22. Результат английской перераспределительной системы

И в заключение хочется сказать вот о чем (рис. 32). Для улучшения показателей продолжительности жизни и сокращения разрыва с другими странами нужно серьезно улучшить подходы к профилактике. Нужно разработать общенациональный план по основным угрозам здоровья, а также сфокусировать профилактические мероприятия на те социально-экономические группы, которые нуждаются в них больше других. Вы помните о 5 группах: здоровые люди, люди с низким и высоким риском, люди с какими-то заболеваниями и люди, у которых таких заболеваний много.

Нужно также ликвидировать пробелы по качеству обслуживания. Над качеством надо работать. Часто говорят, что все должно быть одинаково для всех. Это неправильно. Есть социально уязвимые группы – около 10% населения курсирует от одного врача к другому. Ими нужно заняться в первую очередь.

Конечно, необходимо обратить внимание на дефицит финансирования, уменьшить непроизводительные расходы. В России нужно не только выделять на здравоохранение достаточно средств, сколько в других странах, не обойтись без увеличения инвестиций, чтобы реально реализовать ожидания населения. Люди рассчитывают на это, это давно назрело.

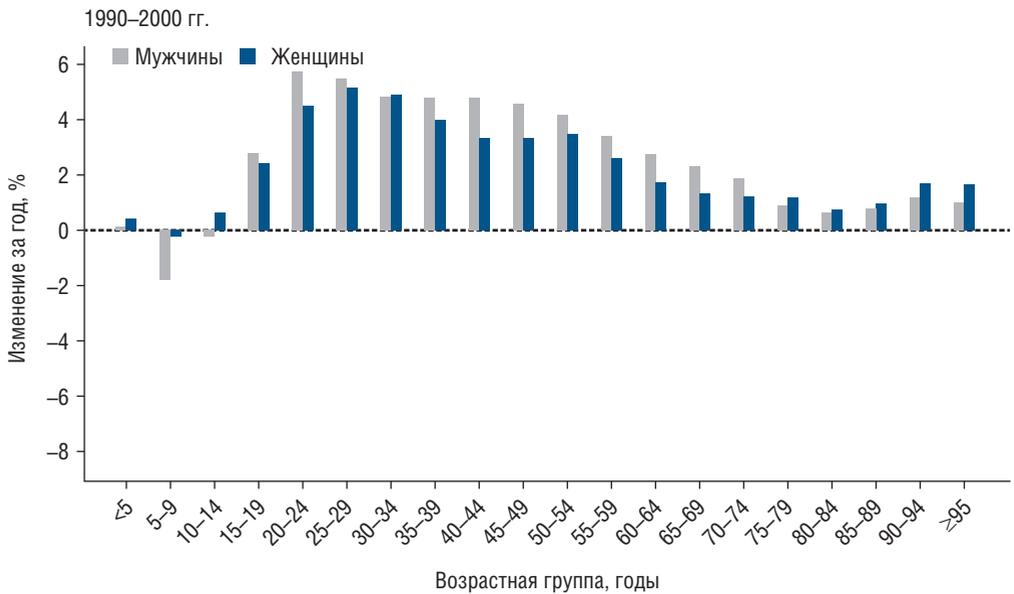
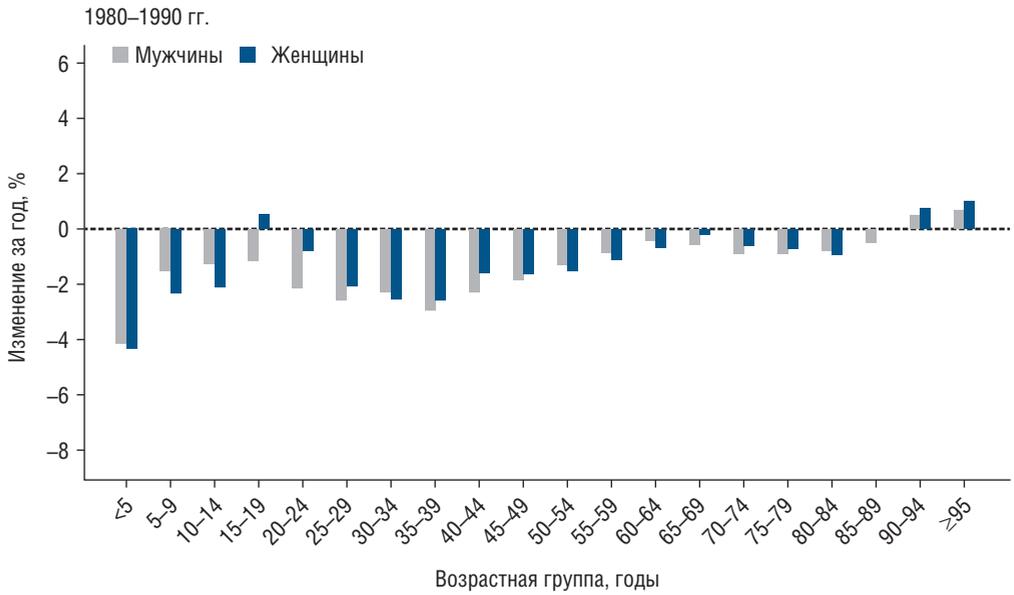
Что нас ждет в будущем (рис. 33)? И хотя у меня нет волшебного хрустального шара,

я могу точно сказать: в будущем вы должны тратить больше на здравоохранение, нужны согласованные действия на уровне властных структур для решения всех серьезных проблем, придется обращать внимание на детерминанты здоровья, бороться с гипертонией, сердечно-сосудистыми заболеваниями, алкоголизмом, табакокурением, инфекционными заболеваниями. Обязательно должен быть разработан региональный подход к проблемам здравоохранения, потому что Россия – страна большая, со значительными региональными особенностями. Не стоит забывать об управлении полиморбидными состояниями. Люди не страдают одной болезнью, у них может быть одновременно 5–6 заболеваний.

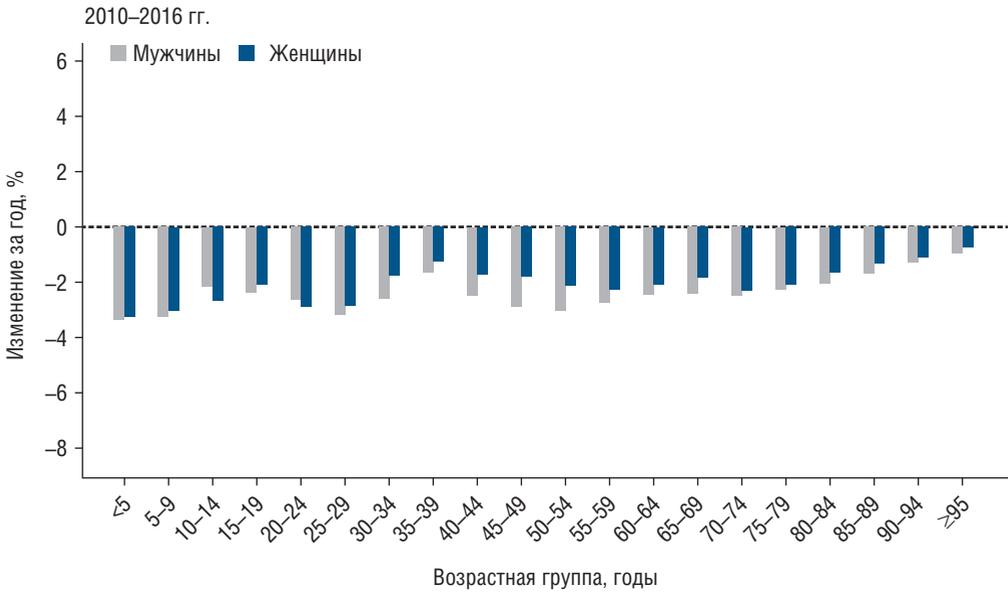
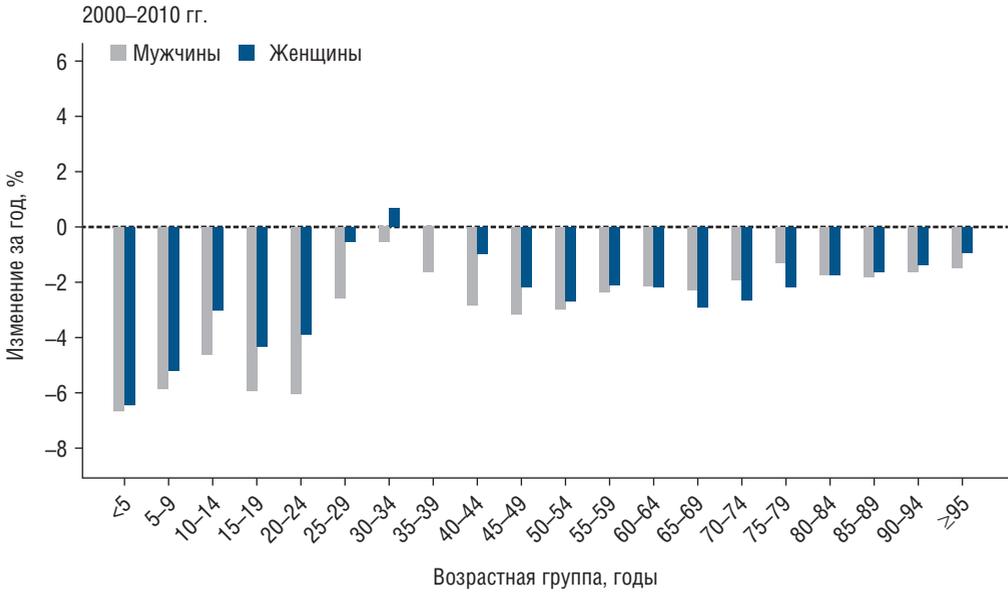
Нужны согласованные действия. Улучшения наступят только в том случае, если мы будем делать все правильно. Я – за всеобъемлющий интегрированный подход к улучшению ситуации в целом, а не за решение небольших отдельных проблем. Большое спасибо за внимание!

Регион	Смертность до 75 лет	Финансирование на душу населения (% по стране)
Манчестер	135,4	133,1
Уэст Суррей	79,5	81,7
Англия	100,0	100,0

Рис. 23. Насколько большим должен быть дефицит финансирования?



А



Источник: *The Lancet*, 2018.

