

# ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

## Вестник ВШОУЗ

---

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

№ 2 (12), 2018

**HEALTHCARE MANAGEMENT:**  
*news, views, education*

**Bulletin of VSHOUZ**



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»

# ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ  
Вестник ВШОУЗ

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

№ 2 (12), 2018

## Тема номера:

Итоги VI Международной конференции «ОРГЗДРАВ–2018. Эффективное управление медицинской организацией»

## Главный редактор

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Москва)

## Редакционная коллегия

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

## Ответственный секретарь редакции

Акбердиева Елена, [orgzdrav2015@mail.ru](mailto:orgzdrav2015@mail.ru)

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

Scientific and practical peer-reviewed journal  
HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.  
Bulletin of VSHOUZ

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

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца.

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

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

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

Ответственность за содержание рекламных материалов несут рекламодатели.

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

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

Подписной индекс:

93587 (каталог Агентства «Пресса России»)

## Издатель

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

Верстка: Килимник А.И.

Корректор: Макеева Е.И.

Выпускающий редактор:

Попова Ольга, [popova@geotar.ru](mailto:popova@geotar.ru)

Подписано в печать 25.06.2018.

Тираж 1000 экземпляров.

Формат 70 × 100<sup>1/16</sup>.

Печать офсетная. Печ. л. 5.

Отпечатано в ООО «Центр полиграфических услуг «Радуга»:

117105, г. Москва, Варшавское ш., д. 28А

Заказ № 134.

© 000 Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2018.

# СОДЕРЖАНИЕ

## АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ

- 4 Улумбекова Г.Э.  
**Предложения по программно-целевому управлению для достижения в РФ ожидаемой продолжительности жизни 78 лет к 2024 г.**
- 20 Михайлов М.И., Ющук Н.Д., Малинникова Е.Ю., Кюрегян К.К., Исаева О.В., Знойко О.О., Климова Е.А.  
**Вирусные гепатиты – проблема общественного здоровья в Российской Федерации (проект программы по контролю и ликвидации вирусных гепатитов)**

## ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

- 30 Шелякин В.А., Худяев А.С., Князева Е.Г., Кропотина В.В.  
**Анализ затрат медицинских организаций как элемент деятельности системы обязательного медицинского страхования в Свердловской области**

## МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

- 34 Эмануэль И.Дж., Убель П.А., Кесслер Дж.Б., Мейер Г., Мюллер Р.У., Навате А.С., Пател П., Перл Р., Розенталь М.Б., Сакс Л., Сен А.П., Шерман П., Волп К.Дж.  
**Использование поведенческой экономики при разработке поощрений для врачей, оказывающих высококачественную медицинскую помощь**

## VI МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ОРГЗДРАВ–2018. ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ» (19–20 АПРЕЛЯ 2018 г., МОСКВА)

- 46 **Итоги VI Международной конференции «ОРГЗДРАВ–2018. Эффективное управление медицинской организацией» (19–20 апреля 2018 г., Москва)**
- 49 **Здравоохранение в России: мнение главных врачей**
- 56 **Тезисы VI Международной конференции «ОРГЗДРАВ–2018. Эффективное управление медицинской организацией» (19–20 апреля 2018 г., Москва)**

# CONTENT

## ACTUALLY TODAY

- 4 Ulumbekova G.E.  
**Goals management proposals to achieve life expectancy at birth equal to 78 years till the year 2024 in Russia**
- 20 Mikhaylov M.I., Yushchuk N.D., Malinnikova E.Yu., Kyuregyan K.K., Isaeva O.V., Znoyko O.O., Klimova E.A.  
**Viral hepatitis as public health problem in the Russian Federation (a design program for the control and elimination of viral hepatitis)**

## EFFECTIVE MANAGEMENT

- 30 Shelyakin V.A., Khudyaev A.S., Knyazeva E.G., Kropotina V.V.  
**Analysis of medical organizations expenditures as part of the compulsory medical insurance system in the Sverdlovsk Region**

## INTERNATIONAL PRACTICE

- 34 Emanuel E.J., Ubel P.A., Kessler J.B., Meyer G., Muller R.W., Navathe A.S., Patel P., Pearl R., Rosenthal M.B., Sacks L., Sen A.P., Sherman P., Volpp K.G.  
**Using behavioral economics to design physician incentives that deliver high-value care**

## VI INTERNATIONAL CONFERENCE "ORGZDRAV–2018. EFFICIENT HOSPITAL MANAGEMENT" (19–20 APRIL 2018, MOSCOW)

- 46 **Results of the VI International Conference "ORGZDRAV–2018. Efficient Hospital Management" (19–20 April 2018, Moscow)**
- 49 **Healthcare in Russia: opinion of chief doctors**
- 56 **Proceedings of the VI International Conference "ORGZDRAV–2018. Efficient Hospital Management" (19–20 April 2018, Moscow)**

# Предложения по программно-целевому управлению для достижения в РФ ожидаемой продолжительности жизни 78 лет к 2024 г.

Улумбекова Г.Э.

Высшая школа организации и управления  
здравоохранением, Москва

В статье рассмотрены подходы к достижению цели, поставленной Президентом РФ В.В. Путиным (Указ Президента РФ № 204 от 7 мая 2018 г. «О национальных целях и стратегических задачах развития РФ на период до 2024 г.»), а именно увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) до 78 лет к 2024 г. Дана количественная оценка факторов, влияющих на здоровье населения РФ, и рассчитаны условия, необходимые для достижения цели «ОПЖ 78 лет». Определены приоритеты в политике охраны здоровья, перечень программ с индикаторами для контроля по годам до 2024 г. Представлена система управления разработкой и реализацией национальных программ и проектов.

Потребуется реализовать 2 главных взаимосвязанных стратегических направления: охрана здоровья на популяционном уровне (межведомственные программы по повышению приверженности населения здоровому образу жизни) и комплекс программ по повышению доступности и качества медицинской помощи. Первое направление – зона ответственности профильных министерств, региональной и муниципальной власти. Второе – Минздрава России, РАН и региональных органов управления здравоохранением.

---

## Ключевые слова:

ожидаемая продолжительность жизни, национальные программы и проекты, целевые показатели

**ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ.** 2018. № 2. С. 4–19.

doi: 10.24411/2411-8621-2018-12001.

Статья поступила в редакцию: 01.06.2018. Принята в печать: 15.06.2018.

## Goals management proposals to achieve life expectancy at birth equal to 78 years till the year 2024 in Russia

Ulumbekova G.E. Higher School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ), Moscow

The article describes the approaches to reach the goal set by the President of the Russian Federation V.V. Putin (Decree of the President of Russia N 204 of May 07, 2018 "On National Goals and Strategic Objectives of the Development of the Russian Federation for the period till 2024"), specifically – increasing the life expectancy at birth (LEB) up to 78 years till the year 2024. The article contains a quantitative assessment of the factors influencing the Russian population health and the description of the conditions necessary to achieve the goal "LEB equal to 78 years". The article states the healthcare policy priorities, the list of programs which include the indicators for annual monitoring until 2024. The management system for the development and implementation of the National Programs and Projects is presented.

It is necessary to implement 2 main interrelated strategic directions: health protection at the population level (interdepartmental programs for increasing the adherence of the population to a healthy lifestyle) and a set of programs to improve the accessibility and quality of medical care. First direction is the zone of responsibility of the relevant ministries, regional and municipal authorities. Second – of the Ministry of Health, the Russian Academy of Sciences and of the regional healthcare authorities.

### Keywords:

life expectancy at birth, National Programs and Projects, goal indicators

**HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.**

**Bulletin of VSHOUZ.** 2018; (2): 4–19.

doi: 10.24411/2411-8621-2018-12001.

Received: 01.06.2018. Accepted: 15.06.2018.

**Указ Президента РФ № 204 от 7 мая 2018 г.  
«О национальных целях и стратегических задачах  
развития РФ на период до 2024 г.»**

**Главная общенациональная цель до 2024 г. –  
ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ)  
российских граждан – 78 лет**

**ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни. Это характеристика здорового общества в РФ**

**ОПЖ** – это число лет, которое в среднем предстоит прожить человеку, рожденному сегодня, если на протяжении его жизни **повозрастные коэффициенты смертности (КС)** останутся такими же, как в год, когда вычисляется показатель.

**ОКС (общий коэффициент смертности)** – общее **число умерших** в стране, в расчете на 1 тыс. населения.

**СКС (стандартизованный коэффициент смертности)** – показатель смертности на 100 тыс. населения, который показывает, сколько бы человек умерло, если бы **возрастной состав** населения был таким же, как и в **стандарте** Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).



**1. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РФ, И УСЛОВИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ «ОПЖ 78 ЛЕТ»**

**В РФ ожидаемую продолжительность жизни определяют:**

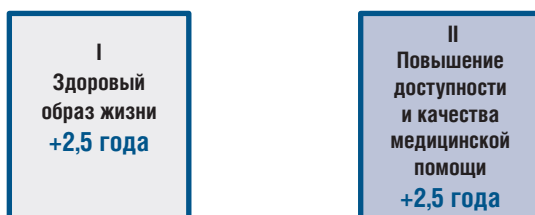


Данные регрессионного анализа по РФ за период 2011–2016 гг.

**В РФ ожидаемую продолжительность жизни (ОПЖ)  
определяют:**



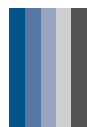
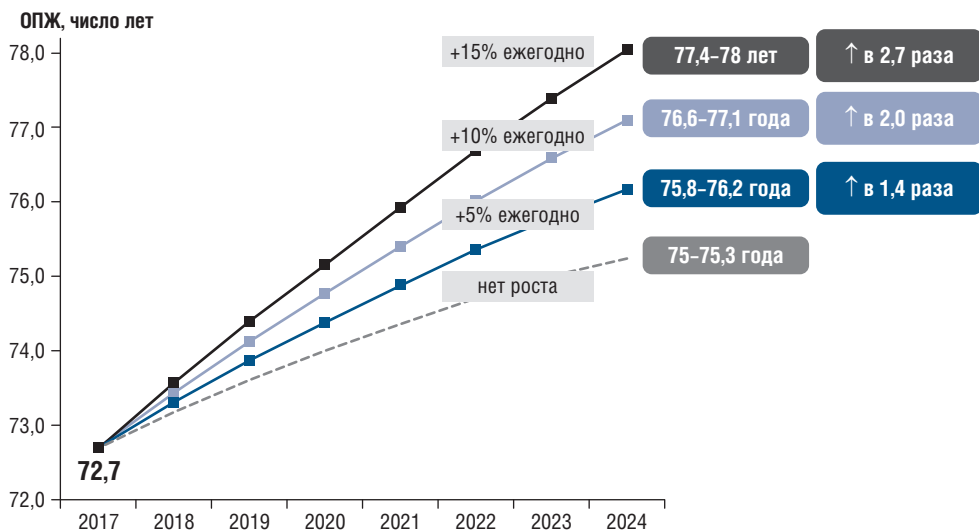
**78 лет – это дом, фундамент которого стоит на 2 блоках**



**Сценарные условия расчета Высшей школы организации  
и управления здравоохранением (ВШОУЗ) для достижения  
ОПЖ 78 лет к 2024 г.**

- ВВП – рост **на 4%** ежегодно
- Потребление алкоголя – снижение **на 40%** к 2024 г.

