

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

Вестник ВШОУЗ

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

Том 7, № 4 (26), 2021

HEALTHCARE MANAGEMENT:
news, views, education

Bulletin of VSHOUZ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Главный редактор

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Москва)

Редакционная коллегия

Артемова О.В. (Челябинск)

Быковская Т.Ю. (Ростов-на-Дону)

Вафин А.Ю. (Казань)

Кадыров Ф.Н. (Москва)

Князева Е.Г. (Екатеринбург)

Линденбратен А.Л. (Москва)

Мирзоев Г.Б. (Москва)

Москвичева М.Г. (Челябинск)

Понкин И.В. (Москва)

Прохоренко Н.Ф. (Москва)

Стародубов В.И. (Москва)

Хабриев Р.У. (Москва)

Хальфин Р.А. (Москва)

Хайруллин И.И. (Москва)

Черепов В.М. (Москва)

Ответственный секретарь редакции

Нефедова Мария: orgzdrav2015@mail.ru

Научно-практический рецензируемый журнал

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение.

Вестник ВШОУЗ

Scientific and practical peer-reviewed journal

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ

Свидетельство о регистрации средства массовой информации: ПИ № ФС77-70210 от 30.06.2017.

ISSN 2411-8621 (Print). ISSN 2658-4980 (Online)

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца.

Редакция журнала доводит до сведения читателей, что в издании соблюдаются принципы международной организации «Комитет по издательской этике» (Committee On Publication Ethics – COPE).

Все права защищены. Никакая часть издания не может быть воспроизведена без согласия редакции.

При перепечатке публикаций с согласия редакции ссылка на журнал «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ» обязательна. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Ответственность за содержание рекламных материалов несут рекламодатели.

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

Электронная версия журнала и правила для авторов размещены на сайте:

<http://orgzdrav.vshouz.ru>.

Подписной индекс:

93587 (каталог Агентства «Пресса России»)

Учредитель и издатель

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»

115035, г. Москва,

ул. Садовническая, д. 11, стр. 12

Телефон: (495) 921-39-07

www.geotar.ru

Все права защищены.

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2021.

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

Подписано в печать 10.12.2021.

Дата выхода в свет 30.12.2021.

Тираж 1000 экземпляров.

Формат 70×100 ¹/₁₆.

Печать офсетная. Печ. л. 7,5.

Отпечатано в ООО «Фотоэксперт»:

115201, г. Москва, Волгоградский проспект,

д. 42/13

Заказ №

Цена свободная.

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВНОЕ

- 5 Новое издание национального руководства «Общественное здоровье и здравоохранение»

АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ

- 7 Улумбекова Г.Э.
Анализ расходов бюджетов бюджетной системы Российской Федерации по разделу «Здравоохранение» на 2022 г. и на плановый период 2023–2024 гг.

ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

- 16 Роговская С.И., Шабалова И.П., Улумбекова Г.Э., Короленкова Л.И., Бебнева Т.Н., Гушчин А.Е., Кира Е.Ф., Кондриков Н.И., Кононова И.Н., Ледина А.В., Лешкина Г.В., Мингалева Н.В., Могиревская О.А., Подзолкова Н.М., Полонская Н.Ю., Смирнов В.В., Фириченко С.В., Шипулина О.Ю.

Организационные вопросы профилактики рака шейки матки в России

- 32 Шулаев А.В., Чернобровкина Г.И., Кузнецова Д.Р.
Научное обоснование когнитивно-поведенческой стратегии профилактики железодефицитных состояний у женщин репродуктивного возраста

ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

- 40 Медик В.А.
Пути совершенствования организационно-методической деятельности в медицинских организациях на современном этапе реформирования здравоохранения
- 51 Журавлева М.В., Мудунов А.М., Улумбекова Г.Э.
Вектор на персонализированную медицину: от внедрения в практику до ожидаемых результатов
- 64 Шипова В.М., Корецкий С.Н.
Проблемы внедрения новой системы оплаты труда медицинских работников в условиях современной нормативно-правовой базы по труду
- 84 Корхмазов В.Т.
Динамика основных показателей работы больничного сектора системы здравоохранения России

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

- 94 Ронен Б., Плискин Дж.С., Пасс С.
Современное здравоохранение и бизнес-среда

ОБ ОРГАНИЗАТОРАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- 99 Памяти профессора Юрия Михайловича Комарова (1939–2021)

IX МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «ОРГЗДРАВ-2021. ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

- 106 Тезисы IX Международного конгресса «ОргЗдрав-2021. Эффективное управление в здравоохранении» (25–27 мая 2021 г., онлайн) (окончание)

CONTENTS

ABOVE ALL

- 5 New edition of the national guidelines "Public health and healthcare"

ACTUALLY TODAY

- 7 Ulumbekova G.E.
Analysis of budget costs of the Russian Federation budgetary system in "Healthcare" section for 2022 and for the planning period of 2023–2024

WOMEN'S HEALTH

- 16 Rogovskaya S.I., Shabalova I.P., Ulumbekova G.E., Korolenkova L.I., Bebneva T.N., Gushchin A.E., Kira E.F., Kondrikov N.I., Kononova I.N., Ledina A.V., Leshkina G.V., Mingaleva N.V., Mogirevskaya O.A., Podzolkova N.M., Polonskaya N.Yu., Smirnov V.V., Firichenko S.V., Shipulina O.Yu.

The cervical cancer prevention in Russia

- 32 Shulaev A.V., Chernobrovkina G.I., Kuznetsova D.R.
Scientific substantiation of the cognitive-behavioral strategy for the prevention of iron deficiency in women of reproductive age

EFFECTIVE MANAGEMENT

- 40 Medik V.A.
Ways to improve organizational and methodological activities in medical organizations at the present stage of healthcare system reform
- 51 Zhuravleva M.V., Mudunov A.M., Ulumbekova G.E.
Vector for personalized medicine: from practice implementation to expected results
- 64 Shipova V.M., Koretskiy S.N.
The problems of introducing a new wage system for medical workers in the conditions of the modern regulatory framework for labor
- 84 Korkhmazov V.T.
Dynamics of key indicators of work of the hospital sector of the health care system of Russia

INTERNATIONAL PRACTICE

- 94 Ronen B., Pliskin J.S., Pass Sh.
The modern health care and bussines environment

ABOUT PUBLIC HEALTH MANAGERS

- 99 In memory of Professor Yuri Mikhailovich Komarov (1939–2021)

IX INTERNATIONAL CONGRESS "ORGZDRAV 2021. EFFECTIVE HEALTHCARE MANAGEMENT"

- 106 Abstracts of the IX International Congress "Orgzdrav 2021. Effective Healthcare Management" (May 25–27, 2021, online) (ending)

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО

Главные редакторы: Г.Э. Улумбекова, В.А. Медик

СТРУКТУРА НАЦИОНАЛЬНОГО РУКОВОДСТВА «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

2-е издание, переработанное и дополненное
87 авторов • 6 частей • 69 глав

1

ГЛАВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ЗДРАВООХРАНЕНИИ РФ

- Интегральная оценка
- Уроки пандемии COVID-19
- Предложения по развитию до 2025 г.

2

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ СТАТУС, ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В РФ

- Анализ ситуации, прогнозы и предложения по выходу из стагнации

3

СОСТОЯНИЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ НА МАКРОУРОВНЕ

- Документы стратегического планирования
- Финансирование
- Система управления качеством
- Лекарственное обеспечение

4

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОТДЕЛЬНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ И СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

- ПСМП, СМП
- Медицинская помощь детям
- Медицинская реабилитация и др.
- Медицинская экспертиза и др.

5

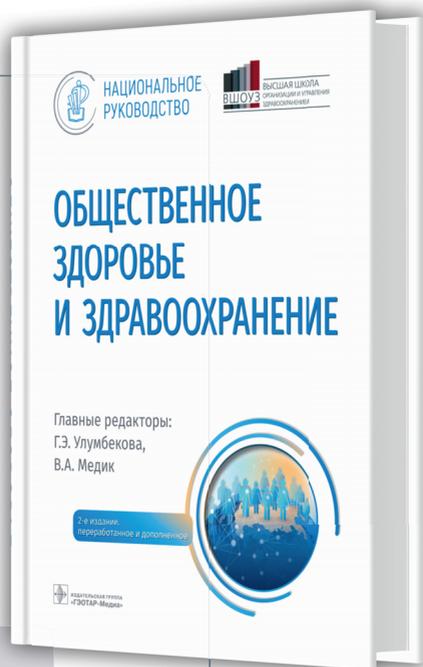
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

- Контрольно-надзорные мероприятия
- Финансово-хозяйственная деятельность
- Юридические основы безопасности
- Лицензирование

6

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В УПРАВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

- Особенности динамичной среды здравоохранения
- Увеличения ценности организации
- Управление ограничениями и колебаниями
- Разрешение конфликтов



ПОЧЕМУ «MUST HAVE & MUST READ»:

- Исчерпывающая информация о здравоохранении РФ от федерального уровня до медицинской организации
- Показатели здоровья населения: динамика и сравнение с зарубежными странами
- Пути достижения национальных целей РФ
- Рекомендации на основе уроков пандемии
- Главные нормативные документы отрасли
- Особенности организации медицинских служб
- Основы информатизации здравоохранения
- Все о НМО
- Тактика и стратегия деятельности медицинской организации
- Опыт гарвардских профессоров в управлении

ГДЕ КУПИТЬ КНИГУ

Интернет-магазин «Медкнигасервис»: www.medknigaservis.ru, телефон 8-800-555-999-2

МАГАЗИНЫ В МОСКВЕ:

- м. «Новокузнецкая», м. «Третьяковская»: г. Москва, ул. Садовническая, д. 13, стр. 11, тел. +7 (495) 921-39-07, доб. 602, 603. Пн. – Вс. с 9.00 – 20.00
- м. «Фрунзенская»: г. Москва, Комсомольский просп., д. 28, тел. +7 (916) 877-06-84, тел. +7 (499) 685-12-47. Пн. – Вс. с 9.00 – 20.00
- м. «Савеловская»: ул. Суцесвский Вал, д. 9, стр. 1, тел. +7 (985) 387-14-57, тел. +7 (495) 921-39-07, доб. 729. Пн. – Вс. с 9.00 – 20.00

Дорогие коллеги!

Перед вами **второе издание** национального руководства «**Общественное здоровье и здравоохранение**» (первое вышло в 2014 г.). Оно посвящено нашим Учителям – выдающимся представителям советской школы организаторов здравоохранения **академику РАН Игорю Николаевичу Денисову** (1941–2021), **академику РАН Николаю Федотовичу Измерову** (1927–2016), **академику РАН Юрию Павловичу Лисицину** (1928–2013) и **академику РАН Олегу Прокопьевичу Щепину** (1932–2019). Они научно обосновывали, создавали и преданно работали во благо развития советской системы здравоохранения, а после распада СССР последовательно отстаивали сохранение основных принципов ее организации – **профилактическую направленность**, массовое **оздоровление**, охрану здоровья трудящихся на производстве, **доступное первичное звено**, **этапность** в маршрутизации пациентов и **централизованное** управление. Именно советская модель организации первичного звена в 1978 г. была признана Всемирной организацией здравоохранения **лучшей в мире** и легла в основу Концепции развития первичной медико-санитарной помощи, которую было рекомендовано реализовать всем странам (Алма-Атинская декларация¹).

Сегодня мы стали свидетелями того, как одна из самых устойчивых систем здравоохранения в мире **практически разрушена**. Она была настолько мощной и правильно организованной, что продержалась почти 30 лет после распада Советского Союза. Продержалась, несмотря на длительное недофинансирование бесплатной медицинской помощи, медицинского образования и науки, несмотря на бездарные рыночные реформы: введение системы обязательного медицинского страхования и «оптимизацию» отрасли с закрытием лечебных учреждений, сокращением коечного фонда и медицинских кадров. Почти полное разрушение произошло в обеспечивающих здравоохранение отраслях – отечественной медицинской и фармацевтической промышленности. В этот период не было системного, научно обоснованного, а значит, сбалансированного подхода к развитию российского здравоохранения, реализовывались только **точечные проекты**, направленные на решение самых неотложных проблем: приоритетный национальный проект «Здоровье» (2005–2009 гг.), «Модернизация здравоохранения» (2010–2011 гг.), «Фарма-2020» (2014–2020 гг.) и национальный проект «Здравоохранение» (2019 г. – по настоящее время). Пандемия COVID-19 **окончательно истощила резервы отрасли и обнажила нерешенные проблемы** российского здравоохранения: дефицит и низкая оплата труда медицинских кадров; недостаточное лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях; недостаточные объемы бесплатной помощи (высокотехнологичная медицинская помощь, реабилитация, паллиативная помощь); низкие тарифы по оказанию медицинской помощи, которые не позволяют выполнять требования клинических рекомендаций. И главное, медицинские работники устали, а вера в то, что перемены к лучшему возможны, **значительно ослабла**. В таких условиях полноценно выполнять свой долг перед пациентами очень сложно.

Кто должен исправить положение? Мы с вами – организаторы здравоохранения. Российская система здравоохранения – это наш пациент, который находится **в критическом состоянии**. Причем перспективы пока неутешительные – государственное финансирование здравоохранения в 2022 г. и в последующие годы по сравнению с 2021 г. **не растет** и даже сокращается в ценах с поправкой на инфляцию. И это при том, что увеличивается количество лиц, нуждающихся в оказании бесплатной медицинской помощи (больные с острой и хронической формой новой коронавирусной инфекции и пациенты, которым помощь была отложена в предшествующие периоды). Кроме того, растет смертность населения РФ: в 2020 г. дополнительная смертность от всех причин составила **340 тыс. человек** (рост +19% к 2019 г.), за 9 месяцев 2021 г. – **373 тыс. человек** (+28% к 2019 г.). В нашей

¹ https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml

стране сложилась недопустимо низкая ожидаемая продолжительности жизни населения, которая в 2020 г. была **на 5 лет ниже**, чем в «новых» странах ЕС и **на 10 лет ниже**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 71,5; 76,1 и 81,3 года).

Сегодня **уникальный момент, который нельзя упустить**. В обществе созревает понимание того, что здравоохранение, как и оборона, – это основа безопасности страны. Для исправления ситуации в здравоохранении необходимы научные знания, воля и единодушие. Знания можно приобрести, а вот воля – уже личный вопрос: если ее нет, то, наверное, пришло время сказать себе – «это не мое». Уверены, что большинство представителей нашей специальности готовы и совершенствовать знания, и бороться за оздоровление отрасли, а значит, за наших пациентов. Команда высококвалифицированных управленцев на всех уровнях здравоохранения должна **добиться выделения дополнительных финансовых и материально-технических ресурсов** и обеспечить их эффективное использование.

Национальное руководство «Общественное здоровье и здравоохранение» подготовлено для **87 авторами** – ведущими специалистами отрасли. По праву можно сказать – **«сделано организаторами здравоохранения для организаторов здравоохранения»**. Мы также пригласили в авторский коллектив всемирно известных специалистов: в области демографии – профессора Анатолия Григорьевича **Вишневого**, в сфере экономики – академика РАН Абега Гезовича **Аганбеяна**. Несомненным украшением авторского коллектива стали профессора Гарвардского и Тель-Авивского университетов – Джозеф С. **Плискин**, Боаз **Ронен** и Симон **Пасс**.

Книга состоит **из 6 частей и 69 глав**. В первой части даны **итоговая оценка** системы здравоохранения страны, **предложения по ее развитию** до 2025 г. и анализ **уроков пандемии COVID-19**. Во второй части рассматриваются показатели **здоровья населения**, демографические показатели и социально-экономические условия в нашей стране. В третьей части описано состояние системы здравоохранения **на макроуровне**, в четвертой – организация медицинской помощи **на уровне отдельных служб**, в пятой – **на уровне медицинской организации**. В шестой, заключительной, части наши зарубежные коллеги делятся опытом **об инновационных методах управления** в медицинской организации. Примечательно, что предисловие к этой части написал профессор Гарвардского университета, почетный президент Института качества медицинской помощи Дональд **Бервик** – всемирно известный специалист в области здравоохранения. Он настаивает на том, что **штрафы и наказания в обеспечении качества медицинской помощи неэффективны** и приводят к сокрытию, а значит, неисpravлению медицинских ошибок. Думаем, что большинство наших читателей с этим согласятся.

Руководство выпускается в бумажной версии, а также в электронной, которая будет регулярно обновляться. Эта книга – продолжение системной работы, которую ведет Высшая школа организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ). Все продукты ВШОУЗ образуют так называемое **семейство «Оргздрав»**. Некоторые из них вам уже хорошо знакомы – это **«Оргздрав.Конгресс»** (ежегодная международная конференция); **«Оргздрав.Журнал»** (научные статьи в сфере здравоохранения); **«Оргздрав.Обучение»** (инновационный курс повышения квалификации) и **«Оргздрав.Аналитика»** (анализ и предложения по развитию региональных систем здравоохранения). Мы с гордостью хотим представить два новых проекта – **«Оргздрав.Премия»** (отбор и награждение лучших практик в управлении) и **«Оргздрав.Эксперт»** (бесплатный портал для руководителей здравоохранения, где будет размещена вся необходимая для их работы информация).

Наша цель – объединить людей в специальности «Организация здравоохранения», сделать единую среду, в которой они могут получать новые знания, делиться опытом, порадоваться признанию коллег.

Мы надеемся, что это издание поможет вам внести дополнительную ясность в вопросы организации здравоохранения и, главное, зарядит вас желанием действовать во благо отрасли и наших пациентов. **Вместе** мы сможем вывести российское здравоохранение из кризиса и **сделать его одним из лучших в мире**, как это смогли сделать наши Учителя!

*Д-р мед. наук Г.Э. Улумбекова
Чл.-кор. РАН, д-р мед. наук В.А. Медик*

Анализ расходов бюджетов бюджетной системы Российской Федерации по разделу «Здравоохранение» на 2022 г. и на плановый период 2023–2024 гг.

Улумбекова Г.Э.^{1, 2}

¹ Высшая школа организации и управления здравоохранением, 115035, г. Москва, Российская Федерация

² Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 117997, г. Москва, Российская Федерация

12 октября 2021 г. Президент РФ В.В. Путин обратился к депутатам Государственной Думы Федерального собрания РФ с **призывом** решить задачи с бедностью, демографией и здравоохранением, которые отражены в его Указе от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года». В статье проведен анализ соответствия государственного бюджета на здравоохранение решению этих задач. В 2022 г., по сравнению с 2021 г., по прогнозу Минфина России, государственные расходы на здравоохранение (бюджет Фонда обязательного медицинского страхования, федеральный бюджет и консолидированные бюджеты регионов) в текущих ценах **возрастут только на 3%** (127 млрд руб.), а в постоянных ценах (с поправкой на инфляцию, 2018 г. = 100%) они **сократятся на 1%**. За этот же период сократится и доля государственного финансирования здравоохранения в валовом внутреннем продукте (ВВП) – **с 4,1 до 3,9%**. Аналогичная тенденция сохранится до 2024 г. Такие показатели государственного финансирования **не позволяют** решить острейшие проблемы системы здравоохранения РФ: нарастающий дефицит медицинских работников, неудовлетворительное лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях, недостаточные объемы бесплатной медицинской помощи и их финансовое обеспечение. Как следствие, на фоне увеличения потока пациентов, нуждающихся в бесплатной медицинской помощи, ее доступность продолжит сокращаться, соответственно, будет расти смертность населения РФ, которая сегодня уже

приняла катастрофические масштабы (за 9 мес 2021 г. дополнительно умерли 373 тыс. человек, что составляет +18% к аналогичному периоду прошлого года). Для исправления ситуации в здравоохранении необходимо в 2022 г. и последующие годы выделять дополнительно минимум по 500 млрд руб. в год, так, чтобы к 2025 г. государственное финансирование достигло 5% ВВП. Автор делает вывод, что расходы на сбережение народа нашей страны должны быть в приоритете по сравнению с инфраструктурными проектами, на которые из Фонда национального благосостояния выделяется **до 2,5 трлн руб.**

Ключевые слова:

прогнозы государственного финансирования здравоохранения РФ, смертность населения РФ, доступность медицинской помощи населению РФ, проблемы здравоохранения РФ

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Улумбекова Г.Э. Анализ расходов бюджетов бюджетной системы Российской Федерации по разделу «Здравоохранение» на 2022 г. и на плановый период 2023–2024 гг. // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 4. С. 7–15. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-4-7-15>
Статья поступила в редакцию 01.09.2021. Принята в печать 01.12.2021

Analysis of budget costs of the Russian Federation budgetary system in "Healthcare" section for 2022 and for the planning period of 2023–2024

Ulubekova G.E.^{1,2}

¹ Graduate School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ), 115035, Moscow, Russian Federation

² Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 117997, Moscow, Russian Federation

October 12, 2021 the President of the Russian Federation V.V. Putin appealed to the deputies of the State Duma of the Federal Assembly of the Russian Federation with a **request** to solve the problems with poverty, demography and healthcare, which are reflected in the Presidential Decree No. 474 "On the national development goals of the Russian Federation for the period up to 2030" (21 July 2020). The article analyzes the compliance of the state budget allocated for healthcare with solution of these problems. In 2022, compared to 2021, according to the forecast of the Ministry of Finance of the Russian Federation, public spending on the health sector (the budget of the Federal Compulsory Medical Insurance Fund, the federal budget and the consolidated budgets of the regions), at current prices, will **increase by only 3%** (127 billion rubles), and in constant prices (adjusted for inflation, 2018 = 100%) they will **decline by 1%**. Over the same period, the share of government funding for healthcare in the

gross domestic product (GDP) will also decline **from 4.1% to 3.9%**. This trend is expected to continue up to 2024. Such indicators of state financing of healthcare **will not allow** solving the most pressing problems of the healthcare system of the Russian Federation: the growing health professional shortage, unsatisfactory public drug supply on an outpatient basis, insufficient amounts of free medical aid and its financial support. As a result, against the background of an increase in the number of patients in need for free-of-charge medical treatment, its availability will continue to decline, and accordingly, the population mortality rate of the Russian Federation will increase, which today has already assumed catastrophic proportions (during the first 9 months of 2021, an additional 373 thousand people died, which is +18% over the same period last year). To improve the current situation in the healthcare sector, it is necessary to allocate at least 500 billion rubles a year in 2022 and subsequent years, so that in 2025 state funding of healthcare could reach 5% of GDP. The author concludes that budget costs of the Russian Federation budgetary system on saving the people of our country should be a priority compared to infrastructure projects for which **up to 2.5 trillion rubles** are allocated from the National Welfare Fund.

Keywords:

forecasts of state financing of healthcare in the Russian Federation, population mortality of the Russian Federation, availability of medical care to the population of the Russian Federation, the problems of healthcare in the Russian Federation

Funding. The study had no sponsor support.

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

For citation: Ulumbekova G.E. Analysis of budget costs of the Russian Federation budgetary system in "Healthcare" section for 2022 and for the planning period of 2023–2024. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2021; 7 (4): 7–15. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-4-7-15> (in Russian)

Received 01.09.2021. **Accepted** 01.12.2021.

Актуальность

Для достижения национальной цели, поставленной в Указе Президента РФ от 21.07.2020 № 474, – увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) до 78 лет к 2030 г., необходимо, чтобы снижалась смертность населения. К сожалению, в 2020 г. в РФ дополнительная смертность от всех причин составила 340 тыс. чел. (рост +19% к 2019 г.). В расчете на 1 млн населения это 2323 чел., что на 33% выше, чем в Польше, почти на 57% выше, чем в США, в 5 раз выше, чем в Германии. Согласно данным Росстата, только 43% (145 тыс. чел.) из этих дополнительных смертей связаны с новой коронавирусной инфекцией, в отличие от других стран,

где это основная причина прироста смертности. В результате ОПЖ в РФ в 2020 г. сократилась до 71,5 года.

В нашей стране одним из важнейших факторов, который определяет снижение смертности населения, является доступность бесплатной медицинской помощи [1], которая, в свою очередь, определяется уровнем государственного финансирования здравоохранения. Это и очевидно: чем больше средств в здравоохранении, тем больше будет медицинских кадров и выше оплата их труда, бесплатных лекарств для населения, объемов бесплатной медицинской помощи и выше их финансовое обеспечение.

В октябре-ноябре 2021 г. в Государственной Думе Федерального Собрания РФ состоялась дискуссия по проектам федеральных законов «О федеральном бюджете на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов» [2], «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов» [3]. Автором проведен анализ расходов РФ бюджетов бюджетной системы по разделу «Здравоохранение» на 2022 г. и на плановый период 2023 и 2024 гг., определено его соответствие достижению национальной цели по увеличению ОПЖ.

Материал и методы

Анализ государственных расходов на здравоохранение проведен с 2018 по 2024 г. в текущих и постоянных ценах (2018 г. = 100%), в доле валового внутреннего продукта (ВВП) и в разрезе источников финансирования [федеральный бюджет, консолидированные бюджеты субъектов РФ, бюджет Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС)], код бюджетной классификации «0900».

Данные для анализа были получены из документа «Основные направления бюджетной, налоговой и таможенно-тарифной политики на 2022 год и плановый период 2023–2024 годов», Минфин России [4].

Дополнительная информация для анализа и формирования предложений была получена из следующих источников:

1) «Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2020 году» от 29 июня 2021 г.;

2) аналитических отчетов Счетной палаты: «Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия “Анализ выполнения положений Указов Президента РФ 2012 г. в части увеличения средней заработной платы отдельных категорий работников отраслей бюджетной сферы”», 2020 г.; «Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия “Анализ эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования в РФ”».

Аналитика

В 2022 г. по сравнению с 2021 г. расходы бюджетов бюджетной системы по разделу «Здравоохранение» (или государственные расходы на здравоохранение) по прогнозу **возрастут на 3% (127 млрд руб.)**, а в постоянных ценах (т.е. с поправкой на инфляцию, 2012 г. = 100%) **сократятся на 1%** (см. таблицу). Из них:

- расходы федерального бюджета **сократятся на 9%** в текущих ценах, а в постоянных ценах – **на 12%**;
- расходы бюджета ФОМС **вырастут на 8%** в текущих ценах, в постоянных – **только на 4%**;
- расходы консолидированных бюджетов РФ **вырастут на 3%** в текущих ценах, а в постоянных ценах **сократятся на 1%**.

За этот же период **сократится** доля государственных расходов в ВВП **с 4,1 до 3,9%**. Это означает, что темпы роста ВВП будут выше, чем темпы прироста расходов на здравоохранение.

В 2024 г. по сравнению с 2021 г. расходы бюджетов бюджетной системы по разделу «Здравоохранение» по прогнозу **возрастут на 12%** (596 млрд руб.), а в постоянных ценах (с поправкой на инфляцию, 2012=100%) **сократятся на 1%** (см. таблицу). Из них:

- расходы федерального бюджета **сократятся на 9%** в текущих ценах, а в постоянных – **на 19%**;
- расходы бюджета ФОМС **вырастут на 20%** в текущих ценах, в постоянных – **только на 7%**;
- расходы консолидированных бюджетов РФ **вырастут на 18%** в текущих ценах, а в постоянных – **на 5%**.

За этот же период сократится и доля государственного финансирования в ВВП – **с 4,1 до 3,7%** (см. таблицу).

Обсуждение

В РФ долгие годы государственное финансирование здравоохранения было минимум **в 1,6 раза ниже**, чем аналогичные расходы в «новых-8» странах ЕС, близких к РФ по уровню экономиче-

Расходы бюджетов бюджетной системы РФ на здравоохранение 2018–2024 гг. в текущих и постоянных ценах

Наименование показателя	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2022/ 2021,	2024/ 2021,
	факт	факт	факт ¹	прогноз				прирост	прирост
Макроэкономические показатели ²									
ВВП в текущих ценах, млрд руб.	103 862	109 242	106 968	124 400	133 300	141 900	151 500	7%	22%
Инфляция (ИПЦ), декабрь к декабрю предыдущего года	4,26	3,04	4,90	5,80	4,00	4,00	4,00	x	x
Государственные расходы на здравоохранение ³									
Государственные расходы на здравоохранение в текущих ценах, млрд руб.	3315,9	3805,0	4964,0	5060,0	5187,0	5377,0	5656,0	3%	12%
Государственные расходы на здравоохранение в ценах 2018 г., млрд руб.	3315,9	3692,7	4592,5	4424,7	4361,3	4347,2	4396,9	-1%	-1%
Государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП, %	3,2%	3,5%	4,6%	4,1%	3,9%	3,8%	3,7%	x	x
из них: расходы федерального бюджета									
расходы федерального бюджета в текущих ценах, млрд руб.	537,3	713,0	1334,4	1362,3	1245,5	1211,5	1234,8	-9%	-9%
расходы федерального бюджета в ценах 2018 г. млрд руб.	537,3	692,0	1234,5	1191,3	1047,2	979,5	959,9	-12%	-19%
из них: расходы бюджета ФОМС									
расходы бюджета ФОМС в текущих ценах, млрд руб.	1987,8	2186,7	23605,5	2592,5	2801,1	2951,0	3120,3	8%	20%
расходы бюджета ФОМС в ценах 2018 г., млрд руб.	1987,8	2122,2	2183,8	2267,0	2355,2	2385,8	2425,7	4%	7%
из них: расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ ⁴									
расходы бюджетов субъектов РФ в текущих ценах, млрд руб.	790,8	905,3	1269,1	1105,2	1140,4	1214,5	1300,9	3%	18%
расходы бюджетов субъектов РФ в ценах 2018 г., млрд руб.	790,8	878,6	1174,1	966,4	958,9	981,9	1011,3	-1%	5%

¹ <https://minfin.gov.ru/common/upload/library/2021/09/main/2022-2024.pdf> (дата обращения 09.10.2021). ² https://www.gks.ru/bgd/free/B04_03/IssWWW.exe/Stg/d02/18.htm (дата обращения 10.09.2021). ³ URL: <https://roskazna.gov.ru/ispolnenie-byudzhetov/konsolidirovannyy-byudzhet/> (дата обращения 09.10.2021). ⁴ Рассчитано: в виде разности между общими объемами государственных расходов на здравоохранение и объемами расходов на здравоохранение из средств федерального бюджета и бюджета ФОМС. Расшифровка аббревиатур дана в тексте.

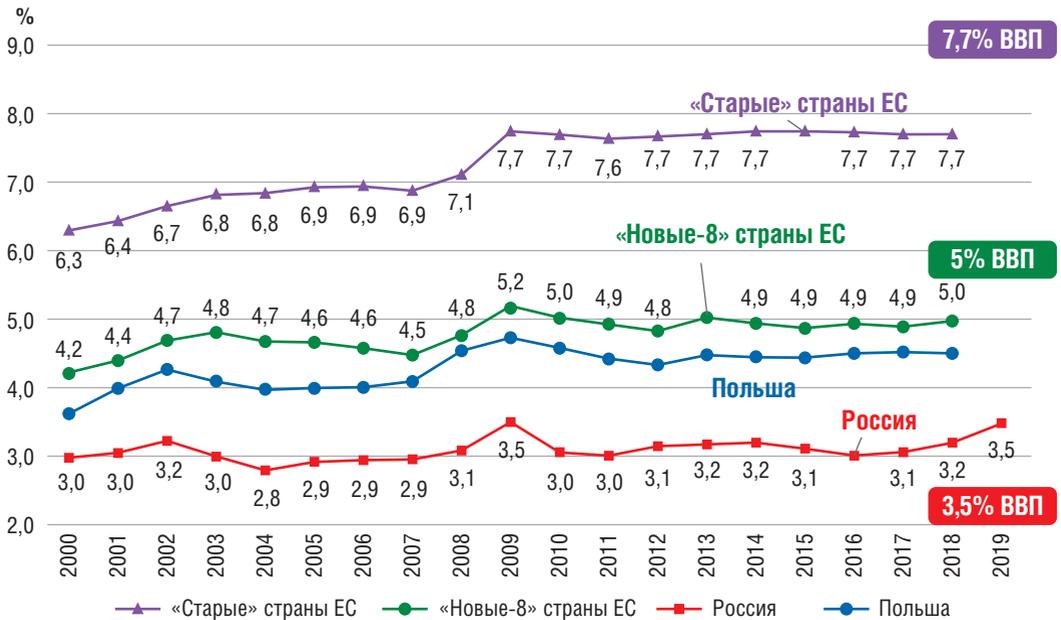


Рис. 1. Динамика государственных расходов в доле валового внутреннего продукта (ВВП)

ского развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония) (рис. 1):

Как следствие, в РФ доля личных расходов населения на здравоохранение (от общих расходов населения и государства) **на 40% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **на 60% выше**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 35, 25 и 22%). Другими словами, **недостаточные государственные расходы на здравоохранение ложатся дополнительным бременем на бюджеты российских семей.**

Более того, отрицательная динамика и без того недостаточного государственного финансирования здравоохранения в 2022–2024 гг. произойдет **на фоне:**

- **продолжающейся пандемии и резкого увеличения потока пациентов**, нуждающихся в медицинской помощи (больные с острой и хронической формой новой коронавирусной инфекции и пациенты, которым медицинская помощь была отложена в предшествующие периоды);
- **роста смертности населения РФ:** по данным Росстата [5], за 9 мес 2021 г. прирост смертности составил **373 тыс. чел.**

(+28% к 2019 г.), как следствие, на фоне снижения рождаемости по итогам 2021 г. естественная убыль населения может составить 0,9 млн чел., а сокращение численности населения страны – 0,7 млн чел.;

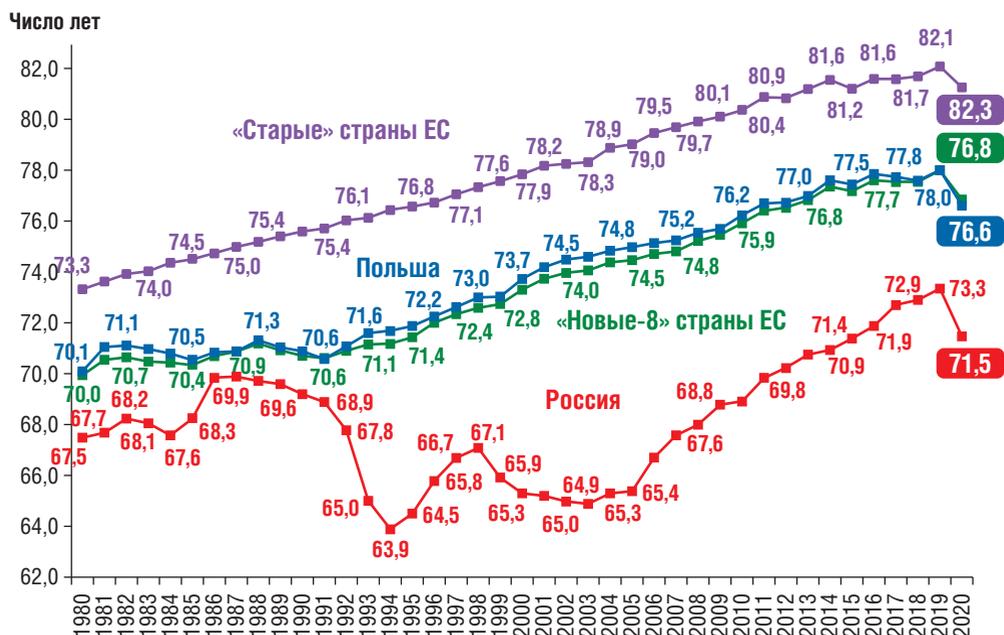
- **недопустимо низкой ОПЖ населения РФ – на 5 лет ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **на 10 лет ниже**, чем в «старых» странах ЕС (рис. 2):
- **нерешенные острейшие проблемы российского здравоохранения:** дефицит и низкая оплата труда медицинских кадров (**1,5-кратный дефицит врачей** участковой службы и **2-кратный дефицит фельдшеров**) [6], причем пандемия **усугубила дефицит медицинских кадров** из-за огромной усталости и стресса, низкой оплаты труда, бесконечного давления со стороны проверяющих и правоохранительных органов. Нехватка кадров привела к тому, что **система здравоохранения уже не справляется** с увеличенным потоком пациентов и не сможет делать это дальше. В результате будет расти смертность

населения, которая сегодня уже приобрела **беспрецедентный** масштаб;

- недостаточное лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях (почти **в 3 раза меньше** в расчете на душу населения по сравнению со странами, близкими к РФ по уровню экономического развития);
- **недостаточные объемы** бесплатной помощи [высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП), реабилитация, паллиативная помощь и др.];
- **низкие тарифы** по оказанию медицинской помощи по многим заболеваниям, не позволяющие выполнять требования клинических рекомендаций, как показано в отчете Счетной палаты за 2021 г. [7];
- **низкая оплата труда медицинских работников и ее существенные различия по субъектам РФ**, как показано в отчете Счетной палаты за 2020 г.

Другими словами, число больных возросло, а объем финансовых средств на их лечение снизился. Как следствие, объемы бесплатной медицинской помощи по программе государственных гарантий и их финансовое обеспечение **сократятся, а главное, не будут решены** острейшие проблемы системы здравоохранения.

При обсуждении государственных расходов на здравоохранение в Государственной Думе Федерального Собрания РФ в ноябре 2021 г. звучали циничные утверждения Комитета по бюджету и налогам о **«беспрецедентном росте»** финансирования здравоохранения в 2020–2021 гг. по сравнению с 2019 г. Однако по сути они **неверны**. Дополнительные средства были направлены **исключительно на расходы в связи с пандемией COVID-19** (закупка медицинского оборудования, лекарств, оказание медицинской помощи, вакцинация и др.) и **не решают** накопившихся проблем в здравоохранении из-за его длительного недофинансирования. Так, рост государственного финансирования здравоохра-



«Новые-8» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.

Источники: Росстат, Евростат, расчет ВШОУЗ-КМК.

Рис. 2. Ожидаемая продолжительность жизни в РФ, «новых-8» и «старых» странах Европейского союза (ЕС), 1980–2020 гг.

нения в 2019 г. (см. таблицу) был обеспечен за счет национального проекта «Здравоохранение» (дополнительно было выделено 474 млрд руб.), а в 2020 г. – за счет средств, направленных на борьбу с пандемией (по данным Счетной палаты, дополнительно 1150 млрд руб.). При этом средства национального проекта «Здравоохранение» предназначались преимущественно **для обновления инфраструктуры медицинских организаций и увеличения объемов медицинской помощи только по одному профилю – «Онкология»**, а дополнительные средства в 2020 г. – на оказание медицинской помощи больным с новой коронавирусной инфекцией.

Иными словами, в 2019–2020 гг. по сравнению с 2018 г. реального увеличения объемов бесплатной медицинской помощи и ее финансового обеспечения по большинству классов болезней не произошло. Об этом ярко свидетельствуют данные отчета ФОМС за 2020 г. [8]. Так, в 2020 г. общий объем субвенций, направленных в регионы на оказание всех видов медицинской помощи по базовой программе ОМС, составил 2225,4 млрд руб., что на 7,5% выше уровня 2019 г. (+155 млрд руб. к 2019 г.). Однако по итогам года дополнительные расходы на лечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией составили 294,8 млрд руб. (предъявленные счета на оплату медицинской помощи), что почти **в 2 раза** больше, чем прирост средств. Из этого следует, что в 2020 г. на оказание других видов медицинской помощи (не связанных с новой коронавирусной инфекцией) финансовых средств **осталось меньше**, чем в 2019 г. В этих условиях **увеличение объемов финансирования по одному классу болезней** (например, как это произошло по классу новообразований, – на 99,3 млрд руб. в 2020 г. по сравнению с 2019 г. [9]) **неизбежно должно было привести к снижению финансирования по другим**, что и произошло по классу болезней системы кровообращения.

Заключение

Снижение государственного финансирования охраны здоровья в условиях увеличения по-

тока больных и нарастания острейших проблем **отечественной системы здравоохранения** (дефицит кадров, нехватка бесплатных лекарств, недостаточные объемы бесплатной медицинской помощи, низкие тарифы и др.) приведет к усугублению кризиса в отрасли. Как следствие, будут снижаться доступность бесплатной медицинской помощи и нарастать **социальное недовольство населения**. В результате национальная цель по увеличению ОПЖ до 78 лет к 2030 г. **выполнена не будет**. В такой ситуации сокращение расходов на здравоохранение недопустимо.

Расчеты Высшей школы организации и управления здравоохранением показали, что достижение национальной цели ОПЖ **78 лет к 2030 г.** возможно только при увеличении государственного финансирования здравоохранения **на 8%** ежегодно в постоянных ценах (без учета дополнительных средств на оказание помощи больным с новой коронавирусной инфекцией), а также при соблюдении следующих базовых условий: прирост ВВП на душу населения ежегодно в среднем на 3,5% в год и снижение к 2030 г. потребления крепких алкогольных напитков на 45% в расчете на душу населения [6].

В вышеописанной ситуации **срочно требуются кардинальные решения**, никакие «подачки» **не спасут** положения. Необходимо в 2022 г. увеличить государственные расходы на здравоохранение **минимум на 500 млрд руб. дополнительно** и далее каждый год прибавлять по 500 млрд руб., чтобы к 2025 г. довести их до 5% ВВП (по прогнозам Минфина России, 3,7% ВВП в 2024 г.). Причем это должны быть **средства федерального бюджета**, так как бюджеты регионов дефицитны, а средства ФОМС (взносы на работающее и неработающее население) жестко нормируются. Никакие отговорки о том, что денег нет, **неприемлемы. Деньги есть** – это, например, средства Фонда национального благосостояния, которые с 2021 по 2024 г. **вырастут на 9,4 трлн руб.** При этом из них на инфраструктурные проекты будет направлено 2,5 трлн руб., а на финансирование здравоохранения ничего. **А что может быть важнее сбережения российского народа!** Кому нужны эти проекты, если сокращается население?