Б

Рис. 24. Изменение смертности от всех причин по годам с разбивкой по возрастным группам и полу в 1980–1990, 1990–2000 (А), 2000–2010 и 2010–2016 гг. (Б)

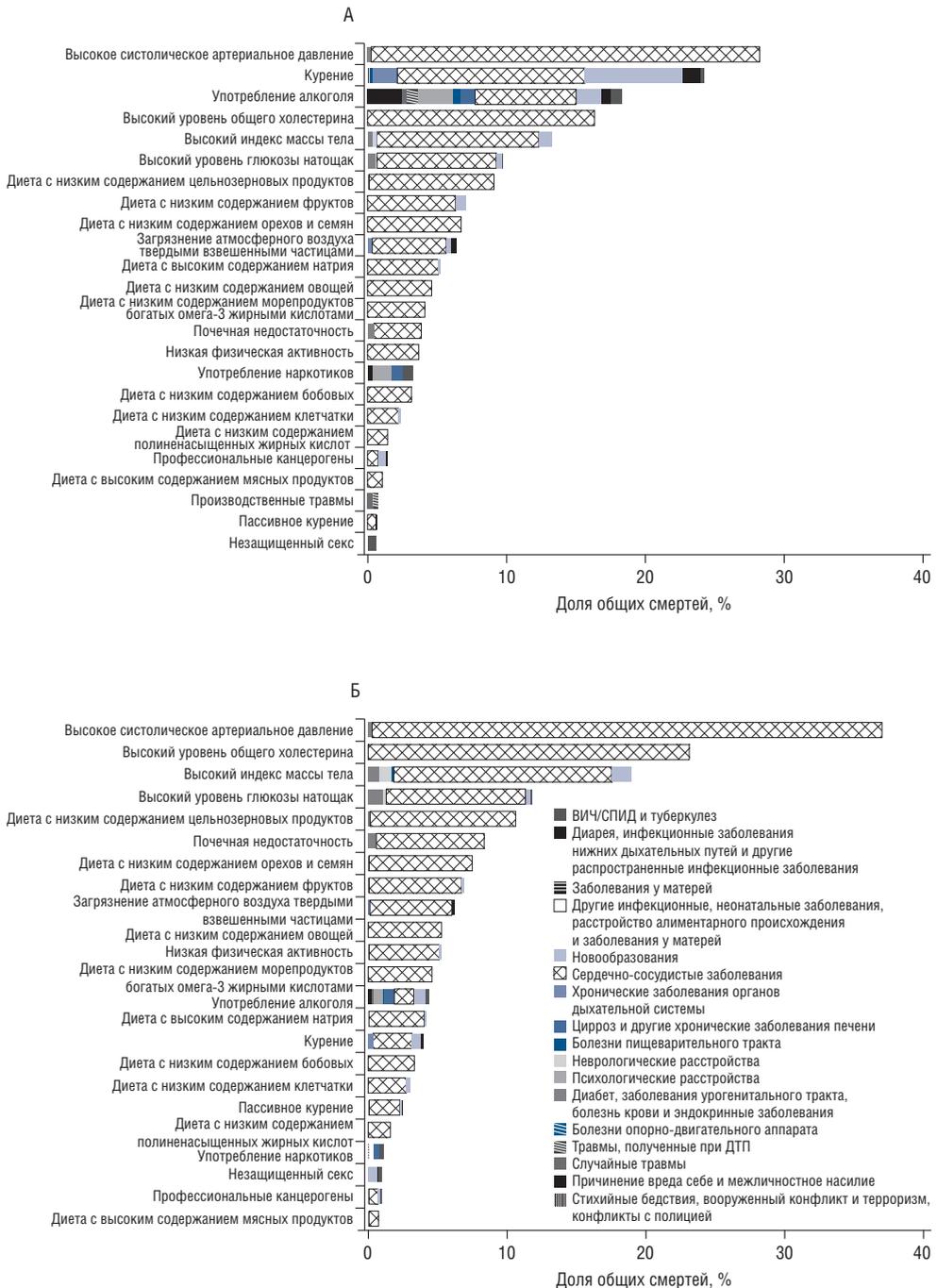


Рис. 25. Доля смертей, связанных с каждым фактором риска в России, 2016 г. Данные выражены в процентах от общей смертности для (А) мужчин всех возрастов; (Б) женщин всех возрастов (риски, связанные с менее чем 1% смертей, не учитываются)

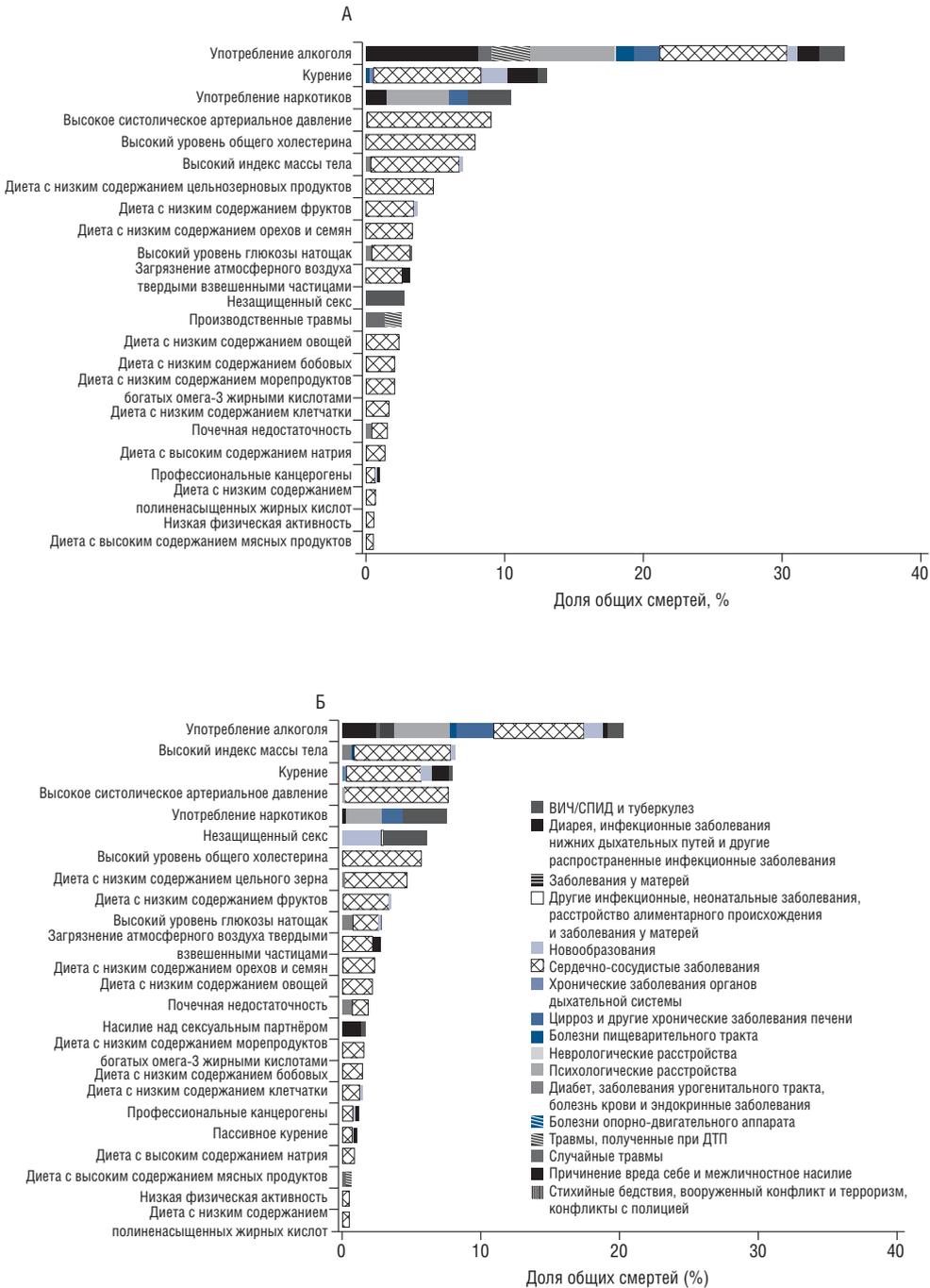


Рис. 26. Доля смертей, связанных с каждым фактором риска в России, 2016 г. Данные выражены в процентах от общей смертности для мужчин в возрасте 15–49 лет; и (Б) женщин в возрасте 15–49 лет (риски, связанные с менее чем 1% смертей, не учитываются)

Основные причины, 1990	Основные причины, 2016	Среднее изменение числа потерянных лет жизни (%) 1990–2016	Среднее изменение уровня потерянных лет жизни для всех возрастов (%), 1990–2016	Среднее изменение уровня потерянных лет жизни стандартизованных по возрасту 1990–2016
01 Ишемическая болезнь сердца	01 Ишемическая болезнь сердца	23,9% (-8,6 к 63,7)	25,3% (-7,6 к 65,5)	-6,1% (-30,5 к 24,2)
02 Инсульт	02 Инсульт	0,4% (-25,4 к 33,0)	1,5% (-24,6 к 34,4)	-24,1% (-43,4 к 0,8)
03 Причинение вреда себе	03 Причинение вреда себе	12,1% (-25,4 к 62,1)	13,3% (-24,6 к 63,9)	9,6% (-27,4 к 57,9)
04 Травмы в результате дорожно-транспортных происшествий	04 Кардиомиопатия	65,7% (11,6 к 139,7)	67,5% (12,8 к 142,3)	47,2% (-2,5 к 116,3)
05 Рак легких	05 Травмы в результате дорожно-транспортных происшествий	-28,4% (-50,5 к 1,8)	-27,6% (-50,0 к -0,7)	-27,5% (-49,4 к -1,5)
06 Рак желудка	06 Респираторные инфекции нижних дыхательных путей	31,8% (-5,5 к 75,4)	33,2% (-4,5 к 77,3)	3,8% (-23,6 к 36,8)
07 Межличностное насилие	07 Рак легких	-22,4% (-46,9 к 6,7)	-21,5% (-46,3 к 7,9)	-36,9% (-56,8 к -13,2)
08 Кардиомиопатия	08 Алкоголизм	35,8% (-9,7 к 96,2)	37,3% (-8,7 к 98,3)	22,8% (-18,7 к 77,6)
09 Респираторные инфекции нижних дыхательных путей	09 Межличностное насилие	-11,1% (-46,2 к 32,0)	-10,1% (-45,6 к 33,4)	-14,4% (-47,1 к 26,9)
10 Врожденные пороки развития	10 ВИЧ/СПИД	445,8% (391,1 к 510,3)	451,8% (396,5 к 517,0)	448,4% (395,3 к 510,9)
11 Алкоголизм	11 Колоректальный рак	22,3% (-11,6 к 62,9)	23,6% (-10,6 к 64,7)	-2,8% (-29,4 к 30,1)
12 Смерть от утопления	12 Рак желудка	-39,9% (-57,0 к -18,8)	-39,2% (-56,5 к -17,9)	-51,3% (-65,2 к -34,0)
13 Хроническая obstructивная болезнь легких (ХОБЛ)	13 Нарушения, связанные с употреблением наркотиков	32,2% (-12,8 к 90,2)	33,6% (-11,9 к 92,3)	27,2% (-17,0 к 82,9)
14 Колоректальный рак	14 Хроническая obstructивная болезнь легких (ХОБЛ)	-28,9% (-49,3 к -4,1)	-28,2% (-48,7 к -3,0)	-45,0% (-60,8 к -25,9)
15 Преждевременные роды в неонатологии	15 Рак молочной железы	27,1% (-20,7 к 99,1)	28,5% (-19,8 к 101,2)	3,6% (-35,3 к 63,7)
16 Высокие и низкие температуры окружающей среды	16 Алкогольный цирроз печени	258,8% (153,3 к 406,7)	263,7% (156,0 к 412,2)	217,7% (122,7 к 346,6)
17 Нарушения, связанные с употреблением наркотиков	17 Болезнь Альцгеймера	52,6% (13,7 к 100,2)	54,2% (14,9 к 102,4)	-0,2% (-25,4 к 30,1)
18 Неонатальная энцефалопатия	18 Туберкулез	37,7% (-8,0 к 95,3)	39,2% (-7,0 к 97,4)	27,7% (-15,0 к 82,2)
19 Рак молочной железы	19 Высокие и низкие температуры окружающей среды	-25,5% (-58,2 к 21,6)	-24,7% (-57,7 к 22,9)	-33,5% (-62,5 к 8,5)
20 Природные явления	20 Смерть от утопления	-46,4% (-62,3 к -26,5)	-45,9% (-61,9 к -25,7)	-46,4% (-61,3 к -26,3)
21 Туберкулез	21 Природные явления			
22 Болезнь Альцгеймера	25 Врожденные пороки развития			
23 ВИЧ/СПИД	45 Преждевременные роды в неонатологии			
24 Алкогольный цирроз печени	56 Неонатальная энцефалопатия			