### Увеличение государственного финансирования здравоохранения на 10–15% ежегодно обеспечит ОПЖ 78 лет



## 2. ПРИОРИТЕТЫ И ИНДИКАТОРЫ, ПРОГРАММЫ ДО 2024 г.

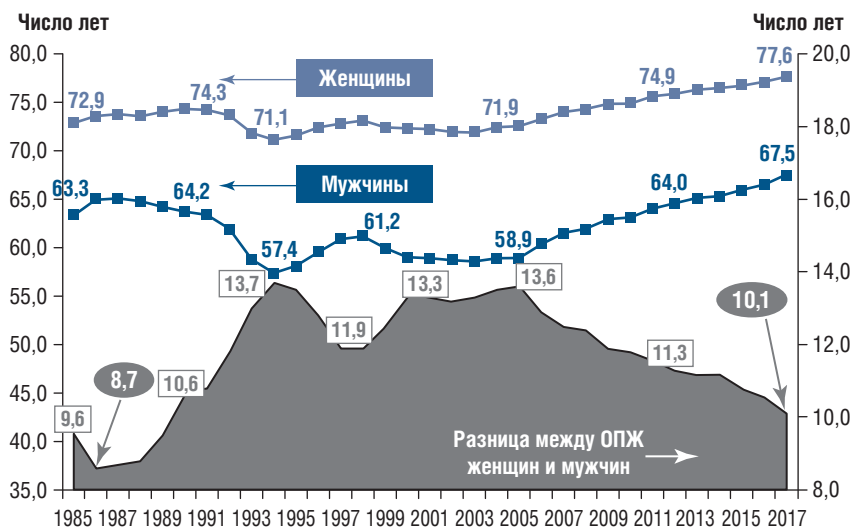
### Приоритеты в охране здоровья граждан РФ до 2024 г.

- Мужчины
- Сельские жители
- Дети и подростки

ПОЧЕМУ?

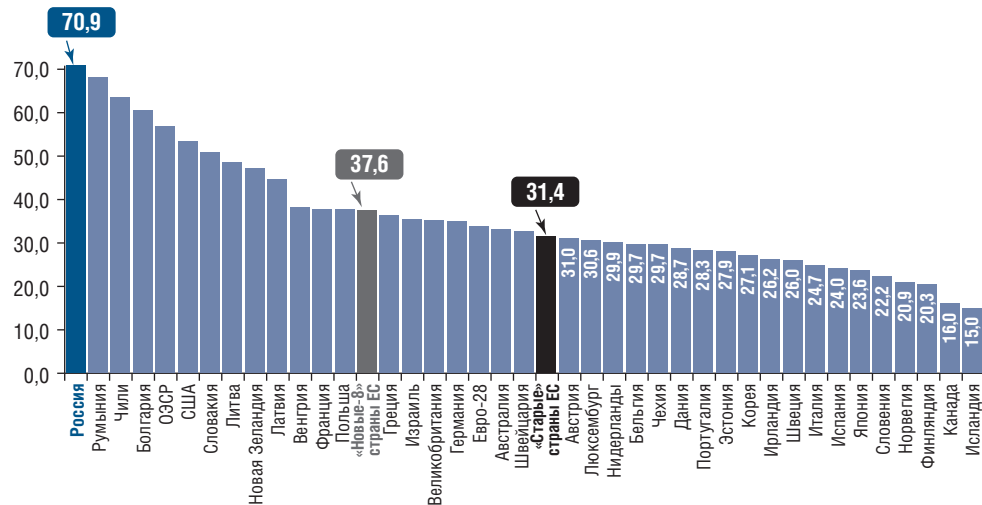


**ОПЖ российских мужчин на 10 лет ниже, чем российских женщин.  
 В 1986 г. разница была 8,7 года. Трудоспособные мужчины в РФ  
 умирают в 3,4 раза чаще, чем в странах ЕС  
 (на 100 тыс. населения)**



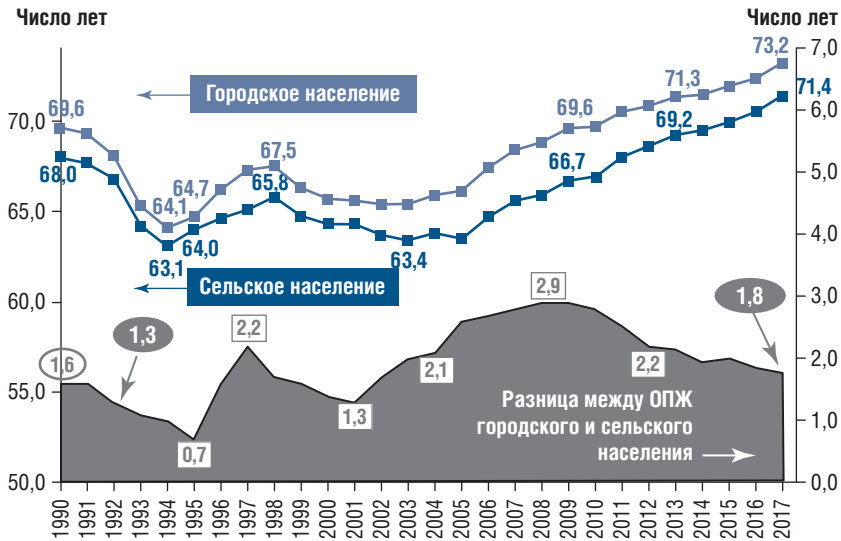
**Смертность детей в возрасте 0-14 лет в РФ в 2016 г.  
 среди стран ОЭСР была самой высокой**

Число умерших в возрасте 0-14 лет  
 на 100 тыс. населения соответствующего возраста



«Новые-8» страны ЕС включают Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению.  
 Источник: Росстат; база данных ОЭСР «OECD.StatExtracts».

**ОПЖ сельского населения почти на 2 года ниже, чем городского.  
В 1992 г. разница была 1,3 года**



Сначала надо понять, а уж потом действовать, а не наоборот, «как у нас всегда»



**1-й блок**

**Межведомственная программа по общественному здоровью и формированию у населения здорового образа жизни (ЗОЖ)**  
**Приоритеты — снижение потребления алкоголя и табака**

**1-й блок: межведомственная программа  
 по общественному здоровью и формированию у населения ЗОЖ**

Правительство РФ

Межведомственный проектный комитет «ОПЖ 78 лет»

Председатель – вице-премьер по социальным вопросам  
 Ответственные – главы регионов и муниципалитетов

Снижение потребления **алкоголя на 40%** и распространенности **курения в 2 раза**  
 Минздрав, Минобразования, Минкомсвязь, Минфин (Росалкогольрегулирование)

Снижение смертности **от внешних причин**, оказание медпомощи в скорой экстренной форме  
 (в части здравоохранение). Снижение коэффициента смертности мужчин (КСМ) **на 68%**  
 и коэффициента смертности женщин (КСЖ) **на 52%**  
 МЧС, МВД, Минздрав, Минкомсвязь

Увеличение доли лиц, занимающихся **спортом, в 2 раза**  
 Минспорт, Минобразования, Минкомсвязь

Создание условий для **здорового питания**  
 Минсельхоз, РАН, Минздрав, Роспотребнадзор  
 Руководитель – акад. РАН В.А. Тутельян

Системная поддержка качества жизни людей **старшего поколения**  
 Минздрав, Минтруд

**2-й блок**

**Научно-клинические и организационно-клинические программы (подпрограммы).**  
 Ответственность – Минздрав России, РАН  
 и региональные органы управления здравоохранением

Межведомственный проектный комитет «ОПЖ 78 лет» при Правительстве РФ

Совет Минздрава России и РАН по разработке и мониторингу целевых программ

Ответственный – секретарь Совета

Подпрограммы по повышению доступности и качества медицинской помощи  
 (по каждой программе – рабочая группа)

Научно-клинические (РАН и Минздрав)	Организационно-клинические (Минздрав)
Борьба с болезнями системы <b>кровообращения</b> Снижение КСМ <b>на 34%</b> и КСЖ – <b>на 31%</b> Руководитель – акад. РАН Е.В. Шляхто	<b>Шаговая доступность</b> первичной медико-санитарной помощи – для всех граждан РФ
Борьба с <b>онкологическими заболеваниями</b> Снижение КСМ <b>до 64 лет на 38%</b> и КСЖ – <b>на 18%</b> Руководители – акад. РАН А.Д. Каприн, И.С. Стилиди	<b>Лекарственное обеспечение</b> населения в амбулаторных условиях – для всех граждан РФ
Охрана <b>здоровья детей</b> и подростков Снижение КСМ (0-14 лет) <b>на 39%</b> Руководитель – акад. РАН А.Г. Румянцев	<b>Квалификация медицинских кадров</b> и качество медпомощи – на уровне мировых стандартов совместно с <b>Национальной медицинской палатой</b>
<b>Инфекционная безопасность</b> и ВИЧ Снижение КСМ <b>на 77%</b> и КСЖ <b>на 48%</b> Руководители – акад. РАН Н.Д. Ющук, В.В. Покровский	Высокая <b>эффективность управления</b> в системе здравоохранения
	Медицинская реабилитация и <b>санаторно-курортное лечение</b> Руководитель – акад. РАН А.Н. Разумов

**2-й блок**  
**Организационно-клинические программы (подпрограммы)**

Повышение доступности **первичного звена** здравоохранения

Увеличение объемов бесплатного **лекарственного обеспечения** населения по рецепту врача

Своевременное оказание медицинской помощи по **неотложным и экстренным** показаниям

Развитие **медико-социального ухода** за гражданами старшей возрастной группы на дому

**Подпрограмма «Ответственный работодатель»**

1. Условия для **безопасного труда** на производстве
2. **Профилактика** и диспансеризация на предприятиях
3. Создание **медсанчастей** на крупных предприятиях (>1000 человек)

**Подпрограмма «Школьная медицина»**

1. Подготовка **специалистов со средним медицинским образованием** для работы в учреждениях образования
2. **Координация** работ с амбулаторно-поликлинической службой
3. Четкая **маршрутизация** пациентов и мониторинг состояния здоровья детей

**Подпрограмма «Медицинские кадры и качество медицинской помощи на уровне мировых стандартов»**

- Актуализация образовательных **программ**
- Материально-техническое **оснащение** вузов
- Повышение квалификации преподавателей вузов
- Создание условий и требований для непрерывного повышения **квалификации** медицинских работников
- Внедрение **стандартов безопасности** пациентов в медицинских организациях
- Культивирование **уважительного отношения** к врачам в обществе

**Подпрограмма**  
**«Повышение эффективности управления в отрасли здравоохранение»**

- Овладение руководителями здравоохранения современными **методами** стратегического и оперативного управления
- **Достоверная** статистическая отчетность
- Изменения **стиля** управления
  - открытое **обсуждение** проблем и избегание самоотчетов
  - постоянная **обратная связь** с населением
  - объединение усилий
  - время интуитивных решений прошло — **медико-экономический анализ**

**Расчет целевых показателей до 2024 г.**

- Целевая **ОПЖ** для мужчин и женщин в РФ к 2024 г. рассчитана методом регрессионного анализа – **74 года** и **81 год** соответственно.
- Целевой **ОКС** в РФ к 2024 г. рассчитан методом передвижки возрастов – **10,3 случая** на 1 тыс. населения.
- Для РФ целевые **КС детей** рассчитаны по Германии **1999 г.**
- Целевые значения **СКС** по основным причинам смерти для России к 2024 г. установлены по СКС, которые сложились в Германии – для мужчин **в 1996 г.** (74 года), а для женщин – **в 2000 г.** (81 год).
- СКС от **новообразований** до 64 лет установлены по Германии **2015 г.**
- Целевые значения КС по причинам рассчитаны на основе динамики СКС.
- Целевые значения показателей по распространенности **курения** и потреблению **алкоголя** установлены **по ЕС в 2015 г.**
- Значения показателей снижения смертности по годам рассчитаны с учетом **нелинейного темпа** изменения.