Дополнительные средства должны пойти на **увеличение оплаты труда и привлечение дополнительных кадров в отрасль** (причем всем медицинским работникам, а не только тем, кто сегодня работает в «красной зоне»); на расширение объемов бесплатного лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях (для всех граждан, кому врач выпи-

сал рецепт, а не только тех, кто имеет льготы); на увеличение недостаточных объемов бесплатной помощи (ВМП, реабилитация, паллиативная помощь и др.); на повышение низких тарифов, которые не позволяют выполнять требования действующих клинических рекомендаций; на развитие медицинского образования и науки.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Guzel E. Ulumbekova) – доктор медицинских наук, МВА Гарвардского университета (Бостон, США), руководитель (ректор) Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета ФГАУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

E-mail: vshouz@vshouz.ru

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019–2024 гг. 3-е изд. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019: 71–3.
2. <https://sozd.duma.gov.ru/bill/1258295-7>
3. <https://sozd.duma.gov.ru/bill/1258297-7>
4. https://minfin.gov.ru/ru/document/?id_4=134362-osnovnye_napravleniya_byudzhetnoi_nalogovoi_i_tamozhenno-tarifnoi_politiki_na_2022_god_i_na_planovyi_period_2023_i_2024_godov
5. <https://rosstat.gov.ru/>
6. Национальное руководство. Общественное здоровье и здравоохранение / под ред. Г.Э. Улумбековой, В.А. Медик. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. (в печати).
7. <https://ach.gov.ru/upload/iblock/432/wjvi2beix796z4vpn04vyii4ppk4fxcr.pdf>
8. https://www.ffoms.gov.ru/system-oms/about-fund/fund-activities/1_%d0%9e%d0%a2%d0%a7%d0%95%d0%a2_%d0%be_%d1%80%d0%b5%d0%b7%d1%83%d0%bb%d1%8c%d1%82%d0%b0%d1%82%d0%b0%d1%85_%d0%b4%d0%b5%d1%8f%d1%82%d0%b5%d0%bb%d1%8c%d0%bd%d0%be%d1%81%d1%82%d0%b8_%d0%a4%d0%9e%d0%9c%d0%a1_%d0%b7%d0%b0_2020_%d0%b3%d0%be%d0%b4.pdf
9. <https://ach.gov.ru/audit/oper-2020>

REFERENCES

1. Ulumbekova G.E. Healthcare of Russia. What to do. Status and offers: 2019–2024. 3rd ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2019: 71–3. (in Russian)
2. <https://sozd.duma.gov.ru/bill/1258295-7> (in Russian)
3. <https://sozd.duma.gov.ru/bill/1258297-7> (in Russian)
4. https://minfin.gov.ru/ru/document/?id_4=134362-osnovnye_napravleniya_byudzhetnoi_nalogovoi_i_tamozhenno-tarifnoi_politiki_na_2022_god_i_na_planovyi_period_2023_i_2024_godov (in Russian)
5. <https://rosstat.gov.ru/> (in Russian)
6. National leadership. Public health and healthcare / G.E. Ulumbekova, V.A. Medic (eds). Moscow: GEOTAR-Media, 2022. (in print) (in Russian)
7. <https://ach.gov.ru/upload/iblock/432/wjvi2beix796z4vpn04vyii4ppk4fxcr.pdf> (in Russian)
8. https://www.ffoms.gov.ru/system-oms/about-fund/fund-activities/1_%d0%9e%d0%a2%d0%a7%d0%95%d0%a2_%d0%be_%d1%80%d0%b5%d0%b7%d1%83%d0%bb%d1%8c%d1%82%d0%b0%d1%82%d0%b0%d1%85_%d0%b4%d0%b5%d1%8f%d1%82%d0%b5%d0%bb%d1%8c%d0%bd%d0%be%d1%81%d1%82%d0%b8_%d0%a4%d0%9e%d0%9c%d0%a1_%d0%b7%d0%b0_2020_%d0%b3%d0%be%d0%b4.pdf (in Russian)
9. <https://ach.gov.ru/audit/oper-2020>. (in Russian)

Организационные вопросы профилактики рака шейки матки в России

Роговская С.И.¹⁻³, Шабалова И.П.^{1, 2}, Улумбекова Г.Э.^{1, 4, 5}, Короленкова Л.И.^{1, 6, 7}, Бебнева Т.Н.^{1, 8, 9}, Гушин А.Е.^{1, 10}, Кира Е.Ф.^{1, 11}, Кондриков Н.И.^{1, 12}, Кононова И.Н.^{1, 5}, Ледина А.В.^{1, 8}, Лешкина Г.В.^{1, 13}, Мингалева Н.В.^{1, 14}, Могиревская О.А.^{1, 15}, Подзолкова Н.М.^{1, 2}, Полонская Н.Ю.^{1, 16}, Смирнов В.В.^{1, 17}, Фириченко С.В.^{1, 18}, Шипулина О.Ю.^{1, 13}

Стремительный рост заболеваемости и смертности от рака шейки матки (РШМ) у женщин репродуктивного возраста, отсутствие организованного цервикального скрининга в Российской Федерации являются актуальными вопросами в настоящее время. Разработка системы организованного скрининга РШМ – задача сегодняшнего дня. **Цель** статьи – анализ состояния и перспективы системы скрининга РШМ в России и мире с позиций акушеров-гинекологов, цитологов, молекулярных биологов и т.п.

Ключевые слова:

скрининг рака шейки матки, вирус папилломы человека (ВПЧ), ВПЧ-тест, цитология

¹ Российская ассоциация по генитальным инфекциям и неоплазии (РАГИН), 121165, г. Москва, Российская Федерация

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 125993, г. Москва, Российская Федерация

³ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 121099, г. Москва, Российская Федерация

⁴ Высшая школа организации и управления здравоохранением, 115035, г. Москва, Российская Федерация

⁵ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 117997, г. Москва, Российская Федерация

⁶ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 115478, г. Москва, Российская Федерация

⁷ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», 129110, г. Москва, Российская Федерация

⁸ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», 117198, г. Москва, Российская Федерация

- ⁹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии», 117292, г. Москва, Российская Федерация
- ¹⁰ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», 119071, г. Москва, Российская Федерация
- ¹¹ Акционерное общество «Группа компаний «МЕДСИ», 123056, г. Москва, Российская Федерация
- ¹² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии», 101000, г. Москва, Российская Федерация
- ¹³ Федеральное бюджетное учреждение науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 111123, г. Москва, Российская Федерация
- ¹⁴ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 350063, г. Краснодар, Российская Федерация
- ¹⁵ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Центр планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения города Москвы», 117209, г. Москва, Российская Федерация
- ¹⁶ Централизованная межрайонная многопрофильная клиническая диагностическая лаборатория, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 117 Департамента здравоохранения города Москвы», 119270, г. Москва, Российская Федерация
- ¹⁷ Клинико-диагностическая лаборатория, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 40 Курортного района», 197706, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
- ¹⁸ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 127473, г. Москва, Российская Федерация

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Роговская С.И., Шабалова И.П., Улумбекова Г.Э., Короленкова Л.И., Бебнева Т.Н., Гушин А.Е., Кира Е.Ф., Кондриков Н.И., Кононова И.Н., Ледина А.В., Лешкина Г.В., Мингалева Н.В., Могиревская О.А., Подзолкова Н.М., Полонская Н.Ю., Смирнов В.В., Фириченко С.В., Шипулина О.Ю. Организационные вопросы профилактики рака шейки матки в России // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 4. С. 16–31. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-4-16-31>

Статья поступила в редакцию 21.11.2021. **Принята в печать** 10.12.2021.

The cervical cancer prevention in Russia

Rogovskaya S.I.¹⁻³, Shabalova I.P.^{1,2}, Ulumbekova G.E.^{1,4,5}, Korolenkova L.I.^{1,6,7}, Bebneva T.N.^{1,8,9}, Gushchin A.E.^{1,10}, Kira E.F.^{1,11}, Kondrikov N.I.^{1,12}, Kononova I.N.^{1,5}, Ledina A.V.^{1,8}, Leshkina G.V.^{1,13}, Mingaleva N.V.^{1,14}, Mogirevskaya O.A.^{1,15}, Podzolkova N.M.^{1,2}, Polonskaya N.Yu.^{1,16}, Smirnov V.V.^{1,17}, Firichenko S.V.^{1,18}, Shipulina O.Yu.^{1,13}

The rapid increase in morbidity and mortality from cervical cancer of reproductive age, the lack of organized cervical screening are relevant at the present time in RF. The development of a system for organized screening of cervical cancer is the task of today.

The **aim** of the article is to analyze the state and prospects of the cervical cancer screening system in Russia and world from the leading Russian professionals: cytologists, molecular biologists, oncologists, gynecologists, public health workers, etc.

Keywords:

cervical cancer screening, human papillomavirus (HPV), HPV test, cytology

¹ Russian Association for Genital Infections and Neoplasia (RAGIN), 121165, Moscow, Russian Federation

² Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation, 125993, Moscow, Russian Federation

³ National Medical Research Center for Rehabilitation and Balneology of the Ministry of Health of the Russian Federation, 121099, Moscow, Russian Federation

⁴ Graduate School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ), 115035, Moscow, Russian Federation

⁵ Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov of the Ministry of Health of the Russian Federation, 117997, Moscow, Russian Federation

⁶ National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Blokhin of the Ministry of Health of the Russian Federation, 115478, Moscow, Russian Federation

⁷ Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirsky, 129110, Moscow, Russian Federation

⁸ Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), 117198, Moscow, Russian Federation

⁹ National Medical Research Center of Endocrinology, 117292, Moscow, Russian Federation

¹⁰ Moscow Scientific and Practical Center for Dermatovenereology and Cosmetology, 119071, Moscow, Russian Federation

¹¹ Joint Stock Company "Group of Companies "MEDSI", 123056, Moscow, Russian Federation

¹² Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology, 101000, Moscow, Russian Federation

¹³ Central Research Institute of Epidemiology of the Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare, 111123, Moscow, Russian Federation

¹⁴ Kuban State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 350063, Krasnodar, Russian Federation

¹⁵ Center for Family Planning and Reproduction of the Department of Healthcare of the City of Moscow, 117209, Moscow, Russian Federation

¹⁶ Centralized Interdistrict Multidisciplinary Clinical Diagnostic Laboratory, City Polyclinic No. 117, 119270, Moscow, Russian Federation

¹⁷ Clinical Diagnostic Laboratory, City Hospital No. 40, 197706, St. Petersburg, Russian Federation

¹⁸ Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov of the Ministry of Health of the Russian Federation, 127473, Moscow, Russian Federation

Funding. The study had no sponsor support.

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

For citation: Rogovskaya S.I., Shabalova I.P., Ulumbekova G.E., Korolenkova L.I., Bebeva T.N., Gushchin A.E., Kira E.F., Kondrikov N.I., Kononova I.N., Ledina A.V., Leshkina G.V., Mingaleva N.V., Mogirevskaya O.A., Podzolkova N.M., Polonskaya N.Yu., Smirnov V.V., Firichenko S.V., Shipulina O.Yu. The cervical cancer prevention in Russia. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2021; 7 (4): 16–31. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-4-16-31> (in Russian)

Received 21.11.2021. **Accepted** 10.12.2021.

Рак шейки матки (РШМ) занимает одно из первых мест в мире по заболеваемости и смертности в перечне злокачественных новообразований у женщин. В Российской Федерации (РФ) ситуация в целом неудовлетворительная. Из показателей по РФ: средний возраст заболевших РШМ в 2019 г. составил 52,6; показатель заболеваемости населения России злокачественными новообразованиями шейки матки в 2019 г. («грубый» показатель на 100 тыс. населения) составил 22,25; в 2009 г. аналогичный показатель – 18,82 [1]. При этом плоскоклеточный цервикальный рак (~95% случаев злокачественного поражения эпителия шейки матки), в отличие от большинства других онкозаболеваний, почти предотвратим.

19 ноября 2021 г. в Москве состоялась научно-практическая мультидисциплинарная конференция экспертов Российской ассоциации по генитальным инфекциям и неоплазии (РАГИН) совместно с АО «ГК МЕДСИ» «Профилактика рака шейки матки. Эффективные методы и современные тенденции», целями которой было обсуждение актуальных вопросов цервикального скрининга в РФ и разработка модели скрининга с учетом особенностей страны.

Участники и докладчики – ведущие ученые и эксперты России и РАГИН в области акушерства и гинекологии, онкологии, генитальных инфекций, новых медицинских технологий, цитологи, молекулярные биологи, организаторы здравоохранения, другие заинтересованные специалисты в области онкопрофилактики, акушеры гинекологи АО «ГК МЕДСИ» и других регионов. Председательствовали **Роговская С.И.**, президент РАГИН; **Кира Е.Ф.**, вице-президент РАГИН.

В оргкомитет и президиум вошли известные специалисты: Адамян Л.В., Радзинский В.Е., Кондриков Н.И., Короленкова Л.И., Ледина А.В., Мингалеева Н.В., Полонская Н.Ю., Улумбекова Г.Э., Шабалова И.П., Артымук Н.В., Белокрыницкая Т.Е.

Е.Ф. Кира во вступительном слове представил данные статистики о распространенности РШМ в мире и в России, результаты проведенных за последние годы исследований и перспектив-

ные направления в профилактике этого заболевания от лица академика РАН **Л.В. Адамян**. **С.И. Роговская** обратила внимание коллег на роль вируса папилломы человека (ВПЧ) в развитии РШМ, на проблемы методов диагностики, плюсы и минусы новых и старых диагностических технологий и обозначила острые вопросы перед каждым специалистом, вовлеченным в программу мероприятия.

Вторичная профилактика РШМ на основе цитологического скрининга, ВПЧ-тестирования в развитых странах и визуального скрининга в странах с низкими ресурсами системы здравоохранения доказала свою эффективность – на это обратил внимание эксперт РАГИН по скринингу **С.В. Фириченко**. Тем не менее ведущие цитологи России – профессора **И.П. Шабалова** (эксперт международного уровня) и **Н.Ю. Полонская** (один из ведущих цитологов страны, много лет руководивший централизованной цитологической лабораторией в Москве) – обратили внимание на то, что в РФ государственная программа профилактики РШП в 1990-х гг. была практически разрушена. При выполнении цитологических исследований не исключены нарушения на всех уровнях: от получения материала до интерпретации результатов. Это связано в том числе с разным качеством подготовки специалистов, плохой организацией и большими объемами работы – могут допускаться ошибки в выявлении патологически измененных клеток и в представлении результатов. Цитологи также обратили внимание на преимущества и недостатки разных методов цитологии, окраски и обработки мазков, на преимущественное использование в стране метода окраски с использованием азур-эозина, что обязательно должно учитываться при внедрении новых проектов скрининга.

Пилотные проекты внедрения профилактической вакцинации школьниц в препубертате, проводимые в отдельных регионах нашей страны, обычно имели эпизодический характер и, будучи по большей части бессистемными, не могли дать ощутимого эффекта.

С переходом экономики в 1990-х годах на «новые рельсы» Министерство здравоохранения

Российской Федерации передало полномочия профилактической работы в регионы. Согласно приказу № 270 от 12 сентября 1997 г. «О мерах по улучшению организации онкологической помощи населению Российской Федерации», разработка мер профилактики РШМ возлагалась на субъекты Федерации. Предполагалась организация в установленном порядке в амбулаторных учреждениях смотровых кабинетов, где силами специально обученного среднего медперсонала должен был осуществляться визуальный осмотр шейки матки и забор цитологических мазков. Заболеваемость на тот период составляла 10,7, а смертность 5,1 на 100 тыс. женского населения [2].

В 2006 г. приказ был отменен Минздравом России, заболеваемость РШМ по стране оценивалась в 12,3, смертность – 4,97 на 100 тыс., что указывало на неэффективность профилактической стратегии. Несмотря на общую картину, нельзя не отметить, например, достижение Республики Татарстан, где на основании приказа Министерства здравоохранения Республики от 18 августа 2005 г. № 780 «О совершенствовании мероприятий по профилактике и ранней диагностике онкологических заболеваний» внедрен системный цитологический скрининг для женщин с 18-летнего возраста с интервалом в 2 года с необходимыми расчетами сил и средств, а также с целевым привлечением денег из фонда обязательного медицинского страхования (ОМС).

К 2010 г. в Татарстане был достигнут высокий показатель охвата популяции риска – 77,9%, что уже привело к снижению смертности от РШМ на 27% – с 5,2 до 3,8 в 2013 г. [3]. При этом следует отметить, что в России во всех регионах по-прежнему наблюдается значительный рост заболеваемости и смертности от РШМ, особенно среди женщин раннего репродуктивного возраста [4].

В действующем приказе Минздрава России № 1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”, результаты которого, формально, еще рано оценивать, необходимость внедрения новых технологий в виде ВПЧ-теста упоминается, но не выполняется повсеместно

и не оплачивается из фонда ОМС [5]. Приказ вменяет женским консультациям, в частности, «организацию и проведение профилактических осмотров женского населения (в рамках профилактического приема) с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний <...> проведение мероприятий в части информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, укрепления репродуктивного здоровья женщин, профилактики инфекций, передаваемых половым путем». В новом Порядке оказания помощи (приказ Минздрава России № 1130-н) указана скрининговая программа, которая также обоснована и прописана в клинических рекомендациях «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» (2020 г.). Но сегодня параллельно существует и другой приказ, и они в некотором роде противоречат друг другу – этому был посвящен доклад главного внештатного специалиста по амбулаторной акушерско-гинекологической помощи Краснодарского края профессора **Н.В. Мингалевой**. Разночтение состоит в том, что в тех приказах отсутствует рекомендация проводить ВПЧ-тест. Кроме этого, нет четких рекомендаций по видам ВПЧ-теста. Сегодня необходимо сохранение скрининга с использованием традиционных мазков, а там, где это позволяют ресурсы, – повсеместное использование скрининга с использованием жидкостной цитологии.

Таким образом, приведение в порядок нормативно-правовой базы, регламентирующей работу врачей, остается очень актуальным и набравшим вопросом системы здравоохранения.

Поэтому вместо системной организованной скрининговой программы по факту мы сегодня получаем так называемый оппортунистический скрининг, не имеющий строгих методических установок, предварительных расчетов финансовых затрат, реального охвата популяции, скрининг с неравномерными случайными временными интервалами, вмененный учреждениям здравоохранения всех уровней в дополнение к проводимой ими работе. В таких условиях,

когда важнейшая задача воспринимается всеми участниками процесса в виде задачи сугубо побочной, крайне велика вероятность невыполнения на должном уровне профилактической работы. Да, сегодня у нас есть кольпоскопия, но это исследование с низкой специфичностью, а кольпоскопия, применяемая не профессионалом, может увеличить число необоснованных биопсий и последующих манипуляций, что небезопасно для дальнейшего выполнения репродуктивных планов. Вполне предсказуемо, что в итоге количество медицинских услуг и стоимость медицинской помощи вырастет, а эффективность профилактики останется чрезвычайно низкой.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (2020 г.), отражающим успешную практику внедрения программ системной вторичной профилактики РШМ в странах со значительными различиями в ресурсах, отпущенных на решение данной задачи, национальные органы управления здравоохранением могут выбирать между цитологическим скринингом и скринингом на носительство ВПЧ онкогенных типов в качестве первичного исследования. Кроме того, коррективы программ вторичной профилактики необходимы при проведении вакцинации против ВПЧ, относящейся к первичной профилактике заболевания [6].

Первичная профилактика цервикального рака долгое время была невозможна из-за незнания причины его возникновения. Этому был посвящен доклад **С.В. Фириченко**. После установления этиологической роли вируса папилломы человека в развитии РШМ и разработки профилактических вакцин против основных онкогенных типов (16 и 18), массовая вакцинация девочек-подростков стала проводиться более чем в 120 странах мира. Положительные результаты первичной профилактики при использовании би- и квадριвалентной вакцин в сочетании с организованным скринингом

в виде снижения заболеваемости и смертности от РШМ до 70% стали очевидны во многих экономически развитых странах (Австралия и др.). Вакцинация против ВПЧ не входит в национальный календарь прививок РФ, но доступна в отдельных регионах. Внесение в национальный календарь находится в компетенции Государственной Думы РФ. Планируется введение вакцинации против ВПЧ в национальный календарь прививок в 2024 г.¹ В этом же году планируется выход на рынок первой вакцины против ВПЧ российского производства².

Однако организаторам здравоохранения нужно помнить, что прежде всего грамотно организованный скрининг является основным фактором в достижении успешного результата по снижению заболеваемости РШМ и его организация должна быть первоочередным мероприятием.

Вторичная профилактика – лечение заболевания на доклинической стадии включает программы скрининга – широкого обследования женщин, считающих себя здоровыми, для выявления скрытых патологических изменений в нижних отделах полового тракта [7].

Стратегии ВОЗ по элиминации РШМ к 2030 г. был посвящен доклад цитолога **Г.В. Лешкиной**. ВОЗ рекомендовано 2 подхода к организации скрининга: первый – «Screen-and-treat» (лечить всех женщин положительным с скрининговым тестом), второй – «Screen, triage, treat» (лечить только тех женщин, которые прошли дополнительную сортировку после скринингового теста). В качестве основных методов скрининга рекомендованы:

- PАП-тест: традиционный и жидкостный;
- ВПЧ-тест: в качестве первичного теста и теста-самозабора;
- VIA (визуальный осмотр с уксусной пробой).

Достижением прошлого века в скрининге РШМ был традиционный PАП-тест, доступность

¹ <https://medvestnik.ru/content/news/Pravitelstvo-nazvalo-sroki-vneseniya-v-nackalendar-novyh-privivok.html>

² https://www.vedomosti.ru/press_releases/2021/06/17/nanolek-pristupaet-k-pervoi-faze-klinicheskikh-ispitanii-vaktcini-ot-virusa-papillomi-cheloveka-vpch

и дешевизна которого в сочетании с государственными скрининговыми программами позволили существенно снизить заболеваемость РШМ в развитых странах. Но многие из этих стран уже перешли на использование ВПЧ-теста, что, по расчетам экспертов ВОЗ, к 2030 г. позволит контролировать заболеваемость РШМ во всем мире и снизить ее до 4 случаев на 100 тыс. женского населения повсеместно.

Эффективная система скрининга включает строгие правила забора материала, фиксации, окраски, интерпретации цитологического препарата, требует надежного лабораторного обеспечения и строгого контроля качества цитологической диагностики, имеет возможности оповещения пациенток о результатах теста и привлечения их к дальнейшей диагностике и лечению. Высокий уровень подготовки с последующим повышением квалификации и контрольным тестированием специалистов-цитологов – также необходимое условие надежной диагностики.

Современным аспектам автоматизации цитологического исследования, особенностям окраски мазков посвятила свой доклад профессор **И.П. Шабалова**. При соблюдении всех перечисленных аспектов цитологический скрининг считается умеренно чувствительным, хотя и высокоспецифичным инструментом выявления тяжелых интраэпителиальных поражений. Относительно низкая чувствительность цитологического метода компенсируется повторными исследованиями в рамках программы с интервалом в 2–3 года с учетом многолетней продолжительности преинвазивной стадии развития цервикального рака.

Существуют 2 методики цитологического скрининга: традиционный мазок на стекло с разными методами окраски и жидкостная цитология (ЖЦ) с погружением материала в виалу. По чувствительности жидкостной метод за счет стандартизации всех этапов (от сбора материала до автоматического предпросмотра препаратов) превосходит традиционный. Однако есть реальная опасность разрушения имеющейся системы традиционной цитологии с применением мазков, окрашенных, например, по методу Романовского

(в различных модификациях) или гематоксилином и эозином, обученной когорты цитологов, так как регламентируемый приказом Минздрава России № 404-Н переход на окраску по Папаниколау требует особой фиксации спиртом и переобучения цитологов. Это также отметила профессор **Н.Ю. Полонская**.

Обязательное условие качественного окрашивания препаратов по Папаниколау – влажная фиксация мазков. Опыт показывает, что не всегда это условие выполняется, к тому же оно более затратно финансово. При использовании ЖЦ клетки сразу погружаются в фиксирующий раствор, и проблемы высушивания их на воздухе, качественного приготовления и окрашивания препаратов (в том числе на автоматизированных системах) не возникает. В связи с этим представляется рациональным сохранение скрининга с использованием традиционных мазков, а там, где это позволяют ресурсы, – внедрение ЖЦ.

Опытом применения автоматизированной системы ЖЦ поделился **В. Смирнов**, заведующий клинико-диагностической лабораторией СПб ГБУЗ «Городская больница № 40 Курортного района» (Санкт-Петербург). Отмечена высочайшая эффективность метода, но процесс организации, маршрутизации и бесперебойной работы дорогостоящего оборудования чрезвычайно сложен и требует отработки.

Вице-президенты РАГИН **А.В. Ледина** и **Е.Ф. Кира** отметили, что в странах с уровнем ресурсов, недостаточным для внедрения широких цитологических скрининг-программ, согласно тем же рекомендациям ВОЗ, успешно внедряются программы **визуального скрининга**. Его методика основана на том, что атипичский плоский эпителий на шейке матки после обработки уксусной кислотой проявляется четко очерченной, длительно персистирующей белой зоной. Такие ацетобелье участки, прилежащие к границе эпителиев, хорошо видны невооруженным глазом – положительный визуальный тест [8, 9]. Исследование легко выполнимо, дешево, не требует сложной лабораторной инфраструктуры. Результат известен сразу же; при положительном заключении в рамках одного обращения можно провести лечение – коагуля-

цию либо петлевую эксцизию зоны трансформации, как рекомендует ВОЗ для развивающихся стран.

Концепция профилактики за один визит – «выявление и лечение» значительно повышает комплаентность к терапии пациенток с положительным результатом теста в сравнении с практикой 3 визитов для скрин-положительных при цитологическом скрининге [10, 11]. В связи с этим при разработке национальной программы внимание следует уделить возможности использования системы TruScreen **для некоторых регионов**. РАГИН имеет позитивный опыт проведения медосмотров в Тверской, Амурской, Волгоградской и Сахалинской областях, в Новосибирске, Чеченской Республике и в других регионах страны с использованием этого аппарата. Россия – огромная по площади страна, со сложными климатическими условиями в большинстве регионов. Значительное число женщин проживает в труднодоступных, удаленных от медицинских учреждений населенных пунктах. В связи с этим возникают трудности при соблюдении условий транспортировки забранных материалов для цитологического и ПЦР-исследований. Наряду с другими факторами это приводит к утере и недооценке результатов тестов, возникновению проблем в диагностике предрака и РШМ.

В последнее время активно обсуждается возможность использования в первичной диагностике предраковых заболеваний шейки матки оптико-электронных методов. Одним из них является оптико-электронная технология TruScreen. На современном этапе развития данной оптико-электронной технологии низкие показатели специфичности и, как следствие, высокое количество ложноположительных результатов не позволяют использовать ее в качестве основного первичного теста в национальных программах скрининга. Тем не менее она будет иметь место в тех службах первичной медико-санитарной помощи, где имеются трудности с информированием и приглашением пациенток с положительными результатами скрининга на повторный визит.

Проведенные в Великобритании и в Австралии, а также в России исследования показали

высокие результаты при изучении чувствительности TruScreen для обнаружения LSIL (67%) и HSIL (70%); при этом специфичность для CIN составила 81%, для рака – 95% [12]. Ученые также сообщили о высокой для выявления цервикальной патологии чувствительности (86,1%) и специфичности (35%) метода, продемонстрировав большую чувствительность, чем «золотой стандарт» – PAP-тест [12]. Продолжающиеся во многих странах, в частности в Китае, с его огромной территорией, исследования подтверждают надежность электронно-оптических технологий в выявлении предраковых заболеваний шейки матки в больших когортах обследуемых [13].

В целом TruScreen снимает вопросы субъективности в оценке результатов, исследование неинвазивно, аппарат прост в эксплуатации, портативен, диагностику можно повторять многократно, проводить беременным женщинам, возможен охват и больших когорт женского населения. Исключаются длительный этап преанализики и анализики, транспортировка стекол, сред, виал, отсутствует риск потери и нарушения качества материала, нет необходимости длительного обучения персонала и т.д. Перспективность аппарата TruScreen показана на российской популяции [14, 15].

Возможности клинического применения тестов на ВПЧ онкогенных типов (ВПЧ-VP-тест) в программах профилактики ранее были существенно ограничены. Однако возможности молекулярной биологии делают доступными огромное количество разных тестов (и не только в РФ). Анкетирование врачей России экспертами РАГИН, проведенное в последних годы, показало огромную проблему, которая может разрушить систему профилактики в РФ. Подавляющее большинство врачей-гинекологов не имеют четкого понимания, какой ВПЧ-тест и в каких клинических ситуациях нужно применять. Отмечено полное непонимание характеристик именно скринингового ВПЧ-теста. Этому вопросу посвятили свои доклады молекулярные биологи **А.Е. Гушин, О.Ю. Шипулина**.

Эксперты подчеркнули, что в течение последних лет место исследования в системе профилактики РШМ определяли его относительно высокая

цена, необходимость сложного лабораторного обеспечения (что малодоступно для большинства развивающихся стран), низкая специфичность в выявлении предраковых изменений и высокая распространенность транзитной ВПЧ-инфекции среди молодежи. С точки зрения клинической эпидемиологии представляется рациональным выявить носительниц ВПЧ-ВР, а потом прицельно заниматься этой сравнительно небольшой группой пациенток, проводя регулярную цитологическую оценку цервикального эпителия на появление показаний к аблативным и резекционным вмешательствам. Но уже налаженная высокочрезвычайно затратная система первичного цитологического скрининга в развитых странах долгое время не позволяла заменить эффективный PAP-тест на другое исследование, прежде всего по экономическим причинам: молекулярные тесты на определение ВПЧ тоже недешевы, не доработаны, не валидированы для скрининга, поэтому они в основном применялись в качестве дополнительной опции для принятия решений в пограничных ситуациях.

Недостаток ВПЧ-тестирования как первичного метода скрининга заключается в том, что у молодых женщин распространенность ВПЧ-инфекции достигает 70%, но большинство таких инфекций транзитно [16]. Приблизительно к 30 годам распространенность транзитной ВПЧ-инфекции резко снижается. Персистенция вируса отмечается только у небольшого числа женщин, самоизлечение у которых не наступило. Очевидно, что самый простой способ отсеять основную массу транзитных инфекций – начинать обследовать на ВПЧ онкогенных типов женщин ближе к 30 годам.

Преимущества ВПЧ-ВР-теста как первичного скрининг-теста очевидны: максимальная чувствительность по сравнению с другими методами скрининга; низкая специфичность исследования в выявлении дисплазии компенсируется со временем – женщины с положительным результатом теста составляют популяцию высокого риска развития SIL в ближайшие 3–10 лет [17]; возможность самостоятельного забора материала для исследования, согласно письменной инструкции. Этот тест имеет пре-

имущества при отсутствии специального персонала или при отказе от проведения процедуры вследствие физического и психологического дискомфорта пациентки. Ни цитологический, ни визуальный скрининг не может быть проведен без гинекологического осмотра, предполагающего участия специалиста [18].

Онколог **Л.И. Короленкова** отметила в докладе, что первичное ВПЧ-тестирование становится основой большинства современных скрининговых программ из-за очень высокой чувствительности по сравнению с цитологией. Автор доклада показала, что необходимо применение ВПЧ-ВР-теста при любом варианте скрининга, в качестве как первичного, так и сортировочного теста, либо котестирования. ВПЧ-тест давно используется в комбинированном анализе при неясных цитологических результатах для определения дальнейшей тактики. Впервые в США тестирование на ВПЧ онкогенных типов было официально одобрено FDA именно с целью сортировки пациенток с цитологическим заключением ASCUS по системе Bethesda [19].

В случае первичного ВПЧ-тестирования низкая специфичность ВПЧ-теста требует дальнейшей сортировки женщин с положительным тестом. Показано, что представленные в клинических рекомендациях 2020 г. [20] сортировочные тесты на частичное генотипирование с выделением группы инфицированных 16 или 18 типами ВПЧ [примеры – международно признанные тесты Abbott Real Time High-Risk HPV assay, Cobas 4800 HPV Test (Roche) и др.] и двойное окрашивание на p16/Ki-67 CINtec® PLUS Cytology позволяют существенно повысить чувствительность и специфичность традиционных инструментов скрининга для выявления тяжелых поражений [21]. Докладчик постулировала, что общегосударственный организованный скрининг должен предусматривать создание единой информационной цифровой системы для всей страны. В ней должны быть учтены все регионы, которые могут выбирать свой вариант скрининга по экономическим возможностям при обязательном применении ВПЧ-тестирования при любом варианте скрининга. В общей электронной базе каждый регион должен поименно учесть

всех женщин скринингового возраста со всей информацией об особенностях анамнеза, датах и способах приглашений, датах визитов, результатов тестов, диагностических мероприятий, заканчивая гистологическим исследованием при выявлении патологии. Приглашения должны осуществляться посредством электронной почты, телефонных звонков и СМС, а также через мессенджеры или через систему ЕМИАС. Цифровая система должна функционировать длительно и сохранять данные не менее 15–20 лет, чтобы соотносить даты и результаты предыдущих раундов скрининга для каждой пациентки. Необходимо обязать врачей онкодиспансеров и гинекологов специализированных кабинетов по патологии шейки матки подавать в систему сведения о случаях выявления РШМ и CIN3 между раундами скрининга. Важна организация контроля качества и централизация результатов с отчетами об эффективности скрининга. Необходимо стремиться к переходу к системе расчета индивидуальных рисков присутствия или скорого возникновения CIN2-3, предложенной ASCCP (Американское общество кольпоскопии и патологии шейки матки) и NCI (Национальный институт рака) в 2019 г. [22, 23].

Международный опыт применения ВПЧ-теста в качестве скрининга представила гинеколог **И.Н. Кононова**. Доказанные множеством метаанализов преимущества тестирования на ВПЧ перед цитологическими методами на современном этапе предопределили его лидирующее положение в первичном скрининге в большинстве стран мира [24]. Более 500 различных тестов на ВПЧ не оправдали надежд на качество, надежность, что привело зарубежных исследователей к созданию валидированных платформ на основе критериев Майера с последующей модификацией Международными консенсусными рекомендациями на 36 параметров [25].

Необходимое условие валидации – сравнительная характеристика с референсным ВПЧ-тестом [26]. Для успешного скрининга тест должен отвечать ряду требований. В частности, чувствительность теста для выявления CIN2+ должна быть не ниже 90% по сравнению с референсным при тестировании не менее 60 проб

от пациенток с CIN2+; специфичность теста для выявления CIN2+ должна быть не ниже 98% по сравнению с референсным при тестировании не менее 800 проб от пациенток с нормальной цитологией. Высокая специфичность метода достигалась выявлением типов ВПЧ лишь высокого канцерогенного риска, чтобы удержать специфичность на высоких цифрах. Высокая чувствительность определяется широким спектром количественного типирования 12–14 генотипов для наиболее полного охвата обследуемого контингента. Важна калибровка тестов на выявление только клинически значимой концентрации ВПЧ (cut-off). Для исключения субъективизации желательна автоматизированная отсечка клинически незначимых концентраций ВПЧ, маркировка проб, применение одноразовых расходников [27]. В результате лишь несколько методов смогли пройти жесткий контроль и отбор – стать валидированными, с высокой чувствительностью и специфичностью, позволив гармонизировать полученную скрининговую информацию с клиническими данными и прогнозом у пациенток, удобные и экономичные, автоматизированные, имеющие чувствительность 95–97% и специфичность >85% [28]. С 2009 по 2017 г. было зарегистрировано 634 коммерческих теста ПЦР ДНК ВПЧ, из них валидацию прошли пока лишь 7. Апробированы ВПЧ-тесты для проведения тестирования при самозаборе вагинального содержимого, что особенно актуально в период пандемии [29].

На данный момент более 16 стран внедрили ВПЧ-тестирование в первичный скрининг РШМ (Нидерланды, Мексика, Руанда, США, Турция, Италия, Канада, Австралия, Аргентина, Сальвадор, Новая Зеландия, Финляндия, Норвегия, Швеция, Вьетнам, Англия) как в сочетании с ЖЦ (коскрининг), так и в виде первичного обследования для дальнейшего ранжирования на группы с последующей диагностикой и лечением. Возраст начала скрининга колеблется от 25 лет (США), 30 лет в ряде стран Европы, конец скрининга от 60 до 65 лет в разных странах [30]. На фоне пандемии возникла проблема забора материала, в результате чего разработаны и активно внедряются тест-системы с расходниками для самозабора матери-

ала как из цервико-вагинального содержимого, так и из мочи [31]. Опыт ряда стран, практически поборовших РШМ, может быть применим в качестве пилотного проекта в России.

Следует отметить, что Глобальной стратегией борьбы с РШМ, принятой ВОЗ и включившей более 170 стран мира, отвечает консолидация первичной профилактики (вакцинация) с охватом 90% детей до 15 лет, скрининга (70% женщин в возрасте 35 и 45 лет) и лечения выявленной патологии в 90% случаев. Однако для этого необходимо достаточное количество средств, выделяемых государством и страховыми компаниями [32, 33].

Профилактика РШМ в России регламентирована Клиническим протоколом Минздрава России (от 02.11.2017, 2020) [20]:

- начало скрининга – 21 год;
- окончание – 69 лет;
- с 21 до 29 лет используется только цитология;
- с 30 до 69 лет используется котест: цитология + ДНК ВПЧ тест (с 5-летним интервалом при двойном негативном результате).

При позитивном результате скрининга (цитология, ВПЧ-тест) показана кольпоскопия для решения вопроса о необходимости биопсии и дальнейшего лечения. В докладе эксперта РАГИН гинеколога **Т.Н. Бебневой** сообщалось об особенностях кольпоскопии как метода профилактики РШМ, о необходимости создания единой программы подготовки кольпоскопистов в России. В докладе также сделан акцент на критериях качества, с помощью которых должна оцениваться выполненная кольпоскопия, разработанные ведущими европейскими кольпоскопистами – экспертами, согласно результатам Европейского проекта Delphi.

В своем докладе **Г.Э. Улумбекова**, организатор здравоохранения, руководитель (ректор) Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), обратила внимание: в РФ показатели смертности от РШМ на уровне «новых» стран Евросоюза (ЕС) и в 3,6 раза выше, чем в «старых» странах ЕС. При одинаковом уровне смертности от РШМ с «новыми» странами ЕС

заболеваемость РШМ в РФ в 1,6 раза ниже, чем у них, что говорит о низкой выявляемости РШМ. Это важный сигнал о необходимости выявления недиагностированных случаев РШМ в РФ в нашей стране путем внедрения федеральной программы скрининга с учетом возможностей каждой территории.

Программа должна предусматривать использование современных средств связи и электронных баз данных регистратуры медицинских учреждений, жилищных контор, подразделений Фонда обязательного медицинского страхования и местных органов власти. Для ее реализации потребуется ликвидация дефицита медицинских кадров, повышение их квалификации, в том числе путем включения вопросов раннего выявления РШМ в программы дополнительного профессионального образования и оснащения медицинских работников современными руководствами и системами поддержки принятия клинических решений. Также потребуется расширение диагностических возможностей медицинских организаций. Все это повлечет за собой необходимость дополнительного финансирования программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, которое, к сожалению, в государственных расходах на 2022–2024 гг. не предусмотрено.

По итогам конференции принята резолюция.

Решено:

1. Создать рабочую группу экспертов для подготовки национальных рекомендаций по цервикальному скринингу.
2. Начать подготовку клинических рекомендаций.