Контагиозный, материнский, неонатальный и пищевой
 Неконтагиозный
 Повреждения

Источник: The Lancet, 2018.

Рис. 27. Относительный рейтинг 20 основных причин потери лет жизни в 1990 и 2016 гг., изменение количества потерянных лет жизни и стандартизованные по возрасту изменения количества потерянных лет жизни с 1990 по 2016 г.

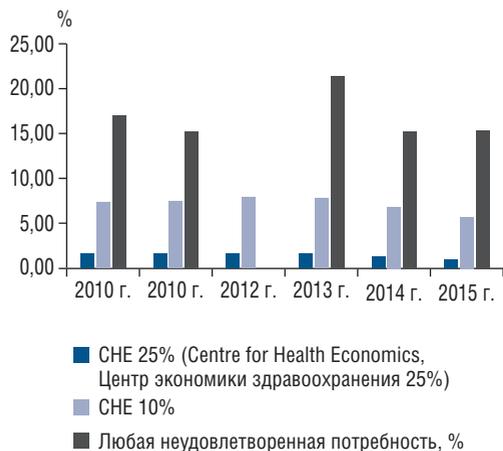
Жирным шрифтом выделены важные статистические данные. Причины связаны стрелками друг с другом периодами времени; сплошные линии – повышение рейтинга, пунктирные линии – уменьшение рейтинга.

Страна	Липидная болезнь сердца		Исульт		Причинение вреда себе		Кардиомиопатия и инфаркт		Травмы в результате дорожно-транспортных происшествий		Респираторные инфекции нижних дыхательных путей		Алкоголизм		Межличностное насилие		Рак трахеи, бронхов и легких		ВИЧ/СПИД		Нарушения, связанные с употреблением наркотиков		Рак толстой и прямой кишки		Рак желудка		Врожденные пороки развития		Смерть от утопления		Цирроз и другие хронические заболевания печени, связанные со злоупотреблением алкоголя		Туберкулез		Рак молочной железы		Хроническая обструктивная болезнь легких		Природные явления				
	1990	2016	1990	2016	1990	2016	1990	2016	1990	2016	1990	2016	1990	2016	1990	2016	1990	2016	1990	2016	1990	2016	1990	2016	1990	2016	1990	2016	1990	2016	1990	2016	1990	2016	1990	2016							
Россия	1.70	1.81	2.38	2.00	4.90	4.90	1.51	1.32	7.09	3.77	1.24	2.64	5.89	1.09	2.61	1.67	4.23	0.63	5.37	0.89	0.93	1.64	1.80	0.89	0.92	1.13	1.46	1.74	0.89	0.93	1.64	1.80	0.89	0.93	1.64	1.80							
Украина	1.78	2.16	1.87	1.48	1.54	1.54	1.26	0.86	6.60	1.78	1.30	2.18	3.69	1.20	2.06	1.78	4.11	0.84	2.93	1.13	1.46	1.74	0.84	2.93	1.13	1.46	1.74	0.84	2.93	1.13	1.46	1.74	0.84	2.93	1.13	1.46	1.74						
Казахстан	1.55	1.61	1.46	1.39	1.63	1.63	0.85	0.80	7.71	1.77	1.78	1.78	1.78	0.61	1.75	1.75	2.02	0.68	1.80	3.36	0.73	1.11	1.08	1.84	1.90	1.90	1.90	1.90	1.90	1.90	1.90	1.90	1.90	1.90	1.90	1.90	1.90						
Китай	1.62	1.54	1.54	1.84	2.86	2.86	0.97	1.17	3.17	2.02	2.24	0.05	3.78	1.34	2.36	1.19	1.90	0.42	0.89	0.57	2.90	1.17	0.42	0.89	0.57	2.90	1.17	0.42	0.89	0.57	2.90	1.17	0.42	0.89	0.57	2.90	1.17	0.42	0.89				
Япония	0.42	0.56	1.29	0.48	0.41	0.41	0.96	0.52	0.52	0.24	1.20	1.63	1.26	0.70	1.37	0.77	1.54	0.24	0.88	0.39	1.40	1.22	0.24	0.88	0.39	1.40	1.22	0.24	0.88	0.39	1.40	1.22	0.24	0.88	0.39	1.40	1.22	0.24	0.88				
Финляндия	0.44	0.24	0.53	1.23	0.40	0.40	0.33	1.03	0.17	0.24	0.48	0.19	0.20	0.69	1.47	0.58	1.01	0.32	1.16	0.42	0.30	0.54	0.47	2.54	0.41	0.52	0.61	0.42	0.30	0.54	0.41	0.52	0.61	0.42	0.30	0.54	0.41	0.52	0.61				
Германия	1.50	1.27	1.00	0.99	0.76	0.76	0.42	0.63	2.54	0.32	0.77	0.84	1.30	0.73	0.69	0.69	0.35	1.59	0.45	0.85	0.94	0.87	1.74	0.76	0.67	0.58	1.54	1.63	1.25	0.98	1.17	1.63	1.25	0.98	1.17	1.63	1.25	0.98	1.17	1.63	1.25	0.98	1.17
Соединенные Штаты Америки	0.57	0.57	0.45	0.72	0.76	0.76	0.42	0.63	2.54	0.32	0.77	0.84	1.30	0.73	0.69	0.69	0.35	1.59	0.45	0.85	0.94	0.87	1.74	0.76	0.67	0.58	1.54	1.63	1.25	0.98	1.17	1.63	1.25	0.98	1.17	1.63	1.25	0.98	1.17	1.63	1.25	0.98	1.17
	1.25	0.65	0.65	0.95	1.41	1.41	1.63	1.09	1.41	3.44	1.46	18.40	1.71	1.10	0.49	1.23	1.32	1.13	1.14	1.25	1.29	0.71	1.13	1.13	1.14	1.25	1.29	0.71	1.13	1.14	1.25	1.29	0.71	1.13	1.14	1.25	1.29	0.71	1.13	1.14	1.25	1.29	
	0.73	0.61	0.61	1.02	1.12	1.12	1.21	1.19	2.00	3.01	0.99	4.07	7.33	0.79	0.36	1.03	1.18	1.47	0.49	0.83	1.75	0.94	0.94	1.47	0.49	0.83	1.75	0.94	0.83	1.75	0.94	0.83	1.75	0.94	0.83	1.75	0.94	0.83	1.75	0.94	0.83	1.75	

Отношение наблюдаемых значений к ожидаемым: □ <0.50 □ 0.50–0.99 □ 1.00–1.99 □ 2.00–3.99 ■ ≥4.00

Источник: The Lancet, 2018.

Рис. 28. Пропорция наблюдаемых к ожидаемым стандартизованным по возрасту показателям потерянных лет жизни для обоих полов в 1990 и 2016 гг. в России и в сравниваемых странах по 20 основным причинам смерти в России



Источник: Российское долгосрочное контрольное наблюдение (RLMS).

Рис. 29. Доля семей (в %), несущих катастрофические расходы на здравоохранение и имеющих неудовлетворенные медицинские потребности

- Доля ВВП, расходуемая на здравоохранение, значительно ниже, чем в большинстве развитых стран.
- Высокий уровень личных расходов.
- Пренебрежение первичной медицинской помощью, недостаточное внимание профилактическим мерам.
- Нет оценки того, что работает, а что нет. Отсутствие данных по излишним тратам. Низкий уровень ухода.

Рис. 30. Размышления о России. Часть I

- Отсутствие надлежащего доступа к лекарствам и современным медицинским технологиям.
- Высокий уровень неудовлетворенных медицинских потребностей.
- Неравный доступ к лечению.
- Устаревший подход к медподготовке.
- Планирование кадровых ресурсов.
- Механизмы распределения ресурсов и расстановки приоритетов.
- Устаревшие способы оплаты поставщикам медицинской помощи.

Рис. 31. Размышления о России. Часть II

О здравоохранении Китая

Почему больше 1 млрд китайцев живут дольше россиян и что они для этого делают? Они курят не так много, как в России. Это первое. И употребляют меньше спиртных напитков. Это два очевидных отличия. У них система здравоохранения гораздо лучше российской. Китай – огромная страна с населением 1,3 млрд человек, но 100 млн китайцев живут в сельских районах, где не так много врачей и больниц. И все равно им удалось улучшить ситуацию со здравоохранением, потому что они обращали внимание на назревшие крупные проблемы в этой области. Нужен адресный, целенаправленный подход.