Показатель		РФ 2016 г.	Германия (1996–2000 гг.)	РФ 2024 г.
Средний возраст населения, лет	Оба пола	39,6	40,6	41,5
	Мужчины	36,9	38,0	38,9
	Женщины	42,0	42,6	43,8
Численность населения, млн чел.		146,5	82,1	150,1
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, число лет	Оба пола	71,9	78,0	78,0
	Мужчины	66,5	74,0	73,9
	Женщины	77,1	81,0	81,3
Общий коэффициент смертности (оба пола), число умерших на 1 тыс. населения (метод передвижки возрастов)		12,9	10,3	10,3

Показатель	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.	Изменение 2016–2024 гг.	
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, число лет	Оба пола	71,9	72,7	73,6	74,4	75,2	75,9	76,7	77,4	78,0	6,1 года
	Мужчины	66,5	67,5	68,5	69,5	70,5	71,4	72,3	73,1	73,9	7,4 года
	Женщины	77,1	77,6	78,3	79,0	79,5	80,1	80,5	80,9	81,3	4,2 года
Кoeffициент смертности от болезней системы кровообращения, число умерших на 100 тыс. населения	Мужчины	618,9	588,1	558,5	530,2	503,3	477,7	453,3	430,1	409,5	-34%
	Женщины	614,2	587,5	561,6	536,7	512,8	489,9	468,0	446,9	425,8	-31%
Кoeffициент смертности от внешних причин смерти, число умерших на 100 тыс. населения	Мужчины	188,9	164,4	142,9	124,2	108,0	93,8	81,5	70,8	61,2	-68%
	Женщины	49,7	45,4	41,5	37,9	34,6	31,6	28,8	26,3	24,0	-52%
Кoeffициент смертности от злокачественных новообразований, число умерших на 100 тыс. населения соответствующего возраста, 0–64 года	Мужчины	120,3	113,4	107,0	100,8	95,0	89,5	84,3	79,4	74,8	-38%
	Женщины	81,3	79,5	77,6	75,8	74,0	72,2	70,5	68,8	67,0	-18%
Кoeffициент смертности от некоторых инфекционных и паразитарных болезней, число умерших на 100 тыс. населения	Мужчины	36,0	30,0	25,0	20,8	17,3	14,4	12,0	10,0	8,3	-77%
	Женщины	13,8	12,7	11,7	10,8	10,0	9,2	8,5	7,8	7,2	-48%
Кoeffициент смертности детей в возрасте 0–14 лет, число умерших на 1 тыс. населения соответствующего возраста	Мужчины	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	-39%
	Женщины	7,3	6,9	6,4	6,0	5,7	5,3	5,0	4,7	4,4	-40%
Доля ежедневно курящего населения старше 15 лет	Мужчины	33%	29,9%	27,1%	24,5%	22,2%	20,1%	18,2%	16,5%	15%	↓ в 2 раза
	Женщины	30%	33,0%	36,3%	39,9%	43,9%	48,3%	53,1%	58,5%	60%	↑ в 2 раза



### 3. УПРАВЛЕНИЕ РАЗРАБОТКОЙ И РЕАЛИЗАЦИЕЙ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ И ПРОЕКТОВ

#### Нормативная база по стратегическому планированию в РФ

1. Федеральный закон «**О стратегическом планировании** в Российской Федерации» от 28.06.2014 № 172-ФЗ (ред. от 31.12.2017)
2. Постановление Правительства РФ от 02.08.2010 № 588 (ред. от 15.11.2017) «Об утверждении Порядка разработки, реализации и оценки эффективности **государственных программ** Российской Федерации»
3. Постановление Правительства РФ от 26.06.1995 № 594 (ред. от 28.12.2017) «О реализации Федерального закона “О поставках продукции для федеральных государственных нужд» (вместе с «Порядком разработки и реализации **федеральных целевых программ**...»)
4. Постановление Правительства РФ от 15.10.2016 № 1050 «Об организации **проектной деятельности** в Правительстве Российской Федерации» (вместе с «Положением об организации проектной деятельности...»)

#### Содержание документов стратегического планирования

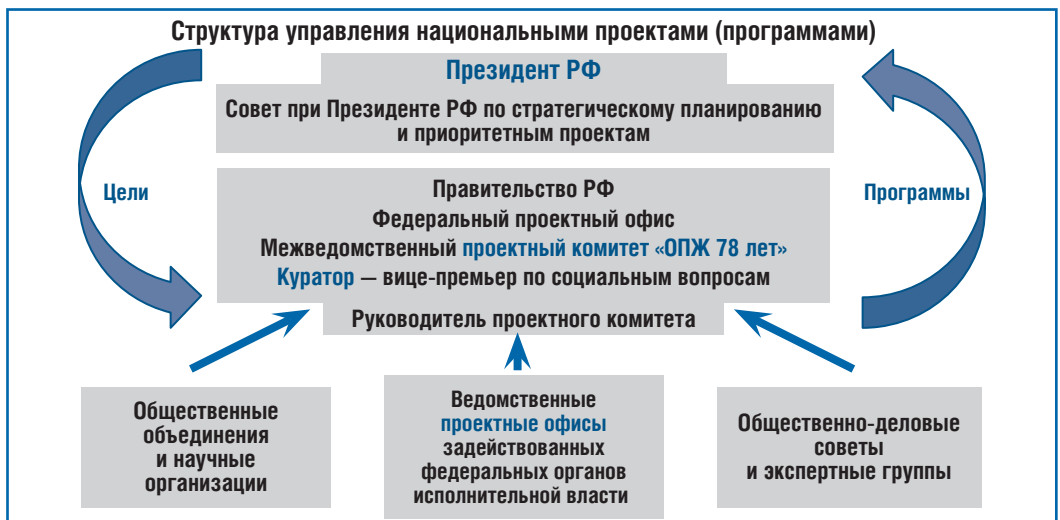
«**Проект**» – комплекс взаимосвязанных мероприятий, направленных на достижение уникальных результатов в условиях **временных и ресурсных ограничений**.

«**Программа**» – **комплекс взаимосвязанных проектов** и мероприятий, объединенных общей целью и координируемых совместно, в целях повышения общей результативности и управляемости.

**Национальный проект (программа)** – документ стратегического планирования, разрабатываемый в рамках целеполагания по **межотраслевому принципу на федеральном уровне** (основа для разработки или корректировки госпрограмм).



- Пункт № 3 Указа Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204**
- 1) Национальная программа в сфере демографического развития – целевые программы по формированию у населения **здорового образа жизни**
- Пункт № 4 Указа Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204**
- 2) Национальный проект в сфере здравоохранения – целевые программы в части **снижения смертности от основных причин** и повышения доступности и качества медицинской помощи





## Срок представления национальных программ и проектов (в том числе от субъектов РФ) в Совет при Президенте РФ по стратегическому планированию и приоритетным проектам – до 1 октября 2018 г.

### Обязательные разделы программы (проекта)

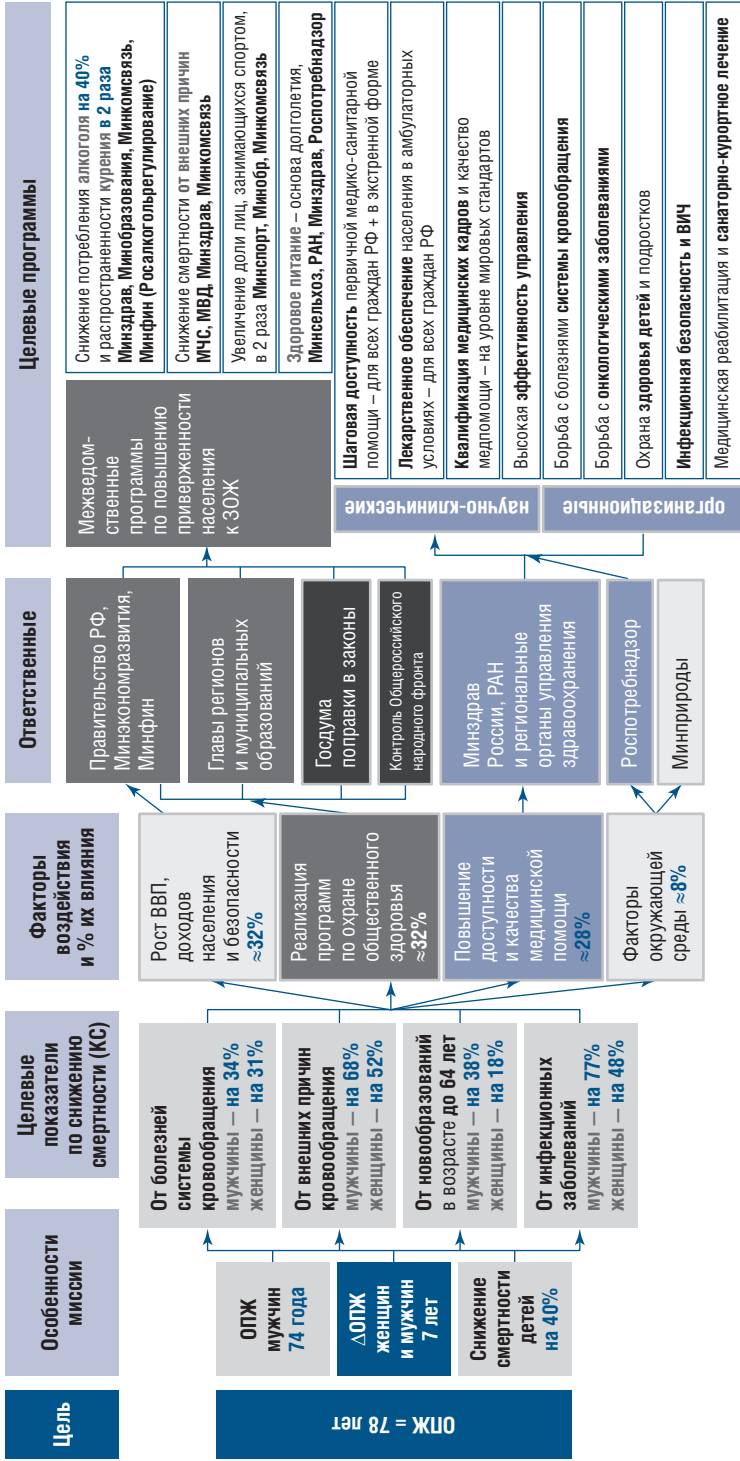
1. Цели – количественно определенные
2. Задачи с индикаторами
3. Механизмы (мероприятия) реализации задач
4. Ответственные исполнители
5. Сроки
6. Ресурсы
7. Риски
8. Оценка **зффективности** отдельных **технологий** и проекта в целом
9. Приложения: **рекомендации** по профилактике, диагностике, лечению и организации потоков пациентов с разбивкой по **уровням** оказания медицинской помощи, а также по потокам пациентов (плановых и экстренных) + **формуляр** лекарственных средств + расчеты необходимых кадровых и материально-технических **ресурсов по годам**