Основные подходы к профилактике РШМ должны быть известны врачам любого профиля и пациентам. Этим сегодня озадачен просветительский проект от профессоров **«ЖенПроСвет/Онкопатруль»**. Учитывая современные тенденции в информационных технологиях, имеется настоятельная необходимость шире использовать социальные сети и другие возможности интернета для повышения уровня образованности населения и ответственности за состояние своего здо-

Кондрик Николай Иванович (Nikolay I. Kondrikov) – доктор медицинских наук, профессор, ГБУЗ МО МОНИАГ, Москва, Российская Федерация

<http://orcid.org/0000-0003-0792-847X>

Кононова Ирина Николаевна (Irina N. Kononova) – доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГАУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, заместитель директора Межрегионального центра дополнительного профессионального образования, Москва, Российская Федерация

E-mail: irkonmed@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0003-3483-9464>

Ледина Антонина Витальевна (Antonina V. Ledina) – доктор медицинских наук, вице-президент РАГИН, доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института ФГАУ ВО РУДН, врач клинического госпиталя «Лапино» группы компаний «Мать и Дитя», вице-президент РАГИН, Москва, Российская Федерация

E-mail: antoninaledina@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0001-6354-0475>

Лешкина Гульнара Витальевна (Gulnara V. Leshkina) – клинический цитолог ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, действительный член международной академии цитологии (ИАС), Москва, Российская Федерация

E-mail: crue@pcr.ru

Мингалева Наталия Вячеславовна (Nataliya V. Mingaleva) – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, Российская Федерация

E-mail: mingalevaN008@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0001-5440-3145>

Могиревская Ольга Александровна (Olga A. Mogirevskaya) – ГБУЗ ЦПСИР ДЗМ, Москва, Российская Федерация

Подзолкова Наталья Михайловна (Nataliya M. Podzolkova) – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Российская Федерация

E-mail: podzolkova@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8204-8336>

Полонская Наталья Юрьевна (Nataliya Yu. Polonskaya) – доктор медицинских наук, профессор, экс-заведующая Централизованной межрайонной многопрофильной клинической диагностической лаборатории ГБУЗ «Городская поликлиника № 117 ДЗМ», Москва, Российская Федерация

Смирнов Владимир Витальевич (Vladimir V. Smirnov) – кандидат медицинских наук, заведующий клинико-диагностической лабораторией СПб ГБУЗ «Городская больница № 40», Санкт-Петербург, Российская Федерация

Фириченко Сергей Викторович (Sergey V. Firichenko) – доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<https://orcid.org/0000-0001-8342-8317>

Шипулина Ольга Юрьевна (Olga Yu. Shipulina) – кандидат медицинских наук, руководитель подразделения лабораторной медицины и продвижения лабораторных услуг отдела молекулярной диагностики и эпидемиологии ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва, Российская Федерация

E-mail: olga.shipulina@pcr.ms

<https://orcid.org/0000-0003-4679-6772>

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ № 270 от 12 сентября 1997 г. «О мерах по улучшению организации онкологической помощи населению Российской Федерации».
2. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России ; под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. Москва : МНИОИ им. П.А. Герцена, 2017. 250 с. URL: http://www.oncology.ru/service/statistics/malignant_tumors/2015.pdf
3. Шакиров К.Т., Хасанов Р.Ш., Габитова С.Е., Раббаниев И.Ф., Нагуманов Э.В., Карпенко Л.Г. Организация скрининга рака шейки матки в республике Татарстан // Поволжский онкологический вестник. 2012. № 4. URL: <http://oncovestnik.ru/index.php/arkhiv/item/330-organizatsiya-skrininga-raka-shejki-matki-v-respublike-tatarstan>
4. Состояние онкологической помощи населению России / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. Москва, 2020. 239 с.
5. Приказ Минздрава России № 11-30н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”».
6. World Health Organization. Global Strategy Towards the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem. URL: <https://www.who.int/activities/a-global-strategy-for-elimination-of-cervical-cancer> (date of access June 2, 2020)
7. Фириченко С.В. и др. «Подводные камни» цервикального скрининга // Доктор.ру. 2018. № 2 (146). С. 26–34.
8. Singer A., Coppleson M., Canfell K. A real time optoelectronic device as an adjunct to the Pap smear for cervical screening: a multicentre evaluation // *Int. J. Gynecol. Cancer*. 2003. Vol. 13. P. 804–811.
9. Özgü E., Yıldız Y., Özgü B.S., Öz M., Danişman N., Güngör T. Efficacy of a real time optoelectronic device (TruScreen™) in detecting cervical intraepithelial pathologies: a prospective observational study // *J. Turk. Ger. Gynecol. Assoc.* 2015. Vol. 16, N 1. P. 41–44. DOI: <https://doi.org/10.5152/jtgg.2015.15199> PMID: 25788849; PMCID: PMC4358311.
10. Long S., Lei W., Feng Y., Lv D., Cai Y., Yang P. The feasibilities of TruScreen for primary cervical cancer screening: a self-controlled study // *Arch. Gynecol. Obstet.* 2013. Vol. 288, N 1. P. 113–118. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2697-4> Epub 2013 Jan 8. PMID: 23296464.
11. Wei Y. et al Clinical evaluation of a real-time optoelectronic device in cervical cancer screening // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2021. Vol. 266. P. 182–186. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.09.027>
12. Chen F., Zhao Yu., Li T., Chen W., Liu J., Wang J., Guo H., Zhang Y., Lang J. Clinical value of TruScreen in early diagnosis of cervical cancer and precancerous lesions: a hospital-based multicenter study // *Chin. J. Pract. Gynecol. Obstet.* 2021. Vol. 37, N 3. P. 348–352.
13. Yang H., Zhang X., Hao Z. The diagnostic accuracy of a real-time optoelectronic device in cervical cancer screening: a PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis // *Medicine (Baltimore)*. 2018. Vol. 97, N 29. Article ID 11439. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011439> PMID: 30024517; PMCID: PMC6086506.
14. Бебнева Т.Н., Прилепская В.Н., Тагиева А.В. Эффективность оптико-электронной методики TruScreen в диагностике предраковых процессов шейки матки // *Акушерство и гинекология*. 2012. № 5. С. 58–62.
15. Минкина Г.Н., Храмова О.К., Фириченко С.В. Клиническая эффективность оптикоэлектронной технологии truscreen в диагностике цервикальной интраэпителиальной неоплазии // *Вестник Российского государственного медицинского университета*. 2011. № 4. С. 37–42.
16. Jeronimo J. et al. Secondary Prevention of Cervical Cancer: ASCO Resource-Stratified Clinical Practice Guideline. Published online 12.10.2016. URL: <http://www.asco.org/rs-cervical-cancer-secondary-prev-guideline>
17. US Preventive Services Task Force Draft Recommendation Statement. Cervical Cancer: Screening. Rockville, MD : AHRQ, September 12, 2017. URL: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/draft-recommendation-statement/cervical-cancer-screening2>
18. Comprehensive Cervical Cancer Control. A Guide to Essential Practice. 2nd ed. Geneva : World Health Organization, 2014.
19. The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology. ASCCP, 2001, 2012, 2014.
20. Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки. Клинические рекомендации Минздрава России. Москва, 2020. 59 с.
21. Arbyn M. et al. Genotyping for human papillomavirus types 16 and 18 in women with minor cervical lesions: a systematic review and meta-analysis // *Ann. Intern. Med.* 2017. Vol. 166. P. 118–127.
22. Perkins R.B., Guido R.S., Castle P.E. et al. 2019 ASCCP Risk-based management consensus guidelines for abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors // *J. Low Genit. Tract Dis.* 2020. Vol. 24. P. 102–131.
23. Nayar R., Chhieng D.C., Crothers B., Darragh T.M., Davey D.D., Eisenhut C. et al. Moving forward-the 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors and beyond: implications and suggestions for laboratories // *J. Am. Soc. Cytopathol.* 2020. Vol. 9, N 4. P. 291–303.
24. Vincini G., Cabuang L. Quality assurance for HPV testing in Australia. Abstracts EUROGIN 2019. FC 01 – HPV testing and genotyping: 0360.
25. Meijer M. et al. Guidelines for human papillomavirus DNA test requirements for primary cervical cancer screening in women of 30 years and older // *Int. J. Cancer*. 2009. Vol. 124, N 3. P. 516–520.
26. Fontham E.T., Wolf A.M., Church T.R. et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American cancer society // *CA Cancer J. Clin.* 2020. Vol. 70, N 5. P. 321–335.
27. Cheung L.C., Egemen D., Chen X. et al. ASCCP risk-based management consensus guidelines: methods for risk

estimation, recommended management, and validation // J. Lower Genit. Tract Dis. 2020. Vol. 24, N 2. P. 90–101.

28. Liverani C.A., Giuseppe J., Giannella L., Carpi G.D., Ciavattini A. Cervical cancer screening guidelines in the postvaccination era: review of the literature // J. Oncol. 2020. Vol. 2020. Article ID 8887672. 14 p. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/8887672>

29. Ronco G. Core elements of the new HPV-based cervical cancer screening programme in Italy. 2018. No. 69. URL: www.HPVWorld.com

30. Wright T.C., Stoler M.H., Behrens C.M. et al. Primary cervical cancer screening with human papillomavirus: end of study results from the ATHENA study using HPV as the

first-line screening test // Gynecol. Oncol. 2015. Vol. 136, N 2. P. 189–197.

31. Han B., Fu Y., Li X., Li L., Zhu X., Zhang C. et al. Hybrid capture HPV test with hpv16/18 genotyping provides a new way for cervical cancer screening: a 3-year follow-up trial. Abstract IPVC. 2021. P. 51.

32. Arbyn M., Latsuzbaia A. Meta-analysis of the clinical accuracy of HR HPV DNA testing on urine versus on clinician-taken cervical samples. Abstract IPVC. 2021. P. 57–58.

33. Gillis J., Donken R., Cook D., Smith L. Use of urine specimens for the detection of genital HPV infection in males and females: protocol for a systematic review and meta-analysis. Abstract IPVC. 2021. P. 143.

REFERENCES

1. Order No. 270 of September 12, 1997 «On measures to improve the organization of cancer care for the population of the Russian Federation». (in Russian)

2. Malignant neoplasms in Russia in 2015 (morbidity and mortality). In: A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, G.V. Petrova (eds). Moscow: MNIIOI im. P.A. Gertsena, 2017: 250 p. URL: http://www.oncology.ru/service/statistics/malignant_tumors/2015.pdf (in Russian)

3. Shakirov K.T., Khasanov R.Sh., Gabitova S.E., Rabbaniev I.F., Nagumanov E.V., Karpenko L.G. Organization of screening for cervical cancer in the Republic of Tatarstan. Povolzhskiy onkologicheskii vestnik [Volga Oncological Bulletin]. 2012; (4). URL: <http://oncovestnik.ru/index.php/arkhiv/item/330-organizatsiya-skrininga-raka-shejki-matki-v-respublike-tatarstan> (in Russian)

4. The state of cancer care for the population of Russia. In: A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, A.O. Shakhzadova. Moscow, 2020: 239 p. (in Russian)

5. Order of the Ministry of Health of Russia No. 11-30n «On approval of the procedure for the provision of medical care in the profile of “obstetrics and gynecology”». (in Russian)

6. World Health Organization. Global Strategy Towards the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem. URL: <https://www.who.int/activities/a-global-strategy-for-elimination-of-cervical-cancer> (date of access June 2, 2020)

7. Firichenko S.V., et al. «Pitfalls» of cervical screening. Doctor.ru. 2018; 2 (146): 26–34. (in Russian)

8. Singer A., Coppleson M., Canfell K. A real time optoelectronic device as an adjunct to the Pap smear for cervical screening: a multicentre evaluation. Int J Gynecol Cancer. 2003; 13: 804–11.

9. Özgü E., Yıldız Y., Özgü B.S., Öz M., Danişman N., Güngör T. Efficacy of a real time optoelectronic device (TruScreen™) in detecting cervical intraepithelial pathologies: a prospective observational study. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2015; 16 (1): 41–4. DOI: <https://doi.org/10.5152/jtgga.2015.15199> PMID: 25788849; PMCID: PMC4358311.

10. Long S., Lei W., Feng Y., Lv D., Cai Y., Yang P. The feasibility of TruScreen for primary cervical cancer screening: a self-controlled study. Arch Gynecol Obstet. 2013; 288 (1):

113–8. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2697-4> Epub 2013 Jan 8. PMID: 23296464.

11. Wei Y., et al Clinical evaluation of a real-time optoelectronic device in cervical cancer screening. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021; 266: 182–6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.09.027>

12. Chen F., Zhao Yu., Li T., Chen W., Liu J., Wang J., Guo H., Zhang Y., Lang J. Clinical value of TruScreen in early diagnosis of cervical cancer and precancerous lesions: a hospital-based multicenter study. Chin J Pract Gynecol Obstet. 2021; 37 (3): 348–52.

13. Yang H., Zhang X., Hao Z. The diagnostic accuracy of a real-time optoelectronic device in cervical cancer screening: a PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2018; 97 (29): 11439. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011439> PMID: 30024517; PMCID: PMC6086506.

14. Bebneva T.N., Prilepskaya V.N., Tagieva A.V. The effectiveness of the TruScreen optoelectronic technique in the diagnosis of precancerous processes of the cervix. Akusherstvo i ginekologiya [Obstetrics and Gynecology]. 2012; (5): 58–62. (in Russian)

15. Minkina G.N., Khramova O.K., Firichenko S.V. Clinical efficacy of truscreen optoelectronic technology in the diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia. Vestnik Rossiyskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta [Bulletin of Russian State Medical University]. 2011; (4): 37–42. (in Russian)

16. Jeronimo J., et al. Secondary Prevention of Cervical Cancer: ASCO Resource-Stratified Clinical Practice Guideline. Published online 12.10.2016. URL: <http://www.asco.org/rs-cervical-cancer-secondary-prev-guideline>

17. US Preventive Services Task Force Draft Recommendation Statement. Cervical Cancer: Screening. Rockville, MD: AHRQ, September 12, 2017. URL: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/draft-recommendation-statement/cervical-cancer-screening2>

18. Comprehensive Cervical Cancer Control. A Guide to Essential Practice. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2014.

19. The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology. ASCCP, 2001, 2012, 2014.

20. Cervical intraepithelial neoplasia, erosion and ectropion of the cervix. Clinical guidelines of the Ministry of Health of the Russian Federation. Moscow, 2020: 59 p. (in Russian)
21. Arbyn M., et al. Genotyping for human papillomavirus types 16 and 18 in women with minor cervical lesions: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2017; 166: 118–27.
22. Perkins R.B., Guido R.S., Castle P.E., et al. 2019 ASCCP Risk-based management consensus guidelines for abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis.* 2020; 24: 102–31.
23. Nayar R., Chhieng D.C., Crothers B., Darragh T.M., Davey D.D., Eisenhut C., et al. Moving forward—the 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors and beyond: implications and suggestions for laboratories. *J Am Soc Cytopathol.* 2020; 9 (4): 291–303.
24. Vincini G., Cabuang L. Quality assurance for HPV testing in Australia. Abstracts EUROGIN 2019. FC 01 – HPV testing and genotyping: 0360.
25. Meijer M., et al. Guidelines for human papillomavirus DNA test requirements for primary cervical cancer screening in women of 30 years and older. *Int J Cancer.* 2009; 124 (3): 516–20.
26. Fontham E.T., Wolf A.M., Church T.R., et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American cancer society. *CA Cancer J Clin.* 2020; 70 (5): 321–35.
27. Cheung L.C., Egemen D., Chen X., et al. ASCCP risk-based management consensus guidelines: methods for risk estimation, recommended management, and validation. *J Lower Genit Tract Dis.* 2020; 24 (2): 90–101.
28. Liverani C.A., Giuseppe J., Giannella L., Carpini G.D., Ciavattini A. Cervical cancer screening guidelines in the postvaccination era: review of the literature. *J Oncol.* 2020; 2020: 8887672. 14 p. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/8887672>
29. Ronco G. Core elements of the new HPV-based cervical cancer screening programme in Italy. 2018. No. 69. URL: www.HPVWorld.com
30. Wright T.C., Stoler M.H., Behrens C.M., et al. Primary cervical cancer screening with human papillomavirus: end of study results from the ATHENA study using HPV as the first-line screening test. *Gynecol Oncol.* 2015; 136 (2): 189–97.
31. Han B., Fu Y., Li X., Li L., Zhu X., Zhang C., et al. Hybrid capture HPV test with hpv16/18 genotyping provides a new way for cervical cancer screening: a 3-year follow-up trial. Abstract IPVC. 2021. P. 51.
32. Arbyn M., Latsuzbaia A. Meta-analysis of the clinical accuracy of HR HPV DNA testing on urine versus on clinician – taken cervical samples. Abstract IPVC. 2021. P. 57–58.
33. Gillis J., Donken R., Cook D., Smith L. Use of urine specimens for the detection of genital HPV infection in males and females: protocol for a systematic review and meta-analysis. Abstract IPVC. 2021. P. 143.

Научное обоснование когнитивно-поведенческой стратегии профилактики железодефицитных состояний у женщин репродуктивного возраста

Шулаев А.В.¹,
Чернобровкина Г.И.²,
Кузнецова Д.Р.³

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 420012, г. Казань, Российская Федерация

² Высшая школа организации и управления здравоохранением, 115035, г. Москва, Российская Федерация

³ Институт практической нутрициологии и натуропатии, 420015, г. Казань, Российская Федерация

Цель – разработка научно обоснованных превентивных мероприятий по управлению рисками железодефицитных состояний у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. Проведено социально-гигиеническое и психологическое исследование женщин репродуктивного возраста с целью разработки алгоритмизированных инструментов профилактики для врачей амбулаторно-поликлинического звена. Исследование включало 2 блока: опрос и обучающие семинары. Анкетирование реализовано с помощью google-форм, содержащих вопросы об образе жизни, и тестов «Экспресс-диагностика железодефицитных состояний» (Е.В. Кочнева, М.В. Кралевска, 2017) и выявление личностной и ситуативной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера (адаптирована на русский язык Ю.Л. Ханиным).

Обучающие семинары проводились в 2021 г. в Казани в группе женщин ($n=54$) с лабораторно подтвержденным дефицитом железа в рамках курса нутрициологической поддержки «Шаги к здоровью» (Д.Р. Кузнецова, 2021).

Программа семинаров включает информационный блок с новейшими данными об эпидемиологии железодефицитных состояний, алгоритмах диа-

гностики и профилактики. Работа в малой группе дополнена техниками эмпатийного познания, что способствует ценностно-опосредованному восприятию информации и эффективному усвоению материала.

Учитывая, что проблема дефицита железа у женщин часто связана с образом жизни и психологическим статусом, в программу добавлен обучающий модуль «Элементы когнитивно-поведенческой терапии в практике врача общей практики».

Результаты. Установлено, что 26% опрошенных женщин имеют лабораторно подтвержденный дефицит железа ($Hb < 120$ г/л), у 35% респонденток отмечается низкий уровень тканевых запасов железа (ферритин сыворотки < 40 нг/мл). При этом среди последних у 89% женщин показатели ферритина сыворотки < 20 нг/мл. В 18,5% анкет прикреплены лабораторные данные, свидетельствующие в пользу латентного дефицита железа (ферритин сыворотки < 40 нг/мл при $Hb \geq 120$ г/л).

На вопрос «Беседовал ли когда-либо врач вашей поликлиники с вами на тему профилактики железодефицитных состояний?» 87% респонденток поставили галочку в строке «нет», 92% женщин сообщили, что оценивают взаимодействие со своим лечащим врачом как «недостаточное».

Данные о динамике уровня информированности женщин о проблеме железодефицита оценивались по краткому опроснику в режимах «до» и «после» обучения на семинарах. Так, базовый уровень знаний женщин в среднем составил 4,6 балла, а после участия в семинарах – 8,8 балла ($p < 0,05$).

Заключение. В процессе обучения женщины получили алгоритмизированную информацию о факторах риска железодефицитных состояний и тактике самоконтроля для первичной профилактики. Отмечена положительная обратная связь на блок «Латентный дефицит железа: от диагностики к причинам» (86% участниц выделили эту часть программы как особо ценную).

Таким образом, полученные в ходе пилотного исследования данные показывают, что у женщин репродуктивного возраста существует потребность в получении качественной и достоверной информации по вопросам профилактики железодефицитных состояний. Вместе с тем для успешной реализации такого подхода на популяционном уровне необходимы мероприятия, направленные на развитие профилактического мышления у врачей клинического профиля: внедрение программы в рамках циклов повышения квалификации врачей общей практики и учебный план дисциплины «Гигиена» для студентов лечебного и педиатрического факультетов.

Ключевые слова:

железодефицитная анемия, женщины репродуктивного возраста, профилактическое консультирование, рациональный образ жизни, эмпатия

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Шулаев А.В., Чернобровкина Г.И., Кузнецова Д.Р. Научное обоснование когнитивно-поведенческой стратегии профилактики железодефицитных состояний у женщин репродуктивного возраста // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 4. С. 32–39. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-4-32-39>

Статья поступила в редакцию 01.09.2021. Принята в печать 01.12.2021

Scientific substantiation of the cognitive-behavioral strategy for the prevention of iron deficiency in women of reproductive age

Shulaev A.V.¹,
Chernobrovkina G.I.²,
Kuznetsova D.R.³

¹ Kazan State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 420012, Kazan, Russian Federation

² Graduate School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ), 115035, Moscow, Russian Federation

³ Institute of Practical Nutrition and Naturopathy, 420015, Kazan, Russian Federation

The aim is to develop evidence-based preventive measures to manage the risks of iron deficiency in women of reproductive age.

Material and methods. Social, hygienic and psychological research in women of reproductive age was aimed at developing algorithmic prevention tools for outpatient-polyclinic doctors. The research included two blocks: a survey and training seminars. The questionnaire included questions on lifestyle in google-forms and such tests as “Express diagnostics of iron deficiency conditions” (E.V. Kochneva, M.V. Kravetska, 2017) and “Identification of personal and situational anxiety according to Charles Spielberger” (adapted into Russian by Yu. Khanin).

Training seminars were held in 2021 in Kazan in a group of women ($n=54$) with laboratory-confirmed iron deficiency in frames of “Steps to Health” Nutritional Support Course (D.R. Kuznetsova, 2021).

The seminar program includes information block with the recent evidence on epidemiology of iron deficiency states, diagnostic and prevention algorithms. Work in a small group was expanded with empathic cognition techniques, which contributes to value-mediated perception of information and effective assimilation of the material.

Considering that the problem of iron deficiency in women is often associated with lifestyle and psychological status, a training module on “Elements of cognitive behavior therapy in the practice of a general practitioner” has been added to the program.

Results. It was found out that 26% of the women surveyed have laboratory confirmed iron deficiency ($Hb < 120$ g/l), 35% of the respondents have a low level of tissue iron stores (serum ferritin < 40 ng/ml). Among the latter, 89% of women have serum ferritin values < 20 ng/ml. 18.5% of the questionnaires had laboratory data attached that testified to latent iron deficiency (serum ferritin < 40 ng/ml with $Hb \geq 120$ g/l).

When asked if the doctor of your polyclinic ever talked to you about the prevention of iron deficiency, 87% ticked the box “no”, 92% reported that they rate the interaction with their doctor as “insufficient”.

Short “before-after training” questionnaire was used to assess the dynamics of female awareness of the problem of iron deficiency. It showed that the basic level of women’s knowledge averaged to 4.6 points, while after they participated in seminars it equaled to 8.8 points ($p < 0.05$).

Conclusion. During the training, women received algorithmized information about iron deficiency conditions risk factors and self-control tactics for primary prevention. There was a positive feedback on the “Latent iron deficiency: from diagnosis to causes” block (86% of the participants highlighted this part of the program as especially valuable).

Thus, evidence obtained during the pilot study shows that women of reproductive age need to get high-quality reliable information on the prevention of iron deficiency conditions. However, to successfully implement such an approach at the population level, we should take measures to develop preventive thinking in clinicians: to introduce a program in frames of training cycles for general practitioners and “Hygiene” course for students of medical and pediatric departments.

Keywords:

iron deficiency anemia, women of reproductive age, preventive counseling, rational lifestyle, empathy

Funding. The study had no sponsor support.

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

For citation: Shulaev A.V., Chernobrovkina G.I., Kuznetsova D.R. Scientific substantiation of the cognitive-behavioral strategy for the prevention of iron deficiency in women of reproductive age. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2021; 7 (4): 32–9. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-4-32-39> (in Russian)

Received 01.09.2021. **Accepted** 01.12.2021.

Согласно исследованию Всемирной организации здравоохранения «Глобальное бремя болезней», железодефицитная анемия (ЖДА) является пятым по распространенности в мире расстройством. Это связывают с множеством факторов, сложными и не до конца изученными патологическими механизмами, а также с тем, что этиология сильно варьирует с точки зрения возраста, пола и географического распределения [1, 2]. В России, по данным Росстата за 2019 г., анемия зарегистрирована у 1617,7 тыс. человек [3].

По данным международных и российских исследований, более 20% женщин испытывают железодефицитные состояния во время репродуктивной жизни, особенно уязвимы к этому женщины с обильным менструальным кровотечением, беременные и женщины в послеродовой период. Несмотря на высокую распростра-

ненность проблемы у женщин, это состояние все еще недостаточно диагностируется и, следовательно, не лечится, что существенно снижает качество жизни женщин от подросткового возраста до постменопаузы [4–9].

По мнению экспертов, сегодня мы наблюдаем низкий уровень осведомленности о причинах, симптомах, профилактике и лечении ЖДА среди женщин репродуктивного возраста [10]. Существенная роль в создании единого информационного пространства отводится профилактическому мышлению врача. Для успешного взаимодействия в рамках амбулаторного приема врачам общей практики необходимы навыки индивидуально-ориентированной профилактики.

Модель такого взаимодействия должна быть сфокусирована на индивидуальном здоровье, основана на доклиническом выявлении заболеваний, в приоритете превентивные мероприятия

и личная заинтересованность пациента в изменении собственных поведенческих стереотипов [11].

К сожалению, на этапе амбулаторно-поликлинического звена профилактическое консультирование сводится к реализации стратегии высокого риска (информированию граждан о риске пагубного потребления алкоголя, наркотических веществ, табака и пр.), пациенты чаще всего направляются в кабинеты/центры медицинской профилактики.

Анализ организационно-правовых документов по обеспечению работы по профилактике железодефицитных состояний в системе первичной медико-санитарной помощи показал недостаточность информационных данных. Так, в действующих клинических рекомендациях раздел «Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики» содержит информацию о ежедневной потребности взрослого человека и ребенка в железе, указаны данные о его всасывании в кишечнике и приведены комментарии по питанию грудных детей. Все остальные данные этого раздела посвящены скринингу и вторичной профилактике [12]. К сожалению, не представлена информация о необходимости формирования у женщин репродуктивного возраста настороженности в отношении:

- применения диет и других ограничений в приеме пищи;
- риска возникновения обильных менструаций (обучение критериям самодиагностики с целью своевременного обращения за медицинской помощью);
- признаков вероятного латентного дефицита железа (ЛДЖ);
- факторов питания, снижающих всасывание железа в организме;
- психологического состояния, являющегося провоцирующим фактором возникновения железодефицита.

Таким образом, система профилактики ЖДА и ЛДЖ у женщин репродуктивного возраста не достаточно разработана. Немаловажно, что врачи амбулаторно-поликлинического звена не

имеют алгоритмизированных инструментов по профилактике и не обучены актуальным коммуникативным стилям для мотивации пациентов на ведение рационального образа жизни.

Цель исследования – разработка научно обоснованных превентивных мероприятий по управлению рисками железодефицитных состояний у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы

Социально-гигиеническое и психологическое исследование женщин репродуктивного возраста с целью разработки алгоритмизированных инструментов профилактики для врачей амбулаторно-поликлинического звена. Исследование включало 2 блока: опрос и обучающие семинары. Анкетирование реализовано с помощью google-форм, содержащих вопросы об образе жизни, и тестов: «Экспресс-диагностика железодефицитных состояний» (Е.В. Кочнева, М.В. Кралевска, 2017) и выявление личностной и ситуативной тревожности по методике Ч.Д. Спилбергера (адаптирована на русский язык Ю.Л. Ханиным).

Обучающие семинары проводились в 2021 г. в Казани в группе женщин ($n=54$) с лабораторно подтвержденным дефицитом железа в рамках курса нутрициологической поддержки «Шаги к здоровью» (Д.Р. Кузнецова, 2021).

Инновационный подход предусматривает обучение врачей коммуникационным стилям профилактического консультирования с использованием разработанного дидактического инструмента, позволяющего выстраивать семинары по когнитивно-эмоциональному принципу.

Программа семинаров включает информационный блок с новейшими данными об эпидемиологии железодефицитных состояний, алгоритмах диагностики и профилактики. Работа в малой группе дополнена техниками эмпатийного познания, что способствует ценностно-опосредованному восприятию информации и эффективному усвоению материала.

Учитывая, что проблема дефицита железа у женщин часто связана с образом жизни и психологическим статусом в программу добавлен

обучающий модуль «Элементы когнитивно-поведенческой терапии в практике врача общей практики».

Научной основой программы служат результаты собственного исследования по изучению ценностных ориентаций и эмпатии у студентов ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России в период с 2016 по 2019 г. ($n=523$, по методикам М. Рогова и И.М. Юсупова), а также характеристика когнитивно-поведенческих паттернов у женщин с железодефицитными состояниями из разных регионов России (300 человек).

Для статистической обработки первого этапа применялись методы математической статистики: вычисление и оценка относительных и средних величин, критерий Стьюдента и др. За уровень статистической значимости принималась вероятность ошибки $p \leq 0,05$. Статистическую обработку проводили с использованием пакета Statistica 13.0.

Результаты

В **задачи** настоящего исследования входит разработка программы, которую можно использовать как для образования студентов клинического профиля, так и в рамках дополнительного профессионального образования врачей.

На *первом этапе*, получив данные о существовании корреляционной связи между эмпатией и определенными ценностями («познание» ($r_{xy}=0,48$), «добрые отношения с людьми» ($r_{xy}=0,48$), «честность» ($r_{xy}=0,37$), «общение с людьми, близкими по духу» ($r_{xy}=0,36$), «творчество» ($r_{xy}=0,36$), «высокие запросы» ($r_{xy}=0,348$)), мы разработали интерактивную рабочую тетрадь, которую апробировали в ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России. Результаты наших изысканий изложены в научно-исследовательской работе «4-П медицина как инструмент формирования здорового образа жизни у населения и основа преподавания гигиены студентам лечебного и педиатрического профиля» [13].

На следующем этапе нашего исследования мы перешли к разработке программы «Интерактив по профилактике» для обучения врачей

амбулаторно-поликлинического звена. Научное обоснование нового подхода в профилактике выполняется на примере превентивных мероприятий по управлению рисками железодефицитных состояний.

Одна из гипотез *второго этапа* научного исследования – дефицит железа у женщин ассоциирован с образом жизни и психологическим здоровьем, поэтому превентивные мероприятия в амбулаторно-поликлинической сети должны включать элементы когнитивно-поведенческой коррекции.

Для проверки предположений в 2020–2021 гг. мы провели социально-психологический опрос 600 женщин репродуктивного возраста из разных городов России.

Установлено, что 26% опрошенных женщин имеют лабораторно подтвержденный дефицит железа ($Hb < 120$ г/л), у 35% респонденток отмечается низкий уровень тканевых запасов железа (ферритин сыворотки < 40 нг/мл). При этом среди последних у 89% женщин показатели ферритина сыворотки < 20 нг/мл.

В 18,5% анкет прикреплены лабораторные данные свидетельствующие в пользу ЛДЖ (ферритин сыворотки < 40 нг/мл при $Hb \geq 120$ г/л).

При оценке образа жизни, гигиены сна и бодрствования некоторые девушки отмечали расстройства сна. Так, у 40,7% опрошенных сон является поверхностным, с частыми эпизодами прерывания, 37% жалуются на то, что засыпают с трудом. При этом 68,5% респонденток признают, что гуляют на свежем воздухе менее 2 ч в день.

В настоящий момент лишь 6% женщин получают информацию по профилактике у врача-терапевта участкового, 26% – у врачей частных клиник, 11% – на сайтах и форумах и 57% – в средствах массовой информации и социальных сетях. Однако на вопрос о желаемых предпочтениях в части канала получения здоровьесберегающей информации 51,8% респонденток высказались в пользу врача-терапевта участкового.

На вопрос «Беседовал ли когда-либо врач вашей поликлиники с вами на тему профилактики железодефицитных состояний?» 87% поста-

вили галочку в строке «нет», 92% сообщили, что оценивают взаимодействие со своим лечащим врачом как «недостаточное».

Данные о динамике уровня информированности женщин о проблеме железодефицита оценивались по краткому опроснику в режимах «до» и «после» обучения на семинарах. Так, базовый уровень знаний женщин в среднем составил 4,6 балла, а после участия в семинарах – 8,8 балла ($p < 0,05$).

Заключение

В процессе обучения женщины получили алгоритмизированную информацию о факторах риска железодефицитных состояний и тактике самоконтроля для первичной профилактики. Отмечена положительная обратная связь на блок

«Латентный дефицит железа: от диагностики к причинам» (86% участников выделили эту часть программы, как особо ценную).

Таким образом, полученные в ходе пилотного исследования данные показывают, что у женщин репродуктивного возраста существует потребность в получении качественной и достоверной информации по вопросам профилактики железодефицитных состояний. Вместе с тем, для успешной реализации такого подхода на популяционном уровне, необходимы мероприятия, направленные на развитие профилактического мышления у врачей клинического профиля: внедрение программы в рамках циклов повышения квалификации врачей общей практики и учебный план дисциплины «Гигиена» для студентов лечебного и педиатрического факультетов.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Шулаев Алексей Владимирович (Aleksey V. Shulaev) – доктор медицинских наук, профессор, проректор по клинической работе, заведующий кафедрой общей гигиены ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России (Казань, Российская Федерация)

E-mail: alexs_shu@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-2073-2538>

Чернобровкина Гульнара Ильдаровна (Gulnara I. Chernobrovkina) – сотрудник Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) (Москва, Российская Федерация)

E-mail: pozolina@list.ru

<https://orcid.org/0000-0002-1346-7510>

Кузнецова Динара Рустэмовна (Dinara R. Kuznetsova) – нутрициолог, Институт практической нутрициологии и натуропатии (Казань, Российская Федерация)

E-mail: chipolina14@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Chaparro C.M., Suchdev P.S. Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low- and middle-income countries // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2019. Vol. 1450, N 1. P. 15–31. DOI: <https://doi.org/10.1111/nyas.14092>
2. Marton I., Agócs S., Babik B. Epidemiology of anemia // *Orv. Hetil.* 2020. Vol. 161, N 37. P. 1569–1573. DOI: <https://doi.org/10.1556/650.2020.31916>
3. Федеральная служба государственной статистики. Здравоохранение в России. Москва : Росстат, 2019. 170 с. ISBN 978-5-89476-470-2.
4. Percy L., Mansour D., Fraser I. Iron deficiency and iron deficiency anaemia in women // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2017. Vol. 40. P. 55–67. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.09.007>
5. Mirza F.G., Abdul-Kadir R., Breyman C., Fraser I.S., Taher A. Impact and management of iron deficiency and iron-deficiency anemia in women's health // *Expert Rev. Hematol.* 2018. Vol. 11, N 9. P. 727–736. DOI: <https://doi.org/10.1080/17474086.2018.1502081> Epub 2018 Aug 1.
6. Mansour D., Hofmann A., Gemzell-Danielsson K. A review of clinical guidelines on the management of iron deficiency and iron-deficiency anemia in women with heavy menstrual bleeding // *Adv. Ther.* 2021. Vol. 38, N 1. P. 201–225. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12325-020-01564-y>

7. Rizwan A., Khan Q.J., Ullah A., Wasim M., Ramzan S., Hussain S. et al. Iron deficiency anemia in reproductive age women: a survey study of district Bahawalpur, Punjab, Pakistan // *Pak. J. Pharm. Sci.* 2019. Vol. 32, N 3. P. 1091–1095.

8. Стуклов Н.И., Леваков С.А., Сушинская Т.В., Митченкова А.А., Ковальчук М.О. Профилактика и лечение анемии у женщин репродуктивного возраста при гинекологических заболеваниях // *Акушерство и гинекология.* 2020. № 3. 218–226. DOI: <https://doi.org/10.18565/aig.2020.3.218-226>

9. Лукина Е.А., Ледина А.В., Роговская С.И. Железодефицитная анемия: взгляд гематолога и гинеколога. Оптимизируем диагностику и лечебную тактику // *PMЖ. Мать и дитя.* 2020. Т. 3, № 4. С. 248–253. DOI: <https://doi.org/10.32364/2618-8430-2020-3-4-248-253>

10. Hood L., Flores M. A personal view on systems medicine and the emergence of proactive P4 medicine:

predictive, preventive, personalized and participatory // *N. Biotechnol.* 2012. Vol. 29, N 6. P. 613–624. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nbt.2012.03.004>

11. Драпкина О.М., Мартынов А.И., Байда А.П., Балан В.Е., Баранов И.И. и др. Резолюция экспертного совета «Актуальные вопросы железодефицита в Российской Федерации» // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2020. Т. 19, № 5. С. 236–241. DOI: <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2020-2700>

12. Клинические рекомендации «Железодефицитная анемия». Москва, 2020.

13. Шулаев А.В., Чернобровкина Г.И., Касимова Л.Н., Шикалева А.А., Зиновьев П.В. «4-П медицина» как инструмент формирования здорового образа жизни у населения и основа преподавания гигиены студентам лечебного и педиатрического профиля // *Российский вестник гигиены.* 2021. № 2. С. 15–19. DOI: <https://doi.org/10.24075/rbh.2021.010>

REFERENCES

1. Chaparro C.M., Suchdev P.S. Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low- and middle-income countries. *Ann N Y Acad Sci.* 2019; 1450 (1): 15–31. DOI: <https://doi.org/10.1111/nyas.14092>

2. Marton I., Agócs S., Babik B. Epidemiology of anemia. *Orv Hetil.* 2020; 161 (37): 1569–73. DOI: <https://doi.org/10.1556/650.2020.31916>

3. Federal State Statistics Service. Healthcare in Russia. Moscow: Rosstat, 2019: 170 p. ISBN 978-5-89476-470-2. (in Russian)

4. Percy L., Mansour D., Fraser I. Iron deficiency and iron deficiency anaemia in women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2017; 40: 55–67. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.09.007>

5. Mirza F.G., Abdul-Kadir R., Breyman C., Fraser I.S., Taher A. Impact and management of iron deficiency and iron-deficiency anemia in women's health. *Expert Rev Hematol.* 2018; 11 (9): 727–36. DOI: <https://doi.org/10.1080/17474086.2018.1502081> Epub 2018 Aug 1.

6. Mansour D., Hofmann A., Gemzell-Danielsson K. A review of clinical guidelines on the management of iron deficiency and iron-deficiency anemia in women with heavy menstrual bleeding. *Adv Ther.* 2021; 38 (1): 201–25. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12325-020-01564-y>

7. Rizwan A., Khan Q.J., Ullah A., Wasim M., Ramzan S., Hussain S., et al. Iron deficiency anemia in reproductive age women: a survey study of district Bahawalpur, Punjab, Pakistan. *Pak J Pharm Sci.* 2019; 32 (3): 1091–5.

8. Stuklov N.I., Levakov S.A., Sushinskaya T.V., Mitchenkova A.A., Koval'chuk M.O. Prevention and treatment of

anemia in reproductive-aged women with gynecological diseases. *Akusherstvo i Ginekologiya [Obstetrics and Gynecology].* 2020; (3): 218–26. DOI: <https://doi.org/10.18565/aig.2020.3.218-226> (in Russian)

9. Lukina E.A., Ledina A.V., Rogovskaya S.I. Iron-deficiency anemia: a view of hematologist and gynecologist. Optimizing diagnostic and treatment approach. *RMZH Mat' i ditya [RMJ. Mother and Child].* 2020; 3 (4): 248–53. DOI: <https://doi.org/10.32364/2618-8430-2020-3-4-248-253> (in Russian)

10. Hood L., Flores M. A personal view on systems medicine and the emergence of proactive P4 medicine: predictive, preventive, personalized and participatory. *N Biotechnol.* 2012; 29 (6): 613–24. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nbt.2012.03.004>

11. Драпкина О.М., Мартынов А.И., Байда А.П., Балан В.Е., Баранов И.И., et al. Resolution of the expert council «Relevant issues of iron deficiency in the Russian Federation». *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika [Cardiovascular Therapy and Prevention].* 2020; 19 (5): 236–41. DOI: <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2020-2700> (in Russian)

12. Clinical guidelines «Iron deficiency anemia». Moscow, 2020. (in Russian)

13. Shulaev A.V., Chernobrovkina G.I., Kasimova L.N., Shikaleva A.A., Zinoviev P.V. «P4 medicine» as a tool for stimulating healthy lifestyle and the basis of teaching prevention to students of general medicine and pediatrics. *Rossiyskiy vestnik gigeny [Russian Bulletin of Hygiene].* 2021; (2): 15–9. DOI: <https://doi.org/10.24075/rbh.2021.010> (in Russian)

Пути совершенствования организационно-методической деятельности в медицинских организациях на современном этапе реформирования здравоохранения

Медик В.А.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого», 173003, г. Великий Новгород, Российская Федерация

В статье представлен комплекс мероприятий, направленных на повышение эффективности организационно-методической деятельности в медицинских организациях. Раскрыты методические подходы к организации и проведению анализа финансово-хозяйственной и медицинской деятельности организаций здравоохранения. Представлены основные группы медицинской учетной документации, используемой в организациях здравоохранения различного типа. Подчеркнута исключительная важность разработки перспективных и текущих планов оптимизации сети медицинских организаций. Изложены основные направления проведения целевых проверок и экспертиз. Раскрыты современные подходы повышения эффективности работы с медицинскими кадрами. Даны современные формы организации выездной лечебно-диагностической и консультативной помощи с учетом специфики оказания медицинской помощи в сельской местности. Представлена схема организации телемедицинских консультаций. Особое внимание уделено организации профилактической работы в медицинских организациях. Сформулированы основные проблемы и пути совершенствования организационно-методической деятельности на современном этапе развития системы здравоохранения.

Ключевые слова:

организационно-методическая работа, целевые проверки и экспертизы, выездная лечебно-диагностическая и консультативная помощь, реформа управления здравоохранением, медицинская учетная документация, качество медицинской помощи, целевые программы, организация телемедицинских консультаций

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.
Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Медик В.А. Пути совершенствования организационно-методической деятельности в медицинских организациях на современном этапе реформирования здравоохранения // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 4. С. 40–50. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-4-40-50>

Статья поступила в редакцию 06.09.2021. Принята в печать 06.12.2021

Ways to improve organizational and methodological activities in medical organizations at the present stage of healthcare system reform

Medik V.A.

Yaroslav-the-Wise Novgorod State University,
173003, Veliky Novgorod, Russian Federation

In the article a set of measures aimed at improving the efficiency of organizational and methodological activities in medical organizations is represented. The methodological approaches to organization and analysis of financial, economic and medical activities of healthcare organizations are disclosed. The main groups of medical accounts and records used in healthcare organizations of various types are represented. The exceptional importance of developing long-term and current plans for optimizing the network of medical organizations is underscored. The main directions of special-purpose inspections and expert evaluations realization are outlined. Modern approaches of improving the efficiency of work with healthcare personnel are disclosed. The modern forms of organization of on-site medical-diagnostic and consulting assistance, taking into account specificity of health care delivery in rural areas, are given. The scheme of telemedicine consultations organization is represented. Special attention is given to organization of preventive work in medical organizations. The main problems and ways to improve organizational and methodological activities at the present stage of healthcare system development are formulated.