Да, распространенность курения в России уменьшается, но около 30% курит: ~50% мужчин и 10% женского населения. Это очень серьезная проблема. Потребление алкоголя в России тоже снизилось благодаря целенаправленным действиям правительства. И все равно оно остается второй по значимости проблемой, нужно продолжать работу в этом направлении. Но и этого недостаточно. Как я уже говорил, следует обратить внимание и на другие серьезные проблемы, например, на артериальную гипертензию. Эта проблема актуальна и для Китая. Не забывайте, что это не только профилактика, но и медицинская помощь. Поэтому мой следующий совет: нужно сочетать меры в сфере общественного здравоохранения (профилактика, борьба с распространением инфекционных заболеваний и др.) с системой оказания медицинской помощи.

В этом плане очень интересен пример Турции. Там достаточно большая продолжительность жизни и очень хорошая доступность медицинской помощи. И всего этого они достигли за последние 20 лет с затратами около 6% ВВП. Почему так произошло? Потому что повысили роль амбулаторного звена. У них появились новые схемы ведения больных в амбулаторных условиях. Турция целенаправленно действует в отношении актуальных проблем, находя конкретные решения для локальных региональных проблем. И это им очень неплохо удается реализовать.

1	Общественное здоровье	Радикальное обновление профилактических мер	<ul style="list-style-type: none"> • Действия государства в отношении серьезных рисков для здоровья • Целевые профилактические инициативы
2	Качество медицинской помощи	Новые подходы к медицинской помощи	<ul style="list-style-type: none"> • НЕТ принципам: 1) один размер подходит всем и 2) на любой вкус и цвет
3	Дефицит финансирования	Эффективность и инвестиции	<ul style="list-style-type: none"> • Потребность в заблаговременных инвестициях

Рис. 32. Пробелы, которые мы должны устранить



Более высокие расходы на здравоохранение

- Скоординированная реакция на вызовы системы здравоохранения
- Сфокусированность на решающих для здоровья факторах и ключевых проблемах здоровья
- Региональная политика и подходы
- Управление мультиморбидными пациентами
- Улучшения наступают с большей вероятностью тогда, когда все делается правильно

Рис. 33. Будущее – волшебной пилюли нет

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Моссиалос Элиас (Mossialos Elias) – глава Департамента политики здравоохранения и политических наук Лондонской школы экономики. В сферу его научных интересов входят системы здравоохранения и политика в области здравоохранения, в том числе вопросы финансирования, добровольного и обязательного медицинского страхования, фармацевтической политики, влияния законодательства на систему здравоохранения. Элиас Моссиалос участвовал в формировании нормативной базы Европейского союза в части здравоохранения. Он – содиректор Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, почетный консультант National Health Services (NHS). Элиас Моссиалос принимал активное участие в формировании программ Австрии, Бельгии, Бразилии, Китая, Кипра, Финляндии, Греции, Ирландии, Казахстана, Кувейта, Словении, Южной Африки, Испании. Его книга по финансированию здравоохранения переведена с английского на русский, испанский и греческий. В рамках работы всемирно известного журнала «Lancet» Элиас Моссиалос помог сформировать первичное звено системы здравоохранения в Китае.

E-mail: E.A.Mossialos@lse.ac.uk

<https://orcid.org/0000-0001-8664-9297>

Итоги VII международного конгресса «ОРГЗДРАВ–2019. Эффективное управление в здравоохранении»

24–25 апреля 2019 г. в Москве уже в 7-й раз прошел международный конгресс «ОРГЗДРАВ–2019. Эффективное управление в здравоохранении». Он объединил свыше 600 руководителей отрасли из 75 регионов РФ, а также из Армении, Казахстана, Узбекистана. Среди докладчиков были ведущие специалисты из Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирской и Кировской области, Республик Татарстан, Чувашия и Удмуртия, а также топ-спикеры из Великобритании, Норвегии, Германии, Греции, США, Швеции.

Главная тема конгресса этого года: **«Достижение цели “Ожидаемая продолжительность жизни равна 78 лет” и реализация национального проекта “Здравоохранение”: от федерального и регионального уровней до медицинской организации».**

Президент РФ В.В. Путин на заседании Совета по стратегическому развитию и нацпроектам 24 октября 2018 г. поставил задачи создать системы управления национальными проектами в регионах, довести их основные положения до непосредственных исполнителей, а также получить обратную связь от медицинской, научной и гражданской общественности: **«Крайне важно наладить эффективный механизм обратной связи, сверять наши шаги с интересами людей, делать все, чтобы они были непосредственными участниками наших проектов развития».**

О реализации национальных проектов

В обсуждении реализации национального проекта «Здравоохранение» и входящих

в него федеральных проектов, а также организации межведомственных подходов приняли участие руководители Минздрава России, Минтруда России, Минприроды России, руководители ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр (НМИЦ) радиологии», ФГБУ «НМИЦ им. Н.Н. Блохина», ФГБУ «НМИЦ кардиологии», ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины».

Доклад **Петровой Светланы Валентиновны**, заместителя министра труда и социальной защиты РФ, был посвящен мероприятиям по системной поддержке граждан старшего поколения. Главная цель системы – предоставить людям, нуждающимся в уходе, сбалансированное социальное обслуживание и медицинскую помощь в привычной, комфортной обстановке, а также обеспечить поддержку их семьям. *«Опросы показали, что наиболее востребованная и желаемая людьми услуга – это оказание помощи пожилым людям на дому. Наша задача – постараться максимально сохранить комфортные условия для людей, оказавшихся автономными из-за болезни, постараться компенсировать те ограничения, которые возникают у людей в связи с болезнью»*, – сообщила она.

Заместитель министра здравоохранения РФ **Бойко Елена Львовна** рассказала, что по поручению Президента РФ В.В. Путина продолжается подключение больниц и поликлиник к сети Интернет для формирования единого цифрового контура, следующий этап – подключение фельдшерских пунктов (ФАП). *«За последние 2 года мы существенно продвинулись в разви-*

тии цифровизации, в следующие 2 года планируем внедрить в стране систему диспетчеризации скорой помощи», – сказала она.

Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» представила **Ходырева Ирина Николаевна**, руководитель Центра организации первичной медико-санитарной помощи ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России: «Основной вклад в показатель “Смертность населения” вносит система оказания первичной медико-санитарной помощи. Сохранение человеческих жизней начинается на каждом терапевтическом участке. Инструменты, которыми мы будем достигать поставленных Президентом РФ целей: создание клинических рекомендаций и протоколов лечения, организация и совершенствование работы НМИЦ, повышение квалификации кадров и внедрение цифровизации».

О роли НМИЦ в реализации региональных программ по борьбе с онкологическими заболеваниями рассказал **Петровский Александр Валерьевич**, заместитель директора по научной работе НИИ клинической и экспериментальной радиологии ФГБУ «НМИЦ им. Н.Н. Блохина», исполнительный директор Ассоциации онкологов России: «Сейчас идет активная разработка и развитие региональных программ по борьбе с онкологическими заболеваниями. Они должны быть утверждены к 1 июля 2019 г. Но чтобы реализовывать эти задачи, нужны специалисты. Только для работы в центрах амбулаторной онкологической помощи нам дополнительно нужно порядка 4000 онкологов».

Бойцов Сергей Анатольевич, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России: «Полагаю, все хорошо осознают, что если мы будем заниматься только мероприятиями, которые определены в федеральном проекте по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями (борьба со смертностью от острого коронарного синдрома и острых нарушений мозгового кровообращения), то мы не сможем выполнить те амбициозные задачи, которые были обозначены Президентом РФ, поскольку вклад в общую структуру смертности этих двух форм

составляет всего 23%». Для сохранения еще 77% жизней, согласно представленным данным, необходимы комплексные региональные программы по борьбе с болезнями системы кровообращения.

Цели и задачи организации медицинской профилактики и диспансеризации обозначила **Драпкина Оксана Михайловна**, директор ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины». Основные – это увеличение охвата профилактическими осмотрами всего населения до 70% (2024 г.), а также повышение доли впервые выявленных хронических неинфекционных заболеваний в рамках диспансеризации и профилактических осмотров среди людей трудоспособного возраста из всех впервые выявленных заболеваний. Были представлены регионы в разрезе выполнения плана диспансеризации в 2018 г. «2019 г. – это год, который будет оценивать нас на прочность и на работоспособность. Этот год покажет, что в нашей системе профилактики нужно добавить, а что убрать. Таким образом, она будет оптимизироваться...» – сообщила Оксана Михайловна.

О взаимоотношениях «врач-пациент»

Острейшие вопросы взаимоотношений врача и пациента были обсуждены на круглом столе «Приоритеты в восстановлении доверия между врачом и пациентом», прошедшем при поддержке телеканала «Доктор». Президент Национальной медицинской палаты **Рошаль Леонид Михайлович** отметил: «Самое главное, о чем мы договорились, – если какие-то осложнения являются неумышленными, врач не должен сидеть в тюрьме. Нужно разрабатывать современную цивилизованную систему страхования медицинских работников по примеру Запада. Мы будем этого требовать и добиваться в ближайшее время. Нужна продуманная серьезная работа по просвещению населения и удовлетворению их жалоб, максимальное улучшение и повышение квалификации врачей, включая этику отношений. Посещать недоверие очень легко, а уйти от него очень сложно, и мы это понимаем».

Об эффективности

Главным спикером первой пленарной сессии «ОргЗдрав» стал профессор Элиас Моссиалос (Elias Mossialos), глава департамента политики здравоохранения и политических наук Лондонской школы экономических и политических наук. По его словам, почти 40% всех расходов на здравоохранение в мире тратится впустую из-за неэффективности. На 421 млн ежегодных госпитализаций по всему миру в 10% случаев наносится вред пациенту. *«Если посмотреть на глобальное распределение расходов на здравоохранение, мы увидим, что больше всего тратят американцы, – 33% от общих мировых расходов на здравоохранение. Но в то же время ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) в Америке ниже, чем в большинстве развитых стран. Сегодня очень много для совершенствования системы здравоохранения делает Китай, который в 1995 г. тратил 3%, а в 2014 г. уже 11% от общемировых расходов. России необходимо увеличить расходы на здравоохранение. В России сегодня люди тратят непопозволительно много из своего кармана...»*

Рейтинг регионов

В заключительной сессии конгресса был представлен рейтинг эффективности управления общественным здоровьем в регионах – результат совместной работы Высшей школой организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) и PricewaterhouseCoopers (PWC). Эффективность управления общественным здоровьем – это оценка того, как в регионах управляют факторами, влияющими на здоровье, или потенциала, который может быть реализован за счет дополнительных управленческих усилий.