### Матрица для разработки **специальных научно-клинических программ** (болезни системы кровообращения, онкология, инфекционные болезни, дети и подростки) в рамках рабочих групп (Минздрав + РАН)



## МЕГАСАЙЕНС МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Эта схема объединяет все цели, приоритеты, индикаторы и программы



## Как принимать решения

- Каждая ячейка – это крупные подпрограммы на эти 6 лет.
- Для достижения цели «78 лет» потребуется проектное управление – **оптимальное распределение** материальных, кадровых и финансовых ресурсов и управленческих усилий здравоохранения между приоритетными направлениями.
- **Балансировка ресурсов – через временные факторы достижения цели «78 лет» и спокойствие населения.**
- Все выдающиеся клиницисты являются членами РАН, они должны возглавить программы и объединить специалистов.

## Сроки

1. Создать Совет Минздрава и РАН по разработке программ (подпрограмм) – **16 мая 2018 г.** и соответствующие проектные офисы в задействованных министерствах и ведомствах.
2. Сформировать рабочие группы по программам – **18 мая 2018 г.**
3. Подготовить проекты программ и представить в Проектный комитет при Правительстве РФ – до **28 июня 2018 г.**
4. Согласовать и доработать программы с регионами и заинтересованными сторонами, Общественно-деловым советом и экспертными группами в рамках деятельности Проектного комитета и проектных офисов в ведомствах, в том числе рассчитать необходимые ресурсы по годам – до **31 августа 2018 г.**
5. Определить ключевые направления научных работ и соответствующие финансы исходя из обозначенных приоритетов на период до 2024 г. – до **31 августа 2018 г.**
6. Провести распределение финансовых ресурсов между программами и сбалансировать планируемые дополнительные расходы с выделяемыми бюджетными средствами на 2019–2021 гг. – до **14 сентября 2018 г.**
7. Представить проекты программ в Президиум Совета при Президенте РФ по стратегическому планированию и приоритетным проектам – до **1 октября 2018 г.**

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

**Улумбекова Гузель Эрнстовна** – доктор медицинских наук, руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва)

E-mail: nmo@asmok.ru

# Вирусные гепатиты – проблема общественного здоровья в Российской Федерации (проект программы по контролю и ликвидации вирусных гепатитов)

Михайлов М.И.<sup>1,2</sup>,  
Ющук Н.Д.<sup>3</sup>,  
Малинникова Е.Ю.<sup>1,2</sup>,  
Кюрегян К.К.<sup>1,2</sup>,  
Исаева О.В.<sup>1,2</sup>,  
Знойко О.О.<sup>3</sup>,  
Климова Е.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ФГБНУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова», Москва  
<sup>2</sup> ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва  
<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Значимость всех форм вирусных гепатитов (гепатиты А, В, С, D и E) для Российской Федерации очевидна – она определяется относительно высокой заболеваемостью и смертностью, связанной с этими инфекциями (особенно с хроническими гепатитами С и В). Разработка принципиально новых методов диагностики, лечения и профилактики позволяет приступить к глобальному контролю вирусных гепатитов. Ассамблеей Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) принято решение о глобальной ликвидации вирусных гепатитов как проблемы общественного здравоохранения к 2030 г.

В статье представлена методология разработки программы для контроля и последующей ликвидации вирусных гепатитов в нашей стране. Программа основана на рекомендациях ВОЗ («Глобальная стратегия сектора здравоохранения по вирусному гепатиту на 2016–2021 гг.: на пути к ликвидации вирусного гепатита») и многолетнем опыте авторского коллектива по борьбе с данными инфекциями. На первом этапе предполагается дать объективную оценку распространенности вирусных гепатитов среди различных возрастных групп населения на территории как минимум 3 субъектов РФ. Предложены основные принципы формирования российской программы по контролю и искоренению вирусных гепатитов, стратегические и практические шаги ее реализации.

## Ключевые слова:

вирусный гепатит, хронический гепатит, контроль, ликвидация, Всемирная организация здравоохранения

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 2. С. 20–29.

doi: 10.24411/2411-8621-2018-12002.

Статья поступила в редакцию: 15.05.2018. Принята в печать: 15.06.2018.

## Viral hepatitis as public health problem in the Russian Federation (a design program for the control and elimination of viral hepatitis)

Mikhaylov M.I.<sup>1,2</sup>,

Yushchuk N.D.<sup>3</sup>,

Malinnikova E.Yu.<sup>1,2</sup>,

Kyuregyan K.K.<sup>1,2</sup>,

Isaeva O.V.<sup>1,2</sup>, Znoyko O.O.<sup>3</sup>,

Klimova E.A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Science Research Institute for Vaccines and Sera named after I.I. Mechnikov, Moscow

<sup>2</sup> Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow

<sup>3</sup> A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

The significance of all forms of viral hepatitis (hepatitis A, B, C, D and E) for the Russian Federation is obvious, it is determined by the relatively high morbidity and mortality associated with these infections (especially chronic hepatitis C and B). The development of fundamentally new methods of diagnosis, treatment and prevention makes it possible to proceed with the global control of viral hepatitis. The WHO Assembly made decision on the global elimination of viral hepatitis as a public health problem by 2030.

The article presents the methodology for developing a program for monitoring and subsequent elimination of viral hepatitis in our country. The program is based on the recommendations of the WHO («Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016–2021. Towards Ending Viral Hepatitis») and the many years of experience of the coauthors team to combat these infections. At the first stage it is supposed to give an objective assessment of the prevalence of viral hepatitis among different age groups of general population in the territory of at least three subjects of RF. The main principles of the formation of the Russian program for control and eradication of viral hepatitis are proposed and strategic and practical steps for its implementation are presented.

### Keywords:

viral hepatitis, chronic hepatitis, control, elimination, World Health Organization

**HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.**

**Bulletin of VSHOUZ.** 2018; (2): 20–9.

doi: 10.24411/2411-8621-2018-12002.

Received: 15.05.2018. Accepted: 15.06.2018.

В апреле 2016 г. на Ассамблее Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) было принято решение о глобальной ликвидации вирусных гепатитов как проблемы общественного здравоохранения к 2030 г. Необходимость программы определяется значимостью для человечества этих инфекций, а также разработкой современных вакцинных и лечебных препаратов, которые могут защитить и вылечить больных вирусными гепатитами. Кроме того, накоплены

знания по использованию новых, современных методов эпидемиологического анализа, позволяющих реально оценить бремя вирусных гепатитов и уровень необходимых затрат для реализации разработанных в программе задач. Принципиально новые подходы к воздействию на все 3 звена эпидемического процесса вирусных гепатитов (источник инфекции, пути передачи возбудителя и восприимчивый организм) позволяют ожидать достижения поставленной цели. ВОЗ и Европей-

ское бюро ВОЗ разработали «Глобальную стратегию сектора здравоохранения по вирусному гепатиту на 2016–2021 гг.: на пути к ликвидации вирусного гепатита» [1], в которой определены основные положения стратегии, перспективное видение, цель, целевые показатели и руководящие принципы, а также стратегические направления и первоочередные действия.

Учитывая, что Российская Федерация (РФ) подписала резолюцию Ассамблеи ВОЗ «О ликвидации вирусных гепатитов», мы обязаны разработать соответствующую программу для нашей страны.

В послании Президента РФ В.В. Путина Федеральному собранию 1 марта 2018 г. (далее – Послание Президента РФ) были поставлены задачи, в аспекте которых может быть рассмотрена проблема борьбы с вирусными гепатитами. Задачу по контролю и искоренению вирусных гепатитов прежде всего необходимо рассматривать как амбициозную, которая может и должна быть решена российским здравоохранением.

Послание Президента РФ уделено значительное внимание демографическим проблемам России и увеличению продолжительности жизни граждан. Как известно, вирусные гепатиты являются существенным бременем для экономики России, поражая в основном трудоспособное население [2–6]. Доля смертей от вирусных гепатитов в трудоспособном возрасте составляет почти 70%, причем смертность от этой патологии с 2012 по 2016 г. возросла среди всего населения на 40%, а среди трудоспособного – на 60%. К тому же вирусные гепатиты приводят к увеличению летальных исходов от цирроза, рака печени и ряда других заболеваний. По подсчетам ВОЗ, число смертей, ассоциированных с гепатитами, сопоставимо с уровнем смертей от вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). Исходя из этого расчета в РФ вирусные гепатиты ежегодно являются причиной гибели не менее 20 тыс. человек, жизни которых можно было бы сохранить.

В Послании Президента РФ сказано: «К концу следующего десятилетия Россия должна уверенно войти в клуб стран “80 плюс”, где продолжительность жизни превышает 80 лет. Это в том числе такие страны, как Япония, Франция, Германия.

При этом опережающими темпами должна расти продолжительность именно здоровой, активной, полноценной жизни, когда человека не ограничивают, не сковывают болезни». Борьба с вирусными гепатитами может внести существенный вклад в достижение поставленной цели.

Проблема вирусных гепатитов является многофакторной, для ее решения необходимы усилия медицинской науки, здравоохранения и всего общества. Обязательна интеграция борьбы с вирусными гепатитами в борьбу с ВИЧ-инфекцией, наркоманией, развитие отечественной фармацевтической и иммунобио-логической промышленности. Учитывая, что вирусы гепатитов В, С и D являются агентами, вызывающими рак печени, борьба с ними должна быть интегрирована в будущую специальную общенациональную программу по борьбе с онкологическими заболеваниями, предложенную президентом нашей страны.

В связи с этим актуальным является предложение по разработке Стратегии по контролю и искоренению вирусных гепатитов в РФ до 2030 г., основанной на рекомендациях ВОЗ («Глобальная стратегия сектора здравоохранения по вирусному гепатиту на 2016–2021 гг.: на пути к ликвидации вирусного гепатита»). В данном проекте обобщен многолетний опыт работы лаборатории вирусных гепатитов ФГБНУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова» (Москва), Научно-исследовательского центра ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России (Москва), кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России и Высшей школы организации и управления здравоохранением [7–10].