Keywords:

organizational and methodological work, special-purpose inspections and expert evaluations, on-site medical-diagnostic and consulting assistance, healthcare management reform, medical accounts and records, quality of medical care, targeted programs, telemedicine consultations organization

Funding. The study had no sponsor support.

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

For citation: Medik V.A. Ways to improve organizational and methodological activities in medical organizations at the present stage of healthcare system reform. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2021; 7 (4): 40–50. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-4-40-50> (in Russian)

Received 06.09.2021. **Accepted** 06.12.2021.

В современных условиях одним из важнейших направлений реформирования здравоохранения является совершенствование

существующей системы управления – формирование системы, которая обеспечивала бы прежде всего эффективное использование материаль-

но-технических, финансовых, кадровых, информационных и других ресурсов, направляемых в отрасль. Руководителям органов управления и учреждений здравоохранения необходимы эффективно действующие механизмы выработки и принятия научно обоснованных управленческих решений, ориентированных на достижение конечных результатов – улучшение показателей здоровья населения. Без решения этой приоритетной задачи дальнейшее наращивание ресурсного потенциала системы здравоохранения будет неэффективным, а основная цель – обеспечение доступности и качества медицинской помощи населению – не будет достигнута.

Реформирование системы управления влечет за собой необходимость совершенствования организационно-методической деятельности, являющейся неотъемлемой частью механизма управления здравоохранением на федеральном, региональном, муниципальном и учрежденческом уровнях.

Организационно-методическая работа является важнейшим направлением в деятельности органов управления и организаций здравоохранения – она аккумулирует в себе различные функции управления (прогнозирование, планирование, организацию, координацию, контроль).

Организационно-методическую деятельность осуществляют как органы управления здравоохранением, так и самостоятельные медицинские организации (районные, городские, областные, республиканские, федеральные) и их структурные подразделения. К ним относятся: организационно-методические отделы (кабинеты), отделения экстренной и планово-консультативной помощи, отделения (кабинеты) медицинской статистики; медицинские информационно-аналитические центры, бюро медицинской статистики, медицинские архивы. Непосредственное участие в организационно-методической деятельности принимают главные штатные и внештатные специалисты.

Организационно-методическую деятельность осуществляют ведущие (головные) учреждения федерального, регионального и районного уровня здравоохранения и состоит она в оказании

практической помощи курируемым службам и учреждениям здравоохранения по широкому профилю вопросов, касающихся организации и повышения качества лечебно-диагностического процесса, улучшения профилактики, технологического совершенствования деятельности, оптимизации управления, в том числе повышения уровня планирования.

Организационно-методическую службу в медицинских организациях возглавляют, как правило, первые заместители руководителей этих организаций. В их подчинении находятся организационно-методические отделы или организационно-методические кабинеты, направляющие и координирующие деятельность организационно-методической службы на территории.

Основные направления организационно-методической деятельности

К ним относятся:

1. Аналитическая работа.
2. Организация системы медицинского учета и отчетности.
3. Разработка перспективных и текущих планов, оптимизация сети медицинских организаций.
4. Проведение целевых проверок и экспертиз.
5. Работа с медицинскими кадрами.
6. Организация выездной лечебно-диагностической и консультативной помощи.
7. Организация профилактической работы.
8. Контроль за исполнением организационно-распорядительных документов.

Аналитическая работа является одним из приоритетных направлений в организационно-методической деятельности. В ней непосредственное участие принимают главные штатные и внештатные специалисты (органов управления и учреждений здравоохранения).

Аналитическая работа включает:

- анализ состояния и динамики развития системы здравоохранения соответствующей административной территории, здоровья населения, медико-демографической ситуации, факторов внешней среды,

оказывающих влияние на уровень здоровья населения;

- анализ причин смертности, первичной и общей заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, социально значимых болезней и других показателей здоровья населения с последующей разработкой мер по их улучшению;
- анализ использования основных ресурсов здравоохранения (материально-технических, финансовых, кадровых, информационных);
- подготовка и сдача сводного статистического отчета о сети, кадрах и деятельности системы (организации) здравоохранения, написание аналитических обзоров о состоянии медицинской помощи населению территорий;
- подготовка и распространение статистических справок, материалов с анализом показателей здоровья населения, оперативных информационных материалов о деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), сводных данных о деятельности отдельных специализированных учреждений и служб в формате ежедневных, еженедельных, месячных, квартальных, полугодовых, годовых отчетов;
- анализ занятости коечного фонда, разработка мер по его рациональной реструктуризации и использованию альтернативных форм больничной помощи: хосписы, дневные стационары, стационары на дому;
- формирование программ сбора и обработки статистической информации, создание автоматизированных систем информационного обеспечения руководства для принятия оперативных и своевременных управленческих решений;
- изучение и анализ показателей деятельности всех ЛПУ территории в динамике, разработка моделей конечных результатов деятельности ЛПУ, специализированных служб;
- изучение медицинской, социальной и экономической эффективности деятельности

учреждений здравоохранения и специализированных служб;

- анализ выполнения комплексных (целых) программ по развитию здравоохранения и территориальных программ госгарантий.

Организация системы медицинского учета и отчетности. Одним из важнейших направлений организационно-методической деятельности органов управления и учреждений здравоохранения является организация и совершенствование системы учета и отчетности о состоянии здоровья населения, медицинской и экономической деятельности учреждений здравоохранения.

В системе здравоохранения Российской Федерации во всех органах управления и медицинских учреждениях используются единые формы статистической отчетности, утверждаемые Федеральной службой государственной статистики, а также единые формы учета и инструкции по их заполнению.

Это позволяет обобщать в масштабах страны статистический материал по здоровью населения и здравоохранению, сравнивать статистические показатели в разрезе субъектов федерации, муниципальных образований и отдельных учреждений.

Статистические данные о здоровье населения и деятельности органов управления и учреждений здравоохранения в разрезе муниципального района, субъекта федерации, по России в целом формируются на основании сводки материалов статистической отчетности отдельных учреждений здравоохранения. В силу этого обеспечение полноты и достоверности статистической отчетности любого ЛПУ и органов управления здравоохранением является важной задачей организационно-методической службы.

Учет деятельности ЛПУ осуществляется на основе 14 групп медицинской документации, содержащих большое количество показателей и числовых данных.

1. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах.
2. Медицинская учетная документация, используемая в поликлиниках (амбулаториях).

3. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и поликлиниках (амбулаториях).

4. Медицинская учетная документация для других типов лечебно-профилактических учреждений.

5. Медицинская учетная документация для учреждений судебно-медицинской экспертизы.

6. Медицинская учетная документация для лаборатории в составе лечебно-профилактических учреждений.

7. Медицинская документация, используемая при комплектовании и медицинском освидетельствовании доноров.

8. Медицинская документация, используемая при заготовке крови и ее компонентов.

9. Медицинская документация, используемая в экспедиции.

10. Медицинская документация, используемая в резус-лаборатории (клинической лаборатории).

11. Медицинская документация, используемая в лаборатории стандартных сывороток.

12. Документация, используемая в отделении по изготовлению сухой плазмы и высушиванию препаратов крови лиофильным методом.

13. Документация, используемая в отделе технического контроля.

14. Медицинская документация, используемая при вспомогательных репродуктивных технологиях.

Эти группы содержат более 300 основных форм медицинской учетной документации.

Для организации качественного медицинского учета и отчетности специалисты организационно-методической службы принимают участие в проведении семинаров, инструктивных совещаний по ведению основной медицинской документации, подготовке и составлению годовых отчетов.

Организационной и правовой основой для создания эффективных механизмов медицинского учета и отчетности является Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), которая поэтапно внедряется в учреждениях здравоохранения РФ. На ее основе целесообразно создание аналити-

ческой системы «Мониторинг здоровья населения и деятельности системы здравоохранения» для выработки и оценки эффективности реализуемых на федеральном, региональном, муниципальном и учрежденческом уровнях управленческих решений.

Разработка перспективных и текущих планов, оптимизация сети медицинских организаций. Отличительной чертой современной экономической системы стало активное воздействие государства на развитие национальной экономики. Важнейшими рычагами государственного регулирования являются прогнозирование и планирование социально-экономического развития в целом и прежде всего здравоохранения.

Объективная необходимость прогнозирования и планирования в условиях рыночной экономики обусловлена следующими обстоятельствами: общественным характером производственных отношений и неспособностью рыночной экономики к саморегулированию, особенно в кризисных ситуациях.

При этом не надо забывать о двух крайностях воздействия государства на экономику: первая – государственное регулирование тех экономических процессов, которые более эффективно могут управляться рыночными механизмами, вторая – использование исключительно рыночных механизмов в тех случаях, когда необходимо вмешательство государства.

Прогнозирование тесно связано с планированием и является необходимой методологической и информационной основой для разработки планов и программ.

Использование прогнозирования и планирования как стратегического направления в управлении и экономике здравоохранения позволяет увязывать замысел реформ здравоохранения с реальным воплощением их в жизнь.

Последние два десятилетия в управлении здравоохранением активно реализуется принцип программно-целевого планирования, результатом которого является разработка комплексных (целевых) программ по развитию здравоохранения в целом и отдельных направлений в частности. Успешными примерами внедрения в практическое здравоохранение принципа про-

граммно-целевого планирования являются целевые федеральные программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации», «Скорая медицинская помощь», «Планирование семьи», «Безопасное материнство», «Дети России» и др. Аналогичные целевые программы реализуются в ряде субъектов РФ (Москва, Санкт-Петербург, Новгородская, Свердловская, Самарская, Липецкая области, Чувашская Республика, Ставропольский край и др.). Принятие решений о разработке целевых медико-социальных программ на федеральном и региональном уровнях стало своевременным и крайне необходимым шагом. Их реализация обеспечила в условиях социально-экономических преобразований и децентрализации управления отраслю стабилизацию, а по отдельным направлениям – улучшение состояния здоровья населения, повышение эффективности функционирования системы здравоохранения, качества и доступности населению медицинской помощи.

Другим примером разработки планов здравоохранения на региональном и муниципальном уровнях являются территориальные Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи. Активную роль в разработке территориальных программ госгарантий совместно со специалистами территориальных фондов ОМС, комплексных и целевых программ развития здравоохранения играют работники организационно-методических отделов, институт главных штатных и внештатных специалистов.

Однако разработка программ развития здравоохранения, реструктуризация (оптимизация) сети ЛПУ не должны являться самоцелью в деятельности организационно-методической службы. Главное при этом – разработка механизмов их исполнения и контроль за достижением конечных результатов. И в этом, безусловно, важнейшая роль принадлежит организационно-методическим отделам федеральных, областных (краевых, республиканских, окружных) и центральных районных больниц. Использование нормативно-подушевого принципа планирова-

ния и финансирования медицинской помощи, оказываемой гражданам РФ в рамках территориальных программ госгарантий, позволяет улучшить управление объемами медицинской помощи и добиться их сбалансированности по отдельным видам.

История показывает, что, к сожалению, при реформировании системы здравоохранения не удается избежать и серьезных ошибок. Зачастую оптимизация сети медицинских организаций в городах и сельской местности сводится к механическому сокращению фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов), коечного фонда больниц и закрытию в ряде случаев отдельных учреждений. За период 2000–2018 гг. число ФАПов сократилось более чем на 5000, обеспеченность населения койками уменьшилась на 15%, обеспеченность населения вызовами скорой медицинской помощи сократилась на 13%. Возникла острая проблема дефицита кадров врачей и средних медицинских работников: дефицит участковых терапевтов в поликлиниках составил 27%, педиатров – 18%.

Закрытие в ряде городов и районных центрах больниц, родильных домов, отделений специализированной медицинской помощи привело к снижению доступности первичной медико-санитарной помощи населению и, как результат, к недовольству граждан результатами проводимых реформ. Задача организационно-методической службы органов управления и учреждений здравоохранения – разрабатывать планы реструктуризации сети медицинских организаций в соответствии с научно обоснованной потребностью населения в тех или иных видах медицинской помощи, тем самым обеспечивать неуклонное повышение ее доступности и качества.

Проведение целевых проверок и экспертиз. Специалисты организационно-методической службы проводят большую по объему работу, связанную с организацией и проведением целевых проверок, экспертной оценки деятельности отдельных служб и учреждений здравоохранения. Это осуществляется, как правило, путем выезда экспертов на места одновременно с оказанием организационной, методической и консультативной помощи.

В процессе проверок и экспертиз осуществляются контроль и оценка эффективности лечебно-профилактических мероприятий, оценивается выполнение моделей конечных результатов деятельности ЛПУ, структурных подразделений и отдельных служб. Проводится контроль выполнения решений коллегий, медицинских советов, приказов и других директивных документов, касающихся лечебно-профилактической деятельности ЛПУ.

Особое внимание должно уделяться работе с жалобами и обращениями граждан по поводу оказания медицинской и лекарственной помощи. Эти обращения должны рассматриваться в установленные сроки, качественно, объективно, с принятием конкретных решений по удовлетворению просьбы обратившегося.

Работа с медицинскими кадрами. Данное направление является ключевым в работе организационно-методической службы, так как качество оказываемой населению медицинской помощи в первую очередь зависит от уровня подготовки и квалификации кадров. Для реализации этого направления, как правило, специалисты организационно-методической службы разрабатывают план повышения квалификации медицинских кадров на год, который утверждается руководителем органа управления или учреждения здравоохранения. В плане совместно с кадровыми службами органов управления здравоохранением определяется потребность в различных формах непрерывного образования медицинских кадров. Наиболее эффективными формами постдипломной подготовки и усовершенствования медицинских кадров являются:

- научно-практические конференции, семинары, вебинары;
- распространение передового опыта работы отдельных учреждений, служб, специалистов, проведение мастер-классов и индивидуальных занятий на их базе;
- повышение квалификации медицинских работников на центральных клинических базах, в зарубежных медицинских центрах и прочих образовательных учреждениях с отрывом от производства;

- повышение квалификации медицинских работников без отрыва от производства на цикловых, очно-заочных курсах, семинарах;
- подготовка кадров врачей-исследователей в аспирантуре, докторантуре, участие в работе научных обществ.

Важным направлением для создания благоприятного психологического климата в коллективах является проведение корпоративных мероприятий: чествование юбиляров и награжденных, празднование профессиональных праздников, организация конкурсов по профессии и др.

Кроме того, одной из задач организационно-методической службы является постоянный контроль укомплектованности кадрами системы здравоохранения, особенно учреждений здравоохранения в сельской местности.

Организация выездной лечебно-диагностической и консультативной помощи. Вопросы организации плановой и экстренной выездной лечебно-диагностической и консультативной помощи в первую очередь актуальны для жителей села, что объясняется особенностями сельской местности:

- низкая (по сравнению с городом) плотность населения, разбросанность населенных пунктов и их отдаленность;
- плохое качество, а порой и отсутствие дорог;
- специфика сельскохозяйственного труда (сезонность полевых работ, зависимость от погодных условий и др.);
- отличные от городских условия и образ жизни населения и др.

Данные особенности накладывают отпечаток на систему организации медицинской помощи сельским жителям. Это касается типа, мощности, дислокации медицинских организаций, обеспеченности их квалифицированными медицинскими кадрами, возможности получения специализированной медицинской помощи.

Отсюда вытекает одна из задач организационно-методической службы – организация выездных форм лечебно-профилактической, консультативной помощи силами специалистов

федеральных, областных (краевых, республиканских, окружных), межрайонных и районных медицинских организаций.

Эти виды выездной помощи оказываются в двух формах: экстренной и плановой.

Экстренную лечебно-профилактическую и консультативную помощь больным со сложной патологией, в частности требующей оперативных вмешательств, круглогодично оказывает отделение экстренной и планово-консультативной помощи областных (краевых, республиканских, окружных) больниц или Центра медицины катастроф средствами санитарной авиации (самолет, вертолет) или закрепленным автотранспортом.

Плановая помощь по графику оказывается федеральными, областными (краевыми, республиканскими, окружными), районными врачами-специалистами.

Для оказания помощи сельским ЛПУ приказом органа управления региональным здравоохранением за районными и городскими ЛПУ закрепляются как штатные, так и внештатные специалисты федеральных, областных (краевых, республиканских, окружных) учреждений – больниц (взрослых и детских), родильных домов, диспансеров, центров профилактики и борьбы со СПИДом, общественного здоровья и медицинской профилактики, госсанэпиднадзора, а также межрайонных диагностических и лечебных центров, которые выполняют роль административных кураторов.

Консультативная помощь по вопросам диагностики, лечения и реабилитации больных оказывается в поликлиниках и стационарах центральных районных больниц (ЦРБ), в участковых больницах, на дому. К выездной работе привлекаются самые опытные, высококвалифицированные специалисты.

К выездам врачей-специалистов на местах может быть приурочено проведение комплексных и целевых медицинских осмотров. Также врачи-специалисты могут принимать участие в работе медицинских призывных комиссий.

Большое значение для повышения доступности и качества специализированной медицинской помощи сельским жителям имеет проведение плановых хирургических операций специалиста-

ми федеральных, областных (краевых, республиканских, окружных) учреждений здравоохранения, а также отбор пациентов на дообследование и лечение в стационары этих учреждений.

На практике хорошо себя зарекомендовали следующие формы выездной работы:

- индивидуальные (плановые, экстренные) выезды врачей-специалистов по заявкам муниципальных учреждений здравоохранения;
- выезды бригад в составе 5–7 врачей-специалистов (взрослых и детских) по основным специальностям (терапевт, хирург, педиатр, акушер-гинеколог, невролог, офтальмолог, ЛОР);
- передвижные амбулатории в составе врачей основных 5–7 специальностей.

В отдельных случаях востребована и такая форма выездной работы, как мобильные ФАПы, чтобы обеспечить в малонаселенных пунктах наблюдение за больными в стационарах на дому, доставить больным необходимые медикаменты.

Для максимально эффективного использования врачей выездных бригад специалисты организационно-методических отделов ЦРБ заранее оповещают население о дате приезда и составе бригады через средства массовой информации (районные газеты, радио) или фельдшеров ФАПов, формируют список больных, подлежащих обследованию, преимущественно диспансерной группы. Работа специалистов выездных бригад, как правило, организуется на базе ЦРБ, врачебных амбулаторий (участковых больниц). При необходимости специалисты выезжают в ФАПы.

Внедрение современных телекоммуникационных технологий позволяет широко использовать новые формы дистанционного оказания диагностической и консультативной помощи жителям села (см. рисунок).

Организация профилактической работы. Мировой и отечественный опыт показывает огромную роль профилактики в сохранении и улучшении здоровья населения. Многочисленными исследованиями доказана высокая экономическая эффективность реализации государственных программ по улучшению состояния среды обитания человека, формированию

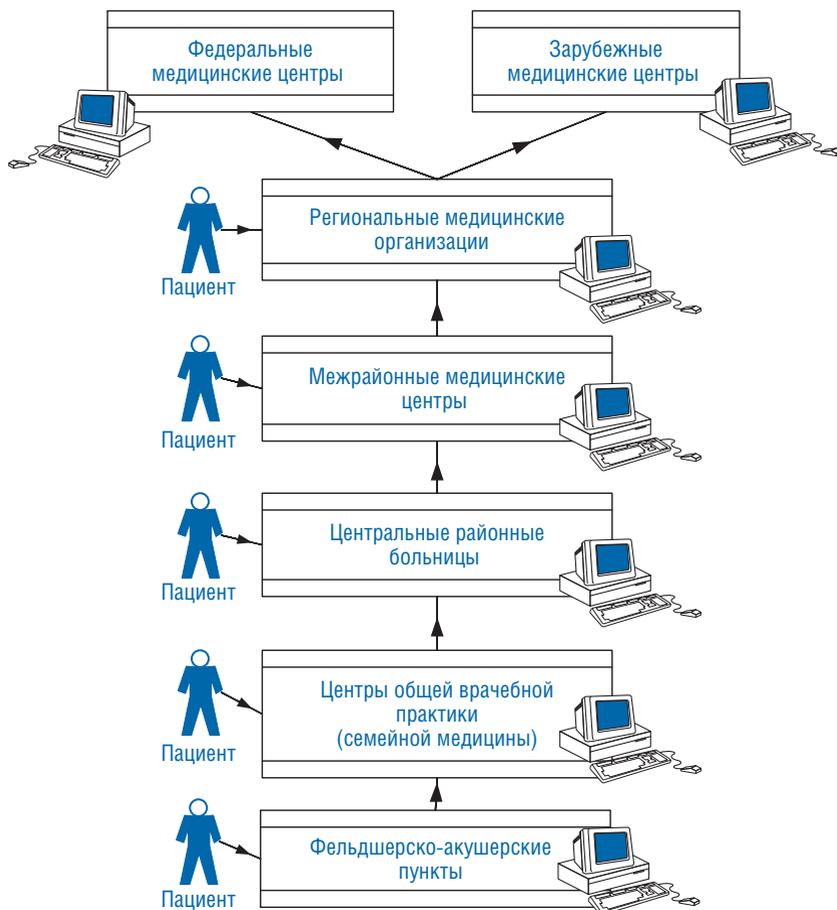


Схема организации телемедицинских консультаций

здорового образа жизни, профилактике инфекционных и социально значимых заболеваний, устранению или минимизации факторов риска. Причем каждый раз успех достигался в тех случаях, когда к решению этих проблем подходили с государственных межведомственных позиций, а не узковедомственного понимания медицинской профилактики. К сожалению, в современной России решение глобальных проблем сохранения и улучшения здоровья нации сводится к участию в профилактических программах исключительно или преимущественно здравоохранения, что не дает в полной мере использовать огромный потенциал профилактических стратегий общества. В широком смысле профилактика – это комплекс мероприятий, направленных на

сохранение и укрепление здоровья населения, включающих формирование здорового образа жизни, предупреждение и устранение причин заболеваний на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях. Эти меры должны разрабатываться и реализовываться органами государственной власти и местного самоуправления при активном участии средств массовой информации, общественных организаций, других социальных институтов общества.

В условиях глобальных вызовов современного мира (демографических, эпидемиологических, экологических, природных и техногенных катастроф) необходимо формирование новой профилактической стратегии государства, основанной на смене парадигмы медицинской про-

филактики на медико-социальную профилактику. Эта стратегия должна быть направлена на формирование у населения поведенческих стратегий приверженности здоровому образу жизни, появление доминанты ценностного отношения к своему здоровью. Только таким образом можно добиться осознания обществом необходимости профилактических мер как одной из действенных форм социально-экономических инвестиций в здоровье. Контроль и координацию выполнения всего комплекса мероприятий должны осуществлять органы государственной власти и местного самоуправления.

Первичными подразделениями службы формирования здорового образа жизни являются отделения (кабинеты) профилактики. Они организуются в составе территориальных поликлиник, поликлинических отделений центральных районных (городских) больниц, медико-санитарных частей. По решению органов управления здравоохранением аналогичные подразделения могут создаваться в других лечебно-профилактических организациях.

Основные задачи отделения (кабинета) медицинской профилактики – выявление факторов риска, коррекция образа жизни, пропаганда медицинских и гигиенических знаний, здорового образа жизни. Кроме того, в современных условиях на первый план выходят задачи информационного обеспечения специалистов и населения по вопросам охраны здоровья, в том числе через средства массовой информации, изучения и оценки знаний вопросов профилактики заболеваний, формирования здорового образа жизни у населения путем проведения социологических опросов. Все это невозможно без внедрения научно обоснованных мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний, гигиеническому обучению и воспитанию населения. Координацию этой работы осуществляют организационно-методические отделы областных (краевых, республиканских, окружных) учреждений здравоохранения.

Таким образом, рационально построенная система профилактики должна дать высокий социальный и экономический эффект за счет

предотвращения преждевременной смертности, ЗВУТ, инвалидности, сокращения расходов на оказание медицинской помощи, выплату социальных пособий и др.

Контроль за исполнением организационно-распорядительных документов. Одна из задач организационно-методических отделов (кабинетов) федеральных, областных (краевых, республиканских, окружных), районных учреждений здравоохранения – это контроль за исполнением на местах основных нормативных правовых актов и организационно-распорядительных документов: федеральных законов, Указов Президента РФ, постановлений и распоряжений Правительства РФ, федеральных (региональных) комплексных программ сохранения и укрепления здоровья, законов и постановлений государственных органов власти субъектов РФ, приказов органов управления здравоохранением и др. Эти документы хранятся в организационно-методических отделах (кабинетах) на бумажных и электронных носителях в специально сформированных информационных базах документов. Для эффективного контроля за исполнением этих документов используются различные компьютерные приложения и цифровые платформы, такие как «Askid» – автоматизированная система контроля исполнения документов и поручений; «Claris» – web-система контроля исполнения поручений; «1С:Документооборот» – автоматизированная работа с документами; система электронного документооборота «ДЕЛО» – автоматизация работы с документами, задачами и процессами; «Docsvision» – платформа для управления документооборотом и бизнес-процессами; «ТЕЗИС» – система управления документами и задачами для организации электронного документооборота, а также автоматизации делопроизводства и управления бизнес-процессами, включая контроль исполнения поручений.

Для анализа исполнения нормативных правовых актов и организационно-распорядительных документов специалисты организационно-методического отдела (кабинета) составляют план проведения проверок исполнения документов с выездом в подведомственные учреждения здравоохранения, в котором указываются: назва-

ние документов, подлежащих проверке; перечень мероприятий, подлежащих исполнению на момент проверки; ответственные лица за исполнение данных мероприятий; ожидаемые на момент проведения проверки результаты. Кроме того, составляется перечень контрольных вопросов в помощь проверяющим для анализа документов на местах.

Для выезда в подведомственные учреждения здравоохранения формируется бригада специалистов, компетентных в вопросах проверяемых документов. Состав этой бригады утверждается приказом руководителя органа управления или учреждения здравоохранения. После проведения проверки специалисты выездной бригады проводят анализ и составляют отчет (справку) о проделанной работе с конкретными замечаниями и предложениями. Данный отчет представляют руководителю проверяемой организации здравоохранения и руководителю организации – инициатору проверки, вносится в базу документов для последующего мониторинга и принятия решений о снятии документа с контроля.

По результатам проверки может быть проведено совещание медицинских работников проверяемой организации с участием представителей органов власти (администрации, законодательных собраний) муниципальных районов (округов).

Проблемы и пути совершенствования организационно-методической деятельности

Среди основных проблем в работе организационно-методических отделов (кабинетов) наиболее актуальной остается проблема ква-

лификации кадров организаторов-методистов, что связано как с недостатками в организации их подготовки, так и с нехваткой информационно-методических материалов. Для решения этой проблемы необходимо возродить институт главных специалистов и организовать систему повышения их квалификации по вопросам общественного здоровья и здравоохранения.

Другой серьезной проблемой являются недостатки преемственности в работе специалистов федеральных, областных (краевых, республиканских, окружных) медицинских организаций из-за недостатков координации их деятельности при выездах в муниципальные районы. Для решения этой проблемы целесообразно приказом руководителя регионального органа управления или учреждения здравоохранения за каждым муниципальным районом назначать административного куратора в лице регионального специалиста.

Ощутимым препятствием в работе организационно-методических отделов (кабинетов) является противоречивость отдельных положений нормативных правовых актов и организационно-распорядительных документов, а также избыточность (дублирование) учетно-отчетных статистических форм.

Остается актуальной проблема оснащения организационно-методических отделов (кабинетов) современной вычислительной техникой и программным обеспечением в рамках Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденной соответствующим приказом Минздрава России.

Решение этих и других проблем организационно-методической службы позволит повысить эффективность управления здравоохранением на федеральном, региональном, муниципальном и учрежденческом уровнях.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Медик Валерий Алексеевич (Valeriy A. Medik) – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и общей гигиены Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого (Великий Новгород, Российская Федерация)

E-mail: v_med@inbox.ru

Вектор на персонализированную медицину: от внедрения в практику до ожидаемых результатов*

Журавлева М.В.¹,
Мудунов А.М.²,
Улумбекова Г.Э.^{3,4}

¹ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва, Российская Федерация

² Клинический госпиталь Лапино «Мать и дитя», 143081, Московская область, Одинцовский район, деревня Лапино, Российская Федерация

³ Высшая школа организации и управления здравоохранением, 115035, г. Москва, Российская Федерация

⁴ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 117997, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Беспрецедентное сближение медицинских знаний, технологий и статистических данных революционизирует уход за пациентами. Персонализация в профилактике и лечении болезней – неизбежный вектор развития системы здравоохранения, которому уже следуют многие развитые страны: США, Великобритания, Германия, Китай, Турция и др. В мире происходит смена парадигмы от вертикальной лечебно-ориентированной модели оказания медицинской помощи к матричной сетевой структуре, нацеленной на пациента. Пациент в этой модели рассматривается как партнер в выборе персонализированного плана лечения, цель которого – поддержание и повышение продолжительности и качества его жизни. Концепция персонализиро-

* Подведение итогов сессии «Вектор на персонализированную медицину: от внедрения в практику до ожидаемых результатов» IX международного онлайн-конгресса «ОРГЗДРАВ-2021. Эффективное управление в здравоохранении» (25–27 мая 2021 г., онлайн).

ванной медицины предусматривает переход от универсальных решений «для всех» к оказанию медицинской помощи «каждого» с учетом индивидуальных потребностей пациентов.

Материал и методы. На сессии «Вектор на персонализированную медицину: от внедрения в практику до ожидаемых результатов» IX международного конгресса «ОРГЗДРАВ-2021». Ведущие специалисты отрасли и международные эксперты обсуждали перспективы внедрения в России персонализированной медицины, а также отвечали на вопросы, является ли это трендом будущего или настоящего; какие изменения необходимы в нашем здравоохранении для внедрения персонализированной медицины; оправдано ли внедрение подобной модели экономически для российского здравоохранения.

Результаты. На сессии были представлены 4 доклада, освещающих структурные блоки персонализированной медицины и применение данных реальной клинической практики, обсуждены фармакоэкономические преимущества клинико-генетического профилирования в онкологии с примерами мирового опыта использования. Персонализированное здравоохранение – это не только лечение и профилактика заболеваний у отдельных пациентов. Персонализированная медицина может обеспечить эффективность, которая гарантирует устойчивость систем здравоохранения в условиях роста затрат.

Ключевые слова:

персонализированная медицина, комплексное геномное профилирование, информатизация, данные реальной клинической практики, доказательства реальной клинической практики

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования. Журавлева М.В., Мудунов А.М., Улумбекова Г.Э. Вектор на персонализированную медицину: от внедрения в практику до ожидаемых результатов // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 4. С. 51–63. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-4-51-63>

Статья поступила в редакцию 02.09.2021. **Принята в печать** 09.12.2021.

Vector for personalized medicine: from practice implementation to expected results*

Zhuravleva M.V.¹, Mudunov A.M.², Ulumbekova G.E.^{3,4}

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), 119991, Moscow, Russian Federation

² Lapino Clinical Hospital “Mother and Child”, 143081, Moscow region, Odintsovo district, Lapino, Russian Federation

* Summing up the session “Vector for personalized medicine: from practice implementation to expected results” of the IX International Online Congress “ORGZDRAV-2021. Effective Healthcare Management”.

³ Graduate School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ),
115035, Moscow, Russian Federation

⁴ Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry
of Health of the Russian Federation, 117997, Moscow, Russian Federation

Background. An unprecedented convergence of medical knowledge, technology and data science is revolutionising patient care. Personalization in the prevention and treatment of diseases is an inevitable vector of development of the healthcare system, which is already being followed by many developed countries: the USA, Great Britain, Germany, China, Turkey, etc. There is a paradigm shift in the world of a vertical treatment-oriented model of medical care to a matrix network structure aimed at the patient. In this model, the patient is considered as a partner in choosing a personalized treatment plan, the purpose of which is to maintain and increase the duration and quality of life. The concept of personalized medicine provides for the transition from universal solutions “for many” to the provision of medical care “for everyone”, taking into account the individual needs of patients.

Material and methods. At the session “Vector for personalized medicine: from implementation into practice to expected results” during the IX International Congress “Orgzdrav-2021. Effective management in healthcare”, leading industry experts and international experts discussed the prospects for the introduction of personalized medicine in Russia, and also answered questions whether this is a trend of the future or the present; what changes are needed in our healthcare for the introduction of personalized medicine; is the introduction of such a model economically justified for Russian healthcare?

Results. 4 reports covering the structural blocks of personalized medicine and the application of real world data were presented at the session, also the pharmaco-economical advantages of genetic profiling in oncology were discussed with examples of world experience. Personalized healthcare is not only about treating and preventing disease for individual patients. Personalized medicine can deliver efficiencies that will keep healthcare systems sustainable in the face of rising costs.

Keywords:

personalized healthcare, genomic profiling, digital medicine, real world data, real world evidence

Funding. The study had no sponsor support.

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

For citation: Zhuravleva M.V., Mudunov A.M., Ulumbekova G.E. Vector for personalized medicine: from practice implementation to expected results. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2021; 7 (4): 51–63. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-4-51-63> (in Russian)

Received 02.09.2021. **Accepted** 09.12.2021.

IX международный конгресс «ОРГЗДРАВ-2021. Эффективное управление в здравоохранении» прошел в онлайн-формате с 25 по 27 мая при поддержке Минздрава России, РАН, Общественной палаты РФ и дру-

гих организаций. Более 10 тыс. руководителей здравоохранения и медицинских работников объединились на одной площадке, участвуя в обсуждении приоритетных направлений деятельности здравоохранения на ближай-

шие годы. Министр здравоохранения России М.А. Мурашко в своей приветственной речи на открытии конгресса озвучил эти направления: повышение доступности первичного звена, реализация национальных проектов, информатизация отрасли, которая позволит повысить информированность пациентов, обеспечить персонализированный подход к профилактике и лечению заболевших, а также повысить эффективность управления здравоохранением на всех уровнях.

В настоящее время классическое изречение Гиппократов «Лечить не болезнь, а больного» обрело современное и актуальное звучание. Безусловно, о словах Гиппократов помнили всегда: что все люди разные, что нужно лечить не заболевания и синдромы. Однако это было теоретическое знание в идеальном мире и при идеальных условиях. Промышленная революция XIX в. своим достижением для здравоохранения как раз и считала производство «одного препарата для многих». Очевидно, что подход Гиппократов был под силу только единицам, тому же Парацельсу, считавшему, что медицина есть более искусство, нежели наука. «Знание и опыт других, – писал Парацельс, – могут быть полезны для врача. Но все знания мира не сделают человека врачом, если нет у него необходимых способностей и ему не назначено природою быть врачом».

Что же принципиально изменилось за последнее время в мире, что позволило начать текущую трансформацию – обратный переход к заветам Гиппократов, лечение с учетом индивидуальных особенностей пациента, внедрение пациентоцентричности в здравоохранении?

Развитие технологий и цифровая трансформация

Медицинская наука добилась невероятного прогресса в диагностике и лечении заболеваний, когда были созданы диагностические и терапевтические средства с опорой на данные, полученные из реальной клинической практики.

Бурная цифровизация нашего общества открыла новые горизонты в получении и хранении огромных массивов данных, в автоматизации многих процессов управления. С одной стороны, открываются новые возможности для учреждений: в реальном времени сбор статистики по общей заболеваемости, наличию свободных коек, кадров. С другой стороны, специалисты могут получить высококачественный цифровой портрет пациента о его особенностях, ответе на терапию, побочных явлениях, затратах на его лечение.

Стали ясны потенциальные преимущества использования усовершенствованных методов аналитической обработки и технологии искусственного интеллекта как в качестве отдельных систем поддержки клинических решений, так и в качестве элементов систем передовой диагностики, когда собранные в ходе диагностики и лечения данные пациентов можно сопоставить с данными от больших популяций пациентов и проанализировать с помощью алгоритмов искусственного интеллекта. Подобные системы помогают как принимать клинические решения на основе ретроспективных данных, так и корректировать ход лечения.

Новые цифровые технологии обеспечивают возможность проведения онлайн-консультаций как врач–пациент, так и врач–врач. Сами пациенты активно используют гаджеты и приложения, позволяющие следить за состоянием своего здоровья в режиме реального времени, оперативно реагируя на изменения в его состоянии.

Вся эта цифровая трансформация расширила наше понимание того, как именно нужно лечить конкретного человека, чтобы осуществить переход от универсальных решений к оказанию медицинской помощи с учетом индивидуальных потребностей пациентов.

Участников конгресса попросили выразить свое мнение, есть ли барьеры для построения модели персонализированной медицины в России? 45% участников опроса сошлись во мнении, что главным барьером считается недофинансирование, при этом 65% опрошенных врачей считают, что в их медицинских учреж-

45%

участников опроса главным барьером для внедрения персонализированной медицины считают недостаточное финансирование здравоохранения

Всего ответов: 361

- Недостаточное финансирование здравоохранения
- Низкая осведомленность профессионального сообщества о данном подходе
- Слабая информатизация здравоохранения
- Нехватка генетических лабораторий
- Дороговизна инновационных лекарств
- Все вышеперечисленное
- Ничего из вышеперечисленного

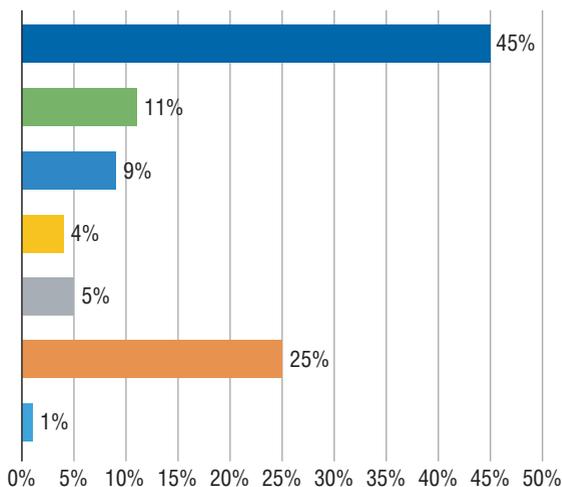


Рис. 1. Распределение результатов ответа на вопрос «Какие барьеры имеются в РФ для внедрения персонализированной медицины»

дениях новые цифровые технологии внедряются либо крайне медленно, либо не внедряются, ожидая доказательств своей необходимости (рис. 1, 2).

Однако персонализированная медицина без цифровизации здравоохранения невозможна, получается, что очевидным барьером на пути внедрения персонализированной медицины служит и недостаточная информированность специалистов здравоохранения о том, что именно представляет собой такой подход.

Структурные блоки персонализированной медицины на примере онкологии (доклад А.М. Мудунова)

Построение любой модели всегда является четко структурированным процессом с прописанным планом этапов внедрения. Для того чтобы система здравоохранения могла точно и успешно адаптировать стратегию персонализированной медицины под уникальные потребности населения конкретного региона, она должна включать базовые структурные блоки.

Структурообразующими элементами персонализированной медицины являются:

1) сбор и анализ значимых медицинских данных о результатах диагностики и лечения пациентов;

2) интегрированное использование диагностических инструментов и алгоритмов, включая данные реальной клинической практики и комплексное геномное профилирование;

3) системы поддержки принятия клинических решений с целью адаптации методов профилактики, диагностики, прогнозирования и лечения (экспертные консилиумы, телемедицина, искусственный интеллект);

4) современная терапия на основе молекулярных мишеней с мониторингом состояния пациента и оценки эффективности терапии в динамике.

Онкология является хорошим примером для оценки ценности всей стратегии персонализированной медицинской помощи. О выстраивании пациентоориентированной системы онкологической помощи как ключевого направления в развитии российского здравоохранения, приоритета государственной политики говорилось еще в обращении президента России Владимира Путина к участникам и гостям Второго международного форума онкологии и радиологии 23 сентября 2019 г.

Именно в онкологии случился прорыв в области высокотехнологичной помощи – была раз-

48%

участников опроса указали, что в их медицинских организациях новые цифровые технологии внедряются крайне медленно

Всего ответов: 1527

Рис. 2. Распределение результатов ответа на вопрос «Как бы вы классифицировали внедрение в вашей организации новых цифровых технологий?»

работана таргетная терапия и зарегистрированы больше сотни нацеленных на определенную молекулу-«мишень» онкопрепаратов.

Есть примеры работающей облачной онкологической платформы в США, в которой содержатся электронные истории болезни, клинические данные и другие данные более чем 2 млн онкопациентов, а также специализированные программы для хранения и обработки этой информации. Ведь длительный путь онкологического пациента – от доклинического этапа жалоб, постановки диагноза, принятия решения о лечении, мониторинга после лечения – сопряжен с накоплением данных, использование которых необходимо для принятия последующих решений. Это могут быть обобщенные данные из первичной медицинской документации (демографические сведения о пациенте, описание его состояния, жалобы, результаты диагностических тестов и лечения, данные молекулярно-генетического тестирования), так и индивидуальные данные пациента, собранные с помощью носимых устройств (фитнес-браслетов, «умных часов»), через дневники наблюдений или медицинские приложения. К собранным данным относятся и данные по расходам на терапию, по побочным эффектам, приверженности к лечению.