Исследованием доказано, что в России ОПЖ зависит от следующих главных факторов: 37% – социально-экономические факторы (рост ВВП), 33% – образ жизни (потребление алкоголя и табакокурение), 30% – доступность и качество медицинской помощи. Самый высокий индекс эффективности отмечается в Северокавказских регионах, а также в Ставропольском крае, Кировской и Тамбовской областях.

Улумбекова Гузель Эрнстовна, руководитель ВШОУЗ: *«В регионах РФ есть резервы улучшения здоровья за счет управления факторами, влияющими на здоровье. Для этого необходимо разработать комплексные программы под руководством глав регионов и муниципалитетов».*

Опрос мнений

Удобным инструментом на конгрессе, по общему мнению, стало мобильное приложение, которое позволило участникам высказывать свое мнение по вопросам, обсуждаемым на конгрессе, анонимно с помощью интерактивного голосования. Так, 81% участников голосования направили бы государственные средства на обеспечение первичного звена дополнительными кадрами и повышение оплаты их труда, а 57% – на программы общественного здоровья и массовую профилактику. 94% верят в то, что повысить удовлетворенность пациентов можно только с помощью организационных усилий. По вопросу, что ограничивает эффективное применение информационных систем в системе здравоохранения, мнения разделились: 56% отметили дефицит кадров с требуемой квалификацией, 54% – отсутствие согласованной концепции, 53% – слаборазвитую ИТ-инфраструктуру в отрасли. 59% проголосовавших ограничили бы продажу алкоголя лицам до 21 года. Наконец, в вопросе, что в большей мере влияет на рост продолжительности жизни, руководители здравоохранения отметили следующее: 84% – образ жизни населения, 66% – деятельность системы здравоохранения, 62% – уровень благосостояния граждан.

Полностью результаты интерактивных опросов размещены на сайте организатора конгресса «ОРГЗДРАВ–2019»: www.vshouz.ru.

Партнеры

Конгресс «ОРГЗДРАВ–2019» организован Высшей школой организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) под руководством Минздрава России при поддержке Национальной медицинской палаты.

Выражаем благодарность партнерам и спонсорам конгресса «ОРГЗДРАВ–2019»: генеральному партнеру – компании Janssen, фармацевтической компании группы компаний Johnson & Johnson; стратегическому партнеру фармацевтической компании MSD; официальным партнерам:

Ассоциации международных фармацевтических производителей (AIPM), Abbott, EY, GE Healthcare.

Мы уверены, что следующий «Оргздрав» соберет рекордное количество неравнодушных единомышленников. До встречи на «ОРГЗДРАВ–2020»!



Провайдер: ООО «ВШОУЗ-КМК»
Тел.: (+7-495) 662-8096
(+7-917) 550-4875
E-mail: congresss@vshouz.ru
WEB: www.vshouz.ru

Результаты интерактивных опросов участников VII Международного конгресса «ОРГЗДРАВ–2019. Эффективное управление в здравоохранении»

Очередной, VII, международный конгресс «ОРГЗДРАВ–2019. Эффективное управление в здравоохранении» стал рекордным по количеству участников за все время проведения этого ежегодного мероприятия. Всего для участия в двухдневном марафоне по организации здравоохранения и общественному здоровью зарегистрировались 843 человека. По оценкам, одновременно в зале на 6 пленарных заседаниях присутствовало до 600 человек. В рамках конгресса прошло 7 параллельных тематических сессий с числом участников от 100 до 350 человек.

Уже в течение 2 лет наш конгресс обеспечивает всем зарегистрировавшимся участникам мобильное приложение, предоставляющее удобный онлайн-доступ ко всем материалам конгресса: программе, докладам, сопутствующему тематическому контенту. Через приложение можно участвовать в интерактивных опросах, чатах, назначать встречи, задавать вопросы докладчикам. В этом году количество материалов и функционал приложения были существенно расширены.

На прошедшем конгрессе мы охватили тематическими опросами все пленарные заседания и параллельные сессии. Интерактивное голосование позволяло в онлайн-режиме увидеть результаты голосования. Однако кто-то голосовал чуть позже, кто-то сделал это заранее. Представляем вам полные результаты интерактивных опросов участников конгресса в порядке их проведения в соответствии с программой.

Следите за нашими материалами на сайте www.vshouz.ru, где в течение года будут появ-

ляться отдельные результаты опросов с кратким описанием и обсуждением результатов. Вы можете задать вопросы и написать свое мнение по представленным результатам, это можно сделать по электронному адресу: congress@vshouz.ru.



ПЛЕНАРНЫЕ ЗАСЕДАНИЯ

1. Международный опыт реализации проектов в здравоохранении

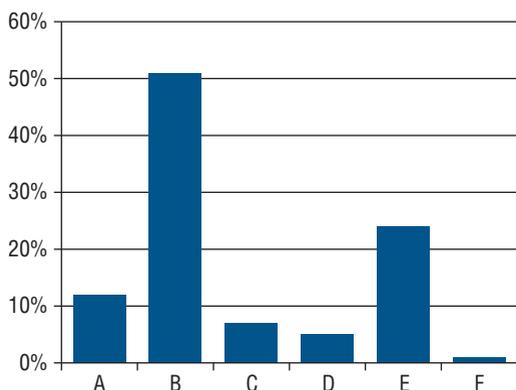
Есть ли в вашем регионе проектный офис (комитет) по управлению достижением целей национального проекта «здоровоохранение»?



Какой метод финансирования государственных гарантий оптимален для РФ?



Как реализовать принцип ответственности граждан за свое здоровье?



A. Лишать доступа к бесплатной медицинской помощи при несоблюдении здорового образа жизни, как предлагали отдельные депутаты Государственной Думы РФ, – **12%**.

B. Снижать личный взнос работника в систему медицинского страхования, если он начинает вести здоровый образ жизни, как сделано в Германии и США, – **51%**.

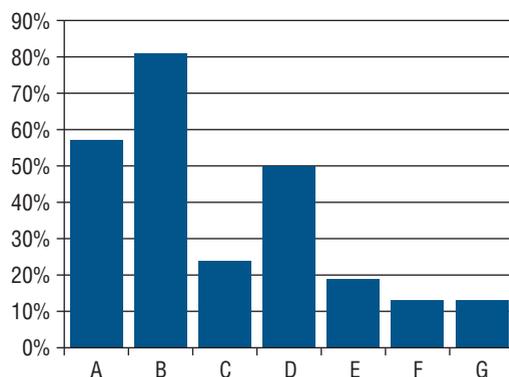
C. Отказывать в бесплатных повторных оперативных вмешательствах, если пациент не соблюдает предписания врача, что пытались реализовать в одном из графств Великобритании, – **7%**.

D. Никак не наказывать и никак не мотивировать, так как сложно определить границы здорового и нездорового образа жизни – **5%**.

E. Только позитивно мотивировать – **24%**.

F. Затрудняюсь ответить – **1%**.

Как бы вы сегодня потратили дополнительные государственные средства в РФ? (только 3 ответа)



A. На массовую профилактику заболеваний (программы общественного здоровья) – **57%**.

B. На обеспечение первичного звена дополнительными кадрами и повышение оплаты их труда – **81%**.

C. На повышение квалификации руководителей здравоохранения – **24%**.

D. На создание системы всеобщего лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях – **50%**.

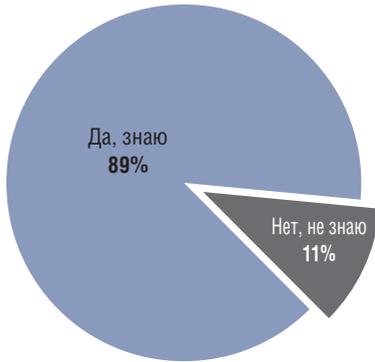
E. На обеспечение скорой медицинской помощи дополнительными кадрами и на оснащение машинами скорой медицинской помощи – **19%**.

F. На увеличение объемов высокотехнологичной помощи – **13%**.

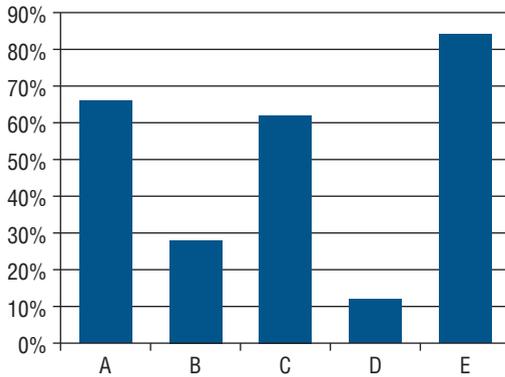
G. На строительство новых центров оказания специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, – **13%**.

2. Достижение цели «78 лет» в России. Основные факторы влияния: межведомственное взаимодействие

Вы знаете, какие цели по увеличению продолжительности жизни поставлены в вашем регионе к 2024 г.?

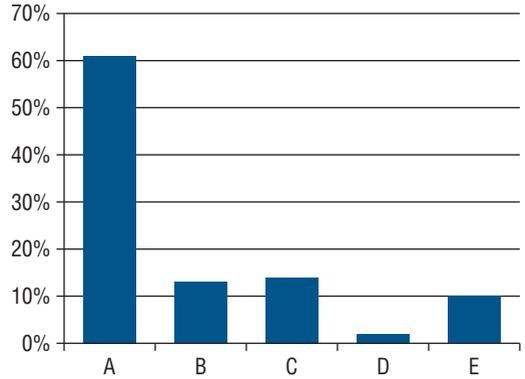


От чего больше всего зависит рост продолжительности жизни в вашем регионе? (3 ответа)



- A. От деятельности системы здравоохранения – 66%.
- B. От экологии – 28%.
- C. От уровня благосостояния граждан – 62%.
- D. От деятельности социальной службы – 12%.
- E. От образа жизни населения – 84%.

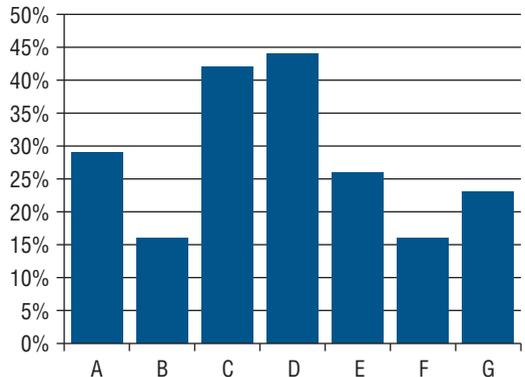
Кто должен непосредственно руководить целью по увеличению ожидаемой продолжительности жизни?