Для разработки Стратегии на первом этапе **требуется объективно оценить распространенность этой патологии среди различных возрастных групп населения, для того чтобы в последующем определить специфические меры по профилактике и лечению гепатитов среди них.** Для этого необходимо проведение эпидемиологического исследования (выявление

маркеров гепатитов В, D, С, А и Е) на территории как минимум трех субъектов РФ. Для исследований предлагаются Республика Татарстан, Республика Саха (Якутия) и Калининградская область.

## Вирусные гепатиты: ситуация в РФ

Значимость всех форм вирусных гепатитов (гепатиты А, В, С, D и Е) для страны очевидна. Сохраняются относительно высокие показатели заболеваемости вирусными гепатитами, особенно хроническими гепатитами С и В. При этом каждый гепатит имеет свои особенности: по распространению (регионам, возрастным группам и группам риска), тяжести течения (включая такую форму, как фульминантный, или молниеносный, гепатит, который в большинстве случаев заканчивается смертью пациента), исходам (развитие хронического гепатита, цирроза и первичного рака печени), поражению разных возрастных групп, экономическим потерям.

Сегодня эпидемиология вирусных гепатитов изменилась: она определяется как динамикой эпидемического процесса, так и проводимыми мероприятиями по их профилактике.

**Genatum A (ГА).** Интенсивность циркуляции вируса гепатита А (ВГА) среди населения РФ уменьшилась, что привело к увеличению числа людей без наличия антител к ВГА и, как следствие, повышению риска возникновения вспышек этой инфекции (в 2017 г. зарегистрированы вспышки в Европе и США), смещению заболеваемости на старшие возрастные группы и, как следствие, увеличению числа среднетяжелых и тяжелых форм заболевания. Многолетние циклы заболеваемости ГА в различных регионах РФ переходят в стадию подъема заболеваемости, что отражает рост заболеваемости в 2017 г. по сравнению с 2016 г. – более чем в 1,5 раза. Незначительное количество лиц, ежегодно вакцинируемых в России, не может обеспечить контроль ГА.

**Genatum B (ГВ).** Прежде всего благодаря реализации программы «Здоровье» по вакцинопрофилактике ГВ показатели заболеваемости острым ГВ (ОГВ) снизились до самых низких значений за

всю историю регистрации (заболеваемость ОГВ в 2017 г. – 0,87 на 100 тыс. населения). Реализация универсальной стратегии: вакцинация новорожденных, групп риска и значительного количества населения, – обеспечивает успех в этом направлении. Однако необходимо отметить усиление антивакцинального лобби, выступающего против иммунизации, особенно новорожденных.

Центральной проблемой ГВ остается высокий уровень хронического ГВ (ХГВ) (количество вновь зарегистрированных больных ХГВ в 2017 г. – 14 073, что составило 9,61 на 100 тыс. населения). Считают, что на территории РФ проживают более 3 млн больных ХГВ. Причем эти пациенты являются резервом для развития цирроза и первичного рака печени, предопределяющих высокий уровень летальности, связанной с вирусным ГВ.

Исследования, проведенные в европейских странах и США, продемонстрировали, что бремя, которое несет здравоохранение мира от ГВ, значительно выше, чем считали ранее. Практически нет учета скрытых форм и случаев реактивации ГВ.

**Genatum C (ГС)** сегодня занимает центральное место в программах по ликвидации вирусных гепатитов. Это определяется важностью проблемы и появлением высокоэффективных методов лечения.

Как и при ОГВ, заболеваемость острым ГС находится на самом низком уровне с начала официальной регистрации (2017 г. – 1,22 на 100 тыс. населения). Несмотря на отсутствие вакцины против ГС, снижение заболеваемости произошло за счет уменьшения количества лиц, вновь вовлекаемых в группы повышенного риска (принимающих наркотические препараты, гомосексуалистов и др.) инфицирования ГС, который чаще всего проходит бессимптомно, формируется хронический гепатит (60–70%). Показатель хронического ГС (ХГС) в 2017 г. – 34,68 на 100 тыс. населения (50 777 заболевших). Суммарно количество больных ХГС, проживающих в РФ, варьирует от 1,5 до 2,5 млн человек. Как и при ХГВ, больные ХГС служат резервуаром для последующего развития цирроза и первичного рака печени, ассоциированного с вирусным ГС.

***Hepatitis D (HD)***. На территории РФ существуют регионы, гиперэндемичные по HD (Республика Якутия, Республика Тыва). HD обычно протекает значительно тяжелее, чем другие вирусные гепатиты. Более частое и быстрое по сравнению с HB и HC развитие цирроза и первичного рака печени определяет его важность для гиперэндемичных регионов. Проблема усугубляется отсутствием эффективных методов терапии. Однако необходимость репликации ВГВ для существования D-инфекции определяет вакцинопрофилактику против HB как основной инструмент профилактики HD.

***Hepatitis E (HE)***. Официальная регистрация заболеваемости HE в РФ была начата лишь в 2013 г. На протяжении прошедших лет она имеет низкие показатели. Так, в 2017 г. она составила всего 0,11 на 100 тыс. населения (158 заболевших). В то же время в этом году в Великобритании и Германии число заболевших, по данным литературы, достигало около 50 тыс. человек в каждой из стран. Высокий уровень антител к вирусу HE среди здорового населения РФ (1,5–5%), а также частое обнаружение вируса HE среди поросят (патогенного штамма вируса и для человека) свидетельствует о скрытой интенсивной циркуляции HE в РФ. Вероятнее всего, диагностика этой инфекции недостаточно внедрена в практику отечественного здравоохранения.

Таким образом, вирусные гепатиты остаются важной проблемой отечественного здравоохранения, что определяет необходимость разработки российской программы по контролю и ликвидации вирусных гепатитов в развитии решений, принятых ВОЗ.

## Основные принципы формирования российской программы по контролю и искоренению вирусных гепатитов

- Программа направлена на борьбу со всем спектром вирусных гепатитов (A, B, C, D и E).
- За основу взята программа, рекомендованная Европейским бюро ВОЗ «Глобальная стратегия сектора здравоохранения

по вирусному гепатиту на 2016–2021 гг.: на пути к ликвидации вирусного гепатита».

- Программа основана на новых знаниях об этиологии, патогенезе, клинической картине, лабораторной диагностике, методах профилактики и лечении вирусных гепатитов.
- Программа учитывает современные особенности эпидемического процесса вирусных гепатитов в РФ и в регионах. Учет определяется:
  - анализом показателей заболеваемости вирусными гепатитами;
  - данными популяционного исследования населения конкретного региона, наличием серологических маркеров инфицирования вирусами гепатитов (определение антител и антигенов, а также вирусных РНК и ДНК);
  - характеристикой популяций вируса (генотиповой и субтиповой анализ), а также определением мутантных форм вирусов гепатитов, циркулирующих на данной территории.
- Создание современной системы лабораторной диагностики вирусных гепатитов, включающей систему внешнего контроля качества и оптимизации проводимых исследований.
- Усовершенствование системы и качества вакцинопрофилактики гепатитов A и B. Проведение вакцинного аудита.
- Интеграция работ по вирусным гепатитам в другие программы (программа борьбы с ВИЧ-инфекцией, программа по борьбе с наркоманией и др.).
- Создание информационного поля по борьбе с вирусными гепатитами.

## Реализация программы

На этапе создания данной программы планируется проведение работ в трех регионах РФ, различающихся по уровню распространения вирусных гепатитов: Республика Татарстан, Республика Саха (Якутия) и Калининградская область.



Обобщение фактических данных позволит разработать программу, учитывающую особенности современного эпидемического процесса.

### **СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ № 1: получение информации для целенаправленных действий.**

- Учитывая, что показатели регистрируемой заболеваемости не полностью отражают нагрузку вирусов гепатитов А, В, С, D и Е на популяцию, планируется проведение **серологического исследования образцов сывороток крови условно здорового населения** (всех возрастных групп) каждого отдельного региона. Для получения объективной информации предварительно будет рассчитана величина необходимой выборки. Будет проведено тестирование серологических маркеров инфицирования населения (определение антител и антигенов, а также вирусных РНК и ДНК). Это позволит определить циркуляцию скрытого ГВ, установить уровни распространения вирусов гепатита, особенности возрастного, полового и группового распространения; уровень иммунологической прослойки населения, что особенно важно для реализации программы по вакцинопрофилактике гепатитов А и В. Кроме того, будет решен принципиально важный вопрос по определению количества лиц, которым показано лечение ХГС. До недавнего времени основным скрининговым маркером для выявления ВГС-инфекции использовали анти-ВГС. В то же время значительная доля лиц (до 40–45%), имеющих анти-ВГС, не имеет текущей инфекции ВГС и не нуждается в противовирусной терапии. Определение генотипической и субтиповой принадлежности вирусов гепатитов является важным показателем для выбора наиболее оптимальной схемы лечения.

*Таким образом, полученная информация позволит непосредственно оценить текущую ситуацию.*

- **Анализ заболеваемости вирусными гепатитами на основе данных официальной регистрации.** Будет проведен

многолетний анализ заболеваемости, что позволит оценить тенденции и динамику эпидемического процесса вирусных гепатитов на конкретных территориях. Для проведения анализа заболеваемости планируется использовать новые методы сбора эпидемиологических данных применяемых для оценки распространения ВИЧ/СПИД по программе ЮНЭЙДС (пакет программ Spectrum). *Обновленные методы получения и интерпретации данных позволят оценочной статистике иметь более точные сведения об уровне и особенностях распространения вирусных гепатитов на конкретных территориях.*

- **Анализ факторов, влияющих на заболеваемость и смертность от вирусных гепатитов на конкретных территориях.** Будет проведен анализ различных факторов: географических и сезонных, демографических, образа жизни населения (распространенность алкоголизма, наркомании, инфекций, передаваемых половым путем), экономической ситуации в регионе.
- **Анализ состояния и деятельности инфекционной службы.** Планируется оценить структуру службы, обеспеченность врачами-инфекционистами, подготовку кадров (места в ординатуре, участие в системе непрерывного медицинского специального образования), численность и динамику коечного фонда, применяемые технологии лечения вирусных гепатитов, действующую в регионе законодательную базу.

*Полученные данные и мониторинг работы службы и отчетных материалов позволят оценить и рекомендовать мероприятия, направленные на усовершенствование работы инфекционной службы.*

- **Анализ состояния и деятельности лабораторной службы.** Будет проведена оценка структуры службы, обеспеченности оборудованием, результатов участия в специальном разделе – «Вирусные гепатиты» Федеральной программы внешнего контроля качества лабораторных исследований.

На основе полученных результатов будут даны рекомендации по улучшению качества проведения лабораторных исследований по вирусным гепатитам, оптимальному и необходимому перечню определения их маркеров, оптимизации системы обеспечения лабораторных исследований.

- **Анализ вакцинопрофилактики вирусных гепатитов.** Для оценки эффективности вакцинопрофилактики гепатитов В и А на основе рекомендаций ВОЗ и данных медицинских служб мира (например, Великобритании) будет проведен вакцинный аудит.

Проведенный анализ позволит улучшить вакцинацию против вирусных гепатитов В и А. Оценка вакцинопрофилактики, проводимая в регионе, позволит предложить оптимальную стратегию, необходимую для реализации программы.