Данные и доказательства реальной клинической практики

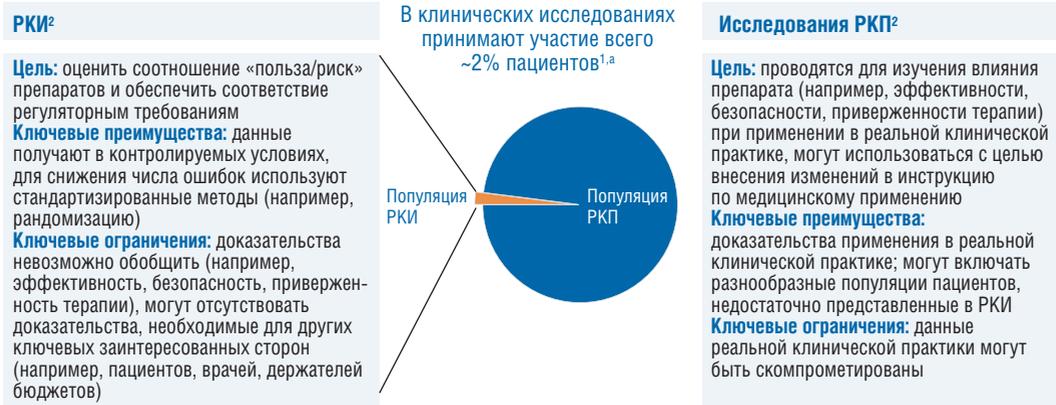
Все эти данные, которые мы получаем от пациента, собранные вне клинических исследова-

ний, относятся к данным реальной клинической практики. О перспективах использования таких данных, как элементов системы персонализированного здравоохранения, говорила **Грейси Крейн (Gracy Crane), руководитель направления по регуляторным политикам в области данных реальной клинической практики, Roche, Швейцария.**

Согласно ее определению, данные реальной клинической практики собирают в рамках рутинной практики оказания медицинской помощи, в отличие от данных, получаемых при проведении стандартных клинических исследований в специализированных исследовательских центрах. При этом данные реальной клинической практики (РКП) могут существенно дополнять результаты клинических исследований (РКИ). Несмотря на то что данные РКИ являются «золотым стандартом», на основе которых происходит регистрация новых лекарственных средств, их главная цель состоит в оценке соотношения «польза/риск» в контролируемых идеальных условиях. В таких РКИ участвуют около 2% пациентов от числа популяции заболевших, и часто полученные доказательства невозможно повторить в реальной клинической практике.

Таким образом, исследования РКП проводятся для изучения препаратов в реальной жизни для разнообразных популяций пациентов, которые могли быть недостаточно представлены в РКИ. Систематизированные, упорядоченные и сформированные данные РКП становятся

Как исследования реальной клинической практики могут дополнять рандомизированные контролируемые исследования



¹ Murthy V.H., et al. JAMA. 2004; 291: 2720–6.

² Katkade V.B., et al. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2018; 11: 295–304.

³ На основании данных только по исследованиям злокачественных новообразований.

Рис. 3. Объединение результатов клинических исследований (РКИ) и данных реальной клинической практики (РКП)

доказательствами РКП (real-world evidence), которые могут трансформировать здравоохранение при использовании в самых разных сферах:

- совместно с результатами клинических исследований для одобрения новых молекул и показаний;
- для обоснования данных по безопасности и эффективности лекарственного препарата и медицинского изделия;
- для внесения изменений в текущую инструкцию по медицинскому применению;
- для принятия решений по включению медицинских технологий в клинические рекомендации, протоколы, стандарты и порядки оказания медицинской помощи или ограничительные перечни;
- для контроля качества оказания медицинской помощи, соблюдения клинических рекомендаций и оценки исходов вмешательств;
- для оценки влияния на бюджет применения инновационных моделей лекарственного обеспечения, для принятия решения о возмещении стоимости лечения;

- для создания условий индивидуального подхода к диагностике и лечению пациентов.

Сейчас происходит объединение данных из двух параллельных процессов – клинических исследований и РКП. Современные РКИ становятся гибридными в отношении источников данных, т.е. дизайны РКИ и исследований РКП не противопоставляются, а дополняют друг друга. Это позволяет более оперативно получать и анализировать новую информацию, следовать за фундаментальными открытиями, принимать обоснованные терапевтические решения в условиях возросшего количества одобренных противоопухолевых препаратов и тех возможностей, которые они предоставляют (рис. 3).

Перспектива создания в России единой государственной информационной системы здравоохранения значительно улучшает прогнозы в отношении использования персональных медицинских данных как в РКИ, так и в исследованиях РКП, которые могут быть использованы для построения предиктивных моделей об эффективности той или иной терапии у пациента с конкретной клинической картиной.

Ключевой элемент персонализированной медицины: комплексное геномное профилирование

Важным элементом данных РКП являются диагностические данные, которые кардинально изменили понимание генетической природы онкологических заболеваний и открыли путь к лечению, адаптированному под пациента.

Сначала с развитием технологий появилась тенденция к поиску биомаркеров, которые привели к созданию инновационных лекарств, действующих на уровне конкретных мишеней в организме человека. Тесты на биомаркеры стали надежным подспорьем при назначении таргетной терапии, в настоящее время более 30 препаратов назначаются только совместно со специальным биохимическим или генетическим тестом.

Тем не менее в реальной клинической практике результаты лечения, наблюдаемые у пациентов, недостаточно благоприятны из-за постановки ошибочных диагнозов, а также из-за врачебных ошибок. Назначение современной дорогостоящей терапии онкологических заболеваний, как минимум в 30% случаев, признается неэффективным. Очевидно, что подбор индивидуальной терапии на раннем этапе маршрутизации не только спасает жизнь пациента, но и экономит средства, потенциально потраченные на неэффективную терапию. Однако как выбрать терапию, которая поможет «правильному» пациенту в «правильной» дозировке в «правильное» время? Как не ошибиться и сделать обоснованный выбор?

В настоящее время к давно известным диагностическим методам, таким как флуоресцентная гибридизация *in situ* (FISH – Fluorescent In Situ Hybridization), иммуногистохимия (ИНС – Immunohistochemistry) и полимеразная цепная реакция (PCR – Polymerase Chain Reaction), которые определяют только предварительно заданные нарушения генома, связанные с конкретным типом опухоли, добавляется **секвенирование нового поколения** (NGS – Next

Generation Sequencing), которое дает возможность в рамках одного биоматериала осуществить комплексное геномное профилирование (КГП) опухоли, т.е. обнаружить все возможные генетические изменения в большом количестве онкозначимых генов. Уже сейчас существует более 200 тыс. геномных профилей для более 150 распространенных и редких типов опухолей.

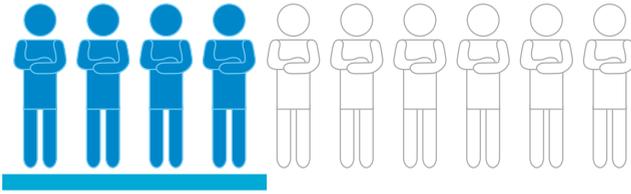
Проведение комплексного молекулярно-генетического тестирования позволяет адаптировать лечение пациента на основании уникального молекулярного профиля опухоли с использованием накопленных данных об эффективности определенных видов лечения у пациентов со специфическим генетическим профилем и мутациями. Обладая полной картиной о генетическом характере опухоли, врач принимает осознанное решение не только в начале назначения лечения. Например, метод жидкой биопсии помогает неинвазивно отслеживать развитие опухоли с течением времени, что позволяет соответствующим образом корректировать ход лечения.

Потребности, возможности и экономическая эффективность молекулярно-генетического тестирования (доклад М.В. Журавлевой)

КГП в онкологии имеет возможность предложить пациентам максимально эффективные методы диагностики заболеваний в соответствии с действующими стандартами. Это возможность более точно соотнести методы и результаты лечения и данные застрахованных пациентов, а также возможность провести комплексную диагностику за короткий период. КГП является самым точным попаданием в рациональное применение лекарственных препаратов, при котором происходит сокращение затрат на многократные исследования, повторные проведения биопсии. Простой алгоритм оказания полного цикла медицинской помощи позволяет повысить эффективное ведение пациентов и отдельных клинических случаев.

Данные геномного профилирования влияют на решения врачей

Более 40% решений о терапии были изменены по результатам комплексного геномного профилирования



43% решений о терапии были изменены при ведении пациентов с мелкоклеточным раком легкого¹

41% решений о терапии были изменены при ведении пациентов с раком молочной железы²

¹ Rozenblum A.B., et al. J Thorac Oncol. 2017; 12 (2): 258–68.

² Reinbolt R.E., et al. Университет штата Огайо, стендовый доклад на конференции ASCO, июнь 2016 г.

Рис. 4. Влияние данных геномного профилирования на решения врачей

При внедрении новых методов как лечения, так и диагностики, организаторов здравоохранения всегда волнует вопрос экономической целесообразности подобных инноваций. Международные фармакоэкономические исследования показывают, что новые диагностические методы приводят к сокращению затрат на рутинные методы, ведут к повышению эффективности ведения конкретного пациента. Происходит унификация проведения помощи и минимизация затрат на повторные исследования, которые уже становятся неочевидными и ненужными. Появляется экономия на медицинских и немедицинских затратах.

Самое главное, что предлагает КГП – это возможность дифференцированного подхода к лечению конкретного пациента. Было проведено исследование, когда сравнили схему выбора терапии врачами до получения геномного профилирования и после. Более 40% решений о терапии было обоснованно изменено по результатам КГП (43% решений при ведении пациентов с мелкоклеточным раком легкого и 41% решений при ведении пациентов с раком молочной железы) (рис. 4).

Получается, что почти каждый второй врач изменил свою первичную тактику терапии,

т.е. исходно назначенная терапия не была бы клинически эффективна и, как следствие, экономически нецелесообразна.

Установлено, что применение технологии секвенирования генома по сравнению со стандартным генетическим тестированием способствует повышению точности диагностики заболеваний, оказывает существенное влияние на терапевтические решения, повышает показатели предотвращения заболеваемости, улучшает качество жизни пациента и в итоге приводит к сокращению затрат и общего периода госпитализации.

При сравнении индивидуально подобранной терапии с терапией, назначенной без учета особенностей пациентов, отмечено увеличение средней выживаемости без прогрессирования, увеличение общей выживаемости, а также повышение затрат на приобретение препаратов. Важно отметить, что объем затрат на индивидуально подобранную терапию зависит от продолжительности лечения.

Экономическая эффективность проведения методов молекулярно-генетического тестирования уже доказана на примере США и Великобритании. Применение новых технологий может обеспечивать более выраженный ответ на терапию у пациентов, уменьшение числа побочных

МТВ объединяет разных специалистов для принятия наилучшего клинического решения

Интерпретация отчета по результатам комплексного геномного профилирования

Врач-клиницист
Оценивает взаимосвязь генетических изменений с прогнозом и ответом на терапию¹

Биоинформатик
Предоставляет экспертизу об анализе геномных изменений, связанных с онкозаболеванием, и интерпретирует результаты анализа^{1,2}



Генетик
Анализирует генетические аспекты онкологического заболевания и экспериментальные опции лечения^{1, 2}

Молекулярный биолог
Интерпретирует функциональную значимость выявленных изменений¹

Патоморфолог
Подробно анализирует гистологию опухоли и другие биомаркеры^{1, 3}

Платформа МТВ важна для предоставления объективной, основанной на фактах информации по выявленным молекулярным изменениям для помощи врачу в принятии клинического решения^{2, 3}

¹ Schwaederle M., et al. *Oncologist*. 2014; 6: 631–6.

² van der Velden D.L., et al. *Ann Oncol*. 2017. 28: 3070–5.

³ Knepper T.C., et al. *Oncologist*. 2017; 22: 144–51.

Рис. 5. Molecular Tumor Board (MTB) – междисциплинарная платформа для интерпретации результатов тестирования и поддержки принятия клинических решений

эффектов и сокращение продолжительности госпитализации. В результате происходят повышение доступности медицинской помощи и терапевтических средств, более быстрое восстановление пациента, сокращение затрат на здравоохранение и более рациональное использование его ресурсов.

Несмотря на то что в Москве по решению врачебной комиссии можно провести любые методы диагностики, КГП пока редко используется. Чтобы внедрить персонализированную медицину в онкологию, требуется гармонизация существующего законодательства и нормативно-правовых требований, сочетание различных видов финансирования, чтобы персонализированная медицина стала массовой и рациональной. В данный момент мы находимся на этапе становления этого подхода, в самом начале пути.

Цифровые системы поддержки принятия клинических решений

КГП позволяет перевести полученную в результате тестирования генетическую инфор-

мацию в практические знания для клинициста. Цифровые системы поддержки принятия клинических решений предоставляют в распоряжение клиницистов огромные объемы данных, способствуя эффективному обсуждению и выбору оптимальной терапии для пациента. Уже сейчас есть два работающих решения, осуществляющих поддержку по результатам КГП.

Первая система – это онлайн-платформа **Peer to Peer Advice**, которая занимается интерпретацией отчетов, где, помимо данных о клинически значимых изменениях, врачу предоставляется подробная информация о возможности проведения таргетной терапии опухоли, доступных клинических испытаниях и количественных маркерах ответа на иммунотерапию. Это онлайн-платформа, цель которой – поддержка процесса обмена знаниями и информацией между медицинскими специалистами для принятия наиболее верных клинических решений. Она разработана с учетом потребности лечащих врачей, которые хотели бы обсудить клинические случаи со своими коллегами по всему миру. Данная платформа позволяет транслировать научные основы персонализированной медицины в практическое здравоохранение.

Другая система – **Molecular Tumor Board (MTB)** – объединяет разных специалистов для принятия наилучшего клинического решения. Это международный онлайн-консилиум для интерпретации отчета по результатам КГП, в которой углубленную консультацию по каждому случаю, по каждому пациенту дают генетик, молекулярный биолог, патоморфолог, биоинформатик и врач-клиницист (рис. 5).

Применение современных агностических методов терапии

Развитие геномного профилирования пациентов привело к фундаментальной смене принципов лечения онкологических заболеваний. Онкология больше не рассматривается как одно заболевание – это совокупность большого числа заболеваний, каждое из которых имеет свои уникальные характеристики и собственный геномный профиль для конкретного больного. Так, внутри одного из самых распространенных типов онкологического заболевания – рака легких – уже сегодня можно выделить как минимум 12 различных подтипов на основе молекулярных изменений, вызывающих рост опухоли. Произошел переход от традиционной диагностики к молекулярному подтипу.

Если раньше врачи выбирали препараты на основании локализации пораженного органа и гистологии опухоли, то теперь – на основе генетических факторов опухолевого роста, ведь каждая опухоль имеет свой уникальный молекулярный портрет, и при наличии терапии, которая воздействует на определенные генетические драйверы заболевания, можно существенно улучшить результаты лечения.

Злокачественные опухоли, происходящие из различных анатомических областей, но с одинаковыми генетическими нарушениями, могут рассматриваться как одинаковые. Такая терапия, применяемая независимо от гистологического типа, называется **агностической**. Уже есть препараты, которые назначаются для лечения не конкретной нозологии, а для определенного молекулярного типа опухоли вне

зависимости от ее нахождения. Пока для широкого применения такого подхода не хватает нормативной базы, препараты назначаются по незарегистрированным показаниям, т.е. off-label. Однако это тенденция, и она будет только усиливаться.

О своем опыте использования онлайн-системы принятия решений и вариантов возмещения off-label лечения в Турции говорил в своем выступлении **Мутлу Демирэй (Prof. Mutlu Demiray)**, директор онкологии в международной больнице «Медикана» (Medicana International Hospitals).

Он утверждает: «Если вы используете комплексное геномное профилирование, то вы можете лечить пациента эффективно и продлить его жизнь». Эффективное лечение основывается на глубоком изучении биологии опухоли. Например, при изучении 21 случая колоректального рака в его больнице был получен 21 разный геномный профиль, что является лишним подтверждением того, что назначение терапии должно основываться на молекулярной мишени опухоли, а не на основании ее локализации. В арсенале специалистов есть препараты, которые эффективны при наличии определенных мутаций, например, генов *NTRK*, которые встречаются и при раке легкого, и при раке молочной железы, саркоме, опухолях желчного пузыря, щитовидной и поджелудочной железы.

В группе больниц «Медикана» для поддержки принятия клинических решений активно используется система консилиума MTB. За последние 2 года было изучено 45 случаев онкологических заболеваний разных форм с помощью КГП. Согласно рекомендациям MTB, план лечения был изменен в 62% случаев. Предложения консилиума MTB в большинстве случаев связаны с рекомендациями к применению препаратов off-label.

В Турции существует система возмещения расходов на использование препаратов по незарегистрированным показаниям по принципу «оплачивается лечение, которое принесло пользу пациенту». Например, заявка онколога с обоснованием выбора терапии off-label одо-

бруется или не одобряется экспертным советом Министерства здравоохранения Турции, и действует это заключение 3 мес. В случае достижения пациентом объективного ответа или стабилизации заболевания возможно повторное одобрение следующего 3-месячного курса лечения. Если экспертный совет отказывает в возмещении расходов на лечение, но врач уверен в эффективности такого лечения, пациент имеет право самостоятельно покрыть необходимые расходы на терапию. При достижении ответа на терапию у врача появляется повторная возможность подать заявку в экспертный совет на возмещение расходов терапии по незарегистрированным показаниям. Таким образом, в Турции происходит софинансирование инновационного лечения.

Международный опыт и участие России

Ситуация в Турции является одним из примеров успешного внедрения элементов персонализированной медицины. Всего в мире реализуется более 80 подобных программ, а фармакоэкономические исследования демонстрируют их эффективность и значимую пользу для системы здравоохранения.

По итогам сессии эксперты сошлись во мнении, что персонализированная медицина – реальность настоящего дня, что клиническая практика в области онкологии смещается в сторону лечения, основанного на индивидуальном подборе лекарственных препаратов с учетом генетических особенностей опухоли. Однако персонализированная медицина – это не только лечение или профилактика заболеваний у каждого пациента в отдельности. Речь идет о переосмыслении системы охраны здоровья в будущем, когда применение персонализированных подходов повышает эффективность и устойчивость системы здравоохранения в условиях растущих затрат.

Например, концепция единого цифрового рынка Европы включает 3 приоритетных направления: обеспечение доступности системы

электронных медицинских карт (ЭМК) и создание условий для ее совместного использования и предоставления электронных рецептов; поддержка инфраструктуры данных; обеспечение обмена обратной связью и взаимодействия между пациентами и медицинскими работниками.

Схожей задачей, которая по-прежнему стоит во всех регионах России и без решения которой создать национальную цифровую систему здравоохранения невозможно, являются внедрение и широкое использование совместимой электронной медицинской документации. В субъектах Российской Федерации поставлена задача активного роста доли медицинских организаций, успешно внедривших за период 2021–2024 гг. широкий спектр цифровых решений и систем, в первую очередь в рамках внедрения Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), систем контроля документооборота между медицинскими организациями, широкомасштабного использования систем электронных рецептов, автоматизированных систем контроля льготного получения лекарственных средств, а также цифровых платформ для взаимодействия с пациентами, с помощью которых пациенты могут получить доступ и возможность управления своими данными. Пример Единой медицинской информационно-аналитической системы Москвы (ЕМИАС), охватывающей данные по более чем 9 млн пациентов и 10 тыс. медицинских работников, может рассматриваться как ориентир при создании сопоставимой по качеству цифровой системы здравоохранения на федеральном уровне.

Министерство здравоохранения Российской Федерации поддерживает тренд на развитие персонализированной медицины, чтобы система оказания помощи была эффективной в лечении, чтобы реализовать задачи государства по увеличению ожидаемой продолжительности жизни граждан России и снижению смертности от социально значимых заболеваний. По словам министра, «именно персонализированный подход к управлению заболеваемостью и профилактикой смертности сегодня является самым перспективным».

Заключение

Персонализированное здравоохранение – это не только лечение и профилактика заболеваний у отдельных пациентов. Персонализированная медицина может обеспечить эффективность, которая гарантирует устойчивость систем здравоохранения в условиях роста затрат. Для реализации принципов и подходов персонализированной медицины необходима активная нормативная и методологическая работа. Ключ к созданию подобной экосистемы – в сотрудничестве всех участников отрасли.

И эта работа требует партнерства врачебного, научного, образовательного сообщества, органов государственной власти, некоммерческих организаций, волонтерских объединений, широкого использования передового российского и зарубежного опыта.

Коллектив авторов выражает благодарность компании АО «Рош-Москва» за поддержку при подготовке данной публикации. Медикал-райтинг был проведен компанией ООО «Студия Прана». АО «Рош-Москва» не несет ответственности за содержание статьи.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Журавлева Марина Владимировна (Marina V. Zhuravleva) – доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация
E-mail: zhuravleva@expmed.ru
<https://orcid.org/0000-0002-9198-8661>

Мудунов Али Мурадович (Ali M. Mudunov) – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением опухолей головы и шеи клинического госпиталя «Мать и дитя», Московская область, Российская Федерация
E-mail: ali.mudunov@info.ru
<http://orcid.org/0000-0002-0918-3857>

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Guzel E. Ulumbekova) – доктор медицинских наук, MBA Гарвардского университета (Бостон, США), руководитель (ректор) Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Российская Федерация
E-mail: vshouz@vshouz.ru
<https://orcid.org/0000-0003-0986-6743>

Проблемы внедрения новой системы оплаты труда медицинских работников в условиях современной нормативно-правовой базы по труду

Шипова В.М.¹,
Корецкий С.Н.²

¹ Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», 105064, г. Москва, Российская Федерация

² Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 101990, г. Москва, Российская Федерация

Цель. Проанализировать действующие нормативные правовые акты по вопросам нормирования труда в системе здравоохранения и изучить возможности реализации новой системы оплаты труда в условиях нерешенных проблем нормирования труда

Материал и методы. Материалами исследования послужили нормативные правовые акты по вопросам норм труда в здравоохранении. Источник правовой информации – справочная правовая система «КонсультантПлюс». В качестве методов исследования использовались аналитический, изучения и обобщения опыта.

Результаты. В исследовании анализ современной нормативно-правовой базы по труду в рамках системы здравоохранения Российской Федерации проводился по видам норм труда, в связи с чем была разработана их соответствующая систематизация и сформирован перечень нормативных правовых актов по 6 группам: нормы численности (в приказах о Порядках), нормы численности (в приказах о Положениях), нормы численности (в приказах по Правилам), нормы времени (на посещение), нормы времени (на диагностические исследования, процедуры, манипуляции), нормы нагрузки.

Выявлены такие проблемы и недостатки нормативных правовых актов по вопросам норм труда в здравоохранении, как несоответствие содержания

ряда приказов и приложений к приказам их наименованию, противоречивые данные величин норм труда в нормативных правовых актах, отсутствие нормативов численности медицинских работников вспомогательной службы, общего больничного персонала в основных типах больничных организаций, ошибочные рекомендации по штатному обеспечению круглосуточной работы, нарушения номенклатуры профилей медицинской помощи, должностей, специальностей, экономическая необоснованность норм труда и главное – отсутствие связи между отдельными составляющими системы нормирования труда в здравоохранении. Определен ряд мероприятий по устранению ошибочных положений нормативных правовых актов и совершенствованию нормативно-правовой базы по труду в системе здравоохранения.

Заключение. Выявленные недостатки и проблемы нормативно-правовой базы по труду препятствуют внедрению новой системы оплаты труда медицинских работников и нарушают ее главные условия: прозрачность и справедливость.

В условиях представленного состояния нормативно-правовой базы нормирования труда в здравоохранении трудно рассчитывать на создание равной напряженности норм труда, являющейся основой для внедрения новой системы оплаты труда медицинских работников.

Ключевые слова:

новая система оплаты труда, здравоохранение, штатно-нормативное обеспечение, нормы труда, медицинский работник, нормативный правовой акт, порядок оказания медицинской помощи

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Шипова В.М., Корецкий С.Н. Проблемы внедрения новой системы оплаты труда медицинских работников в условиях современной нормативно-правовой базы по труду // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 4. С. 64–83. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-4-64-83>

Статья поступила в редакцию 05.11.2021. Принята в печать 02.12.2021.

The problems of introducing a new wage system for medical workers in the conditions of the modern regulatory framework for labor

Shipova V.M.¹,
Koretskiy S.N.²

¹ N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow Russian Federation

² National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine, 101990, Moscow, Russian Federation

The aim. To analyze the current regulatory legal acts on the issues of labor rationing in the healthcare system and to explore the possibilities of implementing a new wage system in the context of unresolved labor rationing problems.

Material and methods. The research materials were regulatory legal acts on labor standards in healthcare. The source of legal information is the ConsultantPlus legal reference system. Analytical, study and generalization of experience were used as research methods.

Results. In the study, the analysis of the modern regulatory framework for labor within the health care system of the Russian Federation was carried out by types of labor standards, in connection with which their appropriate systematization was developed and a list of normative legal acts was formed for 6 groups: number norms (in orders on Procedures), number norms (in orders on Rules), number norms (in the order on Rules), time norms (for visits), time norms (for diagnostic studies, procedures, manipulations), load norms.

The problems and shortcomings of regulatory legal acts on labor standards in healthcare have been identified, such as the inconsistency of the content of a number of orders and appendices to orders with their names, contradictory data on the values of labor standards in regulatory legal acts, the lack of standards for the number of auxiliary service medical workers, general hospital staff in the main types of hospital organizations, erroneous recommendations for staffing round-the-clock work, violations of the nomenclature of medical care profiles, positions, specialties, the economic unreasonableness of labor standards and, most importantly, the lack of communication between the individual components of the labor rationing system in healthcare. A number of measures have been identified to eliminate erroneous provisions of regulatory legal acts and improve the regulatory framework for labor in the healthcare system.

Conclusion. The revealed shortcomings and problems of the labor regulatory framework hinder the introduction of a new system of remuneration for medical workers and violate its main conditions: transparency and fairness.

In the conditions of the presented state of the regulatory framework for labor rationing in healthcare, it is difficult to count on the creation of equal tension of labor standards, which is the basis for the introduction of a new system of remuneration for medical workers.

Keywords:

new wage system, healthcare, staff and regulatory support, labor standards, medical worker, regulatory legal act, procedure for providing medical care

Funding. The study had no sponsor support.

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

For citation: Shipova V.M., Koretskiy S.N. The problems of introducing a new wage system for medical workers in the conditions of the modern regulatory framework for labor. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2021; 7 (4): 64–83. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-4-64-83> (in Russian)

Received 05.11.2021. **Accepted** 02.12.2021.

Согласно нормам ст. 144 Трудового кодекса Российской Федерации (далее – ТК РФ) Правительству Российской Федерации предоставлено право утверждать требования

к системам оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений, которое реализуется в настоящее время в системе здравоохранения. В соответствии с Постанов-

лением Правительства Российской Федерации от 01.06.2021 № 847 «О реализации пилотного проекта в целях утверждения требований к системам оплаты труда медицинских работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» с 1 июня 2021 г. в 7 субъектах страны осуществляется трехэтапная реализация мероприятий проекта. Сроки этапа его внедрения в медицинские организации Постановлением Правительства РФ от 30.11.2021 №2144 перенесены вперед: с июля по ноябрь 2022 г. по результатам которого будут определены единые требования к системе оплаты труда государственных и муниципальных учреждений здравоохранения страны. Одной из целей данного проекта является устранение необоснованной дифференциации размеров зарплат медицинских работников между организациями одного типа в условиях применения единых требований к расчету должностного оклада, назначению стимулирующих и компенсационных выплат и т.п.

Основные положения новой системы оплаты труда сводятся к установлению фиксированного размера оклада и увеличению его на коэффициент должности работника, а также на специальный региональный коэффициент.

Цель данной публикации – проанализировать действующие нормативные правовые акты по вопросам нормирования труда в системе здравоохранения и изучить возможности реализации новой системы оплаты труда в условиях нерешенных проблем нормирования труда.

Материал и методы

Материалами исследования послужили нормативные правовые акты по вопросам норм труда в здравоохранении. Источник правовой информации – справочная правовая система «КонсультантПлюс». В качестве методов исследования использовались аналитический, изучение и обобщения опыта.

В исследовании анализ современной нормативно-правовой базы по труду в рамках системы здравоохранения Российской Федерации проводился по видам норм труда, в связи с чем была

разработана их соответствующая систематизация и формирование перечня таких документов по группам.

Результаты

В публикациях, посвященных вопросам здравоохранения, периодически появляются извлечения из документов, предлагающих рекомендуемые нормы труда.

В сборнике нормативов по труду учреждений здравоохранения, изданном в 2005 г., представлены по состоянию на 01.01.2004 нормативные правовые акты по труду, утвержденные приказами Минздрава СССР и сгруппированные в соответствии с действующей в тот период времени номенклатурой учреждений здравоохранения [1]. Эти документы частично могут быть использованы и в настоящее время. В дальнейшем в аналогичных публикациях приводились извлечения из нормативных правовых актов в основном в хронологическом порядке по мере их утверждения [2–6]. В последнем таком издании приведены лишь дополнения и изменения в утвержденных нормах труда за 2020–2021 гг. [7]. Кроме того, изменения в сборниках за определенный период времени отражались и в изданиях, содержащих комментарии к нормам труда [8, 9].

Систематизированный перечень действующих в настоящее время документов по видам норм труда представлен в таблице.

Систематизация перечня действующих нормативных правовых актов, устанавливающих нормы труда в здравоохранении, проведена следующим образом:

- основанием для включения того или иного документа в Перечень является название документа или Приложения к нему, в которых определяется тот или иной вид норм труда;
- документы распределены по видам норм труда, сгруппированным по типам документов, устанавливающих тот или иной вид норм труда;
- внутри каждой группы документы представлены в хронологическом порядке по мере их утверждения.

Перечень действующих нормативных правовых актов, устанавливающих нормы труда в здравоохранении Российской Федерации, по состоянию на ноябрь 2021 г.

№ п/п	Наименование документа	Дата утверждения и № документа	№ Приложений, разделов
<i>1. Нормы численности (в приказах о Порядках)</i>			
1.1.	Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля» (с последующими изменениями)	02.04.2010 № 206н	2
1.2.	Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология»	18.01.2012 № 17н	2, 5, 8, 11, 14
1.3.	Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях»	31.01.2012 № 69н	2, 5, 8
1.4.	Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи»	16.04.2012 № 366н	11
1.5.	Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «косметология»	18.04.2012 № 381н	3, 6, 9, 12, 15, 18
1.6.	Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями»	05.05.2012 № 521н	2, 5
1.7.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская кардиология»	25.10.2012 № 440н	2, 5
1.8.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «ревматология»	25.10.2012 № 441н	2, 5
1.9.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты»	25.10.2012 № 442н	2, 5, 8, 11
1.10.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология»	30.10.2012 № 560н	2, 5
1.11.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская урология-андрология»	31.10.2012 № 561н	2, 5
1.12.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия»	31.10.2012 № 562н	2, 5
1.13.	Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»	17.05.2012 № 566н	2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29, 32, 35, 38, 42, 44

*Перечень действующих нормативных правовых актов, устанавливающих нормы труда
в здравоохранении Российской Федерации, по состоянию на ноябрь 2021 г. (Продолжение)*

№ п/п	Наименование документа	Дата утверждения и № документа	№ Приложений, разделов
1.14.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)» с последующими изменениями)	31.10.2012 № 567н	2, 5
1.15.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «клиническая фармакология»	02.11.2012 № 575н	2, 5
1.16.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «аллергология и иммунология»	07.11.2012 № 606н	2, 5, 8
1.17.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»	08.11.2012 № 689н	2, 5, 8, 11, 14
1.18.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия»	12.11.2012 № 898н	2, 5, 9, 13
1.19.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»	12.11.2012 № 899н	2, 5, 14
1.20.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология»	12.11.2012 № 900н	2, 5, 8, 11
1.21.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «травматология и ортопедия»	12.11.2012 № 901н	2, 5, 8, 12, 15
1.22.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты»	12.11.2012 № 902н	2, 5, 8, 11, 13, 16
1.23.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «оториноларингология»	12.11.2012 № 905н	2, 5, 8
1.24.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «гастроэнтерология»	12.11.2012 № 906н	2, 5, 8
1.25.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология»	12.11.2012 № 907н	2, 5, 8, 11
1.26.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология»	12.11.2012 № 908н	2, 5, 8

*Перечень действующих нормативных правовых актов, устанавливающих нормы труда
в здравоохранении Российской Федерации, по состоянию на ноябрь 2021 г. (Продолжение)*

№ п/п	Наименование документа	Дата утверждения и № документа	№ Приложений, разделов
1.27.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология»	12.11.2012 № 909н	2, 5, 8
1.28.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями»	12.11.2012 № 910н	2, 5, 8, 11
1.29.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях»	13.11.2012 № 911н	2, 5, 8, 11
1.30.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «онкология»	15.11.2012 № 915н	2, 5, 8, 11, 14, 20, 26, 29, 32
1.31.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «пульмонология»	15.11.2012 № 916н	2, 5, 8
1.32.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с врожденными и (или) наследственными заболеваниями»	15.11.2012 № 917н	2
1.33.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (с последующими изменениями и дополнениями)	15.11.2012 № 918н	2, 5, 8, 12, 15, 18, 22, 26
1.34.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» (с последующими изменениями)	15.11.2012 № 919н	2, 5, 8, 11, 14, 17
1.35.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «диетология»	15.11.2012 № 920н	2, 5, 8
1.36.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология»	15.11.2012 № 921н	2, 5, 8
1.37.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»	15.11.2012 № 922н	2, 5, 8
1.38.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»	15.11.2012 № 923н	2, 5, 8
1.39.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология»	15.11.2012 № 924н	2, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22

Перечень действующих нормативных правовых актов, устанавливающих нормы труда в здравоохранении Российской Федерации, по состоянию на ноябрь 2021 г. (Продолжение)

№ п/п	Наименование документа	Дата утверждения и № документа	№ Приложений, разделов
1.40.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями»	15.11.2012 № 925н	2, 5
1.41.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы»	15.11.2012 № 926н	2, 4, 7
1.42.	Приказ Минздрава России «Об утверждении порядка оказания помощи пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком»	15.11.2012 № 927н	2, 5
1.43.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения»	15.11.2012 № 928н	2, 5
1.44.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гематология»	15.11.2012 № 930н	2, 6, 10, 13, 16
1.45.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «нейрохирургия»	15.11.2012 № 931н	2
1.46.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом»	15.11.2012 № 932н	2, 6, 9, 21, 24
1.47.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «неврология»	14.12.2012 № 1047н	2, 5
1.48.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи с последующими изменениями	20.07.2013 № 388н	4, 7, 10, 13
1.49.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»	05.11.2013 № 822н	2
1.50.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «сурдология-оториноларингология»	09.04.2015 № 178н	2, 5
1.51.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ»	30.12.2015 № 1034н	2, 5, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29

Перечень действующих нормативных правовых актов, устанавливающих нормы труда в здравоохранении Российской Федерации, по состоянию на ноябрь 2021 г. (Продолжение)

№ п/п	Наименование документа	Дата утверждения и № документа	№ Приложений, разделов
1.52.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» с последующими изменениями	29.01.2016 № 38н	2, 5, 8
1.53.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения»	05.05.2016 № 279н	2, 5, 8, 11, 14, 17
1.54.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка проведения судебно-психиатрической экспертизы»	12.01.2017 № 3н	2, 5
1.55.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «остеопатия»	19.01.2018 № 21н	2, 5, 8
1.56.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия»	31.05.2018 № 298н	2, 5
1.57.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха»	13.06.2018 № 327н	1
1.58.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при заболеваниях (состояниях), для лечения которых применяется трансплантация (пересадка) костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток и внесении изменения в Порядок оказания медицинской помощи по профилю «хирургия (трансплантация органов и (или) тканей человека)», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2012 г. № 567н»	12.12.2018 № 875н	2, 5, 8
1.59.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»	14.06.2019 № 422н	2, 5, 8, 11
1.60.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей»	23.10.2019 № 878н	2, 5, 8, 11, 14, 17, 20
1.61.	Приказ Минздрава России «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» с последующими изменениями и дополнениями	19.03.2020 № 198н 01.10.2020 № 1062н 30.10.2020 № 1184н	10, 16, 17, 19

*Перечень действующих нормативных правовых актов, устанавливающих нормы труда
в здравоохранении Российской Федерации, по состоянию на ноябрь 2021 г. (Продолжение)*

№ п/п	Наименование документа	Дата утверждения и № документа	№ Приложений, разделов
1.62.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю хирургия (комбустиология)»	09.06.2020 № 559н	2, 5, 8, 11
1.63.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях»	31.07.2020 № 786н	2, 5, 8, 11, 14
1.64.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых»	31.07.2020 № 788н	4, 7, 9, 11, 14, 17, 20
1.65.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниям и ограничениям к их применению»	31.07.2020 № 803н	2
1.66.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»	20.10.2020 № 1130н	2, 5, 7, 11, 14, 17, 20, 27, 30, 33, 36, 39, 42, 45, 48
1.67.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)»	23.10.2020 № 1144н	13, 18
1.68.	Приказ Минздрава России «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «трансфузиология»	28.10.2020 № 1170н	2, 5, 8
1.69.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»	29.10.2020 № 1177н	2, 5, 8
1.70.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология и гематология» ¹	06.02.2021 № 55н	2, 5, 8, 11

Перечень действующих нормативных правовых актов, устанавливающих нормы труда в здравоохранении Российской Федерации, по состоянию на ноябрь 2021 г. (Продолжение)

№ п/п	Наименование документа	Дата утверждения и № документа	№ Приложений, разделов
1.71.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях» ²	19.02.2021 № 116н	3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33, 36
1.72.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по прекращению потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, лечению табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции»	26.02.2021 № 140н	2
<i>2. Нормы численности (в приказах о Положениях)</i>			
2.1.	Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению (с изменениями и дополнениями)	15.05.2012 № 543н	2, 10, 13, 16, 19, 22
2.2.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям	07.03.2018 № 92н	2, 5, 8, 10
2.3.	Приказ Минздрава России и Минтруда России «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»	31.05.2019 № 345н/372н	3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33, 36
<i>3. Нормы численности (в приказах по Правилам)</i>			
3.1.	Приказ Минздрава России «О Правилах проведения патологоанатомических исследований» (с изменениями и дополнениями)	24.03.2016 № 179н	2
3.2.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Правил проведения функциональных исследований»	26.12.2016 № 997н	2, 5, 8, 11, 14
3.3.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Правил проведения эндоскопических исследований»	06.12.2017 № 974н	2, 5
3.4.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Правил проведения ультразвуковых исследований»	08.06.2020 № 557н	2, 5
3.5.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Правил проведения рентгенологических исследований»	09.06.2020 № 560н	2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29, 32

Перечень действующих нормативных правовых актов, устанавливающих нормы труда в здравоохранении Российской Федерации, по состоянию на ноябрь 2021 г. (Продолжение)

№ п/п	Наименование документа	Дата утверждения и № документа	№ Приложений, разделов
3.6.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Правил проведения лабораторных исследований»	18.05.2021 № 464н	3, 7
<i>4. Нормы времени (на посещение)</i>			
4.1.	Приказ Минздрава России «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога»	02.06.2015 № 290н	В тексте
4.2.	Приказ Минздрава России «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта»	19.12.2016 № 973н	В тексте
4.3.	Приказ Минздрава России «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-гематолога, врача-инфекциониста, врача-онколога, врача-пульмонолога, врача-фтизиатра, врача-хирурга»	06.08.2020 № 810н	В тексте
4.4.	Письмо о методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования	30.12.2020 Минздрав России № 11-7/И/2-20691 ФОМС № 00-10-26-2-04/11-51	6
4.5.	Письмо Минздрава России «О направлении разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, включая подходы к определению дифференцированных нормативов объема медицинской помощи»	31.12.2020 № 11-7/И/2-20700	14, п. 2
<i>5. Нормы времени (на диагностические исследования, процедуры, манипуляции)</i>			
5.1.	Приказ Минздрава СССР «Об утверждении условий единиц на выполнение физиотерапевтических процедур, норм времени по массажу, положений о физиотерапевтических подразделениях и их персонале»	21.12.1984 № 1440	1

Перечень действующих нормативных правовых актов, устанавливающих нормы труда в здравоохранении Российской Федерации, по состоянию на ноябрь 2021 г. (Продолжение)

№ п/п	Наименование документа	Дата утверждения и № документа	№ Приложений, разделов
5.2.	Приказ Минздрава СССР «Об утверждении расчетных норм времени на радиоизотопные исследования и о внесении изменений в действующие штатные нормативы лабораторий радиоизотопной диагностики»	05.08.1986 № 1029	1
5.3.	Приказ Минздрава России «О совершенствовании службы лучевой диагностики»	02.08.1991 № 132	22
5.4.	Письмо Минздрава России «О нормировании труда работников флюорографических кабинетов»	28.10.1992 № 21-01-983	В тексте 5
5.5.	Приказ Минздрава России «О совершенствовании службы функциональной диагностики в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»	30.11.1993 № 283	7
5.6.	Приказ Минздрава России «О развитии и совершенствовании деятельности лабораторий клинической микробиологии (бактериологии) лечебно-профилактических учреждений»	19.01.1995 № 8	8
5.7.	Приказ Минздравмедпрома России «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» (с изменениями)»	31.05.1996 № 222	7
5.8.	Приказ Минздрава России «О состоянии и мерах по совершенствованию лабораторного обеспечения диагностики и лечения пациентов в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» (с изменениями) (извлечения)»	от 25.12.1997 № 380	12
5.9.	Приказ Минздрава России «О дальнейшем развитии рентгено-хирургических методов диагностики и лечения»	22.06.1998 № 198	5
5.10.	Методические указания Минздрава России «Нормы времени на выполнение основных видов микробиологических исследований»	18.01.1999 № 1100/82-99-23	Приложение без номера
5.11.	Приказ Минздрава России «О мерах по дальнейшему развитию рефлексотерапии в Российской Федерации»	03.02.1999 № 38	9
5.12.	Приказ Минздрава России «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса»	26.03.2001 № 87	2
5.13.	Методические указания Минздрава России «Нормы затрат времени на проведение исследований в вирусологических лабораториях центров Госсанэпиднадзора»	23.05.2001 № МУ 5.1.1037-01	Приложение (без номера)

Перечень действующих нормативных правовых актов, устанавливающих нормы труда в здравоохранении Российской Федерации, по состоянию на ноябрь 2021 г. (Окончание)

№ п/п	Наименование документа	Дата утверждения и № документа	№ Приложений, разделов
<i>6. Нормы нагрузки</i>			
6.1.	Приказ Минздрава России «О мерах по улучшению организации помощи по мануальной терапии в Российской Федерации»	10.02.1998 № 39	2
6.2.	Приказ Минздрава России «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию спортивной медицины и лечебной физкультуры»	20.08.2001 № 337	17
6.3.	Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля» (с последующими изменениями)»	02.04.2010 № 206н	2
6.4.	Приказ Минздрава России «Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)»	23.10.2020 № 1144н	19

¹ Документ вступает в силу с 1 сентября 2022 г. ² Документ вступает в силу с 1 января 2022 г.