- A. Глава региона лично – 61%.
- B. Вице-губернатор по социальным вопросам – 13%.
- C. Министр здравоохранения региона – 14%.
- D. Министр труда и социальной политики региона – 2%.
- E. Главы муниципальных образований – 10%.

3. Научные медицинские исследовательские центры (НМИЦ) и главные специалисты: единые подходы к лечению и маршрутизации пациентов в регионах

Чем сегодня занимается главный внештатный специалист вашего региона? (1-3 ответа)



А. Определяет перечень лекарственных препаратов и оборудования для государственных закупок – **29%**.

В. Занимается управлением процесса повышения квалификации кадров – **16%**.

С. Определяет и контролирует маршрутизацию пациентов в регионе – **42%**.

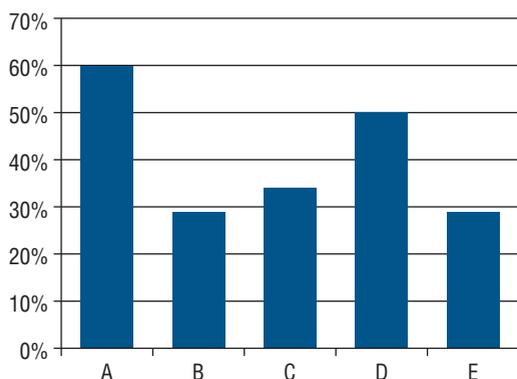
Д. Разрабатывает и внедряет программы по снижению смертности и заболеваемости населения по своей специальности – **44%**.

Е. Участвует в планировании объемов медицинской помощи по профилю – **26%**.

Г. Все вместе взятое – **16%**.

Г. Ничем особым не занимается, полностью загружен по своей основной должности – **23%**.

В чем вы видите поддержку в вашей деятельности со стороны главных внештатных специалистов РФ и руководителей НМИЦ? (2 ответа)



А. Помощь в разработке программ по снижению смертности и заболеваемости населения – **60%**.

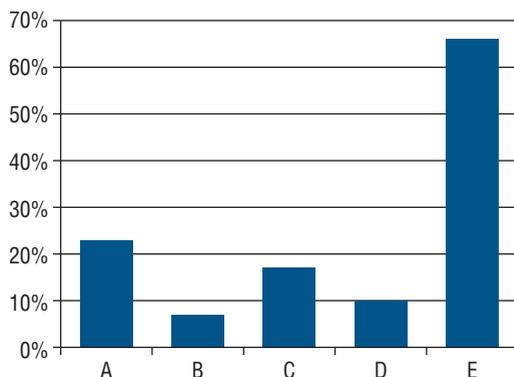
В. Проведение конференций по повышению квалификации медицинских кадров – **29%**.

С. Консультации (в том числе телемедицинские) сложных пациентов – **34%**.

Д. Помощь по организации маршрутизации пациентов и по другим вопросам организации медицинской помощи – **50%**.

Е. Обоснование достаточного финансирования медицинской помощи по своему профилю – **29%**.

Каких руководителей НМИЦ или их представителей вы видите в своем регионе не реже чем 1 раз в квартал?



А. НМИЦ по кардиологии – **23%**.

В. НМИЦ по педиатрии – **7%**.

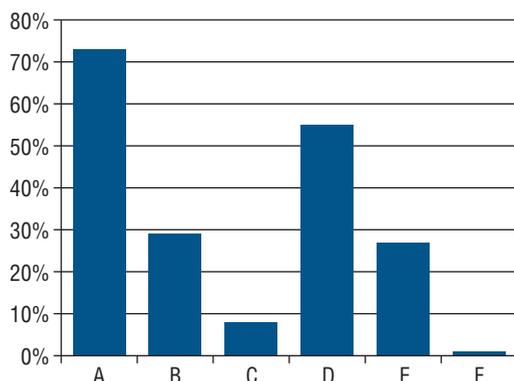
С. НМИЦ по онкологии – **17%**.

Д. НМИЦ профилактической медицины – **10%**.

Е. Может, и бывают, я этого не знаю – **66%**.

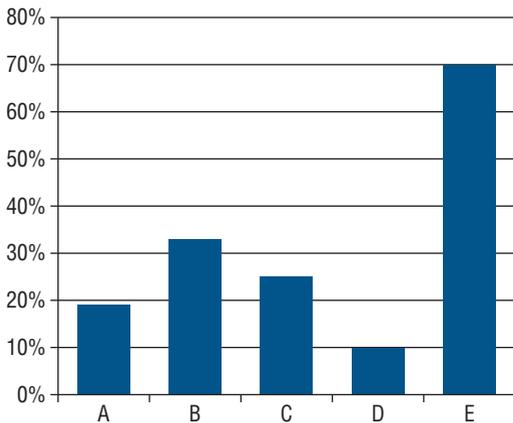
4. «Обеспечивающие» федеральные проекты: первичное звено, кадры, информатизация, медицинский туризм

Что повлияет на привлечение дополнительных медицинских кадров в первичное звено? (2 ответа)



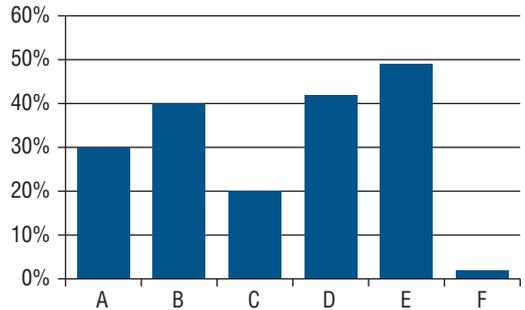
- A.** Увеличение оплаты труда – **73%**.
- B.** Снижение трудовой нагрузки – **29%**.
- C.** Более вежливое отношение пациентов – **8%**.
- D.** Предоставление социального жилья и/или льготного ипотечного кредитования – **55%**.
- E.** Подъемные для молодых врачей в размере первого взноса на ипотечное кредитование – **27%**.
- F.** Затрудняюсь ответить – **1%**.

Как повлиять на повышение уровня квалификации медицинских кадров?



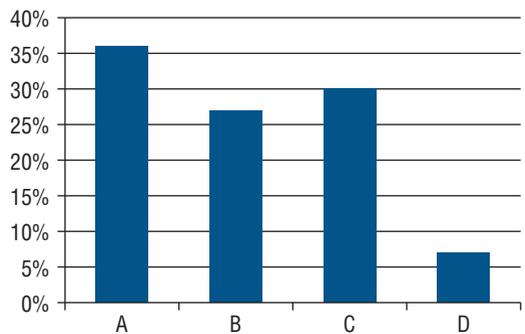
- A.** Обеспечить всех врачей доступом к профессиональным медицинским библиотекам на рабочих местах – **19%**.
- B.** Предоставлять возможность непрерывно повышать квалификацию не реже 50 ч в год, включая дистанционные курсы, – **33%**.
- C.** Поощрять четкое следование клиническим рекомендациям – **25%**.
- D.** Контролировать и штрафовать за невыполнение клинических рекомендаций – **10%**.
- E.** Обеспечить связь между уровнем квалификации и доходом, а также возможностями карьерного роста – **70%**.

Каковы главные проблемы при внедрении информатизации именно в вашем учреждении? (2 ответа)



- A.** Не хватает специалистов в IT-области – **30%**.
- B.** Нет ясного понимания и программы развития IT-решений – **40%**.
- C.** Сопротивляются медицинские работники – **20%**.
- D.** Не хватает средств на внедрение – **42%**.
- E.** Несовершенное программное обеспечение – **49%**.
- F.** Не считаю это важным, есть более приоритетные дела – **2%**.

Каковы условия для привлечения дополнительных потоков пациентов в вашу организацию, в том числе медицинских туристов?



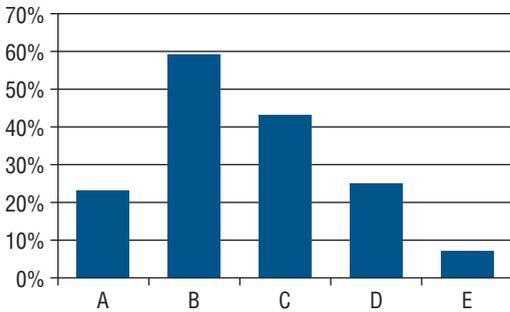
- A.** Требуется дополнительные мощности, позволяющие пропустить дополнительный поток пациентов (стационарные койки, медицинские работники, диагностическое и лечебное оборудование) – **36%**.
- B.** Требуется современное диагностическое и лечебное оборудование – **27%**.

С. Не внедрены системы обеспечения качества медицинской помощи и безопасности пациентов, признанные на международном уровне, – **30%**.

Д. Недостаточная квалификация врачей – **7%**.

5. Программы по общественному здоровью в регионах: стартовая точка

Как вы относитесь к мерам по ограничению продажи алкоголя? (2 ответа)



A. Ничего не нужно делать, ограничений уже достаточно – **23%**.

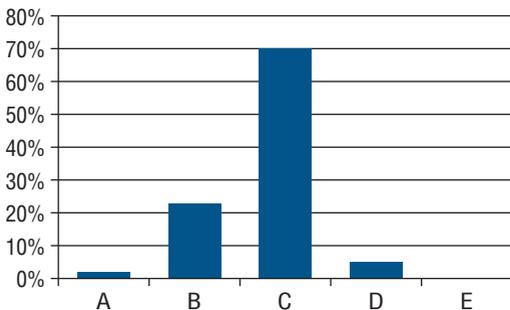
B. Необходимо ограничить продажу крепкого алкоголя лицам до 21 года – **59%**.

С. Необходимо ограничить продажу алкоголя в жилых районах и в продуктовых магазинах – **43%**.

Д. Значительно повысить акцизы на алкогольную продукцию – **25%**.

Е. Принять сухой закон – **7%**.

Какая физическая активность наиболее эффективна для сохранения здоровья?



A. Необходимо заниматься спортом – **2%**.

B. Достаточно периодических интенсивных нагрузок 2–3 раза в неделю – **23%**.

С. Увеличивать обычную активность: ходьба пешком, велосипед, прогулки с собакой, работа по дому, гимнастика и т.п. – **70%**.