Реализация данного стратегического направления позволит получить объективную информацию по вирусным гепатитам, их лечению и профилактике.

**СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ № 2: создание информационного поля для понимания важности проблемы вирусных гепатитов среди представителей государственных структур, медицинских работников и населения.**

- Разработка информационных материалов (на основе полученных данных) для представителей государственных структур в целях проведения информационно-разъяснительной работы.
- Разработка плана мероприятий для повышения знаний о вирусных гепатитах среди медицинских сотрудников различного профиля. Включение тематических циклов по вирусным гепатитам в программы непрерывного медицинского образования.
- Организация семинаров и совещаний при проведении программы **по контролю и искоренению вирусных гепатитов на территории РФ** с акцентом на регион, где проводится работа.
- Разработка плана мероприятий для населения по информационно-разъяснительной работе, направленной на создание общественного мнения о необходи-

мости и реальности проведения работы по контролю и дальнейшей ликвидации вирусных гепатитов. Эта работа должна включать выступления специалистов на радио и телевидении, создание информационного интернет-портала для региона, в котором проводится реализация программы, публикации в местной прессе статей о вирусных гепатитах, современных методах их лечения и профилактики.

Реализация данного стратегического направления позволит создать информационное поле для понимания проблемы вирусных гепатитов и необходимости проведения работ по программе.

**СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ № 3: создание дорожной карты (плана мероприятий) с выделением узловых блоков, наиболее важных для выполнения программы по контролю и ликвидации вирусных гепатитов.**

В качестве основных блоков программы могут быть следующие направления:

- **осуществление программы вакцинопрофилактики против ГВ** в рамках национального календаря профилактических прививок. Расширение контингента лиц, вакцинированных против ГВ, входящих в группы повышенного риска инфицирования (проведение «подчищающей» вакцинации). Особое внимание следует обратить на возможное использование новых вакцин с повышенной иммуногенностью у детей, родившихся от матерей – носителей ВГВ;
- **проведение работы по возможному включению вакцины против ГА** в региональный календарь прививок. Разработать стратегию вакцинопрофилактики ГА для региона с выделением групп населения, требующих первоочередной вакцинации против ГА;
- **повышение безопасности при переливании крови.** Анализ возможных случаев заражения вирусами гепатитов при переливании крови. Проведение контроля качества определения маркеров инфицирования ВГВ и ВГС (HbsAg, анти-ВГС, РНК-ВГС и ДНК-ВГВ). Создание системы эпиднадзора, гемобдительности и монито-

ринга заболеваемости, распространенности этих гепатитов среди доноров, а также снижение риска заражения гепатитом в результате переливания крови;

- **усиление мер профилактики вирусных гепатитов в медицинских учреждениях.** Анализ случаев заражения вирусными гепатитами в медицинских учреждениях. Составление плана и рекомендаций по улучшению обеспеченности медицинских учреждений одноразовым инструментарием, в том числе одноразовыми шприцами. Анализ обеспечения медицинских учреждений современными дезинфектантами и эффективности их использования;
- **внедрение в систему аттестации мигрантов тестирования на наличие вирусного ГС и вирусного ГВ как важного элемента профилактики заноса и распространения вирусных гепатитов на территории РФ;**
- **улучшение работы по созданию или ведению регистра больных хроническими вирусными гепатитами;**
- **разработка плана мероприятий по внедрению препаратов прямого действия (безинтерфероновой терапии) при лечении ХГС. Учет и оказание медицинской помощи пациентам с ХГС, которые используют дженерики противовирусных препаратов.**

Будет предложена схема оптимизации лабораторных исследований для скрининга населения по выявлению больных ХГС, лабораторного и клинического наблюдения эффективности применяемой терапии.

Перечисленный список узловых блоков, наиболее важных для проведения программы по контролю и искоренению вирусных гепатитов, не является окончательным. В процессе решения стратегического направления № 3 будут выявлены дополнительные направления работ, важные для конкретного региона.

**СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ № 4: предоставление медицинской помощи с соблюдением принципа справедливости (охват групп населения, нуждающихся в услугах).**

- Определение групп населения и районов, которые нуждаются в первоочередной помощи по профилактике и лечению вирусных гепатитов.
- Оценка работы существующих структур для профилактики (прививочные кабинеты) и лечения (государственные и частные лечебно-профилактические учреждения, работающие в регионе). Предложения по созданию новых структур.
- Рекомендация по созданию (выбору существующего) координационного центра для реализации программы.
- Оценка и рекомендации по предоставлению медицинской помощи больным вирусными гепатитами в местах лишения свободы.

**СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ № 5: определение источников финансирования для реализации программы.**

- Государственное финансирование.
- Частное финансирование.
- Страховая медицина.
- Определение необходимого объема финансирования для создания и реализации программы.

После разработки программа будет оформлена в виде проекта «Стратегия по контролю и ликвидации вирусных гепатитов как проблемы общественного здравоохранения в Российской Федерации» и представлена министру здравоохранения РФ и руководителю Роспотребнадзора для обращения в Правительство РФ с целью принятия государственной программы и регламентирующих документов.

## Заключение

Целями публикации проекта представленной программы являются:

- привлечение внимания медицинской общественности к проблемам вирусных гепатитов;
- представление плана возможных действий для разработки эффективной программы по контролю и искоренению вирусных гепатитов в РФ;

- приглашение широкого круга медицинской общественности и наших читателей к обсуждению данной проблемы.

Таким образом, только объединив усилия по разработке научно обоснованной программы, мы сможем добиться необходимых результатов по контролю и искоренению вирусных гепатитов в РФ.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Михайлов Михаил Иванович** – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, руководитель Научно-исследовательского центра ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, заведующий лабораторией вирусных гепатитов ФГБНУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова» (Москва)

E-mail: michmich2@yandex.ru

**Ющук Николай Дмитриевич** – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, президент, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

E-mail: prof.uyshuk@gmail.com

**Малинникова Елена Юрьевна** – доктор медицинских наук, заведующая кафедрой вирусологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, ведущий научный сотрудник лаборатории вирусных гепатитов ФГБНУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова» (Москва)

E-mail: malinacgb@mail.ru

**Кюрегян Карен Каренович** – доктор биологических наук, профессор РАН, главный научный сотрудник НИЦ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, ведущий научный сотрудник лаборатории вирусных гепатитов ФГБНУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова» (Москва)

E-mail: karen-kyuregyan@yandex.ru

**Исаева Ольга Владиславовна** – кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник НИЦ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, ведущий научный сотрудник лаборатории вирусных гепатитов ФГБНУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова» (Москва)

E-mail: isaeva.06@mail.ru

**Знойко Ольга Олеговна** – доктор медицинских наук, профессор, доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

E-mail: olgaznoyko@yandex.ru

**Климова Елена Анатольевна** – доктор медицинских наук, профессор, доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

E-mail: elena\_klimova@mail.ru

## ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по вирусному гепатиту 2016–2021 гг.: на пути к ликвидации вирусного гепатита. В03, 2016. 52 с.

2. Ющук Н.Д., Знойко О.О., Дудина К.Р., Шутько С.А. и др. Социально-экономическое бремя гепатита С: методология оценки и трудности расчета в РФ //

Мед. технологии. Оценка и выбор. 2012. № 4 (10). С. 46–51.

3. Ющук Н.Д., Знойко О.О., Якушечкина Н.А., Дудина К.Р. и др. Оценка социально-экономического бремени гепатита С в Российской Федерации // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2013. № 2 (69). С. 18–33.

4. Ющук Н.Д., Знойко О.О., Якушечкина Н.А., Зырянов С.К. и др. Бремя вирусных гепатитов в Российской Федерации и пути его снижения в долгосрочной перспективе (на примере гепатита С) // Терапевтический архив. 2013. № 12. С. 79–85.

5. Никитин И., Попович Л.Д., Потапчик Е.Г. Экономическое бремя хронического гепатита С в России // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. 2015. № 6. С. 9–13.

6. Якушечкина Н.А. Определение бремени гепатита С в Российской Федерации и фармакоэкономическая

оценка новых методов противовирусной терапии : автореф. дис. ... кан. мед наук. М., 2016.

7. Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Онищенко Г.Г. Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика). М. : ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. 384 с.

8. Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Онищенко Г.Г. Энтеральные вирусные гепатиты (этиология, эпидемиология, диагностика, профилактика). М. : ВУНМЦ, 2007. 352 с.

9. Кюрегян К.К., Михайлов М.И. Молекулярно-биологические основы контроля вирусных гепатитов. М. : Икар, 2013. 336 с.

10. Ющук Н.Д., Климова Е.А., Знойко О.О., Кареткина Г.Н. и др. Вирусные гепатиты (клиника, диагностика, лечение). 3-е изд., перераб. и доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. 368 с.

## REFERENCES

1. Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016–2021. Towards Ending Viral Hepatitis. Geneva: WHO, 2016: 52 p. (in Russian)

2. Yushchuk N.D., Znoyko O.O., Dudina K.R., Shutko S.A., et al. Socioeconomic burden of hepatitis C: assessment methodology and calculation difficulties in the Russian Federation. Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor [Medical Technologies. Evaluation and Selection]. 2012; 4 (10): 46–51. (in Russian)

3. Yushchuk N.D., Znoyko O.O., Yakushechkina N.A., Dudina K.R., et al. Assessment of the socio-economic burden of hepatitis C in the Russian Federation. Epidemiologiya i vaktsinoprofilaktika [Epidemiology and Vaccine Prophylaxis]. 2013; 2 (69): 18–33. (in Russian)

4. Yushchuk N.D., Znoyko O.O., Yakushechkina N.A., Zyryanov S.K., et al. The burden of viral hepatitis in the Russian Federation and ways to reduce it in the long term (by the example of hepatitis C). Terapevticheskiy arkhiv [Therapeutic Archive]. 2013; (12): 79–85. (in Russian)

5. Nikitin I., Popovich L.D., Potapchik E.G. Economic burden of chronic hepatitis C in Russia. Epidemiologiya

i infeksionnie bolezni. Aktual'nye voprosy [Epidemiology and Infectious Diseases. Actual Issues]. 2015; (6): 9–13. (in Russian)

6. Yakushechkina N.A. Determination of the burden of hepatitis C in the Russian Federation and the pharmacoeconomic evaluation of new methods of antiviral therapy: Abstract of Diss. Moscow, 2016. (in Russian)

7. Shakhgildyan I.V., Mikhaylov M.I., Onishchenko G.G. Parenteral viral hepatitis (epidemiology, diagnosis, prevention). Moscow: VUNMTS, 2003: 384 p. (in Russian)

8. Shakhgildyan I.V., Mikhaylov M.I., Onishchenko G.G. Enteral hepatitis viruses (etiology, epidemiology, diagnosis, prevention). Moscow: VUNMTS, 2007: 352 p. (in Russian)

9. Kyuregyan K.K., Mikhaylov M.I. Molecular-biological bases of control of viral hepatitis. Moscow: Ikar, 2013: 336 p. (in Russian)

10. Yushchuk N.D., Klimova E.A., Znoyko O.O., Karetkina G.N., et al. Viral hepatitis (clinic, diagnosis, treatment). 3<sup>rd</sup> ed., revised and additional. Moscow: GEOTAR-Media, 2018: 368 p. (in Russian)

# Анализ затрат медицинских организаций как элемент деятельности системы обязательного медицинского страхования в Свердловской области

Шелякин В.А.<sup>1</sup>,  
Худяев А.С.<sup>1</sup>,  
Князева Е.Г.<sup>2</sup>,  
Кропотина В.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области, Екатеринбург  
<sup>2</sup> ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет им. первого Президента России Б.Н. Ельцина», Екатеринбург

В статье описаны результаты аналитического исследования медицинских организаций Свердловской области. Целью реализации федерального и региональных проектов по учету фактических затрат медицинских организаций на оказание медицинской помощи должен стать учет потребленных ресурсов на каждый конкретный случай лечения пациента. На основе полученных данных можно выработать единую федеральную методику учета фактических затрат медицинских организаций.