Представленный перечень документов, сформированный для проведения данного анализа, может иметь самостоятельное научно-практическое значение и использоваться при поиске документа для составления штатного расписания медицинской организации, при экономическом анализе деятельности учреждения, подразделения, должности.

Анализ содержательной части представленных в таблице документов показал, что наименования Приказов и их Приложений не всегда совпадают с их содержанием. Так, наименования Приложений, включенных в таблице в 3-ю группу приказов, обозначены как рекомендуемые штатные нормативы. Показателями нормативов численности врачей вспомогательной служ-

бы являются, как известно, число коек и (или) численность врачей амбулаторного приема. Эти данные отсутствуют в рассматриваемых приказах, т.е. данные документы не дают представления о штатных нормативах, они устанавливают лишь соотношения между врачебным, средним и младшим медицинским персоналом службы.

Другой пример можно привести по документам, устанавливающим нормы нагрузки и включенным в 6-ю группу приказов. Из приведенных в этой группе приказов лишь один действительно устанавливает нормы нагрузки – документ, определяющий нормы труда по мануальной терапии. Все остальные приказы, включенные в эту группу, определяют нормы времени, выраженные в минутах. При этом документ, опре-

деляющий нормы труда по мануальной терапии, признан утратившим силу¹. Однако при отсутствии другого аналогичного документа считаем возможным использование приложение № 2 к приказу № 39, в связи с чем этот приказ и включен в таблицу².

Аналогичная судьба сложилась и у приказа по лучевой диагностике, обозначенного в таблице под № 5.3 (далее – приказ № 132). Новый приказ Минздрава России³ существенно изменил основные положения приказа № 132, однако нормы времени, указанные в Приложении № 22 к этому приказу, остались прежними. Следовательно, замена приказа № 132 вполне обоснована по всем позициям, кроме указаний на нормы времени, приведенных в Приложении № 22, что и отмечено в п. 5.3. таблицы.

Анализ содержательной части представленных в таблице документов выявляет основные проблемы в сложившейся нормативно-правовой базе по труду, постоянно отмечаемые в публикациях [8–11], но не исправленные до сих пор. Эти проблемы сводятся к следующему.

1. Противоречивые данные величин норм труда в приказах, включенных в таблицу в первую и во вторую группы. Приказы о Порядках

оказания медицинской помощи и о Положениях об организации оказания медицинской помощи действуют одновременно и имеют одинаковую юридическую силу. Разница в нормах труда, приведенных в указанных документах, варьирует от нескольких процентов до 2,5-кратной величины. Так, например, нормативный показатель по должности врача-невролога составляет 15 тыс. взрослого населения по приказу о Порядке⁴ и 20 тыс. взрослого населения по приказу о Положении⁵, а по должности врача-инфекциониста – 20 тыс. по приказу о Порядке⁶ и 50 тыс. по приказу о Положении⁷. В этих условиях даже в пределах одного и того же региона при примерно одинаковой демографической ситуации, заболеваемости и обращаемости за медицинской помощью в штатные расписания одного и того же типа учреждения может быть включено разное число должностей.

Специальные расчеты показывают, что нормативная численность врачей амбулаторного приема (за исключением врачей-терапевтов участковых) в поликлинике на 25 тыс. населения, определенная по приказам о Порядках, составляет 20,75 должности, а по приказу о Положении – 11,75 должности. Столь большой размах

¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 04.08.2020 № 1181 «О признании утратившими силу некоторых актов и отдельных положений некоторых актов Правительства Российской Федерации и об отмене актов и отдельных положений актов федеральных органов исполнительной власти, содержащих обязательные требования, соблюдение которых оценивается при проведении мероприятий по контролю при осуществлении федерального государственного надзора за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, и федерального государственного контроля (надзора) в сфере социального обслуживания».

² Приказ Минздрава России от 10.02.1998 № 39 «О мерах по улучшению организации помощи по мануальной терапии в Российской Федерации».

³ Приказ Минздрава России от 09.06.2020 № 560н «Об утверждении Правил проведения рентгенологических исследований».

⁴ Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 926н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы», п. 1 Приложения № 2.

⁵ Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», п.17 Приложения № 2.

⁶ Приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2012 № 69н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях», Приложение № 2.

⁷ Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», п. 20.

колебаний этих данных и правовая возможность использовать любой из указанных документов не способствуют созданию условий для равной напряженности норм труда.

2. Отсутствие нормативов численности медицинских работников вспомогательной службы, общего больничного персонала в основных типах больничных организаций. В ряде приказов о Порядках оказания медицинской помощи указываются нормативы численности вспомогательной службы по больничным подразделениям. Это касается преимущественно документов, определяющих нормы труда по диспансерам. По основным типам больничных учреждений, т.е. областным, городским и районным больницам, штаты медицинских работников вспомогательной службы в современной нормативно-правовой базе по труду не устанавливались, а на практике применялись в этой части штатные нормативы, утвержденные Минздравом СССР⁸. Однако в конце 2016 г. штатные нормативы основных типов больничных учреждений были признаны не действующими на территории Российской Федерации⁹. Следовательно, в настоящее время штатные нормативы медицинских работников вспомогательной лечебно-диагностической службы больничных учреждений, так же как и общепольничного медицинского персонала, отсутствуют.

3. Ошибочные рекомендации по штатному обеспечению круглосуточной работы. В рекомендуемых штатных нормативах, утвержденных приказами о Порядках, для организации круглосуточного режима работы предлагаются 2 показателя: число коек на круглосуточный пост и численность должностей. Методические подходы к расчету численности должностей, основанные на изменчивой величине размера годового бюджета рабочего времени, который зависит от занимаемой должности, региона нахождения медицинской организации, числа рабочих дней в году и других факторов, показывают, что необходимыми и достаточными данными, устанавливаемыми в нормативных правовых актах, является только число коек на 1 круглосуточный пост. Численность должностей необходимо рассчитывать ежегодно в каждом конкретном случае на основании указанных ежегодно меняющихся данных.

4. Нарушения номенклатуры профилей медицинской помощи, должностей, специальностей. Необходимость соблюдения номенклатуры должностей и специальностей регламентируется ТК РФ¹⁰. В частности, в ст. 57 этого документа указано следующее:

«Если в соответствии с настоящим Кодексом, иными федеральными законами с выполнением работ по определенным должностям, профессиям, специальностям связано предоставление

⁸ Приказ Министерства здравоохранения СССР от 26.09.1978 № 900 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь центральных районных и районных больниц сельских районов, центральных районных поликлиник сельских районов, городских больниц и поликлиник (амбулаторий) городов и поселков городского типа с населением до 25 тыс. человек, участковых больниц, амбулаторий в сельской местности и фельдшерско-акушерских пунктов»; приказ Министерства здравоохранения СССР от 31.05.1979 № 560 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь областных, краевых и республиканских больниц для взрослых и детей»; приказ Министерства здравоохранения СССР от 06.06.1979 № 600 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь центральных городских, городских и детских городских больниц, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек».

⁹ Приказ Минздрава России от 16.10.2016 № 708 «О признании не действующими на территории Российской Федерации приказов Министерства здравоохранения СССР и признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения РСФСР от 04.01.1988 № 2 «О состоянии и перспективах развития патологоанатомической службы в РСФСР».

¹⁰ Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 22.11.2021) (с изм. и доп., вступ. в силу с 30.11.2021).

компенсаций и льгот либо наличие ограничений, то наименование этих должностей, профессий или специальностей и квалификационные требования к ним должны соответствовать наименованиям и требованиям, указанным в квалификационных справочниках, утверждаемых в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, или соответствующим положениям профессиональных стандартов».

Медицинские работники имеют льготы в соответствии со ст. 350 ТК РФ, которой им устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 39 ч в неделю. Следовательно, соблюдение номенклатуры должностей является обязательным при их наименовании как в нормативных правовых актах, так и в штатном расписании медицинской организации.

В современных нормативных правовых актах весьма часто встречаются наименования, не соответствующие номенклатуре. Так, например, в приказе Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”»¹¹ приводятся следующие ошибочные наименования должностей: врач – акушер-гинеколог детский, врач – акушер-гинеколог для несовершеннолетних вместо должности врача – акушера-гинеколога, в приказе по медицинской реабилитации¹² приводятся нормативы по должности младшей медицинской сестры по уходу за пациентами вместо младшей медицинской сестры по уходу за больными, а также по несуществующей должности нейропсихолога и т.д.

В то же время и в самих документах, определяющих номенклатуру, имеются противоречия. Следовательно, неотложной задачей управления здравоохранением федерального уровня является приведение в соответствие друг с другом всех нормативных правовых актов по номенклатурам должностей и специальностей в здравоохранении или утверждение единого документа.

5. Экономическая необоснованность норм труда. Методика нормирования труда врачей амбулаторного приема предполагает проведение расчетов численности должностей на основании норм времени и объема работы. В публикациях последних лет представлены методические подходы и специально разработанные формулы, позволяющие определить, как изменения одной из составляющей таких расчетов, в частности установление новых норм времени на посещения, отражаются на других расчетных показателях. Так, наши расчеты показывают, если использовать нормативную численность врачей-фтизиатров¹³ и полностью выполнить объем работы, предусмотренный территориальной программой государственных гарантий¹⁴, то среднее время врача-фтизиатра на одно посещение составит 15,4 мин. Внедрение типовых норм времени на одно посещение врача-фтизиатра, равных 35 мин¹⁵, определяет необходимость либо увеличения нормативного числа должностей, либо уменьшения объема работы [12].

Другой пример необоснованности норм труда можно привести по результатам расчета числен-

¹¹ Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю “акушерство и гинекология”».

¹² Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».

¹³ Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 932 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом».

¹⁴ Информационное письмо Минздравсоцразвития РФ от 22.12.2011 № 20-2/10/1-8234 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год».

¹⁵ Приказ Минздрава России от 06.08.2020 № 810н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-гематолога, врача-инфекциониста, врача-онколога, врача-пульмонолога, врача-фтизиатра, врача-хирурга».

ности должностей врачей во врачебно-физкультурных диспансерах [13]. На выполнение этого приказа¹⁶ потребуется численность должностей врачей, превышающая общую численность всех врачей в стране.

Экономическое обоснование предлагаемых норм труда, определение возможности их реализации в практике здравоохранения, апробация норм труда в производственных условиях являются составной частью разработки норм труда. Эти этапы проведения нормативно-исследовательских работ в здравоохранении в последние годы не соблюдаются, а так называемое общественное обсуждение нельзя рассматривать в качестве замены апробации документов по труду непосредственно в медицинских организациях.

Ряд указанных ошибочных положений современных нормативных правовых актов может быть легко устранен. Так, в качестве неотложной задачи по совершенствованию нормативно-правовой базы по труду в здравоохранении необходимо:

- провести сверку наименований должностей и специальностей с действующей номенклатурой и внести соответствующие изменения;
- пересмотреть все приказы по рекомендациям штатной обеспеченности круглосуточной работы и исключить из них нормативы численности должностей, оставив единственный необходимый норматив, выраженный в числе коек на 1 круглосуточный пост.

По устранению других ошибочных положений, например противоречий величин норм труда в разных одновременно действующих и имеющих одинаковую юридическую силу, документах, требуется более глубокая научная проработка с изучением заболеваемости, обращаемо-

сти населения за медицинской помощью в целом по стране и по отдельным территориям, с учетом демографических данных, динамики и трендов этих показателей с последующим выбором научно обоснованной величины норматива.

Но главный недостаток современной нормативно-правовой базы по труду состоит в отсутствии связи между отдельными составляющими системы нормирования труда, что свидетельствует о ее полном разрушении как системы, состоящей из комплекса составляющих, взаимодействующих между собой. Для ее восстановления необходимы политические решения о признании ошибочности развития нормирования труда в здравоохранении в последние 15–20 лет.

Заключение

Таким образом, проведенный анализ современной нормативно-правовой базы по труду в здравоохранении с систематизацией нормативных правовых актов и формированием перечня по 6 группам выявил ряд ее недостатков и проблем. Это несоответствие содержания ряда приказов и приложений к приказам их наименованию, противоречивые данные величин норм труда в нормативных правовых актах, отсутствие нормативов численности медицинских работников вспомогательной службы, общего больничного персонала в основных типах больничных организаций, ошибочные рекомендации по штатному обеспечению круглосуточной работы, нарушения номенклатуры профилей медицинской помощи, должностей, специальностей, экономическая необоснованность норм труда и главное – отсутствие связи между отдельными составляющими системы нормирования труда в здравоохранении.

¹⁶ Приказ Минздрава России от 23.10.2020 № 1144н «Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)».

Все это является препятствием для внедрения новой системы оплаты труда медицинских работников, нарушает ее главные условия: прозрачность и справедливость, и определяет необходимость проведения ряда неотложных мероприятий по внесению изменений в нормативные правовые акты по труду в здравоохранении с целью устранения указанных ошибочных положе-

ний и совершенствования организации медицинской помощи населению Российской Федерации.

В условиях представленного состояния нормативно-правовой базы нормирования труда в здравоохранении трудно рассчитывать на создание равной напряженности норм труда, являющейся основой для внедрения новой системы оплаты труда медицинских работников.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Шипова Валентина Михайловна (Valentina M. Shipova) – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Москва, Российская Федерация

E-mail: vschipova@yandex.ru

<http://orcid.org/0000-0002-8957-921X>

Корецкий Сергей Николаевич (Sergey N. Koretskiy) – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

E-mail: snkoretskiy@mail.ru

<http://orcid.org/0000-0001-6009-5775>

ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник нормативов по труду учреждений здравоохранения / сост. В.М. Шипова, В.Д. Ковальский; под ред. О.П. Щепина. Москва: Медицинская книга, 2005. 600 с.
2. Шипова В.М., Гайдаров Г.М. Правовое регулирование нормирования труда в сфере здравоохранения / под ред. Р.У. Хабриева. Иркутск: НЦРВХ СО РАМН, 2013. 368 с.
3. Шипова В.М., Гайдаров Г.М., Плутницкая Г.Н. Сборник нормативных правовых актов, регулирующих трудовые отношения в сфере здравоохранения (2009–2013 гг.) / под ред. Р.У. Хабриева. Иркутск: НЦРВХ СО РАМН, 2013. 496 с.
4. Шипова В.М. Сборник нормативно-правовых актов, регулирующих трудовые отношения в здравоохранении / под ред. Р.У. Хабриева. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 464 с.
5. Шипова В.М. Сборник нормативно-правовых актов, регулирующих трудовые отношения в здравоохранении / сост. В.М. Шипова; под ред. Р.У. Хабриева. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 432 с.
6. Шипова В.М. Регулирование трудовых отношений в здравоохранении. Сборник нормативно-правовых актов с комментариями / под ред. Р.У. Хабриева. 3-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 136 с.
7. Шипова В.М. Регулирование трудовых отношений в здравоохранении. Сборник нормативно-правовых актов с комментариями / под ред. Р.У. Хабриева. 4-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 320 с.
8. Хабриев Р.У., Шипова В.М., Гаджиева С.М. Комментарии к нормам труда в здравоохранении. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 144 с.
9. Хабриев Р.У., Шипова В.М., Берсенева Е.А. Комментарии к нормам труда в здравоохранении. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 144 с.
10. Шипова В.М. Организация и технология нормирования труда в здравоохранении / под ред. Р.У. Хабриева. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 312 с.
11. Шипова В.М., Берсенева Е.А. Средние и младшие медицинские работники: нормативы численности, методики расчетов / под ред. Р.У. Хабриева. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 240 с.
12. Шипова В.М. Регулирование трудовых отношений в здравоохранении. Сборник нормативно-правовых актов с комментариями / сост. В.М. Шипова; под ред. Р.У. Хабриева. 4-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 320 с.
13. Шипова В.М., Миргородская О.В. Новые нормы труда по спортивной медицине и лечебной физкультуре // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 2. С. 77–85.

REFERENCES

1. Collection of labor standards for healthcare institutions. In: V.M. Shipova, V.D. Koval'sky (comp.); O.P. Shchepin (ed.). Moscow: Meditsinskaya kniga, 2005: 600 p. (in Russian)
2. Shipova V.M., Gaydarov G.M. Legal regulation of labor rationing in the field of healthcare. In: R.U. Khabriev (ed.). Irkutsk: NTsRVKh SO RAMN, 2013: 368 p. (in Russian)
3. Shipova V.M., Gaydarov G.M., Plutnitskaya G.N. Collection of normative legal acts regulating labor relations in the field of healthcare (2009–2013) In: R.U. Khabriev (ed.). Irkutsk: NTsRVKh SO RAMN, 2013: 496 p. (in Russian)
4. Shipova V.M. Collection of normative legal acts regulating labor relations in healthcare. In: R.U. Khabriev (ed.). Moscow: GEOTAR-Media, 2015: 464 p. (in Russian)
5. Shipova V.M. Collection of normative legal acts regulating labor relations in healthcare. In: V.M. Shipova (comp.); R.U. Khabriev (ed.). 2nd ed., reprint. and add. Moscow: GEOTAR-Media, 2016: 432 p. (in Russian)
6. Shipova V.M. Regulation of labor relations in healthcare. Collection of normative legal acts with comments. In: R.U. Khabriev (ed.). 3rd ed., reprint. and add. Moscow: GEOTAR-Media, 2020: 136 p. (in Russian)
7. Shipova V.M. Regulation of labor relations in healthcare. Collection of normative legal acts with comments. In: R.U. Khabriev (ed.). 4th ed., reprint. and add. Moscow: GEOTAR-Media, 2021: 320 p. (in Russian)
8. Khabriev R.U., Shipova V.M., Gadzhieva S.M. Comments on labor standards in healthcare. Moscow: GEOTAR-Media, 2007: 144 p. (in Russian)
9. Khabriev R.U., Shipova V.M., Berseneva E.A. Comments on labor standards in healthcare. Moscow: GEOTAR-Media, 2019: 144 p. (in Russian)
10. Shipova V.M. Organization and technology of labor rationing in healthcare. In: R.U. Khabriev (ed.). Moscow: GEOTAR-Media, 2018: 312 p. (in Russian)
11. Shipova V.M., Berseneva E.A. Middle and junior medical workers: number standards, calculation methods. In: R.U. Khabriev (ed.). Moscow: GEOTAR-Media, 2020: 240 p. (in Russian)
12. Shipova V.M. Regulation of labor relations in healthcare. Collection of normative legal acts with comments. In: V.M. Shipova (comp.); R.U. Khabriev (ed.). 4nd ed., reprint. and add. Moscow: GEOTAR-Media, 2021: 320 p. (in Russian)
13. Shipova V.M., Mirgorodskaya O.V. New labor standards in sports medicine and physical therapy. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VShOUZ [ORGZDRAV: News, Opinions, Training. Bulletin of VShOUZ]. 2021; 7 (2): 77–85. (in Russian)

Динамика основных показателей работы больничного сектора системы здравоохранения России

Корхмазов В.Т.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница № 1 города Новороссийска» Министерства здравоохранения Краснодарского края, 353915, г. Новороссийск, Российская Федерация

Коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19) вызвала кризис в области общественного здравоохранения – медицинские учреждения оказались плохо подготовлены к таким инцидентам. В этой связи растет важность оценок возможностей и результатов работы больниц с целью разработки предложений по улучшению организации их деятельности.

Цель. Проанализировать изменения отдельных показателей ресурсного обеспечения и результатов работы больничного сектора системы здравоохранения России в динамике за 6 лет.

Материал и методы. Использованы методы статистического анализа, информационные и аналитические материалы российских и зарубежных информационных агентств, статистические материалы Минздрава России и ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России.

Результаты. За последние 25 лет в России коечный фонд государственных медицинских организаций сократился на 705,6 тыс., или на 40%. На конец 2020 г. коечный фонд государственных медицинских организаций в России составлял 1031,5 тыс. коек, или 7,0 коек на 1000 населения. Для лечения COVID-19 в 2020 г. в России было задействовано 259,1 тыс. коек, или 25,1% суммарных мощностей коечного фонда круглосуточных стационаров страны. Среднегодовая занятость коечного фонда в целом по Российской Федерации за этот же период снизилась с 317,7±21,3 в 2015 г. до 255,1±20,3 дня в 2020 г., что составляет 77% от оптимального показателя (330 дней в году). Особенно низкими оказались показатели загруженности коечного фонда (включая реанимационные), предназначенного для лечения COVID-19 (оборот койки в среднем – 10,5, среднегодовая занятость койки – 109 дней). Уровень общепольничной летальности в среднем по Российской Федерации в 2020 г. составил 3,14%, что в 1,8 раза больше, чем в 2015 г., а в среднем по субъектам Российской Федерации при лечении COVID-19 – 7,62±0,33%.

Заключение. Перегрузка системы здравоохранения при появлении нового коронавирусного патогена SARS-CoV-2 была результатом управленческого коллапса и неправильного распределения ресурсов. Больничный сектор здра-

вохранения в период пандемии оказался загружен всего на три четверти, а специализированные мощности для лечения инфицированных COVID-19 пациентов – не более чем на треть. Реализуемые в течение последних лет приоритеты по сокращению числа и мощностей круглосуточных стационаров должны быть заменены на приоритеты по обеспечению устойчивости и эффективности их работы, особенно в случае ухудшении эпидемической ситуации.

Ключевые слова:

общественное здоровье и организация здравоохранения, пандемия COVID-19, новая коронавирусная инфекция, работа системы здравоохранения в период пандемии, мобилизационная готовность здравоохранения, показатели работы круглосуточных стационаров, оптимизация коечного фонда

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Корхмазов В.Т. Динамика основных показателей работы больничного сектора системы здравоохранения России // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 4. С. 84–94. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-4-84-94>

Статья поступила в редакцию 06.11.2021. **Принята в печать** 06.12.2021.

Dynamics of key indicators of work of the hospital sector of the health care system of Russia

Korkhmazov V.T. City Hospital # 1, 353915, Novorossiysk, Russian Federation

COVID-19 caused crisis in the field of public health care as medical institutions were badly prepared for such incidents. In this regard importance of estimates of opportunities and results of work of hospitals for the purpose of development of suggestions for improvement of the organization of their activity increases.

Aim. The analysis of change of separate indicators of resource providing and results of work of the hospital sector of a health care system of Russia in dynamics in six years.

Material and methods. Methods of the statistical analysis, information and analytical materials of the Russian and foreign news agencies, statistical materials of the Russian Ministry of Health and Federal State Budgetary Institution TSNIIOIZ of the Russian Ministry of Health are used.

Results. For the last 25 years in Russia the bed fund of the state medical organizations was reduced by 705.6 thousand or for 40%. For the end of 2020 the bed fund of the state medical organizations in Russia made 1031.5 thousand beds, or 7.0 beds for 1000 of the population. 259.1 thousand beds, or 25.1% of total capacities of bed fund of the round-the-clock hospitals of the country were used for treatment of COVID-19 in 2020 in Russia. Average annual employment of bed fund in general for the Russian Federation for the same period decreased from 317.7 ± 21.3 in 2015 up to 255.1 ± 20.3 days in 2020 that makes only 77% of an

optimum indicator (330 days in a year). Especially low were indicators of load of the bed fund (including resuscitation) intended for treatment of COVID-19 (a bed turn on average – 10.5, average annual employment of a bed – 109 days). Level of all-hospital lethality in 2020 was on average in the Russian Federation 3.14% that is 1.8 times more, than in 2015, and on average in territorial subjects of the Russian Federation at treatment of COVID-19 – $7.62 \pm 0.33\%$.

Conclusion. The health care system overload at emergence of a new coronavirus pathogen of SARS-CoV-2 was result of administrative collapse and wrong distribution of resources. The hospital health sector was in the period of a pandemic loaded in general on only three quarters, and specialized capacities for treatment of the infected COVID-19 of patients – no more than on a third. The priorities realized within the last years on reduction of number and capacities of the round-the-clock hospitals have to be replaced with priorities on ensuring stability and efficiency of their work, especially in a case deterioration in an epidemiological situation.

Keywords:

public health and the organization of health care, COVID-19 pandemic, a new coronavirus infection, work of a health care system in the period of a pandemic, mobilization readiness of health care, indicators of work of the round-the-clock hospitals, optimization of bed fund

Funding. The study had no sponsor support.

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

For citation: Korkhmazov V.T. Dynamics of key indicators of work of the hospital sector of the health care system of Russia. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2021; 7 (4): 84–94. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-4-84-94> (in Russian)

Received 06.11.2021. **Accepted** 06.12.2021.

Пандемия COVID-19, а также другие пандемические вирусные инфекции являются новой серьезной проблемой для системы здравоохранения и всего общества, требуют научного осмысления, обуславливают и в очередной раз доказывают необходимость целенаправленного укрепления всех звеньев отрасли, но прежде всего больничной сети [1, 2]. Пандемия стала проверкой готовности систем здравоохранения стран мира к массовому поступлению больных в стационары в условиях чрезвычайной ситуации и оказанию населению значительных объемов медицинской помощи за короткий промежуток времени [3]. Если больницы организованы недостаточно эффективно, их потенциальное положительное влияние на здоровье населения может снизиться и даже перевернуться в свою противоположность.

Кроме того, в последние годы политики и эксперты все чаще обсуждают вопросы изменения систем здравоохранения, прежде всего больниц, из-за роста затрат на медицинскую помощь, старения населения и увеличения потребления ресурсов здравоохранения [4]. В настоящее время нет точных прогнозов о завершении сроков пандемии COVID-19. В этой связи растет важность оценок возможностей и результатов работы больниц с целью разработки предложений по улучшению организации их деятельности.

Цель данной статьи – анализ изменения отдельных показателей ресурсного обеспечения и результатов работы больничного сектора системы здравоохранения России в динамике за 6 лет для поддержки управленческих решений по улучшению организации деятельности больниц.

Материал и методы

Использованы методы контент-анализа, статистического анализа, информационные и аналитические материалы российских и зарубежных информационных агентств, статистические материалы Минздрава России и ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России [5], включая неопубликованные на момент создания рукописи статистические данные ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России из формы государственного статистического наблюдения «Сведения о медицинской организации». Проанализированы данные за 2015–2020 гг. по каждому из 85 субъектов Российской Федерации. Расчеты интенсивных показателей осуществляли на среднегодовую численность населения. Для оценки полученных данных использовались простые (невзвешенные) среднеарифметические величины, удельные веса значений показателей, среднеквадратическое (стандартное) отклонение от средних величин. Анализ и описательную часть работы проводили при помощи пакета программ для работы с таблицами Microsoft Excel.

Результаты

Мощность коечного фонда

После распада СССР мощности круглосуточных стационаров в России стали ежегодно сокращаться примерно на 20–25 тыс. коек. Среднеарифметический показатель обеспеченности населения койками круглосуточных стационаров снизился со 118,2 на 10 тыс. населения в 1994 г. до 70,3 в 2020 г. (рис. 1).

В настоящее время в России медицинскую деятельность по оказанию медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара осуществляют 4,3 тыс. больниц, в состав которых входят 10,7 тыс. зданий.

Если в целом по стране на конец 1994 г. коечный фонд составлял 1737,0 тыс. коек, то в 2015 г. – 1097,1 тыс. коек, а в 2020 г. – 1031,5 тыс. коек. Таким образом, за последние 25 лет в России коечный фонд государственных медицинских организаций сократился на 705,6 тыс., или на 40%, за 6 последних лет – на 6,2%.

В разрезе субъектов Российской Федерации наиболее существенно (на 15–20%) коечный фонд за последние 6 лет сократился в Ненецком автономном округе, Удмуртской Республике, Архангельской, Калужской, Ивановской и Орловской областях. На 10–14% коечный фонд сократился в Ульяновской, Мурманской, Магаданской, Курганской, Иркутской, Псковской, Тамбовской, Астраханской, Оренбургской и Самарской областях, Ямало-Ненецком АО, республиках Калмыкия и Марий Эл, Коми, Кабардино-Балкария, Камчатском, Пермском, Забайкальском и Красноярском краях, Еврейской автономной области, городе Москве, Республике Крым. Не изменились коечные мощности только в четырех регионах: Липецкой и Тюменской областях, Краснодарском и Ставропольском краях.

Структура коечного фонда

В формах государственного статистического наблюдения выделяется 50 профилей коечного фонда, при этом всего на 15 из них оказывается около 80% объемов медицинской помощи. В 2020 г., как и в 2015 г., наибольший удельный вес числа коек психиатрического профиля составил 12,5 и 12,0% соответственно (рис. 2).

За 6 лет по отдельным профилям: профпатологические, гастроэнтерологические, пульмонологические, торакальной хирургии, терапевти-

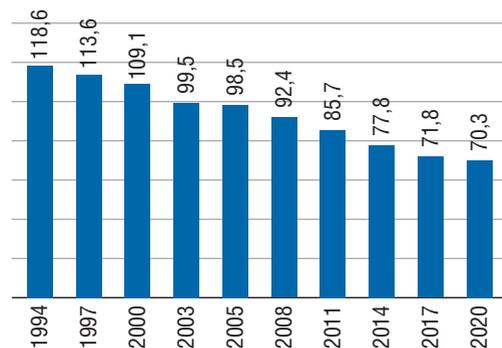


Рис. 1. Динамика обеспеченности населения Российской Федерации койками круглосуточных стационаров (на 10 тыс. населения)

ческие (общие), эндокринологические, гинекологические, хирургические гнойные – коечный фонд сократился на 30–40%. При этом за тот же период существенно (более чем на 15%) вырос коечный фонд по следующим профилям: скорой медицинской помощи (на 17,5%), онкологические (на 30,1%), реанимационные (на 0,4%), паллиативные (на 48,3%), геронтологические (на 89,8%), инфекционные (на 267,7%).

Количество инфекционных коек в России увеличилось с 57 150 в 2015 г. до 210 161 коек в 2020 г., из них для лечения пациентов с COVID-19 – 181 298 коек (174 830 для взрослых и 6468 для детей). Кроме того, для лечения пациентов с COVID-19 в 2020 г. дополнительно было

развернуто 63 428 специализированных коек в 69 субъектах Российской Федерации, больше всего в Московской области (8424 койки) и в Москве (8117 коек). Также в составе реанимационных отделений было выделено 14 408 коек для интенсивной терапии больных, пораженных новой коронавирусной инфекцией. Таким образом, всего для лечения пациентов, инфицированных COVID-19, в 2020 г. в России было задействовано 259 134 койки, или 25,1% суммарных мощностей коечного фонда круглосуточных стационаров страны. Почти четверть от указанного числа коек (63 428 коек) были развернуты дополнительно к имеющимся и переоборудованным мощностям.

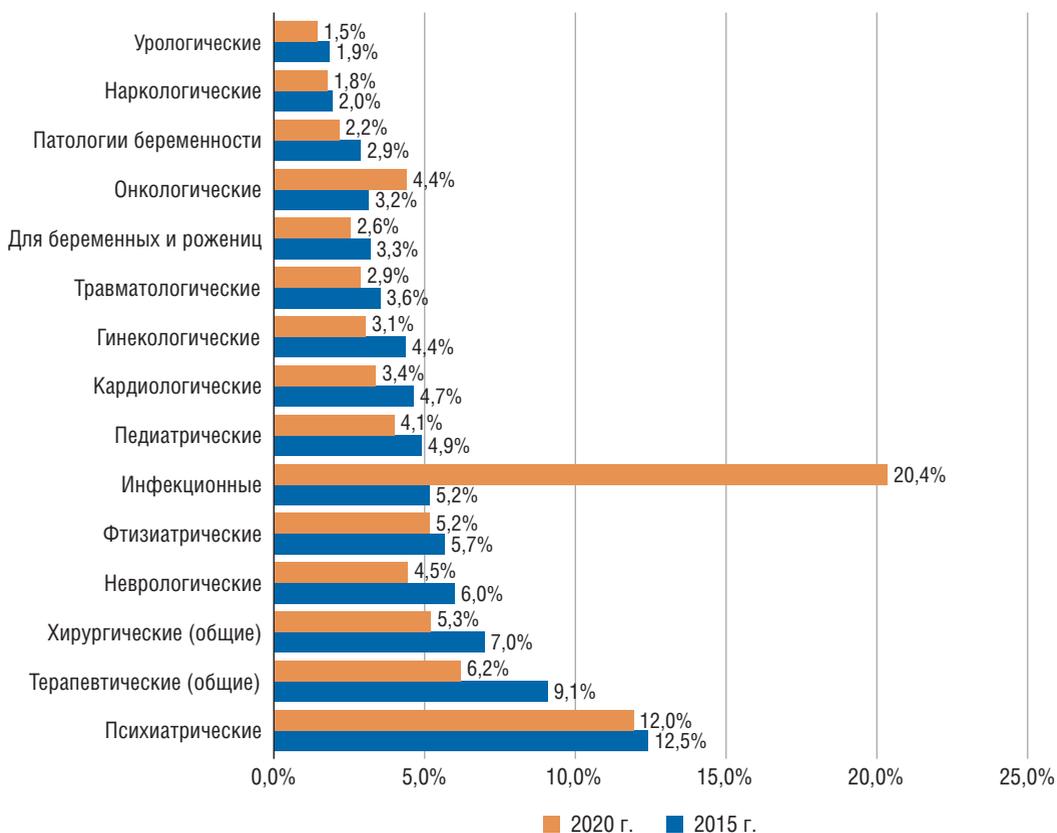


Рис. 2. Удельный вес числа коек по 15 профилям, образующим основную часть коечного фонда системы здравоохранения Российской Федерации в 2015 г. (1097,1 тыс. коек) и 2020 г. (1031,5 тыс. коек)

На рис. 3 представлена структура коечного фонда (259 134 койки), задействованного в Российской Федерации для лечения пациентов с COVID-19 в 2020 г.

Частота госпитализаций

Частота госпитализации в среднем по субъектам Российской Федерации снизилась с $214,6 \pm 25,3$ в 2015 г. до $169,7 \pm 21,3$ случаев госпитализации на 1000 населения в 2020 г. Разница в частоте госпитализации между самыми благополучными и самыми неблагополучными по этому показателю регионами достигает почти двукратных величин. Например, в 2020 г. в таких регионах, как республики Тыва, Саха (Якутия), Чувашия, Коми, Алтай, Сахалинская, Магаданская, Липецкая, Саратовская, Курганская, Астраханская и Пензенская области, города Санкт-Петербург и Москва, Камчатский край, частота госпитализации на койки круглосуточных стационаров варьировала от 215,0 до 266,0 случаев на 1000 населения. Одновременно с этим в таких регионах, как республики Адыгея, Карачаево-Черкессия, Бурятия, Дагестан и Ингушетия, Калининградская и Ленинградская области, Красноярский край, частота госпитализации на койки круглосуточных стационаров составляла менее 180,0 случаев на 1000 населения в год.

Средняя длительность лечения

В целом по России средняя длительность лечения за 2015–2020 гг. сократилась с $11,5 \pm 1,06$ до $10,6 \pm 1,03$ дня. В 2020 г. в разрезе субъектов Российской Федерации данный показатель колеблется от 12,0–13,0 дня в 19 регионах: Чукотский автономный округ, Магаданская, Смоленская, Иркутская, Сахалинская, Кемеровская, Курская, Орловская, Костромская, Амурская и Курганская, Томская, Калининградская и Нижегородская области, Камчатский и Приморский края, Еврейская автономная область, республики Бурятия и Коми. Менее 10 дней лечатся в больничных условиях в 9 регионах: города Москва и Севастополь, республики Чечня, Ингушетия, Алтай и Мордовия, Кировская и Тюменская области, Краснодарский край.



Рис. 3. Структура коечного фонда (259 134 койки), задействованного в Российской Федерации для лечения пациентов с COVID-19 в 2020 г.

Оборот койки

Оборот койки в среднем по Российской Федерации снизился с $27,7 \pm 2,4$ пролеченных за год на одной койке пациентов в 2015 г. до $24,1 \pm 2,7$ в 2020 г. По данным 2020 г., наиболее интенсивно используются койки в следующих регионах: город Москва (32,7), Хабаровский край (28,2), Республика Татарстан (27,7). Наиболее низкие в 2020 г. показатели оборота койки ($\leq 20,0$) отмечались в регионах: республики Крым, Калмыкия, Адыгея, Северная Осетия – Алания, Коми, Карачаево-Черкессия, Владимирская, Томская, Магаданская, Ярославская, Курская, Тверская и Костромская области, Алтайский и Камчатский края, Чукотский автономный округ, Еврейская автономная область.

Среднегодовая занятость койки

Несмотря на сокращение коечного фонда, среднегодовая занятость коечного фонда в целом по Российской Федерации за 5 лет (2015–2020 гг.) снизилась с $317,7 \pm 21,3$ в 2015 г. до $304,9 \pm 19,1$ дня в 2019 г. и до $255,1 \pm 20,3$ дня в 2020 г. По данным за 2020 г., наиболее низкие (< 240 дней в году) показатели среднегодовой занятости одной койки в регионах: республики Кабардино-Балкария, Саха (Якутия), Коми, Калмыкия, Мордовия, Хакасия, Адыгея, Северная Осетия – Алания, Карачаево-Черкессия, Воло-

годская, Ярославская, Брянская, Томская, Новосибирская, Костромская и Тверская области, Ямало-Ненецкий АО, Камчатский и Алтайский края, город Севастополь, Еврейская автономная область. Более 270 дней в году работала койка в регионах: Хабаровский край, Чукотский автономный округ, Орловская, Смоленская, Архангельская, Сахалинская, Магаданская, Тамбовская, Иркутская и Калининградская области, город Санкт-Петербург, республики Тыва и Чечня, Башкортостан, Татарстан, Ингушетия, Ставропольский край.

В среднем в 2020 г. наименее заняты (среднегодовая занятость <240 дней в году) оказались койки по следующим профилям: фтизиатрические, дерматовенерологические, офтальмологические, геронтологические, для беременных и рожениц, отоларингологические, педиатрические, ожоговые, реабилитационные, профпатологические, ортопедические, нефрологические, эндокринологические, аллергологические, кардиохирургические, патологии новорожденных, скорой медицинской помощи.

В целом по России койки, предназначенные для лечения COVID-19, оказались наименее заняты в 2020 г. Так, инфекционные койки в среднем оказались заняты 182,2 дня, в том числе предназначенные для лечения COVID-19 – 109,5 дня, реанимационные – 184,1 дня, в том числе реанимационные для больных COVID-19 – 116,0 дней.

Общепольничная летальность

Всего в 2020 г. в больницах умерло 780,9 тыс. пациентов, что на 262,5 тыс. человек больше, чем в 2015 г. Уровень общепольничной летальности в 2020 г. в среднем по всем профилям коечного фонда составил 3,14%, что в 1,8 раза больше, чем в 2015 г. Рост общепольничной летальности в 2020 г. отмечен по всем профилям коечного фонда, за исключением ожоговых, психиатрических (психоневрологических), наркологических, офтальмологических, гематологических, фтизиатрических, геронтологических, педиатрических, онкологических, для беременных и рожениц, дерматовенерологических. По указанным профилям показатели общеполь-

ничной летальности с 2015 по 2020 г. либо не изменились, либо снизились. Наиболее существенно за 6 последних лет выросла общепольничная летальность на койках инфекционного профиля (в 9,2 раза – с 0,26 до 2,37%), скорой медицинской помощи (в 4,1 раза – с 0,14 до 0,58%), пульмонологического (в 1,9 раза – с 1,47 до 2,83%) и эндокринологического профиля (в 1,8 раза – с 0,45 до 0,81%), а также на паллиативных койках (в 1,8 раза – с 12,99 до 22,82%).

В 2020 г. наиболее высокие показатели общепольничной летальности (>4%) отмечены в регионах: Республика Карелия (4,57%), Ленинградская область (4,43%), город Севастополь (4,31%), Орловская (4,13%), Тульская (4,12%) и Ярославская области (4,11%). Наиболее низкие показатели общепольничной летальности в 2020 г. наблюдались в регионах: Республика Дагестан (1,16%), Чукотский автономный округ (1,30%), Чеченская Республика (1,34%), Республика Ингушетия (1,57%), Ямало-Ненецкий АО (1,57%), Республика Тыва (1,62%), Кабардино-Балкарская Республика (1,67%), Республика Алтай (1,81%), Ненецкий автономный округ (1,89%).

Общепольничная летальность в Москве и Санкт-Петербурге в 2020 г. составила 3,29 и 3,81% соответственно.

На койках, предназначенных для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией, всего в 2020 г. умерло 225,5 тыс. пациентов. Средний показатель общепольничной летальности по субъектам Российской Федерации составил 7,62±0,33%. Наиболее высокий уровень (>10%) летальности на указанных койках в 2020 г. имеет место в следующих субъектах Российской Федерации: Рязанская (14,15%), Ленинградская (13,17%), Омская (12,85%), Ульяновская (12,76%) и Курская области (12,41%), город Санкт-Петербург (12,28%), Тульская (11,87%), Калужская (11,60%) и Ярославская области (11,52%), город Москва (11,40%), Республика Северная Осетия – Алания (11,29%), Ростовская область (11,17%), Хабаровский край (11,06%), Смоленская (10,99%), Самарская (10,76%) и Орловская области (10,51%), Перм-

ский край (10,42%), Владимирская (10,40%) и Астраханская области (10,26%), Краснодарский край (10,22%).