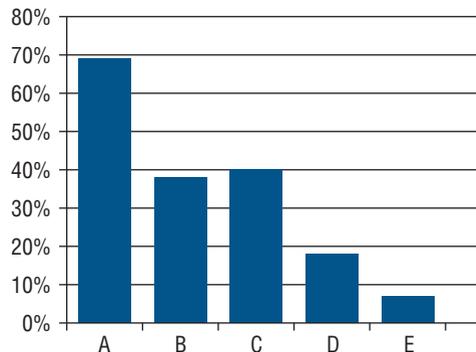
Д. Для правильного занятия физической активностью требуется специальное оборудование и постоянное врачебное наблюдение – **5%**.

Е. Увеличение физической активности не так уж и важно для здоровья – **0%**.

Ваше мнение в отношении принципов здорового питания



Ваша точка зрения в отношении наиболее эффективных мер по уменьшению потребления алкоголя и распространенности табакокурения (3 ответа)



A. Интенсивная информационная кампания – **75%**.

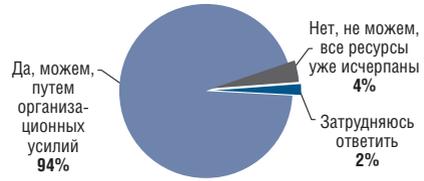
B. Снижение доступности алкоголя и табачных изделий (территориальное, материальное, возрастное, по времени продажи) – **73%**.

С. Ограничение медицинской помощи и/или сплатежи при наличии патологии, связанной с употреблением алкоголя и табакокурением, – **36%.**

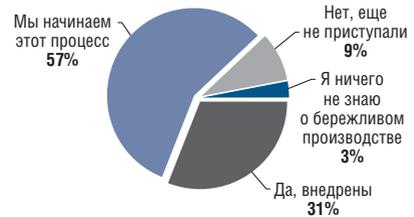
Д. Сухой закон и прекращение производства табачных изделий – **14%.**

Е. Монополия государства на производство и реализацию алкоголя и табачных изделий – **45%.**

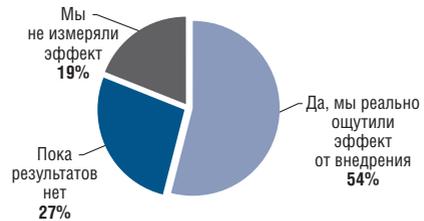
Можем ли мы в настоящих условиях повысить удовлетворенность пациента?



Внедрены ли в вашей медицинской организации принципы бережливого производства?



Помогают ли вам принципы бережливого производства?



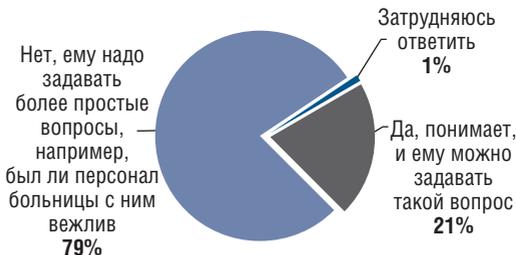
СЕКЦИОННЫЕ ЗАСЕДАНИЯ

1. Лучшие региональные практики в повышении удовлетворенности пациентов и бережливая поликлиника

От чего более всего зависит удовлетворенность пациента в АПУ?

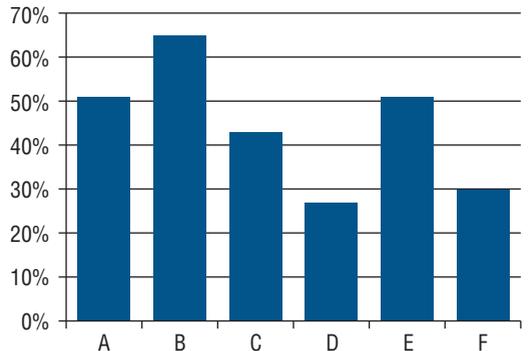


Понимает ли пациент, что такое качество медицинской помощи?



2. IT-решения и искусственный интеллект на службе здравоохранения

Приоритеты основных усилий по разработке оптимальных IT-решений (3 ответа)



A. Автоматизация документооборота, создание систем учета и отчетности – **51%**.

B. Развитие комплексных госпитальных информационных систем с электронной медицинской картой, облегчающих труд медработников, – **65%**.

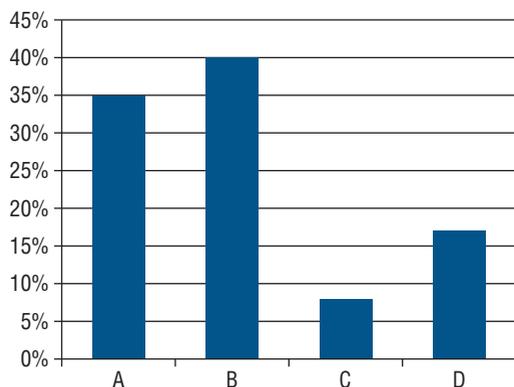
C. Создание глобальных интегрированных баз клинических данных (Биг Дата) для будущих разработок систем на основе искусственного интеллекта – **43%**.

D. Обеспечение удобного доступа к справочно-информационным и образовательным ресурсам для повышения квалификации – **27%**.

E. Развитие разнообразных дистанционных сервисов (телемедицина), обеспечивающих доступность медицинской помощи для населения и уменьшение загрузки первичного звена здравоохранения – **51%**.

F. Разработка «умного» медицинского оборудования и носимых портативных датчиков и устройств – **30%**.

Ваше мнение по использованию искусственного интеллекта в здравоохранении РФ в настоящее время



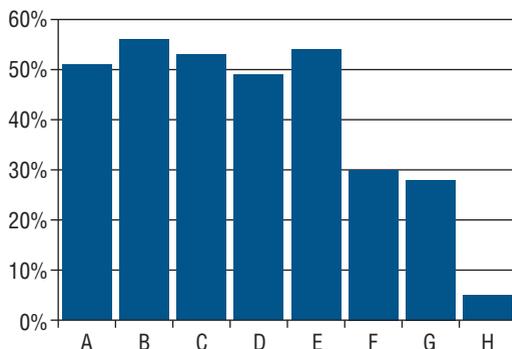
A. Без этого развитие отрасли невозможно – **35%**.

B. Да, это важно в перспективе, но сейчас есть более приоритетные направления – **40%**.

C. Не стоит сейчас тратить на это ресурсы – можно потом использовать уже проверенные на мировом рынке решения – **8%**.

D. Не верю, что когда-либо это сможет заменить живого врача; только при решении рутинных массовых проблем – **17%**.

Факторы, ограничивающие эффективное применение информационных систем (в том числе на основе искусственного интеллекта) в системе здравоохранения РФ (до 4 ответов)



A. Недостаточное финансирование этого направления – **51%**.

B. Дефицит кадров с требуемой квалификацией – **56%**.

C. Не в полной степени развитая ИТ-инфраструктура в отрасли – **53%**.

D. Применение многообразных, плохо интегрированных и часто устаревших ИТ-решений – **49%**.

E. Отсутствие в течение длительного времени ясной и согласованной с участниками отрасли концепции и стратегии информатизации – **54%**.

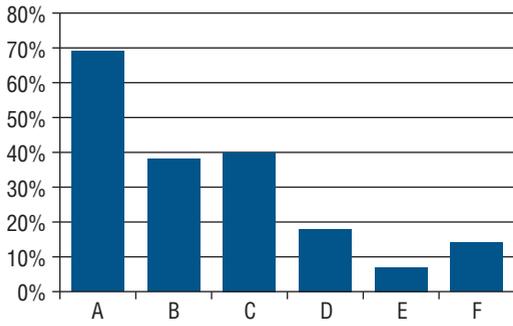
F. Сопротивление персонала медицинских организаций – **30%**

G. Плохое качество исходных данных, недостоверная и часто закрытая статистика – **28%**.

H. Все идет нормально, время еще для этого не пришло – **5%**.

3. Приоритеты в восстановлении доверия между врачом и пациентом: мнения сторон

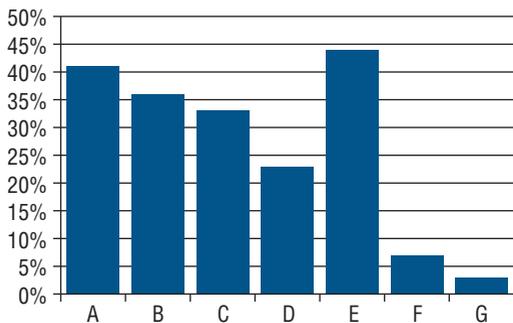
Как вы считаете, что в большей степени повлияет на укрепление доверия между врачом и пациентом? (Только 2 ответа)



- A.** Вежливость и внимание врача – **69%**.
- B.** Положительные рекомендации других пациентов – **38%**.
- C.** Уверенность пациента в высокой квалификации врача (например, наличие сертификатов, дипломов, международная и/или российская известность) – **40%**.
- D.** Большой опыт врача – **18%**.
- E.** Хорошие показатели качества лечения на сайте медицинской организации – **7%**.
- F.** Наличие современного диагностического и лечебного оборудования в медицинской организации, где работает врач, – **14%**.

4. Управление качеством медицинской помощи в медицинской организации

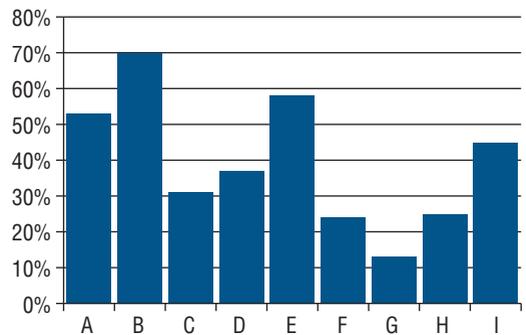
Укажите фактор, в наибольшей степени ограничивающий улучшение качества работы управленцев в медицинской организации (2 ответа)



- A.** Постоянное изменение требований – **41%**.
- B.** Недостаточная управленческая квалификация руководителей – **36%**.

- C.** Выраженный дефицит ресурсов – это управлением не исправишь – **33%**.
- D.** Непонимание того, что управление – это отдельная профессия – **23%**.
- E.** Нехватка квалифицированных и мотивированных кадров для создания команды – **44%**.
- F.** Катастрофическая нехватка времени – **7%**.
- G.** Ничего особо не мешает – у меня же все получается – **3%**.