## Ключевые слова:

анализ данных, фактические затраты на оказание медицинской помощи, методики сбора и отнесения фактических расходов медицинских организаций

**ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ.** 2018. № 2. С. 30–33.  
doi: 10.24411/2411-8621-2018-12003.

Статья поступила в редакцию: 05.03.2018. Принята в печать: 15.06.2018.

## Analysis of medical organizations expenditures as part of the compulsory medical insurance system in the Sverdlovsk Region

*Shelyakin V.A.<sup>1</sup>,  
Khudyaev A.S.<sup>1</sup>,  
Knyazeva E.G.<sup>2</sup>,  
Kropotina V.V.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Territorial Compulsory Medical Insurance Fund of the Sverdlovsk Region, Ekaterinburg  
<sup>2</sup> Ural Federal University named after the first President of Russia B.N. Yeltsin, Yekaterinburg

The article describes the results of an analytical study of medical organizations in the Sverdlovsk region. The goal of implementing federal and regional projects to take into account the actual costs of medical organizations for the provision of medical care should be to take into account the resources consumed and for each specific case of patient treatment. On the basis of the data obtained, it is possible to develop a unified federal methodology for recording the actual costs of medical organizations.

### Keywords:

data analysis, actual costs of medical care, methods of collection and assignment of actual expenses of medical organizations

**HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.**

**Bulletin of VSHOUZ.** 2018; (2): 30–3.

doi: 10.24411/2411-8621-2018-12003.

Received: 05.03.2018. Accepted: 15.06.2018.

Система здравоохранения – передовая область общественного устройства, в последнее время претерпевшая огромное количество реформ. На сегодняшний день роль государства в развитии этой отрасли остается крайне важной. Медицинские учреждения, особенно вне крупных городов, зачастую безальтернативно представлены государственными учреждениями здравоохранения, вместе с тем значительные бюджетные ресурсы и ресурсы государственных внебюджетных фондов затрачиваются на их содержание и на реализацию государственной политики в сфере здравоохранения, причем потребление финансовых ресурсов в последние годы неуклонно растет, что обуславливает актуальность обеспечения эффективного использования имеющихся ограниченных ресурсов.

В то же время государственная политика продолжает распространяться на стандартизацию процессов в сфере организации и управления здравоохранением. Для формирования представления о величине затрачиваемых на оказание медицинской помощи населению ресурсов необходим адекватный инструмент. По инициативе Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Свердловской области в 2013 г. стартовал проект по централизации учета затрат учреждений

здравоохранения на оказание медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования (ОМС).

Задачи проекта:

- формирование себестоимости медицинской помощи в системе ОМС;
- контроль финансового обеспечения реализации территориальной программы ОМС;
- контроль эффективного использования средств ОМС медицинскими организациями Свердловской области;
- проведение экономического анализа деятельности медицинских организаций;
- перспективное нормирование затрат для реализации принципа «единые тарифы – близкие затраты».

В основе процесса сбора данных и анализа затрат медицинских организаций субъекта Российской Федерации лежат базисные потоки информации, объединяющиеся в специализированных информационных ресурсах. В Свердловской области в качестве таковых действует несколько информационных подсистем ТФОМС: паспорт медицинской организации – массив иерархических данных о мощностных показателях учреждения, его структуре, лицензиях, и информационно-аналитическая система по сбору и анализу затрат, регламентирующая состав дан-

ных и реализующая алгоритм в ходе сбора, обработки, хранения и предоставления данных. Вместе с тем ТФОМС располагает данными о фактах оказания медицинской помощи в системе ОМС.

Заинтересованными потребителями информации о фактически затраченных ресурсах на оказание медицинской помощи, помимо ТФОМС, являются Министерство здравоохранения Свердловской области и собственно сами медицинские организации. ТФОМС постоянно оценивает финансовую обеспеченность Территориальной программы ОМС. Накопленные данные используются в ходе разработки обоснованных тарифов в системе ОМС. Другое важное направление использования данного комплекса – аналитическое обоснование себестоимости медицинских услуг. Одновременно возможна оценка текущего финансового состояния медицинской организации. Несомненно, значимы оценка и контроль эффективности использования денежных средств ОМС.

Для Министерства здравоохранения региона чрезвычайно важна информация об эффективности использования денежных средств с одновременным анализом финансовой устойчивости медицинских организаций. Последние могут осуществлять управленческий учет, выстраивать процесс финансового планирования, финансово-экономический анализ деятельности.

В 2013 г. совместным приказом ТФОМС и Министерства здравоохранения Свердловской области была утверждена методика сбора и отнесения фактических расходов, сформированы распорядительные документы для представления медицинскими организациями (МО) соответствующей информации. Последовательно в 2015–2016 гг. осуществлялась доработка программного обеспечения, проводились уточнения по методике распределения расходов, а также велась активная работа с МО по освоению вводимых требований учета расходов в разрезе источников финансирования. В 2017 г. проведен учет полного финансового обеспечения деятельности МО за счет всех источников (бюджетные субсидии, средства ОМС, доходы от платных медицинских услуг), что позволило оценивать полное финансовое обеспечение деятельности

МО за счет всех источников и проводить более глубокий анализ их финансово-экономической деятельности.

Серьезным ограничением в развитии проекта по сбору и анализу данных о фактических затратах МО на оказание медицинской помощи является отсутствие персонализированного учета в МО переменных затрат на каждый отдельный случай лечения. Минимальным уровнем учета затрат является отделение МО, следовательно, себестоимость единицы помощи можно рассчитать только по всей совокупности оказанных медицинских услуг, что не в полной мере отвечает целям проекта.

Результаты аналитического исследования по МО Свердловской области демонстрируют ряд важнейших обобщений. К примеру, общее соотношение финансирования и затрат за 3 года находится на уровне 93–97% с тенденцией к росту. Лучшее финансовое положение складывается по МО II и III уровней.

Оценка динамики структуры фактических затрат МО Свердловской области в системе ОМС показывает относительную стабильность. В 2017 г. заработная плата составила 70,5% совокупных фактических расходов. На медикаменты расходуется 9%, на содержание имущественного комплекса – 7%, на продукты питания – 1,3%. С учетом объема фактического количества койко-дней по круглосуточному стационару стоимость этой единицы за 2017 г. по Свердловской области сложилась в размере 3247 руб.

Существенна доля расходов на диагностику, исследования и иные параклинические мероприятия – около 25%. Соответственно, их доля в МО III уровня достигает максимальных 36%.

Значимой проблемой для региона является обеспеченность кадрами. Общая численность работающих в системе здравоохранения на 1 октября 2017 г. составила 84 878 человек. При этом наблюдается тенденция к сокращению численности работающих в государственных МО при одновременном росте персонала в частных МО: примерный тренд увеличения численности составляет 0,5% в год.

Внедрение методики сбора и отнесения фактических расходов МО выявило существенную



методологическую проблему. В частности, необходимо установить единые подходы к формированию и реализации учетной политики в МО для получения сопоставимых данных о себестоимости медицинской помощи.

В числе особенностей реализации методики учета и отнесения затрат – пересечение расходов по источникам финансирования. Классический экономический анализ деятельности предприятия подразумевает учет прямых и косвенных затрат. В этой связи определенные сложности при учете фактических затрат вызывает наличие нескольких источников финансирования МО, поскольку медицинские организации должны относить расходы пропорционально объемам оказанной медицинской помощи по источникам финансирования. Зачастую единицы учета и оплаты медицинской помощи по источникам финансирования не совпадают, поэтому реализованный проект изначально нацелен на определение себестоимости по единственному источнику – ОМС.

Требует решения и задача обеспечения корректности данных, их достоверности, соответствия реальных и отчетных данных по МО.

На региональном уровне в качестве задачи развития выступает дополнение и увязка медицинских информационных систем с системами учета фактических затрат МО. Цель – наиболее полная реализация заявленных в рамках реализации проекта задач: формирование себестоимости единицы медицинской помощи, корректное тарифное регулирование, нормирование затрат.

Целью дальнейшей реализации проектов по учету фактических затрат МО на оказание медицинской помощи регионального и федерального уровня должен стать учет потребленных ресурсов, по возможности на каждый конкретный случай лечения пациента (в части переменных расходов – обязательное требование, определение принципов отнесения на случай лечения/услугу постоянных затрат, в том числе по источникам финансирования). В этой связи критически важно обеспечить взаимодействие внедряемых в субъектах РФ медицинских информационных систем и систем бухгалтерского и управленческого учета, что требует отражения в федеральных нормативных документах. Вместе с тем на основе полученных данных можно будет разработать единую федеральную методику учета фактических затрат МО.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Шелякин Валерий Александрович** – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области (Екатеринбург)

E-mail: shva71@gmail.com

**Худяев Андрей Сергеевич** – начальник финансово-экономического управления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области (Екатеринбург)

E-mail: 2224888@mail.ru

**Князева Елена Геннадьевна** – доктор экономических наук, профессор, заведующая кафедрой финансов, денежного обращения и кредита ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет им. первого Президента России Б.Н. Ельцина» (Екатеринбург)

E-mail: keg55@list.ru

**Кропотина Виктория Владимировна** – начальник управления развития обязательного медицинского страхования Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области (Екатеринбург)

E-mail: victory66@inbox.ru

# Использование поведенческой экономики при разработке поощрений для врачей, оказывающих высококачественную медицинскую помощь

Эмануэль И.Дж.<sup>1</sup>, Убель П.А.<sup>2</sup>, Кесслер Дж.Б.<sup>3</sup>, Мейер Г.<sup>4</sup>, Мюллер Р.У.<sup>5</sup>, Навате А.С.<sup>1</sup>, Пател П.<sup>6</sup>, Перл Р.<sup>7</sup>, Розенталь М.Б.<sup>8</sup>, Сакс Л.<sup>6</sup>, Сен А.П.<sup>9</sup>, Шерман П.<sup>10</sup>, Волп К.Дж.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Медицинская школа Перельмана, Университет Пенсильвании, Филадельфия, штат Пенсильвания, США