Наименьший (<5,0%) уровень летальности на койках для лечения пациентов с COVID-19 в следующих регионах: Чукотский автономный округ (0,37%), республики Хакасия (1,25%), Мордовия (1,35%), Тыва (2,28%), Алтай (2,58%), Саха (Якутия) (2,62%), Ямало-Ненецкий АО (2,72%), Республика Дагестан (2,88%), Магаданская (3,97%) и Кировская области (4,04%), республики Калмыкия (4,12%), Бурятия (4,23%), Адыгея (4,40%), Забайкальский край (4,52%), Калининградская область (4,75%).

В г. Москве уровень летальности на койках для лечения пациентов с COVID-19 в 2020 г. составил 3,29%.

Обсуждение

Резюме основного результата исследования

В СССР мощность коечного фонда длительное время превышала потребность в койках по медицинским показаниям. Система характеризовалась патерналистской ролью государства, действующего одновременно как финансист, производитель и регулятор медицинских услуг. Медицинская инфраструктура была основана на государственной собственности. В современной России оптимизация стационарного сектора привела к существенному сокращению мощностей коечного фонда, который в 2020 г. был частично восстановлен за счет наращивания числа коек для лечения новой коронавирусной инфекции. Всего для лечения пациентов с COVID-19 в 2020 г. в России была задействована четвертая часть имеющихся мощностей коечного фонда круглосуточных стационаров. При этом интенсивность использовании коечного фонда в целом снизилась. Парадоксально, но особенно низкими оказались показатели загруженности коечного фонда, предназначенного для лечения пациентов с COVID-19. Тревожной тенденцией является существенный рост уровня общепольничной летальности, а так-

же сохраняющаяся в течение последних лет двукратная разница в частоте госпитализации между отдельными субъектами Российской Федерации, что свидетельствует об ухудшении качества медицинской помощи и неравных возможностях жителей разных регионов страны по удовлетворению потребности в услугах стационаров.

Обсуждение основного результата исследования

В отличие от России, США и многих стран – членов Европейского союза, Южная Корея и Китай в течение 15 лет неуклонно увеличивали число больничных коек на душу населения, что, безусловно, укрепило национальные системы здравоохранения этих стран и повысило их готовность к борьбе с вирусной пандемией. В России уровень обеспеченности населения койками круглосуточных стационаров уже в 2017 г. оказался ниже, чем, например, в Австрии (7,3 на 1000 населения), Германии (8,0) и Южной Кореи (12,4) [6].

Пандемия COVID-19 стала проверкой готовности систем здравоохранения стран мира к массовому поступлению больных в стационары и оказанию населению значительных объемов медицинской помощи за короткий промежуток времени.

Безусловно, заранее планировать объемы медицинской помощи пациентам с COVID-19 и ресурсы для ее оказания чрезвычайно сложно. Вместе с тем низкие показатели загруженности этого специализированного коечного фонда могут свидетельствовать о недостаточно неэффективном использовании ресурсов, в том числе выделенных государством на борьбу с опасной инфекцией.

Сохраняющаяся двукратная разница в частоте госпитализации между самыми благополучными и самыми неблагополучными по этому показателю субъектами Российской Федерации, а также почти двукратный за 6 лет рост общепольничной летальности свидетельствуют о необходимости разработки новых программ обеспечения медицинской и экономической эффективности работы коечного фонда. Эти

программы должны учитывать не только происходящие в мире изменения в связи с пандемией COVID-19, но и изменения, связанные с идущей в настоящее время в мире Четвертой промышленной революцией [7–9].

Концепция Четвертой промышленной революции основана на цифровизации, объединении живого с неживым, создании социально-технических и киберфизических систем. Такие подходы нашли применение и в здравоохранении в виде развития телемедицины и «бережливого производства» [10]. Все это может существенно повлиять на работу больниц в будущем. Важно также отметить, что в российской системе здравоохранения усиливается роль частных медицинских организаций, участвующих в программах обязательного медицинского страхования (ОМС) и оказывающих больничную помощь, т.е. осуществляющих медицинскую деятельность за счет казны в интересах общества [11]. Управление такой гибридной системой здравоохранения становится частью изоморфных процессов, ведущих отрасль к рынку нормы – солидарному регулируемому рынку, эффективность которого в условиях асимметрии информации между врачом и пациентом обеспечивается социальным страхованием.

Заключение

Распространено мнение о том, что Россия, как и западные страны, столкнулась с проблемой перегрузки системы здравоохранения с момента появления нового коронавирусного патогена

SARS-CoV-2 (COVID-19). Однако, как показало наше исследование, эта перегрузка была результатом неправильного распределения ресурсов. Больничный сектор здравоохранения в период пандемии оказался загружен всего на три четверти, а специализированные мощности для лечения инфицированных COVID-19 пациентов – не более чем на треть. При этом качество оказываемой медицинской помощи снизилось. Таким образом, можно предположить в период пандемии в системе здравоохранения управленческий коллапс.

По мнению авторов, реализуемые в течение последних лет приоритеты по сокращению числа и мощностей круглосуточных стационаров должны быть заменены на приоритеты по обеспечению устойчивости и эффективности их работы, особенно в случае ухудшении эпидемиологической ситуации. Необходимо рассматривать перестройку стационарного звена как часть общего плана преобразования всей системы здравоохранения, включая специализированное амбулаторное медицинское обслуживание. При этом основная задача властных структур – финансовое обеспечение медицинской деятельности на должном уровне, в том числе путем сокращения ненужных расходов, упрощения механизмов ОМС, создания управляемой конкурентной среды, активного использования достижений науки и техники.

Ограничение исследования. Исследование основано на вторичных источниках информации, а именно на данных из форм государственного статистического наблюдения.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Корхмазов Валерий Тамазович (Valery T. Korkhmazov) – кандидат медицинских наук, главный врач ГБУЗ «ГБ № 1 г. Новороссийска» Минздрава Краснодарского края, Новороссийск, Российская Федерация
E-mail: Korxmazov@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0002-3281-3909>

ЛИТЕРАТУРА

1. Перхов В.И., Гриднев О.В. Уроки пандемии COVID-19 для политики в сфере общественного здравоохранения // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020. № 2. С.206–222. DOI:<https://doi.org/10.24411/2312-2935-2020-00043>

2. Перхов В.И., Песенникова Е.В. Об обеспечении устойчивости функционирования здравоохранения в чрезвычайных ситуациях // Менеджер здравоохранения. 2021. № 4. С. 4–12.
3. Bhadelia N. Coronavirus: hospitals must learn from past pandemics // *Nature*. 2020. Vol. 578, N 7794. P. 193–194. DOI: <https://doi.org/10.1038/d41586-020-00354-4>
4. Jakovljevic M. et al. Real GDP growth rates and healthcare spending – comparison between the G7 and the EM7 countries // *Global Health*. 2020. Vol. 16, N 1. P. 1–13. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.2.19900/v1>
5. Поликарпов А.В., Александрова Г.А., Голубев Н.А., Тюрина Е.М., Огрызко Е.В., Магазейщикова Н.Г. и др. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Основные показатели здравоохранения. Часть VI. Москва : Минздрав России, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2019. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie>
6. Статистические данные по странам Организации экономического сотрудничества и развития. URL: <https://stats.oecd.org/>
7. Karabegović I. The Role of Industrial and Service Robots in Fourth Industrial Revolution with Focus on China // *JEA (Journal of Engineering and Architecture)*. 2018. Vol. 6, N 1. DOI: <https://doi.org/10.15640/jea.v5n2a9>
8. Li G., Hou Y., Wu A. Fourth Industrial Revolution: technological drivers, impacts and coping methods // *Chin. Geogr. Sci.* 2017. Vol. 27, N 4. P. 626–637. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11769-017-0890-x>
9. Zhou Z. et al. The Empirical Study on the Effect of Technology Exchanges in the Fourth Industrial Revolution between Korea and China: Focused on the Firm Social Network Analysis // *J. Soc. e-Bus. Stud.* 2020. Vol. 25, N 3. P. 41–61. DOI: <https://doi.org/10.7838/jsebs.2020.25.3.041>
10. Китанина К.Ю., Ластовецкий А.Г. Бережливый менеджмент в здравоохранении // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2018. Т. 12, № 2. DOI: <https://doi.org/10.24411/2075-4094-2018-16022>
11. Перхов В.И., Колесников С.И., Песенникова Е.В. О формировании общественно-частной модели организации медицинской помощи в России // *Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal)*. 2021. Т. 6, № 3. С. 216–226. DOI: <https://doi.org/10.29413/ABS.2021-6.3.22>

REFERENCES

1. Perkhov V.I., Gridnev O.V. Lessons from the COVID-19 pandemic for public health policy // *Modern problems of health care and medical statistics*. 2020; (2): 206–22. DOI: <https://doi.org/10.24411/2312-2935-2020-00043> (in Russian)
2. Perkhov V.I., Pesennikova E.V. On ensuring the sustainability of the functioning of health care in emergency situations // *Health Manager*. 2021; (4): 4–12. (in Russian)
3. Bhadelia N. Coronavirus: hospitals must learn from past pandemics. *Nature*. 2020; 578 (7794): 193–4. DOI: <https://doi.org/10.1038/d41586-020-00354-4>
4. Jakovljevic M., et al. Real GDP growth rates and healthcare spending – comparison between the G7 and the EM7 countries. *Global Health*. 2020; 16 (1): 1–13. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.2.19900/v1>
5. Polikarpov A.V., Aleksandrova G.A., Golubev N.A., Tiurina E.M., Ogryzko E.V., Magazeyschikova N.G., et al. Resources and activities of medical healthcare organizations. Key health indicators. Part VI. Moscow: Minzdrav Rossii, FGBU «TsNII OIZ» Minzdrava Rossii, 2019. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie> (in Russian)
6. Organization for Economic Cooperation and Development country statistics. URL: <https://stats.oecd.org/> (in Russian)
7. Karabegović I. The Role of Industrial and Service Robots in Fourth Industrial Revolution with Focus on China. *JEA (Journal of Engineering and Architecture)*. 2018; 6 (1). DOI: <https://doi.org/10.15640/jea.v5n2a9>
8. Li G., Hou Y., Wu A. Fourth Industrial Revolution: technological drivers, impacts and coping methods. *Chin Geogr Sci*. 2017; 27 (4): 626–37. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11769-017-0890-x>
9. Zhou Z., et al. The Empirical Study on the Effect of Technology Exchanges in the Fourth Industrial Revolution between Korea and China: Focused on the Firm Social Network Analysis. *J Soc e-Bus Stud*. 2020; 25 (3): 41–61. DOI: <https://doi.org/10.7838/jsebs.2020.25.3.041>
10. Kitanina K.Yu., Lastovetsky A.G. Lean management in healthcare // *Bulletin of new medical technologies. Electronic edition*. [Bulletin of New Medical Technologies. Electronic edition]. 2018; 12 (2). DOI: <https://doi.org/10.24411/2075-4094-2018-16022> (in Russian)
11. Perkhov V.I., Kolesnikov S.I., Pesennikova E.V. Formation of public-private model in Russia health care organization. *Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal)*. 2021; 6 (3): 216–26. DOI: <https://doi.org/10.29413/ABS.2021-6.3.22> (in Russian)

Современное здравоохранение и бизнес-среда

Ронен Б.,
Плискин Дж.С.,
Пасс С.

Высшая школа организации и управления здравоохранением продолжает публиковать самые интересные материалы, которые вошли во 2-е издание национального руководства «Общественное здоровье и здравоохранение» (выйдет в свет в январе 2022 г.). В этом номере журнала приводится глава «Современное здравоохранение и бизнес-среда» из книги «Инновационные подходы в управлении медицинской организацией» известных профессоров Гарвардского университета: Боаза Ронена (Boaz Ronen), Джозефа С. Плискина (Joseph S. Pliskin) и Симона Пасса (Shimeon Pass).

Цель:

- понять, почему требуются новые управленческие подходы?

Более 20 лет системы здравоохранения большинства западных стран сталкивались с проблемой значительного увеличения расходов на здравоохранение в реальном выражении (в расчете на душу населения за вычетом инфляции) и доле валового внутреннего продукта [В РФ расходы на здравоохранение в течение последних 20 лет не увеличивались и в среднем составляли 3,2% внутреннего валового продукта, что в 1,6 раза ниже, чем в «новых» странах Евросоюза (ЕС), близких к нашей стране по уровню экономического развития, и в 2,4 раза ниже, чем в «старых» странах ЕС. – Прим. ред.]. В результате для предоставления людям доступной медицинской помощи пришлось сократить расходы в других секторах экономики. Определение расходов на систему здравоохранения может быть представлено с точки зрения как имеющихся расходов, так и потребностей населения.

На протяжении последних двух десятилетий развитие бизнеса претерпело серьезные изме-

нения во многих секторах экономики. Главное из них – переход от «рынка продавца» к «рынку покупателя». Рынок продавца, широко распространенный в прошлом, представляет собой монополистическую деловую среду, в которой поставщик товаров или услуг диктует аспекты сделки.

- Цена услуг и товаров: обычно определяется методом «издержки плюс фиксированная прибыль», при этом покупатель оплачивает все затраты, понесенные для оказания услуги, плюс «разумную прибыль».
- Время реагирования (сроки предоставления услуг): «Мы делаем все возможное, и мы действительно стараемся».
- Качество: «Мы делаем все возможное в данных обстоятельствах».
- Результативность: «Мы знаем лучше самих покупателей, что им нужно. Мы – профессионалы».

Переход от рынка продавца к рынку покупателя

Сегодняшняя деловая среда – это рынок покупателя. Этот тренд появился в результате гло-

бальных макроэкономических, технологических, политических и социальных изменений. Эта среда характеризуется:

- глобализацией мировой экономики;
- жесткой конкуренцией между организациями как внутри своей страны, так и на международном уровне;
- наличием на глобальном уровне избыточных мощностей в производстве, услугах и научных разработках в некоторых областях;
- применением новых управленческих подходов;
- наличием и доступностью информации и знаний;
- доступностью дешевых и быстрых коммуникаций;
- возможностью своевременного получения материалов и услуг;
- легкостью международных поездок и перевозок;
- внедрением передовых технологий для производства и развития;
- широким использованием передовых компьютерных и информационных систем;
- широким использованием коммуникационных и информационных технологий;
- сокращением жизненного цикла товаров и услуг;
- демократизацией и расширением прав и возможностей потребителей.

Глобализация: маленькая глобальная деревня

Мир постепенно становится *миром без границ*. В большинстве регионов мира, в частности в западных странах, можно свободно путешествовать без необходимости оформления разрешений на въезд. Аналогично таможенные пошлины и тарифы на товары, перемещаемые через границы, были снижены или полностью отменены. Перемещение между странами стало легким, быстрым и дешевым как для людей, так и для товаров или материалов.

В последнее десятилетие мы наблюдаем тенденцию образования *мультинациональных организаций*. Успешные компании приобрета-

ют частичное или полное право собственности на фирмы в других странах, получая возможность доступа к дополнительным рынкам и диверсификации своей продуктовой линейки. Фирмы сотрудничают с иностранными компаниями, и такое сотрудничество обоюдно выгодно. В мире наблюдается избыточная мощность в производстве и услугах, как следствие, необходимо искать дополнительные рынки сбыта и лучше соответствовать требованиям клиентов на различных мировых рынках.

Связи стали глобальными. Если мы посмотрим на телевизионные программы, радиопередачи, электронные и другие СМИ, то может показаться, что многие из них востребованы и в других странах. Однако люди в разных регионах мира по-своему оценивают эти программы, смеются над одними и теми же шутками и попадают под влияние пропаганды демократии и открытого мира.

Тенденция глобализации не случайна. Сильное влияние на нее оказали окончание глобальных войн и открытие границ, что привело к сдвигу ресурсов от военной промышленности к гражданской, включая такие сектора, как здравоохранение и образование, на это также повлияла приватизация экономической деятельности. Мир открылся, и мы стали свидетелями стремления к личному и общественному благополучию, расширению прав и возможностей покупателей, росту информированности о качестве окружающей среды. Повышенная открытость сделала технологические и управленческие знания доступными для всех.

Например, в крупной государственной больнице время ожидания в отделении неотложной помощи (Emergency Department, ED) было чрезмерно длительным. После внедрения современных методов управления произошло 30% сокращение времени ожидания пациентов, при этом качество оказания медицинских услуг не ухудшилось (на самом деле, может, даже улучшилось), а удовлетворенность пациентов возросла. Эти результаты были достигнуты без каких-либо инвестиций, увеличения численности персонала, приобретения нового оборудования, только путем измене-

ния управленческих подходов с использованием имеющихся информационных систем. Данная больница использует современные телемедицинские технологии, имеющие выход в глобальную сеть для передачи изображений, получения второго мнения и т.д. Кроме того, использование таких технологий позволило увеличить количество иностранных пациентов, которые могут обратиться в данную больницу как физически, так и виртуально, посредством телемедицины.

На рынке *покупателя* клиент определяет следующее.

- **Цена:** определяется рынком. Высокое качество, нестандартные характеристики или результативность услуг обычно могут повысить цену на 10–15%. Поставщик услуг вынужден подстраиваться под рыночные цены, чтобы выжить. Клиентам неинтересно, сколько услуга стоит для производителя или поставщика услуг. Цену диктует рынок, оставляя производителю или поставщику услуг сложный выбор: подстроиться под рыночные цены или уйти с данного рынка.
- **Время реагирования или сроки предоставления услуг:** определяется на основании лучшего показателя на рынке. Например, при проявке пленки и фотографий, как только появилась быстрая проявка (в течение 1 ч), магазины с ее более длительным временем не имели шансов выжить.
- **Качество:** определяется на основании лучшего показателя, имеющегося на рынке. Например, автомобили и электронное оборудование сравнивают с японской продукцией, устанавливающей стандарты качества. Даже меньшая цена не может обеспечить продукции выживание на рынке, если ее качество не соответствует установленным стандартам.
- **Результативность:** клиенты сами определяют свои желания и потребности.

Кроме того, процесс глобализации и переход от рынка продавца к рынку покупателя заставляет акционеров оказывать давление на руководство своих компаний. Управленческий персонал, особенно в фирмах с международным участием,

необходимо оценивать по другим критериям, чем прежде. Такие руководители имеют дело с акционерами, которые не принимают оправданий, знают альтернативные решения проблем и могут рекомендовать новые управленческие подходы и современные управленческие стандарты. Глобализация и жесткая конкуренция приводят к тому, что многие фирмы борются за свое выживание.

В некоммерческих организациях, включая государственные учреждения и больницы, за последние годы, с одной стороны, вырос *спрос* на услуги, с другой – *сократился бюджет*. В результате возникло повышенное давление на руководство. Использование новых управленческих подходов и философий позволяет руководителям выжать из таких организаций дополнительные результаты без излишних затрат. Например, в одной крупной больнице производительность операционной деятельности увеличилась на 20% без привлечения нового персонала, при этом повысилось качество оказания медицинских и сервисных услуг.

Аналогичная ситуация наблюдается на рынке здравоохранения, который отличают следующие характеристики.

- Клиенты требуют большего.
- Клиенты обладают большей и более качественной информацией.
- Технологии (оборудование, лекарственные средства, медицинские изделия и процедуры) развиваются быстро, а рост бюджета отстает.
- Увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения.

Данная ситуация хорошо описывается с помощью «ножницеобразной схемы», представленной на рис. 1, которая показывает сокращение бюджета и увеличение спроса на технологии и лекарства во времени, а также отражает усиление давления в связи с необходимостью удовлетворить растущий спрос.

Способ решения: применение новых управленческих подходов

Наличие передовых технологий, профессиональных сотрудников и мощных информационных систем не гарантируют организации

выживание на высококонкурентном рынке. Они являются, возможно, необходимым или дополнительным условием, но однозначно недостаточным. Главный определяющий фактор выживания в условиях жесткой конкуренции – **это применение современных управленческих подходов**, которые соответствуют новой деловой среде.

За последние годы такие новые подходы были разработаны и успешно внедрены во многих организациях. Изменился сам процесс принятия управленческих решений как ответ на желание соответствовать новым реалиям деловой среды и повысить ценность своих организаций.

Руководство большинства организаций начали осознавать, что для достижения успеха в условиях глобальной конкуренции уже недостаточно надеяться только на технологические инновации или использование более дешевых ресурсов и материалов. Крайне важно изменить управление. Новые управленческие подходы приводят к повышению ценности организации.

Повышение ценности: увеличение ценности организации для ее владельцев, ее сотрудников и общества.

Новые управленческие подходы имеют несколько характеристик.

- Они основаны на здравом смысле.
- Данные подходы стали результатом практического опыта; только позже они получили академическое и научное подтверждение.
- Они просты и используют принцип «делай проще, не усложняй» (*keep it simple, stupid, KISS*).
- Они разрушают миф о модели «вход–выход».



Рис. 2. Модель «вход–выход»

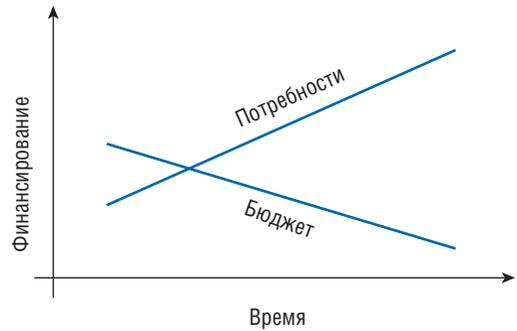


Рис. 1. «Ножницеобразная схема»: потребности против бюджета

Модель «вход–выход» (рис. 2) подразумевает: «если мы хотим увеличить выходящий из системы поток, мы должны увеличить входящий в систему поток». Например, если мы хотим увеличить количество пациентов в клинике на 20%, мы можем это сделать только путем увеличения персонала, пространства, рекламы и т.д. Если мы хотим сократить время ожидания помощи пациентами, мы должны увеличить количество персонала и оборудования. Современные управленческие подходы демонстрируют, что данный миф может быть разрушен. Мы можем *увеличить выходящий из системы поток* без увеличения входящего в систему потока за счет изменения управленческого подхода. Доказательства в пользу более эффективного управления *имеющимися ресурсами* представлены у Мабина и Балдерстоуна (*Mabin и Balderstone, 2000*) и у Комана, Коллера и Ронена (*Coman, Koller и Ronen, 1996*).

Заключение

Мир стал маленькой деревней с глобальной конкуренцией. Рынок, с которым сталкиваются организации, – это не только регион или страна, в которой они работают, но и весь мир. С одной стороны, в результате возникает угроза со стороны иностранных организаций, но с другой – открываются возможности для входа на крупные внешние рынки. В связи с ожесточением конкуренции управление стало более сложным и требующим больших усилий и знаний, увели-

чилились сложность и разнообразие товаров и услуг, а также выросла необходимость внедрения передовых управленческих технологий. Прошлые достижения быстро устаревают в результате улучшений продукции и услуг у конкурентов. Организация, которая не улучшается, будет вытеснена с рынка. Технологии, квалифицированный персонал и информационные системы являются необходимым, но недостаточным условием для выживания. В дополнение к ним должен иметься еще один важный компонент – управленческий подход, соответствующий сегодняшней конкурентной среде.

Некоммерческие организации, больницы, государственные учреждения и другие компании

сталкиваются с необходимостью удовлетворения растущего спроса на свои услуги, при этом они вынуждены сдерживать рост расходов. Применение новых управленческих подходов улучшит эффективность таких организаций.

Цели руководства заключаются в повышении ценности фирмы (для коммерческих организаций) или улучшения результатов деятельности (для некоммерческих организаций). Многие организации сражаются за свое выживание. Они должны определить соответствующие факторы создания стоимости и улучшить их с помощью инновационных подходов, основанных на здравом смысле. Суть данных подходов – «делай больше с тем, что у тебя есть».

Памяти профессора Юрия Михайловича Комарова (1939–2021)

Каким остался в нашей памяти Юрий Михайлович?

В 2021 г. не стало Юрия Михайловича Комарова, представителя уходящего поколения крупных организаторов здравоохранения, которые знали советскую систему здравоохранения и внесли большой вклад в ее развитие, а также пытались сохранить ее достижения в новой России.

Юрий Михайлович прошел путь от главного врача сельской больницы до основателя института Медсоцэкономинформ (сегодня – ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России), который он возглавлял 10 лет (с 1989 по 1999 г.). По замыслу Юрия Михайловича, институт должен был определять развитие нашей науки – организация здравоохранения и общественное здоровье – и предлагать обоснованные решения по развитию отрасли. Несмотря на трудные для нашей страны годы, ему удалось собрать коллектив профессионалов, наладить научную работу и сотрудничество с ведущими зарубежными организациями в сфере охраны здоровья населения, сформировать предложения по эффективному развитию здравоохранения в стране и в регионах, обучать руководящие кадры.

Ниже приведено открытое письмо Юрия Михайловича к 30-летию ЦНИИОИЗ. В нем он ставит вопросы, которые необходимо решить организаторам здравоохранения нашего поколения.

Мое первое знакомство с Юрием Михайловичем произошло виртуально: я получила его письмо с отзывом на свою кандидатскую диссертацию по теме «Стратегия развития здравоохранения РФ», которая планировалась к защите в ЦНИИОИЗ. И хотя отзыв был не очень лестным, я была благодарна Юрию Михайловичу за его замечания. Они помогли мне, на первых порах самоучке в области организации здравоохра-



Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ Ю.М. Комаров

нения, понять формальную лексику, принятую в этой специальности. До сих пор, когда я описываю демографические процессы, слышу его голос, что «демография – это наука» и надо писать «демографические показатели». Сегодня уже я передаю эти наставления новому поколению специалистов, которое работает со мной.

А затем мы подружились, нас сблизило неравнодушие к судьбе отечественного здравоохранения. Иногда мы бурно обсуждали некоторые вопросы, спорили, но нас всегда объединя-

ло одно – боль за проблемы отрасли и желание их исправить. Он один из немногих во время «оптимизации» российского здравоохранения (2012–2018 гг.) поддерживал мою борьбу с этим вредным начинанием и понимал всю его пагубность. За эти обсуждения, которые меня многому научили, за неизменную поддержку, которую давал Юрий Михайлович, в моем сердце навсегда останется большая благодарность к нему.

Несмотря на удары судьбы, он не потерял себя. Остался профессионально активным, равнодушным, живо откликался на все, что происходит в здравоохранении и в стране, был молод душой. Он вел большую разъяснительную работу, выступал на общественных площадках, предостерегал Минздрав от неверных решений, формировал стратегические направления развития отечественного здравоохранения, поддерживал учеников. Его значимые усилия в этом направлении ценили все, кто общался с ним близко или читал его работы. Такое отношение к профессии и жизни вызывает огромное уважение и является примером для всех нас.

Сухие строки официальной биографии, которую мы тоже приводим, никогда не передадут всей яркости, обаяния и доброты, которыми обладал Юрий Михайлович. Уверена, со мной согласятся многие, кто знал Юрия Михайловича Комарова, – он навсегда останется в наших сердцах высоким профессионалом, масштабной личностью и патриотом России.

*Доктор медицинских наук, ректор ВШОУЗ
Г.Э. Улумбекова*

Открытое письмо*

К 30-летию ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России (2019 г.)

В этом, 2019-м, году исполняется 30 лет со дня организации ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава

РФ (ранее он назывался НПО «Медсоцэкономинформ» – так его предложил назвать заместитель министра Н.Н. Ваганов). Поскольку создателем и первым генеральным директором НПО довелось быть мне, формируя кадровый состав и научные направления, устанавливая отношения по проблемам медицинской и аналитической статистики, качества и доступности медицинской помощи с регионами страны и укрепляя сотрудничество в рамках межправительственных соглашений с США, Всемирным банком, многими научно-учебными центрами Европы, Америки, Австралии и Японии, могу судить о том, что было задумано при организации в РФ первого института по организации здравоохранения и что из этого исполнено.

Время было непростое: деньги в институте выделялись только на минимальные оклады сотрудникам. На коммунальные платежи деньги не поступали – приходилось заниматься взаимозачетами, т.е. раскапывать, кому должны основные поставщики коммунальных услуг. Командировочных денег не было, но терять установленные контакты с территориями было нельзя, тем более некоторые из них помогали сотрудникам выжить. При пустых прилавках в институт с одной территории поступила машина разных овощей, и выделенные сотрудники распределяли их равномерно среди всего коллектива. В подвале института находились морозильные камеры райпищеторга, и арендующие это помещение раз в неделю продавали сотрудникам замороженное мясо. За рубежом сотрудники института ездили только за счет принимающей стороны. Институт стал членом международных организаций по качеству медицинской помощи, по медицинской статистике и по семейной медицине. Но исследования и разработки продолжались.

Через обучение в институте по основным вопросам здравоохранения и по международной классификации болезней прошли не только сотрудники профильных кафедр, но и тысячи специалистов с мест. Например, в Республике

* Письмо публикуется с небольшими сокращениями.

Чувашия прошли обучение все главные врачи, их заместители и заведующие отделениями. Было понимание, что организация здравоохранения чрезвычайно важна, как и раньше, когда умными и широко мыслящими организаторами создавалась устойчивая, но недофинансированная система отечественного здравоохранения (сколько денег – столько результатов), которую до сих пор не удается полностью разрушить, даже теперь, когда всем заправляют непрофессионалы. Уровень медицины постоянно растет с появлением новых знаний, медицинских технологий и возможностей, но уровень организации постоянно снижается – нет достойных организаторов здравоохранения.

Многие врачи и экономисты ошибочно полагают, что они разбираются в этой специальности, как в футболе, хотя и там тренеров учат и специально готовят. Когда клиницисты занимаются специфическими проблемами организации и управления здравоохранением, это выглядит примерно так: врач-проктолог лечит болезни глаза. Наша специальность имеет свою методологию и приемы, позволяющие проводить представительные (выборочные или сплошные) исследования по самым сложным проблемам, во времени и аналитические разработки. Не случайно в здравоохранении проведена четкая специализация медицинских кадров. Отсюда вытекают все главные проблемы современного здравоохранения в стране, вызывающие колоссальное неудовлетворение у населения и пациентов, и у медицинских работников.

Каким-то чудом удалось приобрести компьютерный класс, названный (была табличка) именем профессора Е.Н. Шигана. Спустя несколько лет, проезжая мимо института, я увидел эту табличку в грязном мартовском снегу и подобрал ее. Получается, в институте нет никому дела до наших предшественников и классиков. Тогда задумывалось проведение комплексных системных исследований, в каждое мы хотели вовлечь многие подразделения института и сторонние организации, т.е. исследования изначально должны были носить комплексный характер в виде обоснованных рекомендаций к практике. Это четко соответствовало задачам науки – раз-

двигать горизонты неизвестности. И по большей части нужно было работать не с Минздравом, а с территориями, где фактически формировались все условия жизни людей. Неисследованные проблемы следовало изучать за счет индивидуально заинтересованных диссертационных работ соискателей при правильной и единой методологии. Для этого при институте были созданы два диссертационных совета (кандидатский и докторский) по одной и той же специальности – социальная гигиена и организация здравоохранения, а при Ученом медицинском совете Минздрава – специальная секция, планирующая и координирующая выполнение исследовательских работ по данной проблеме в стране.

Возник вопрос, а где взять кадры для всего этого? Можно было сделать ставку на молодых, но они могли дать отдачу только через несколько лет, а результаты исследований требовались сразу. И начался тщательный отбор по всем качествам профессионалов, в подразделения которых принимали молодежь. Были привлечены: по системному анализу – д.т.н. С.П. Ермаков и к.т.н. В. Ольшанский (из Института проблем управления) и В. Антонюк, по диспансеризации – д.м.н. Г.З. Демченкова, по демографии – к.э.н. А.Е. Иванова и И.Н. Веселкова, по ПМСП – к.м.н. М.В. Потехина и А.А. Калининская, д.м.н. Ю.А. Коротков, по материнству и детству – к.м.н. И.М. Волков, д.м.н. Е.И. Шаропова, И.С. Цыбульская и А.В. Короткова, по экономике здравоохранения – д.м.н. Н.А. Кравченко и к.м.н. Э. Матвеев, по планированию здравоохранения – д.м.н. В.А. Жуков, по медицинской науке – д.м.н. В.Г. Кудрина, по диссертационным советам – к.м.н. Е.И. Сошников, по международным делам – к.м.н. В.Е. Чернявский, Ю.П. Ляченков, В.Б. Цыбульский, Т. Кайгородова, по организации здравоохранения – д.м.н. Т.А. Сибурина, к.м.н. Е. Варавикова, по медицинской и аналитической статистике – д.м.н. С.А. Леонов и А.С. Киселев, к.м.н. Э.И. Погорелова, и многие другие.

Что же получилось в итоге?

Вначале все шло, как задумано, затем исследования стали плестись за практикой и «научно» обосновывали уже принятые Минздравом

решения, а потом и совсем прекратились, а вся научная работа в институте в основном свелась к мониторингам. Но для мониторинговых систем тоже необходимы предварительные исследования и разработки с оценкой позитивных и негативных сторон тех показателей, которые отображены для мониторинга. Диссертационные работы стали носить формальный, зачастую слабо научный характер.

О насущных проблемах здравоохранения страны. Исследования состояния здоровья населения (ранее они приурочивались к переписям населения) давно не проводились. Почему все занимаются количественными (а не качественными) данными о рождаемости? Ведь известно, что процесс депопуляции только на 35% зависит от низкой рождаемости, а на 65% – от высокой смертности. Значит, проблема состоит в высокой смертности, под которой иногда понимают абсолютное число умерших, без их отношения к населению.

Почему Центр стратегических разработок А.Л. Кудрина разрабатывает перспективную модель здравоохранения? А где головной институт? Всем известно, что созданная в стране система обязательного медицинского страхования (ОМС) глубоко порочна по разным причинам – это отражается и на пациентах, и на медицинских работниках.

Есть только два пути дальнейшего развития обеспечения медицинской помощи: либо вернуться к бюджетной модели по примеру Британии и других стран, либо перейти на модель социального медицинского страхования. Почему эти вопросы волнуют, например, профессора В.В. Гришина, первого директора Федерального фонда ОМС, который постоянно публикует статьи на эту тему и не волнуют институт? Ведь здравоохранение и медицинская помощь не должны ставить своей целью получение прибыли.

Деньги никогда не были определяющим фактором, скорее ограничительным. Поэтому совершенно нелепо выглядят такие рыночные понятия, как медицинские услуги (взамен медицинской помощи), рынок или бюро медицинских услуг, продавец или производитель медицинских услуг (медицинская организация), потребитель или по-

лучатель медицинских услуг (пациент), плататель или заказчик медицинских услуг (ФФ ОМС), лечить, но не вылечить, деньги следуют за пациентом, оплата за пролеченного больного и т.п. Конечно, некоторые экономические рыночные методы, например cost–benefit, cost–effectiveness и т.п., могут и должны применяться для анализа эффективности и проведения сравнений.

Почему до сих пор в стране нет единого мнения о том, какой должна быть ПМСП? Кто это – еще один врач, ведущий первичный прием пациентов, но не по синдромальному принципу, как во всем мире, или это нечто более широкое – первичная забота о пациенте (Primary Health Care)? Врач общей практики – это синдромальный или нозологический врач?

Почему все путают массовые профилактические осмотры и индивидуальную диспансеризацию, которые, оказывается, можно проводить в парковых шатрах и палатках?

Сегодня в стране практически полностью отсутствуют научные разработки по качеству медицинской помощи (медицинские стандарты, клинические руководства, протоколы и т.д.), которыми больше занимается Росздравнадзор. Как правильно сказать: качественные показатели или показатели качества? И вообще, в теории развития здравоохранения мы значительно отстали от других стран. До сих пор нет теоретических разработок, что такое здравоохранение и медицинская помощь, не отработаны системы профилактики и образа (стиля) жизни. Все сводится только к занятиям спортом. А какова роль в профилактике других факторов и условий, генетических (популяционных и индивидуальных) исследований?

Здравоохранение стало относиться к экономической (а не к социальной) сфере, где рентабельность доминирует. В результате маломощные учреждения закрываются, и эти потери восполняются лишь частично. Но и раньше маленький роддом на 100 и менее родов в году был экономически нерентабельным, хотя тогда исходили из целесообразности. Где исследовательские разработки института по этим вопросам?

Как используется в развитии уникальный отечественный опыт многоуровневой сортиров-

ки пациентов (Н.И. Пирогов) и как выстраивается вся система организации медицинской помощи, медикаментозного обеспечения, методов обследования и т.д. – по иерархическому принципу от простого к сложному и от общего к частному и специализированному? Ведь на уровне общей помощи должны решаться не менее 85% всех проблем пациентов.

Допустимы ли приватизация и коммерциализация в здравоохранении и какова роль частных клиник, которые в любой момент могут закрыться, репрепрофилироваться и т.п.?

Правильно ли объединять и укрупнять медицинские организации? Кто сейчас знает и читает труды классиков отечественного здравоохранения? Как устранить имеющиеся ляпы в законодательстве о здравоохранении и какова должна быть концепция этого законодательства? Еще вначале создания института была разработана научная методология выбора приоритетов, одобренная Коллегией Минздрава. Почему она не применяется в региональных программах? Или институт совсем растерял связь с регионами?

Не все знают, что по количеству сгруппированных публикаций можно прогнозировать появление новых научных направлений, развитие или угасание отдельных ветвей медицинской науки. Какие показатели можно и нужно использовать для слежения за здоровьем народа, какие нельзя, и почему?

Возникает вопрос, как вывести подготовку наших руководящих и иных кадров на мировой уровень и в чем заключается система непрерывного медицинского образования? Этим для организаторов здравоохранения занимается Г.Э. Улумбекова, но ее неимоверных усилий явно недостаточно.

Все эти вопросы требуют незамедлительных решений – если их не решить в течение 3–6 лет, у любого чиновника появится мысль о целесообразности существования такого института или о его присоединении к Институту им. Н.А. Семашко.

Нельзя сказать, что в институте не ведутся аналитические разработки, в частности по северным территориям. Появляются новые публикации, в том числе в престижных зарубежных изданиях, например, в журнале Британской медицинской ассоциации *Lancet*. Денег в институте предостаточно. Но постепенно институт теряет свое лицо – флагмана исследований в области организации здравоохранения и медицинской помощи. И не следует надеяться, что чиновники, в том числе на секциях экономического форума, смогут разрешить эти проблемы и что ядерная медицина, робототехника и телемедицина будут этому способствовать.

Поздравляя институт с небольшим юбилеем, желаю дальнейшего процветания, развития, а его сотрудникам здоровья – и успехов.

Официальная биография

Юрий Михайлович Комаров родился 25 июня 1939 г. в Киеве.

В 1963 г. он окончил лечебный факультет Киевского медицинского института; работал в сельской местности главным врачом больниц разной мощности в Черниговской и Московской областях, затем перешел на научную работу во ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н.А. Семашко (Москва).

В 1971 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Исследование организации приема больных в городских поликлиниках». Заведовал лабораторией в Главном вычислительном центре Минздрава СССР: участвовал и руководил работой по определению информации, необходимой для управления на разных уровнях здравоохранения, по созданию первых в стране автоматизированных систем управления в здравоохранении, по обработке медико-статистических данных на конкретных территориях.

С 1972 по 1977 г. Юрий Михайлович заведовал лабораторией Института биофизики Минздрава СССР, а также руководил разработкой автоматизированных систем управления (АСУ) лечебной и профилактической помощи. Был членом Географического общества СССР, Научного совета по системному анализу в медицине и биологии при Госкомитете СССР по науке и технике, с 1974 по 1982 г. был

экспертом Международного института прикладного системного анализа (IIASA, Вена) и принимал активное участие в международных конференциях по системному анализу здоровья и моделированию здравоохранения.

С 1977 по 1981 г. он работал в качестве заместителя директора по науке Института комплексных проблем гигиены и профзаболеваний (Новокузнецк), организовал экспедиционным методом комплексные исследования состояния здоровья жителей Сибири, в том числе в регионах Байкало-Амурской магистрали, Крайнего Севера, в условиях сибирского села, в промышленных агломерациях Сибири. В этот период он подготовил и защитил в Москве докторскую диссертацию на тему «Комплексное социально-гигиеническое исследование состояния здоровья жителей восточных районов СССР».

С 1981 по 1983 г. работал во ВНИИ медицинской и медико-технической информации (Москва) в качестве руководителя отдела.

С 1983 по 1989 г. работал заведующим отделом Республиканского информационно-вычислительного центра Минздрава РСФСР; в этот же период на общественных началах возглавлял Экспертный совет при Минздраве СССР по проблемам материнства и детства, в течение года работал советником Министерства здравоохранения Республики Куба.

В 1989 г. организовал НПО «Медсоцэкономинформ» – головной научно-исследовательский институт в системе Минздрава РФ по социально-гигиеническим, организационным, управленческим и экономическим проблемам здоровья и здравоохранения, который возглавлял в качестве генерального директора в течение 10 лет, до 1999 г. Сегодня это Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России (ФГБУ ЦНИИОИЗ). Институт под руководством Ю.М. Комарова в сотрудничестве со своими филиалами и центрами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) проводил широкий спектр научных исследований в сфере охраны здоровья населения, установил тесные научные контакты практически со всеми субъектами РФ и странами СНГ, оказывал консультативно-методическую помощь в составлении и реализации региональных программ, выполнял оперативно-аналитическую работу для Минздрава РСФСР, готовил научное обоснование реформ здравоохранения и медико-демографических программ улучшения здоровья населения. К работе в институте были привлечены квалифицированные научные кадры, доктора и кандидаты наук, в рамках института был создан Центр обучения руководящих кадров, где прошли обучение несколько тысяч руководителей здравоохранения всех уровней из большинства территорий страны. Институтом была подготовлена Концепция дальнейшего развития здравоохранения и прикладной медицинской науки в РФ, доложенная и одобренная на совместном заседании Коллегии и Бюро Ученого медицинского совета Минздравмедпрома РФ в 1993 г.