Какие составляющие качества медицинской помощи вы считаете приоритетными в настоящее время для рф? (Можно отметить 4 ответа)

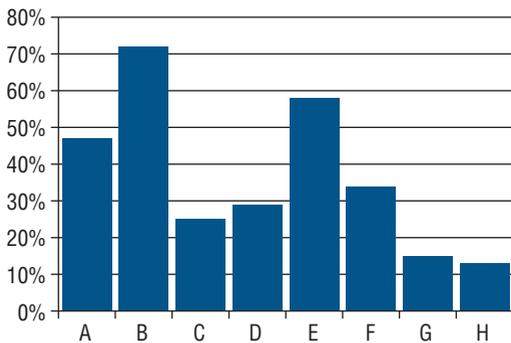


- A.** Безопасность пациента (в частности профилактика осложнений и ятрогении) – **53%**.
- B.** Доступность медицинской помощи (достаточные объемы, территориальная доступность и ее своевременность) – **70%**.
- C.** Строгое следование клиническим рекомендациям, составленным на основе лучших международных практик, – **31%**.
- D.** Пациентоориентированность (приоритет интересов пациента) – **37%**.
- E.** Четкая маршрутизация и преємственность в оказании медицинской помощи – **58%**.
- F.** Оценка эффективности используемых клинических подходов (сравнительная оценка технологий в здравоохранении) – **24%**.
- G.** Внедрение инновационных медицинских технологий – **13%**.

Н. Обеспечение максимально возможного комфорта пациенту при оказании медицинской помощи (этика и деонтология, бытовой комфорт, понятная навигация, минимальные затраты времени) – **25%**.

И. Профилактическая направленность (ЗОЖ, индивидуальная коррекция факторов риска, обоснованные и легкодоступные программы выявления ранних стадий заболеваний) – **45%**.

Отметьте 3 фактора, оказывающих наиболее существенное влияние на качество оказания медицинской помощи



A. Полноценное финансовое обеспечение – **47%**.

B. Уровень квалификации врачей с возможностью постоянного ее повышения – **72%**.

C. Уровень компетентности руководства медицинской организации – **25%**.

D. Уровень мотивации сотрудников медицинской организации – **29%**.

E. Требуемые условия оказания медицинской помощи (необходимые площади, оснащение, достаточное количество медикаментов и расходных материалов) – **58%**.

F. Укомплектованность врачами и средним медицинским персоналом без переработок – **34%**.

G. Всеобщая информатизация с качественным программным обеспечением – **15%**.

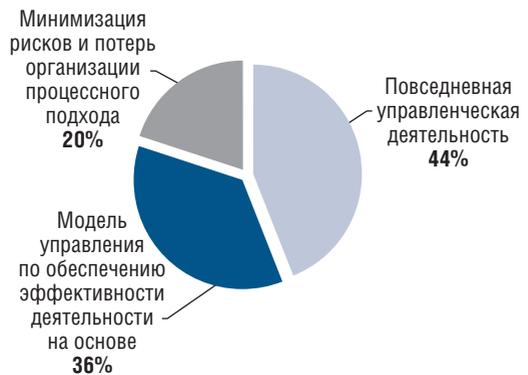
H. Отсутствие не относящихся напрямую к лечебному процессу обязанностей (отчеты, проверки, ненужные документы и т.п.) – **13%**.

5. Стратегическое и оперативное управление медицинской организацией: оптимальные балансы

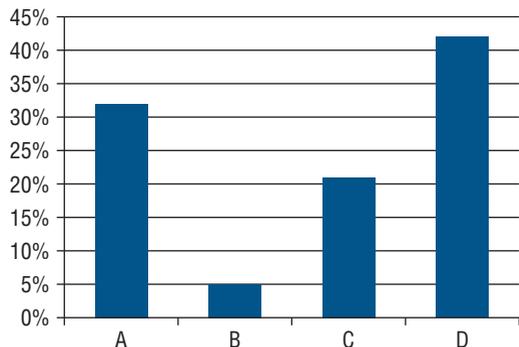
Стратегическое управление – это



Оперативное управление – это



Оптимальное соотношение по затратам времени для руководителя



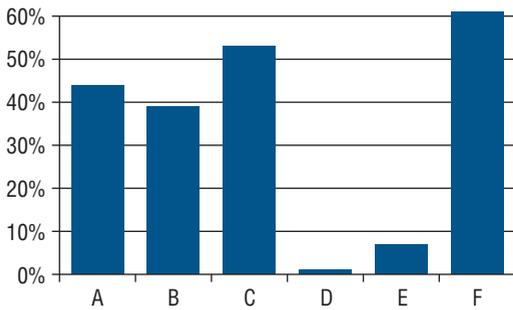
А. Стратегические вопросы – 30%, оперативные – 70% – **32%**.

В. Стратегические вопросы – 10%, оперативные – 90% – **5%**.

С. Стратегические вопросы – 50%, оперативные – 50% – **21%**.

Д. Стратегические вопросы – 70%, оперативные – 30% – **42%**.

Укажите необходимые условия достижения баланса стратегического и оперативного управления (можно выбрать 3 пункта)



А. Высокий уровень развития всех участников системы здравоохранения – **44%**.

В. Должная укомплектованность организации кадрами – **39%**.

С. Высокие компетенции руководителя организации в области управления – **53%**.

Д. Организация должна быть коммерческой – **1%**.

Е. Наличие в штате организации отдельного специалиста или внешний консалтинг по управлению – **7%**.

Ф. Администрация организации должна быть командой единомышленников – **61%**.

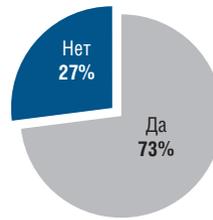
Считаете ли вы, что в ближайшие 7–10 лет IoT (интернет вещей, англ. internet of things) в медицине станет осязаемой реальностью?



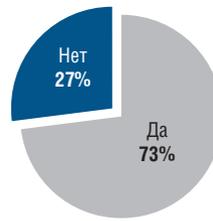
Останутся ли одинаковыми для всего населения способы получения и финансирования медицинской помощи в горизонте 7–10 лет?



Перераспределит ли телемедицина региональные рынки медицинской помощи уже в ближайшие 7–10 лет?



Следует ли в здравоохранении ожидать дальнейшего углубления специализации медицинских организаций и повлечет ли эта тенденция к перераспределению региональных рынков?

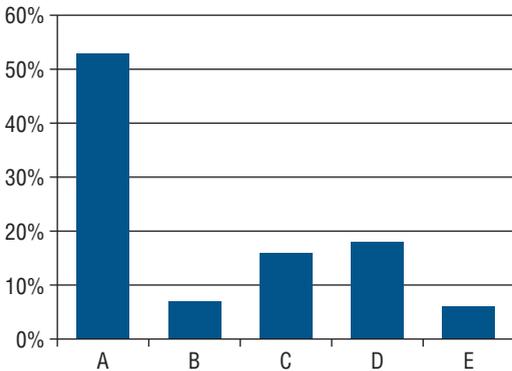


Следует ли считать, что главной причиной неуспешности стратегического управления является организационная неспособность в реализации стратегии?



6. От клинических рекомендаций до рациональной фармакотерапии

В вашей организации обеспечен постоянный доступ врачей к новым клиническим рекомендациям?



A. Да, у всех врачей есть доступ к клиническим рекомендациям в печатном и в электронном виде – **53%**.

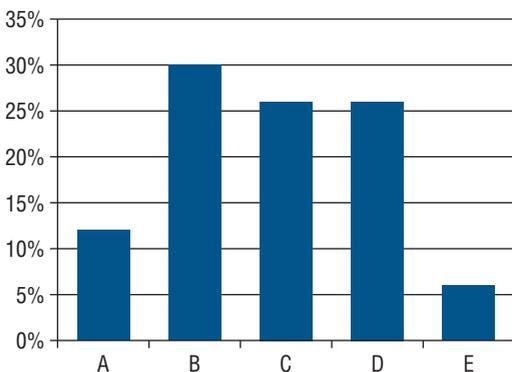
B. Да, есть, но только в печатном виде – **7%**.

C. Да, есть, но мы не уверены, что это последние издания клинических рекомендаций – **16%**.

D. Не все врачи имеют постоянный доступ к клиническим рекомендациям – **18%**.

E. Затрудняюсь ответить – **6%**.

Есть ли в вашей организации системы поддержки клинических решений, интегрированные с медицинской информационной системой (МИС)?



A. Да, внедрены – **12%**.

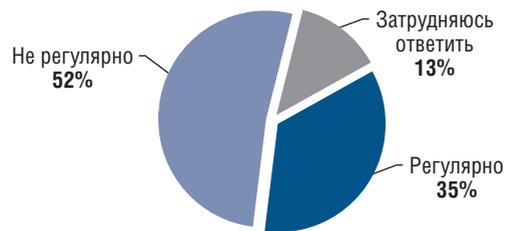
B. Не полностью, есть только отдельные элементы – **30%**.

C. Не интегрированы с МИС, но у врачей есть отдельный доступ к электронным версиям клинических рекомендаций и лекарственных справочников – **26%**.

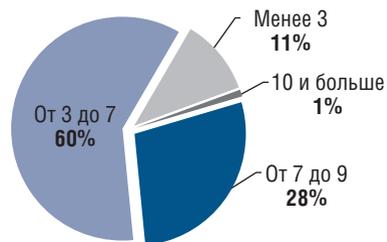
D. Нет, не внедрены, и у врачей нет доступа к таким системам – **26%**.

E. Затрудняюсь ответить – **6%**.

Как регулярно ваши врачи докладывают информацию о нежелательных действиях лекарственных препаратов?



Сколько лекарственных препаратов в среднем назначается пациенту старше 80 лет с полиморбидностью в вашей организации?



КОМПЛЕКСНОЕ ОСНАЩЕНИЕ ЦЕНТРОВ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ



УЧЕБНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

Анатомические и биологические модели

Тренажеры, манекены и симуляционные модели для отработки практических умений (врачебных и сестринских):

- сердечно-легочная реанимация
- первая помощь при травмах и кровотечениях
- физикальное обследование
- хирургические манипуляции
- инвазивные процедуры
- родовспоможение
- уход за больными
- ультразвуковая диагностика
- стоматология

Расходные материалы и медицинские инструменты для симуляционного оборудования

Полный спектр виртуальных симуляторов

Собственная разработка и производство

УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

- наглядные пособия (плакаты и атласы)
- мультимедийные материалы
- виртуальные пациенты

МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

ЗАКАЗ МОДЕЛЕЙ И КОНСУЛЬТАЦИИ:

тел.: (495) 921-39-07 (доб. 608, 609, 627),
(916) 876-98-03, факс: (499) 246-39-47,
e-mail: info@geotar-med.ru

Полный каталог наглядных учебных пособий
и интернет-магазин: www.geotar-med.ru