В годы руководства Ю.М. Комаровым институтом было защищено более 40 докторских и свыше 80 кандидатских диссертаций по специальности «социальная гигиена и организация здравоохранения», развивались такие перспективные направления, как оценка и обеспечение качества медицинской помощи, доказательная медицина, здравоохранение и рынок, первичная медико-санитарная помощь, здоровье детей и подростков. Ежегодно организовывались 2–3 всероссийские или международные конференции и серии научных семинаров, как самостоятельно, так и в содружестве с международными организациями: ВОЗ, ЮНИСЕФ, Национальный центр статистики здоровья США, Бостонский и Джорджтаунский университеты, Национальные институты здравоохранения Голландии, Национальные институты здоровья США, Университет Осло, Утрехтский университет, Американское агентство по исследованию здравоохранения и качеству, Центры по контролю за болезнями США, Американский международный союз здравоохранения (АИНА).

С 1999 г. он был руководителем вначале центра, а затем отдела организации и экономики здравоохранения Всероссийского НИИ железнодорожной гигиены.

За этими вехами биографии лежит огромная профессиональная, международная и общественная деятельность Юрия Михайловича.

Он опубликовал свыше 560 научных работ по организации здравоохранения в отечественных и ведущих зарубежных изданиях, среди которых 24 монографии, на регулярной основе читал лекции в ЦОЛИУВ (ныне РМАПО) на циклах подготовки руководителей здравоохранения по системному анализу здоровья и здравоохранения. Юрий Михайлович проводил в разных регионах нашей страны семинары по развитию регионального законодательства в здравоохранении. Был руководителем группы по внедрению первичной медико-санитарной помощи в стране, готовил программу для Коллегии Минздрава по этому вопросу. Он являлся председателем Межведомственного совета по системному анализу здравоохранения, председателем секции Ученого совета Минздрава РФ по общественному здоровью и здравоохранению, членом бюро Совета по кадровой политике при министре здравоохранения РФ. Был избран действительным членом Академии социальных наук, Международной академии информатизации при ООН.

За плечами Юрия Михайловича была активная международная деятельность. Он оказывал консультативно-методическую помощь при проведении реформ здравоохранения в Казахстане, Узбекистане, Таджикистане, Киргизии, Молдове, Грузии, Украине, Белоруссии и др. В течение 2 лет (2005–2006 гг.), будучи международным экспертом Евросоюза, участвовал в выполнении проекта TACIS по стратегическому планированию развития медицинских стандартов для обеспечения качества медицинской помощи в Украине. Являлся визитинг-профессором ряда зарубежных университетов, был избран членом Комитета экспертов ВОЗ (Европейское региональное бюро), являлся членом Комитета по исследованию служб здравоохранения в Европе, руководителем с российской стороны целого ряда долгосрочных проектов. В рамках Межправительственной комиссии по научно-техническому сотрудничеству России и США на протяжении 5 лет осуществлял взаимодействие по вопросам качества медицинской помощи и медицинской статистике. Был членом постоянно действующей группы ВОЗ по исследованиям в общей врачебной практике (EGPRW), являлся действительным членом Всемирной организации по семейной медицине – WONCA, членом Международной организации по качеству медицинской помощи (ISQua).

Юрия Михайловича помнят по его неравнодушию к судьбе здравоохранения страны. С самого начала возрождения общественного Пироговского движения врачей в стране он был членом его исполкома, организовывал его съезды, являлся вице-президентом Российской медицинской ассоциации, членом совета Национальной медицинской палаты, членом Комитета гражданских инициатив А.Л. Кудрина, членом экспертного совета Комиссии по здравоохранению Общественной палаты РФ. Активно сотрудничал с Федерацией независимых профсоюзов России.

Юрий Михайлович Комаров награжден медалями «Ветеран труда» и в честь 850-летия Москвы, почетным знаком «Отличник здравоохранения СССР», медалью Международной академии информатизации, почетным призом «Хрустальное перо России».

ТЕЗИСЫ

IX Международного конгресса

«ОРГЗДРАВ-2021.

Эффективное управление в здравоохранении»

(25–27 мая 2021 г., онлайн)*

Ионов В.А., Редюков А.В., Фролова О.О.

Управление изменениями при внедрении новой модели медицинской организации – это управление уровнем вовлеченности в организации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 460000, г. Оренбург, Российская Федерация

Актуальность темы исследования определяется тем, что здравоохранение находится в эпицентре изменения социальных институтов, когда не обойтись без переформатирования требований к управленческим навыкам в сфере HR: предотвращение синдрома эмоционального выгорания, развитие персонала в Leap-направлении и вдохновляющего лидерства.

На повестке дня изменение традиционных схем и управленческих моделей с планомерным переходом от более простых к более сложным мерам по организации деятельности и управлению медицинской организацией.

В решении массива подобных задач управление, основанное на принципах бережливости, является возможностью и технологией, определяющей горизонт обновления. Однако любая технология требует определенных условий, особенно высокого уровня вовлеченности, без которого она не раскрывает свой потенциал либо вообще будет не применима.

В этой связи автор предлагает к рассмотрению следующее определение понятия «вовлеченность»: «Вовлеченность – это базовая характеристика (культуры) компании, демонстрирующая уровень содействия в системе “организация–сотрудник”, который определяет готовность и желание сотрудника работать, расширяя границы своих прямых обязанностей и прилагая дополнительные усилия для достижения целей компании», – ставя акцент на том, что вовлеченность – это характеристика организации, а не состояние в моменте сотрудника.

Фокусирование концепции вовлеченности на причинно-следственных отношениях определило **цель** исследования – обоснование управленческого подхода, максимально влияющего на устойчивость внедрения критериев новой модели медицинской организации (НММО).

Методология и результаты эмпирического исследования. Эмпирическим объектом исследования стала «Консультативная поликлиника областной клинической больницы (ОКБ)», которая расположена в Оренбурге.

* Окончание. Начало см.: ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 3. С. 89–100.

Исследование концентрировалось на изучении причинной связи подхода в управлении уровнем вовлеченности и устойчивостью внедрения критериев НММО.

Эмпирическая база исследования уровня вовлеченности основана на данных анкетирования 56 сотрудников ($\frac{2}{3}$ численности персонала организации), анкетирования по вопросам удовлетворенности 517 посетителей клиники, результатов самоанализа проектных групп и мониторинга специалистами регионального центра развития первичной медико-санитарной помощи достижения критериев базового уровня НММО в интервале 7 мес.

При оценке достижения критериев базового уровня и анализе совокупной статистики материалов интервью был использован метод категоризации.

Для достижения цели исследования были намечены следующие **задачи**:

а) измерить уровень вовлеченности различных групп работников, выделенных по признаку «категория участия в коммуникации с руководителем» и

б) выявить корреляцию в проявлении работниками вовлеченности и независимой оценкой достижения критериев НММО.

Руководители медицинской организации прошли тренинг по основам вовлекающего менеджмента и методике, раскрывающей ключевые аспекты коммуникации при управлении инновациями. Процессное консультирование в индивидуальном и групповом формате осуществлялось на постоянной основе в пилотный период – до 2 мес, а также в формате ежемесячных конференций – до окончания консалтингового проекта.

В рамках эксперимента по реализации критериев НММО было предложено осуществить внедрение «вовлеченными» (сотрудники после общения с руководителем, использующим тренинговую методику) сотрудниками своих предложений по улучшениям. Степень внедрения комплекса мероприятий в течение 3–5 нед составила 100%. Уровень удовлетворенности клиентов по реализованным направлениям вырос от 70 до 91%.

Главное из того, что было обнаружено, – общим для вовлеченных сотрудников является фактор ориентированности на собственный результат в работе, к которому они относятся предельно критично, предлагают решения по улучшениям и реализуют их самостоятельно и, что особенно важно, без давления извне. По данным самооценки такими сотрудниками, критерий достигнут в 62–85% случаев, а по данным независимой оценки, критерий достигается у 95–100% опрошенных пациентов.

Был проведен ряд обратных экспериментов с предложением внедрения базовых критериев сотрудникам с низким выявленным уровнем вовлеченности (сотрудники, с которыми руководители не общались по методике тренингового цикла). Эксперименты дали противоположные результаты, по данным самооценки невовлеченных сотрудников, критерий достигнут от 62–78%, а по данным независимой оценки, критерий достигается у 5–13% опрошенных пациентов.

Выводы. 1. При внедрении критериев НММО руководителю нужно работать с уровнем индивидуальной вовлеченности сотрудников путем технологии, раскрывающей ключевые аспекты коммуникации на старте инноваций. 2. Методика передачи точки зрения руководителя на цели и ожидаемые результаты проектов по улучшениям разрешает проблему устойчивости изменений при реализации критериев НММО.

Чигарева И.А.

Актуальные вопросы профилактики и лечения заболеваний органов дыхания

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация

Важным способом борьбы с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) является целенаправленная деятельность по сокращению воздействия факторов риска развития этих болезней. При разработке мер политики и расстановке приоритетов важное значение имеет мониторинг прогресса и тенденций в области НИЗ.

В соответствии с выбранной темой работы, актуальной для профилактической медицины и общественного здравоохранения в целом, направленной на улучшение качества оказания медицинской помощи, оценку эффективности качества оказываемой помощи взрослому населению, а также улучшение качества жизни пациентов с имеющимися заболеваниями органов дыхания, на основании приказов Минздрава России, СанПиНов была обозначена дальнейшая стратегия по проведению профилактических мероприятий, а также ведение работы по выявлению заболеваний на ранних стадиях развития во время проведения диспансеризации, при первичном обращении за помощью в лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ), при постановке на диспансерный учет, посещаемости школ пациентов и центров здоровья.

Цель – профилактическое консультирование граждан с выявленными хроническими НИЗ и факторами риска их развития.

Для решения поставленной цели были определены следующие задачи:

1. Раннее выявление заболеваний при проведении диспансеризации населения, при первичном обращении в ЛПУ.
2. Изучение структуры первичной медико-социальной помощи населению.
3. Изучение эффективности оказания первичной медико-социальной помощи (поликлиника, центр здоровья).
4. Изучение медико-демографических показателей среди взрослого населения с заболеваниями органов дыхания (экстенсивности, интенсивности).

Медицинские мероприятия, проводимые в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, направлены на:

- профилактику и раннее выявление (скрининг) хронических НИЗ (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, факторов риска их развития, включающих повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемию, повышенный уровень глюкозы в крови натощак, курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, избыточную массу тела или ожирение (далее – факторы риска), а также риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;
- определение группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими НИЗ и (или) факторами риска их развития, а также для здоровых граждан;
- определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими НИЗ и иными заболеваниями (состояниями), включая граждан с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.

Целевая группа – граждане в возрасте 18–39 лет.

При высоком относительном сердечно-сосудистом риске при консультировании рекомендуется обсудить с пациентом риск с использованием таблицы SCORE для лиц до 40 лет.

Целевая группа – граждане 40–64 лет.

При высоком или очень высоком сердечно-сосудистом риске при консультировании необходимо обсудить с пациентом риск с использованием таблицы SCORE для лиц 40–64 лет с демонстрацией пациенту возможности снижения его индивидуального абсолютного риска при снижении факторов риска. Нормативно-правовая база при проведении данной работы будет строиться на основе Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (последняя редакция), Методических рекомендаций «Организация проведения профилак-

тического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (утверждена Министерством здравоохранения РФ 22.10.2019), Методических рекомендаций Департамента здравоохранения г. Москвы «Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции».

Объект исследования – пациенты, страдающие заболеваниями органов дыхания, которые проходят лечение в отделениях терапии, при первичном обращении в медицинские учреждения за оказанием амбулаторно-поликлинической помощи, при диспансеризации в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения в консультативно-диагностических центрах, данные учета по г. Москве, центров здоровья.

Методы. При проведении исследования будут использованы методики изучения состояния здоровья и заболеваемости населения, оценки показателей амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. По данным Всемирной организации здравоохранения, полученным при обследовании репрезентативных выборок населения на основании международной анкеты и спирометрии в рамках эпидемиологического исследования GARD (Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases*), хронические болезни органов дыхания представляют серьезную проблему для здравоохранения во всех странах мира.

Вторичная профилактика заключается в раннем выявлении болезней и их лечении, в пропаганде здорового образа жизни.

Шаповалова Л.А.¹, Шаповалов К.А.²

Формы профилактики психических заболеваний в практической работе врача-психиатра амбулаторного консультативного приема

¹ Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Коми «Консультативно-диагностический центр Республики Коми», 167000, г. Сыктывкар, Российская Федерация

² Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Коми республиканский институт развития образования», 167982, г. Сыктывкар, Российская Федерация

Просветительская работа в психиатрии направлена на повышение уровня знаний населения о психических расстройствах, овладение методами защиты от стресса, пагубного влияния вредных привычек. В работе психиатра амбулаторного консультативного приема профилактика психических заболеваний включает совокупность образовательных, воспитательных, агитационных и пропагандистских мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику заболеваний, сохранение и укрепление здоровья, повышение трудоспособности людей, продление их активной жизни и сопровождает весь лечебный процесс.

Целесообразно выделить следующие уровни:

I. Индивидуальный: врач–пациент.

1. Психопрофилактика: первичная, вторичная и третичная.

Роль врача в первичной психопрофилактике многогранна и необходима в каждом случае обращения пациента к психиатру, так как включает охрану здоровья будущих поколений, изучение и прогнозирование возможных наследственных заболеваний, гигиену брака и зачатия, охрану матери от

* GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks. 1990–2015.

возможных вредных влияний на плод и организацию родовспоможения, раннее выявление пороков развития у новорожденных, своевременное применение методов лечебно-педагогической коррекции на всех этапах развития.

Вторичная психопрофилактика в практической работе психиатра направлена на предупреждение опасного для жизни или неблагоприятного течения уже начавшегося психического либо другого заболевания. Вторичные меры профилактики патологии психической сферы включают предотвращение рецидива уже существующих заболеваний. Их психиатр назначает индивидуально, после пройденного пациентом курса лечения.

Третичная психопрофилактика на консультативном психиатрическом приеме включает предупреждение возникновения инвалидности при хронических заболеваниях. Для этого очень важно правильно использовать лекарственные и другие средства, лечебную и педагогическую коррекцию и меры реадaptации пациентов.

2. Психообразование пациентов с психическими расстройствами. Связывается с нозологическими формами, выявленными у контингента пациентов.

3. Психиатрическое просвещение. Подчеркиваются первичные меры профилактики психических заболеваний, включающие такие действия пациентов, которые доступны каждому человеку: полноценный отдых и здоровый сон не менее 8 ч в сутки; умеренные ежедневные физические нагрузки; занятие любимым делом; гармоничные взаимоотношения в семье являются важнейшим пунктом крепкого психического здоровья; интимная сторона жизни.

В качестве дополнения к перечисленным методам пациентам рекомендуется посещать различные психологические тренинги. При отсутствии такой возможности тренинги можно проводить самостоятельно. Каждый человек может незатратными доступными методами организовать для себя нервно-эмоциональную разрядку: прогулка на свежем воздухе; активный отдых с физической нагрузкой (работа на дачном участке), встреча с друзьями.

II. Корпоративный.

Медицинское учреждение.

1. Выступления (тематика) на конференциях: а) врачебных; б) медицинских сестер.
2. Лекции (тематика).
3. Памятки (тематика).
4. Информационные письма (тематика).
5. Размещение профильных материалов (тематика) на интернет-сайте учреждения в специализированных рубриках, VK и т.д.

Подведомственные медицинские учреждения.

Другие медицинские учреждения (соматического профиля).

Региональное Министерство здравоохранения.

III. Методический.

1. Подготовка методических писем по конкретным вопросам особенности диагностики и профилактики психических заболеваний.

2. Публикации по организации практической работы в изданиях регионального, окружного, российского уровня.

IV. Учебный.

1. Участие в разработке пособий и учебников.

2. Практическое использование учебно-методических работ.

3. Создание комплексных учебных программ, курсов лекций и курсов дистанционного обучения.

Психиатрическое просвещение является обязательным разделом работы каждого учреждения здравоохранения, профессиональная обязанность каждого медицинского работника больницы и поликлиники. Оно может существенно влиять на: предупреждение заболеваний (посредством пропаганды здорового образа жизни); раннее обращение за медицинской помощью (посредством

первичной профилактики отдельных заболеваний); сроки выздоровления (в процессе постоянного врачебного наблюдения); эффективность долечивания и восстановления трудоспособности (реабилитации); повторную госпитализацию (посредством пропаганды мер вторичной профилактики).

Психиатрическое просвещение и образование может и должно рассматриваться как вид психологического вмешательства, направленный на достижение позитивных изменений в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах.

Шаповалов К.А., Шаповалова П.К.

Травмы при швартовых операциях как причина временной нетрудоспособности плавающего состава водного транспорта

Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Коми республиканский институт развития образования», 167982, г. Сыктывкар, Российская Федерация

Швартовые операции являются очагом специфического профессионального травматизма на всех без исключения плавающих средствах. На современных судах они остаются одним из наименее механизированных видов работ.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 224 пациентов из числа плавающего состава, получивших производственные травмы с потерей трудоспособности при швартовке плавающих средств во время выполнения рейсовых заданий в Северном водном бассейне. При работе использовались системный, комплексный, интеграционный, функциональный, динамический, процессный, нормативный, количественный, административный и ситуационный методические подходы. Методы анализа – аналитический и сравнения.

Результаты. В структуре производственного травматизма с потерей трудоспособности плавающего состава Северного водного бассейна различные повреждения, полученные при швартовании плавающих средств, составляют 10,1% случаев. В северном регионе травмы при швартовке наиболее часто происходят на транспортных речных (46,7%) и морских (36,3%) судах, где перевозки носят интенсивный характер, погрузка и разгрузка может происходить на различных причалах в пределах одного порта, что увеличивает частоту швартовых операций при коротких переходах и, соответственно, вероятность швартового травматизма. Амбулаторное лечение в связи со швартовыми травмами получили 50,8% моряков. Каждая вторая травма требовала длительного лечения в условиях хирургического отделения и дальнейшей реабилитации на поликлиническом этапе.

Обсуждение. Десятая часть производственных травм, полученных плавающим составом Северного водного бассейна, происходит при выполнении швартовых операций. К факторам риска и обстоятельствам, связанным с работой, создающим угрозы здоровью, трудоспособности и жизни плавающего состава, относятся флот, профессия, возраст, производственный стаж, широты плавания, недельный цикл, сезон. Именно они могут стать производственной и/или психофизиологической причиной запуска спонтанных нарушений отработанных технических приемов и безопасности труда. Профилактические мероприятия по его предупреждению должны носить непрерывный системный и процессный характер, касаться не только технического усовершенствования швартовых механизмов, но и постоянного обучения плавающего состава технике безопасности, оказанию первой помощи при возникновении травм и современного непрерывного санитарного просвещения.

Выводы. 1. В общей структуре производственного травматизма плавающего состава Северного водного бассейна различные повреждения при швартовке плавающих средств составляют 10,1% случаев.

2. Факторами риска и обстоятельствами, создающими угрозы здоровью, трудоспособности и жизни плавающего состава, связанными со швартовочными операциями, являются: флот – речной транспортный, морской транспортный; профессия – матрос, матрос-моторист; возраст – до 30 лет; производственный стаж – 1–12 мес; широты плавания – субарктические, арктические (неблагоприятная погода, волнения моря, качка, штормы); недельный цикл – четверг, пятница; сезон – лето, осень.

3. Швартовочные травмы характеризуются преобладанием полифокальных травм, политравм с множественным и сочетанным повреждением анатомо-функциональных сегментов, экстренности оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи, специализированного стационарного лечения, преобладания в структуре повреждений переломов, ранений, травматических ампутаций фаланг пальцев, черепно-мозговых травм.

4. Средние сроки нетрудоспособности при швартовочных травмах составляют 48,0 рабочих дня, койко-дней при госпитализации в хирургическое отделение – 20,6.

5. Вернулись к профессиональному труду после реабилитации по поводу швартовочных травм 94,0% пострадавших из числа плавающего состава. Первичный выход пострадавших на II группу инвалидности составил 1,3%; III группу – 2,2%; смертельно закончились 2,5% швартовочных травм.

Шаповалов К.А.^{1,2}, Каторкин В.И.¹, Слуцкий С.И.¹, Каракозова Н.Г.¹, Антонова С.Г.¹, Кетова Т.С.¹, Гордиенко А.В.¹, Осипова Т.Ю.¹

Эффективность внедрения проекта «Бережливая поликлиника» в работу регистратуры городской детской поликлиники

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми «Сыктывкарская детская поликлиника № 3», 167011, г. Сыктывкар, Российская Федерация

² Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Коми республиканский институт развития образования», 167982, г. Сыктывкар, Российская Федерация

Актуальность. Современные подходы к организации оптимальных условий работы регистратуры городской детской поликлиники за счет устранения потерь путем создания новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, стали первыми этапами при осуществлении проекта «Бережливая поликлиника».

Цель – обосновать и разработать мероприятия, а также создать практический рекомендательный инструмент в виде регламента (методического пособия) для организации повседневной работы персонала регистратуры городской детской поликлиники.

Материал и методы. Исследование проводилось в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Коми «Сыктывкарская детская поликлиника № 3» (СДП № 3), которая является объединенной специализированной поликлиникой города, обслуживает 42 505 детей, рассчитана на 1093 посещения в смену и размещена в 3 базовых зданиях детских поликлинических отделений ДПО № 1, № 2 и № 3.

Результаты. После вступления в проект «Бережливая поликлиника» в течение 2019 г. администрацией СДП № 3 проведен большой объем работ по модернизации и оптимизации работы регистратуры.

Методическим инструментом практической подготовки сотрудников регистратуры, как правило, не имеющих среднего медицинского образования, для работы в ответственном первичном секторе медицинского учреждения стало создание Порядка (регламента) организации работы регистратуры ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника № 3». Он включает следующие разделы: общие положения; функции; фронт-офис; маршрутизация пациентов при обращении в ДПО; call-центр; картохранилище; оформление листов нетрудоспособности и 10 приложений.

Обсуждение. Действующий Порядок (регламент) работы регистратуры ДПО ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника № 3» четко определяет действия сотрудников регистратуры в соответствии с должностными обязанностями в основных производственных ситуациях и в случае возникновения непонимания среди пациентов и их законных представителей.

Так, эффект от реализации проекта в кабинетах амбулаторного приема привел к: сокращению времени ожидания пациента в очереди перед кабинетом амбулаторного приема; уменьшению числа пациентов, одновременно ожидающих приема перед кабинетом; увеличению времени непосредственного контакта врача с пациентом; выравниванию нагрузки между врачом и медицинской сестрой; сокращению потерь в работе персонала во время приема.

Не менее ощутимы изменения в работе call-центра: уменьшилось количество жалоб на невозможность дозвониться; повысилось качество работы регистратуры; увеличилось количество ответных вызовов; сократилась продолжительность разговора с обратившимися лицами; появилась возможность автоматизации повседневного и выборочного анализа ситуации; централизован вызов «неотложки» на базе ДПО № 3 (с 16.00 до 22.00).

В результате реализации кардинальных изменений в ходе исполнения проекта «Бережливая поликлиника» в работе регистратуры СДП № 3 произошло ощутимое сокращение общего времени пребывания пациента в поликлинике (в том числе за счет исключения возвратов в регистратуру для предварительной записи на прием, исследования); повышение комфортности пребывания пациента в поликлинике; уменьшение времени ожидания услуги детьми и родителями перед кабинетами; сокращение перемещений пациента по поликлинике (за счет организации доставки амбулаторных карт в кабинеты, обеспечения согласований документов без участия пациентов, организации предварительной записи в электронном виде из кабинетов амбулаторного приема); увеличение наполняемости электронной медицинской карты; повысилась удовлетворенность посетителями качеством медицинской помощи.

Выводы. 1. Комплексный методический подход к организации работы современной регистратуры педиатрической медицинской поликлинической организации позволяет существенно изменить характер ее работы и повысить не только качество оказания медицинских услуг, но и удовлетворенность ими детей и родителей.

2. Порядок (регламент) работы регистратуры является методическим инструментом практической подготовки сотрудников подразделения, как правило, не имеющих среднего медицинского образования, для работы в ответственном первичном секторе медицинского учреждения, и может быть использован как для проведения периодических учебных занятий персонала регистратур, самостоятельной подготовки, так и в качестве повседневного справочника работника.

3. Для обеспечения регулирования интенсивности потока пациентов поликлиники, распределения его по видам оказываемой помощи и создания равномерной нагрузки на врачей разработан четкий алгоритм действий регистратора для каждого из 6 направлений.

4. Оптимальная маршрутизация пациентов работниками регистратуры позволяет квалифицированно распределить потоки пациентов, требующие оказания плановой или неотложной медицинской помощи.

Шаповалов К.А.^{1,2}, Шаповалова Л.А.¹, Слуцкий С.И.², Каракозова Н.Г.²,
Каторкин В.И.², Чугаев А.И.²

Педиатрия катастроф. Подготовка медицинского состава городской детской поликлиники к работе в чрезвычайных ситуациях

¹ Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Коми республиканский институт развития образования», 167982, г. Сыктывкар, Российская Федерация

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми «Сыктывкарская детская поликлиника № 3», 167011, г. Сыктывкар, Российская Федерация

Медицинские силы и средства педиатрического амбулаторного лечебного учреждения могут привлекаться при чрезвычайных ситуациях (ЧС) техногенного, природного, экономического, криминального характера, а также при пожаре, угрозе взрыва в лечебном учреждении, при забастовке или акции протеста группы медицинских работников, отсутствии лекарств.

В ГБУЗ Республики Коми (РК) «Сыктывкарская детская поликлиника № 3» работа по совершенствованию мероприятий по гражданской обороне и ЧС, повышению готовности учреждения к решению задач военного времени проводится в соответствии с требованиями законодательных и подзаконных актов РФ, постановлений, приказов, распоряжений, Правительства РФ, МЧС и Минздрава России, главы РК и Минздрава РК.

Повседневная деятельность врачебного и сестринского медицинского состава любой специальности, в том числе педиатрической, не исключает возникновения ЧС в течение рабочего дня в лечебном учреждении. Регулярно по плану проводятся инструктажи медицинского персонала по порядку их действий в случае возникновения угрозы пожара или телефонного звонка о закладке взрывчатых веществ и угрозах взрыва, совершения террористического акта. Отрабатываются навыки оказания квалифицированной медицинской помощи в структуре врачебно-сестринской бригады с учетом анатомических и физиологических особенностей детей и подростков, возраста, характера, локализации и тяжести поражения, имеющих значение при оказании первой помощи спасателями при катастрофах.

В случае ЧС при организации и оказании первой, квалифицированной и специализированной медицинской помощи приоритет в очередности ее получения принадлежит детям как наименее социально защищенным и перспективным для восполнения популяций. Проводится обязательная прогностическая медицинская сортировка. При катастрофах дети составляют около 25% пострадавших. На догоспитальном этапе практически исключен общепринятый в клинической практике метод динамического наблюдения. Все болезненные манипуляции у детей проводятся под общим обезболиванием. Циркулярные гипсовые лонгеты и глухие швы противопоказаны. Эвакуация детей осуществляется в первую очередь в сопровождении родственников.

При малых катастрофах планирование медицинской помощи детям и оказание ее в полном объеме осуществляют территориальные центры экстренной медицинской помощи в ЧС с учетом возможностей здравоохранения административной территории и, как правило, обеспечивают ее на месте, без привлечения дополнительных сил и средств соседних областей или республик. Планирование и организация медицинской помощи детям при средних и больших катастрофах обеспечиваются в двухэтапной системе лечебных мероприятий и эвакуацией пострадавших по назначению.

Одновременно необходимо учитывать особенности психоэмоционального состояния детей в результате ЧС. Оказание психолого-психиатрической помощи населению предполагает, что все дети и подростки, оказавшиеся под воздействием факторов ЧС, нуждаются в амбулаторной психолого-психиатрической помощи и (или) в стационарном лечении, а почти все население – в седативных и других успокаивающих средствах. Характер необходимой психологической и психиатрической помощи и ее объем в разных возрастных группах, как правило, различный. Соответственно базисные модули этой службы (отделение психологической и психиатрической помощи, кабинет психологической и психиатрической помощи, консультативная выездная бригада психолого-психиатрической помощи, отделение анонимной психолого-психиатрической помощи по телефону), которые могут и должны быть задействованы в каждом случае, определяются индивидуально. Следует учитывать, что объем оказываемой помощи детям и подросткам, помимо медицинских, в значительной степени зависит от политических и социальных условий региона и эпицентра ЧС.

Первоочередные задачи на месте происшествия: выявление пострадавших с острым психомоторным возбуждением; обеспечение безопасности их и окружающих; исключение возможности возникновения массовых панических реакций. Системная организация при оказании психологической и психиатрической помощи позволяет проводить профилактические мероприятия, направленные на уменьшение вероятности возникновения психоэмоциональных последствий ЧС у населения.

Шаповалов К.А.¹, Шаповалова Л.А.², Шаповалова П.К.¹

К вопросу оформления раздела «Научно-практическая работа» квалификационной категории врача

¹ Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Коми республиканский институт развития образования», 167982, г. Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация

² Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Коми «Консультативно-диагностический центр Республики Коми», 167000, г. Сыктывкар, Республика Коми, Российская Федерация

При оформлении работы для присвоения квалификационной категории врачу необходимо заполнить раздел 6 «Научно-практическая работа», который включает участие в научно-практических конференциях, медицинских научных обществах, выступление с докладами, публикации, а также относящиеся к нему раздел 11 «Список литературы», подпункты 11.2 «Список публикаций аттестуемого в научных журналах и сборниках, тезисов докладов» и 11.4 «Список выступлений на международных, всероссийских и республиканских конференциях, коллегиях органов управления здравоохранением территорий и субъекта Российской Федерации».

Самостоятельные исследования и (или) научно-практическая работа не является должностной обязанностью врача, но приветствуется при аттестации на I квалификационную категорию и желательна при подаче заявления на высшую категорию. Для большинства практических врачей раздел о научно-практической работе является камнем преткновения и серьезным препятствием на пути к успешному завершению аттестационной работы и присвоению заявленной категории.

Материал и методы. Проведен анализ 6 квалификационных работ авторов на предмет научной составляющей как части обязательных требований к оформлению документов при их подаче в Аттестационную комиссию о присвоении квалификационной врачебной категории. Глубина ис-

следования составила 25 лет. При работе над материалом использовали системный, комплексный, динамический, нормативный и ситуационный методические подходы. Методы анализа включали исторический, аналитический и сравнения. Для анализа применяли приемы группировки, сплошных и выборочных наблюдений.

Обсуждение. Формирование научных интересов будущего врача начинается в аудиториях медицинского института, в студенческих научных кружках, и в каждом конкретном случае происходит по-разному. Как правило, из нескольких направлений выбирается одно, которое становится научной доминантой и определяет лицо исследователя. Однако нередко в зависимости от ситуаций возможны и другие результативные параллельные исследования в различных областях медицины, если они затрагивают общие медицинские вопросы и (или) специализация врача постоянно востребована, когда он работает в устойчивой научной группе над междисциплинарными проблемами.

Научную работу практикующего врача-психиатра амбулаторного звена трудно оценивать, так как, с одной стороны, ее выполнение имеет рекомендательный, а не обязательный характер, с другой – очень ярко характеризует заинтересованность в анализе результатов собственной работы, творческий потенциал и научную активность.

Если на категорию подает практикующий врач – научный работник или преподаватель медицинских колледжа или высшего учебного заведения, этот раздел становится одним из основных и самых выигранных.

Современная наука измеряет ценность публикаций наукометрическими показателями, в том числе количеством цитирований. О соискателе квалификационной категории врача следует указать следующую информацию:

- членство в медицинских научных обществах (Союз психиатров России и др.);
- ORCID (Open Researcher and Contributor ID) – незапатентованный буквенно-цифровой код, который однозначно идентифицирует научных авторов: 0000-0000-0000-0000;
- Web of Science ResearcherID: D-0000-0000;
- SPIN-код – персональный идентификационный код автора в SCIENCE INDEX – информационно-аналитическая система, построенная на основе данных Российского индекса научного цитирования (РИНЦ): 0000-0000;
- Author iD [SCIENCE INDEX – информационно-аналитическая система, построенная на основе данных Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)]: 0000000;
- сферу научных интересов (сформулировать);
- темы диссертаций (если есть);
- число публикаций с указанием объема суммарного личного участия в авторских листах (40 000 печатных знаков) по списку опубликованных научных и учебно-методических работ (форма 3н);
- регистрация и число публикаций, цитирований, индекс Хирша (с указанием электронных адресов страниц) в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ), PubMed, Scopus, Web of Science, другие (если есть);
- краткая суммарная информация: участие в научно-практических конференциях; выступления с докладами; число научных и учебно-методических публикаций;
- полный список публикаций и (или) тезисов докладов соискателя в научных журналах и сборниках, приводится в разделе 11.2;
- полный список выступлений на международных, всероссийских и республиканских конференциях, коллегиях органов управления здравоохранения территорий и субъекта Российской Федерации (раздел 11.4).

Заключение. Знание максимальных современных требований к наукометрической характеристике авторов научных и учебно-методических публикаций позволяет практикующему врачу – автору аттестационной работы оценить собственные результаты и представить их в наиболее пра-

вильно оформленном варианте. Наличие даже части обсуждаемой информации в квалификационной работе дает объективную положительную характеристику научно-практической деятельности врача для присвоения категории.

Щеголева Д.В.

Как повысить эффективность и сократить расходы медицинской организации: бережливые технологии в помощь

Автономная некоммерческая организация «Федеральный центр компетенций в сфере производительности труда», 123022, г. Москва, Российская Федерация

Бережливые технологии – это не только про производство и станки. Особенность и уникальность инструментов бережливого производства в их универсальности. С их помощью можно сократить расходы медицинской организации, повысить эффективность использования имеющихся средств, оптимизировать внутренние процессы и передвижение пациентов по медицинскому учреждению, повысить эффективность работы диагностического оборудования, вовлечь персонал в изменения.

Учреждения здравоохранения сталкиваются с теми же проблемами, что и любое производство. Нерационально организованные процессы, лишние перемещения сотрудников и документов, ожидание визы руководителя, нехватка одних медикаментов и расходных материалов и излишек других – все это отражается на общей эффективности работы учреждения и удовлетворенности пациентов. Несовершенство рабочих процессов приводит к финансовым издержкам, нанося сильный удар по экономике организации.

Одна из актуальных проблем современной медицины – административное обеспечение ее деятельности. Процессы, связанные с перемещением сотрудников и документооборотом, часто становятся камнем преткновения, порождая проблемы как для сотрудников медицинских учреждений, так и для пациентов.

В качестве подобных примеров можно привести самые распространенные ситуации.

- Неэффективное использование рабочего времени врача и медицинской сестры: ведение бумажной медкарты и отчетности на бумаге – огромное количество бумажной работы вызывает дополнительные временные издержки, задерживая процесс работы всех сотрудников и пациентов (медсестрам в стационарах приходится заполнять множество бумажных журналов).
- Длительное ожидание обследования, связанное с дефицитом оборудования, неравномерным распределением оборудования и специалистов – большие очереди на обследование вызывают недовольство врачей и пациентов, снижают качество диагностики.
- Нерациональная организация приема пациентов – в «часы пик» у кабинетов врачей часто возникают очереди длительностью до нескольких часов.
- Неэффективное использование средств медицинской организации на покупку лекарственных средств – отсутствует понятная и обоснованная система планирования запасов на уровне отделений, медицинское учреждение могло закупать лишние препараты, что влекло неэффективное использование средств обязательного медицинского страхования. И напротив, не вовремя получало нужные лекарства, что могло привести к остановке оказания медицинской помощи пациентам. Выяснилось, что заявки отделений формировались на основании данных прошлого года, аналитика расхода медикаментов не велась.

Можно привести много подобных примеров, влекущих снижение эффективности работы медицинского учреждения и удовлетворенности пациентов, а также серьезные финансовые издержки.

Для решения проблем подобного формата существуют инструменты повышения эффективности деятельности, активно продвигаемые в том числе на государственном уровне – в рамках проекта «Бережливая поликлиника».

Бережливое производство – перспективное и актуальное направление, получившее развитие во многих сферах, вобравшее в себя международный опыт оптимизации деятельности. Особенность и уникальность инструментов бережливого производства в их универсальности – с их помощью можно оптимизировать процессы в любой отрасли.

Цели применения инструментов бережливого производства в медицине – повышение эффективности деятельности как отдельных сотрудников, так и медучреждений в целом; оптимизация временных затрат на те или иные действия; определение возможных путей снижения финансовых затрат и др.

При помощи инструментов бережливого производства любой процесс раскладывается на отдельные шаги, создается карта процесса, анализируется каждый шаг, выявляются проблемы и их коренные причины, критически взглянув на то, что делают сотрудники и пациенты, не принимая во внимание уверения, что «это ни в коем случае нельзя изменить – мы всегда так делали», перестраивается процесс, решаются проблемы, облегчая жизнь сотрудникам и пациентам. Решения зависят от конкретной ситуации, потерь, выявленных в конкретном процессе.

Например, одним из решений проблем, выявленных в ходе работы над процессом управления запасами медикаментов и расходных материалов, стало изменение подхода к формированию заявки на следующий год: отделения стали формировать заявки по фактическому расходу за 5 лет, а также проводить их через экспертизу клинических фармакологов, чтобы исключить приобретение непрофильных препаратов.

Значительный опыт Федерального центра компетенций в сфере производительности труда (ФЦК) показывает, что применение инструментов бережливого производства позволяет на 20% снизить административно-хозяйственные расходы медицинской организации, до 30% снизить время протекания ряда процессов, на 20% увеличить полезное время сотрудников, что в итоге позволяет повысить удовлетворенность сотрудников и пациентов.

Хотелось бы закончить цитатой генерального директора ФЦК Н.И. Соломона: «Инструменты, которые мы применяем на производствах, на самом деле могут использоваться везде: в образовании, в медицине, в госуправлении. Цель – сделать рабочий процесс удобным для сотрудника, понятным для руководителя и эффективным для клиента. Поликлиники без очередей, удобные регистратуры, комфортный прием врача, лекарства в нужном объеме и средства на модернизацию – все это можно организовать и высвободить с применением бережливых технологий».

Нужна информация
по лекарственному препарату?

Мы ее вам предоставим!

БЫСТРЫЙ • УМНЫЙ • ТОЧНЫЙ



ЭЛЕКТРОННЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ
СПРАВОЧНИК

Научные публикации Действующие вещества Торговые названия

МКБ-10 АТХ КФУ Компании

Непатентованные наименования от 'якорцев' до 'янтарная'

А Б В Г Д Ж З И Й К Л М Н О П Р С Т У Ф Х Ц Ч Ш Э Я

1 L R

Якорцев стелющихся травы экстракт

- Другие гиполипидемические средства
- Другие средства, регулирующие функцию органов мочеполовой системы и репродукцию

МКБ-10 +

Входит в состав:

Трибестан® таблетки внутрь

Янтарная кислота

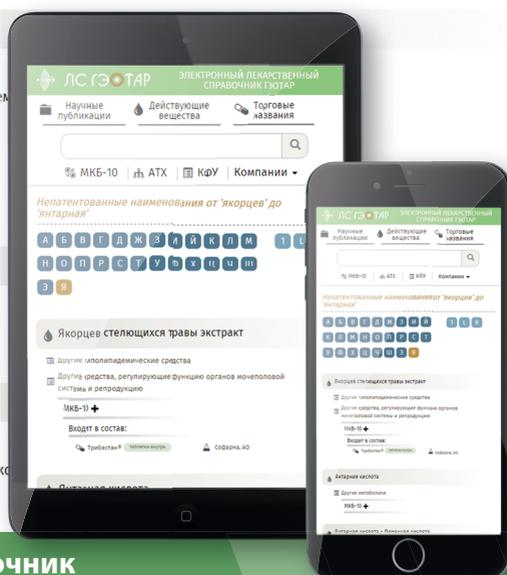
- Другие метаболиты

МКБ-10 +

Янтарная кислота + Лимонная кислота

- Антигипоксанты и антиоксиданты
- Средства для коррекции нарушений при алкоголизме, токсико- и наркомании

МКБ-10 +



Самый полный и достоверный справочник
в свободном доступе для врачей:

- ✓ Официальные инструкции Минздрава РФ
- ✓ Полные описания всех зарегистрированных препаратов и действующих веществ
- ✓ Обновление информации в онлайн-режиме
- ✓ Бесплатный доступ для врачей и студентов
- ✓ Интеграция с образовательными модулями и библиотеками врача, студента



www.lsggeotar.ru

МЕД КНИГА
С Е Р В И С
8-800-555-999-2
www.medknigaservis.ru

ГИПЕРМАРКЕТ ДЛЯ МЕДИКОВ

**ЭЛЕКТРОННЫЕ
БИБЛИОТЕКИ**

ИНСТРУМЕНТЫ

**МЕДИЦИНСКАЯ
ЛИТЕРАТУРА
(КНИГИ,
ЖУРНАЛЫ)**

**АНАТОМИЧЕСКИЕ
МОДЕЛИ**

**ОДЕЖДА,
ОБУВЬ
ДЛЯ ВРАЧЕЙ**

- ⊗ **Заказ товара 24 часа в сутки 7 дней в неделю**
- ⊗ **Акции, скидки и подарки покупателям**
- ⊗ **Быстрая доставка**
- ⊗ **Разные способы оплаты**