<sup>2</sup> Школа общественной политики Сэнфорда, Университет Дьюка, Дарем, штат Северная Каролина, США

<sup>3</sup> Школа Вартон, Университет Пенсильвании, Филадельфия, штат Пенсильвания, США

<sup>4</sup> Партнерс Хелскеа Систем, Бостон, штат Массачусетс, США

<sup>5</sup> Университет системы здравоохранения Пенсильвании, Центр Перельмана, Филадельфия, штат Пенсильвания, США

<sup>6</sup> Адвокат Физишен Партнерс, штат Иллинойс, США

<sup>7</sup> Перманенте Медикал Груп, Окленд, штат Калифорния, США

<sup>8</sup> Гарвардская школа общественного здравоохранения, Бостон, штат Массачусетс, США

<sup>9</sup> Центр подготовки руководящих кадров по поощрению в области здравоохранения и поведенческой экономике, Университет Пенсильвании, Филадельфия, штат Пенсильвания, США

<sup>10</sup> Груп Хелс Физишнз, Сиэтл, штат Вайоминг, США

Поведенческая экономика позволяет разработать эффективные поощрения для врачей, оказывающих высококачественную медицинскую помощь. Она предполагает, что структура и предоставление поощрений, а также продуманный дизайн среды принятия решений могут формировать поведение. В этой статье рассматриваются некоторые принципы поведенческой экономики, включая инерцию, избегание потерь, переизбыток вариантов выбора и относительный социальный рейтинг. Несмотря на то что эти принципы при-

меняются для мотивации личных решений в сфере здоровья, планирования выхода на пенсию и накопления сбережений, они в значительной степени игнорируются при разработке программ поощрения для врачей. Применение этих принципов к поощрениям для врачей может повысить их эффективность за счет лучшего согласования с целевыми показателями результативности работы. Приведены жизненные примеры успешных программ поощрения, которые используют принципы поведенческой экономики, хотя авторы признают, что ее применение при разработке поощрений для врачей не исследовано в достаточной степени и существует множество нерешенных вопросов. Применение и тщательная оценка изменений инфраструктуры и поощрений необходимы для разработки платежных систем, стимулирующих высококачественную, экономичную медицинскую помощь.

**ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ.** 2018. № 2. С. 34–45.  
doi: 10.24411/2411-8621-2018-12004.

## Using behavioral economics to design physician incentives that deliver high-value care

*Emanuel E.J.<sup>1</sup>, Ubel P.A.<sup>2</sup>, Kessler J.B.<sup>3</sup>, Meyer G.<sup>4</sup>, Muller R.W.<sup>5</sup>, Navathe A.S.<sup>1</sup>, Patel P.<sup>6</sup>, Pearl R.<sup>7</sup>, Rosenthal M.B.<sup>8</sup>, Sacks L.<sup>6</sup>, Sen A.P.<sup>9</sup>, Sherman P.<sup>10</sup>, Volpp K.G.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA

<sup>2</sup> Sanford School of Public Policy, Duke University, Durham, NC, USA

<sup>3</sup> The Wharton School, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA

<sup>4</sup> Partners Healthcare System, Boston, MA, USA

<sup>5</sup> University of Pennsylvania Health System, Perelman Center, Philadelphia, PA, USA

<sup>6</sup> Advocate Physician Partners, IL, USA

<sup>7</sup> Permanente Medical Group, Oakland, CA, USA

<sup>8</sup> Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA

<sup>9</sup> LDI Center for Health Incentives and Behavioral Economics, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA

<sup>10</sup> Group Health Physicians, Seattle, WA, USA

Behavioral economics provides insights about the development of effective incentives for physicians to deliver high-value care. It suggests that the structure and delivery of incentives can shape behavior, as can thoughtful design of the decision-making environment. This article discusses several principles of behavioral economics, including inertia, loss aversion, choice overload, and relative social ranking. Whereas these principles have been applied to motivate personal health decisions, retirement planning, and savings behavior, they have been largely ignored in the design of physician incentive programs. Applying these principles to physician incentives can improve their effectiveness through better alignment with performance goals. Anecdotal examples of successful incentive programs that apply behavioral economics principles are provided, even as the

authors recognize that its application to the design of physician incentives is largely untested, and many outstanding questions exist. Application and rigorous evaluation of infrastructure changes and incentives are needed to design payment systems that incentivize high-quality, cost-conscious care.

**HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.**  
**Bulletin of VSHOUZ.** 2018; (2): 34–45.

Ann Intern Med. 2016; 164 (2): 114–9. doi: 10.7326/M15-1330.

Система здравоохранения США претерпевает значительные изменения, направленные на ограничение затрат при сохранении или улучшении качества медицинской помощи. Реформа системы оплаты является фундаментальным аспектом для осуществления изменений. В последние годы произошел переход от системы оплаты за услуги (FFS) к оплате на основе стоимости. В последнее время Закон о доступе к программе медицинского страхования для престарелых («Медикае») и продлении срока действия программы страхования детей (CHIP) от 2015 г. более широко внедряет систему оплаты за результативность работы в рамках FFS, но также создает новую систему поощрительных платежей на основе заслуг, в соответствии с которой финансовая компенсация для врача будет основываться на качестве помощи, использовании ресурсов, клиническом улучшении, и использовании электронных медицинских записей (EHR). Кроме того, все большее количество групп врачей функционирует в качестве уполномоченных организаций по оказанию медицинской помощи, участвуя в программах, в которых сэкономленные средства свыше расчетного базового уровня распределяются между врачами и плательщиками. Чтобы способствовать этим изменениям в оплате, секретарь Департамента здравоохранения и социальных служб объявил, что к 2018 г. 50% или более платежей «Медикае» врачам и другим поставщикам медицинских услуг будут осуществляться через механизмы, не связанные с FFS.

Замена поощрений, основанных на объеме в рамках системы FFS с использованием пла-

тежных средств, базирующихся на стоимости, может стимулировать принятие решений в области здравоохранения. Хотя многие организации начинают принимать на себя финансовый риск, немногие из них перевели этот риск в эффективные изменения оплаты для врачей и других поставщиков медицинских услуг, предоставляемых пациентам. Например, стандартные программы оплаты за результативность работы мало повлияли на поведение врачей [1, 2], что частично отражает относительно небольшой размер финансовых поощрений. Это может также отражать эмпирический характер таких программ. В целом усилия по реформированию оплаты врачам предполагали рациональность врачей и не учитывали принципы поведенческой экономики, подразумевающие множество ситуаций, в которых поведение людей не всегда рационально [3, 4]. Предоставление и структура поощрений согласно методам, основанным на науке о мотивации человека, могут значительно улучшить результативность.

Поскольку организации стремятся снизить издержки и улучшить качество, включение принципов поведенческой экономики в разработку поощрений для врачей обладает потенциалом для повышения эффективности этих программ. Вследствие того что врачи будут вовлечены в эти новые системы поощрения, они должны понимать принципы поведенческой экономики, науки, лежащей в их основе, и различные формы, в которых они выражаются. Это руководство по своей сути является предварительным, потому что в схемах оплаты труда врачей поведенческая

экономика использовалась и оценивалась недостаточно. Таким образом, мы предлагаем основу для более систематического использования и тестирования поведенческой экономики при разработке поощрений для врачей.

## Принципы поведенческой экономики

В последние 30 лет отмечалось развитие науки о человеческой мотивации. Раньше основным элементом экономической теории было то, что рациональные люди используют информацию, чтобы делать выбор, который оптимизирует их благосостояние. На этой основе главной движущей силой поведения в ответ на экономические стимулы является размер бонуса или штрафа при сопоставлении с усилиями, необходимыми для достижения цели. Поведенческая экономика выявила систематические способы формирования человеческого поведения в зависимости не только от размера поощрений, но и от их структуры и способа предоставления. Например, одно и то же поощрение может по-разному влиять на поведение в соответствии с тем, является оно прибылью или убытком, а также предоставляется оно отдельному человеку или члену группы и воспринимается как справедливое или несправ-

едливое [5, 6]. Поскольку люди часто принимают решения, которые кажутся несовместимыми, с тем чтобы получить максимальную выгоду из фиксированного поощрения, они часто кажутся иррациональными в соответствии со стандартной экономической теорией [3, 4, 7].

Чтобы проиллюстрировать, как концепции поведенческой экономики могут оказывать влияние на работу врача, мы приводим 9 фундаментальных принципов поведенческой экономики (табл. 1).

### Ограничения в предоставлении информации

Информация необходима людям, чтобы понять, какие существуют варианты для обозначения социальных норм, но редко бывает достаточной для того, чтобы вызвать изменение в поведении, как это видно в примерах с прекращением курения и маркировкой меню [8, 9]. Даже там, где изменения в оказании медицинской помощи повысят стоимость, просто предоставление врачам информации об этих вариантах вряд ли изменит их поведение. Таким образом, для содействия качественному и экономичному использованию ресурсов здравоохранения информация об оптимальной практике должна сочетаться с финансовыми и нефинансовыми поощрениями.

**Таблица 1.** Принципы поведенческой экономики, относящиеся к оплате труда врача

Принцип	Описание	Примеры из области здравоохранения и медико-санитарной помощи
Ограничения в предоставлении информации	Предоставление информации необходимо и отражает социальные нормы, но, чтобы вызвать изменение поведения, только информации бывает недостаточно	<b>Курение.</b> Курильщики знают, что курение вызывает рак, но многие, несмотря на это, продолжают курить. <b>Маркировка меню.</b> В Нью-Йорке не произошло существенного изменения среднего потребляемого количества калорий до и после маркировки калорий в меню
Искажения, связанные с инерцией или статус-кво	Изменениям люди, как правило, предпочитают статус-кво и уже существующую практику	<b>Назначение генерических препаратов.</b> Когда генерические препараты по умолчанию внесены в автоматизированную систему назначения лечения, их назначают существенно чаще. <b>Донорство органов.</b> Когда люди должны предпринимать какие-либо действия, чтобы стать

Принцип	Описание	Примеры из области здравоохранения и медико-санитарной помощи
		донорами органов или отказаться от донорства. Например, в Нидерландах только 27,5% населения соглашаются пожертвовать свои органы. В соседней Бельгии органы могут забираться у всех людей, за исключением отказавшихся от донорства (презумпция согласия). В связи с этим 98% бельгийцев являются донорами
Переизбыток вариантов выбора	Переизбыток вариантов выбора или слишком сложные опции парализуют и приводят к отсутствию действий. Меньшее количество вариантов и простота выбора, скорее всего, приведут к изменению поведения	<b>Выбор программы медицинского страхования.</b> Выбор из огромного числа программ медицинского страхования затруднен при отсутствии предварительного скрининга вариантов и уменьшения их количества до максимально меньшего числа
Немедленное поощрение	Люди чаще реагируют на немедленные поощрения, а не на отсроченные стимулы	<b>Посещение тренажерного зала.</b> Люди, скорее всего, отправятся в спортзал, если получат поощрение за занятия спортом сегодня, а не в конце года
Избегание потерь	Люди более решительно реагируют на ту же ситуацию, когда она описывается с точки зрения потерь, а не с точки зрения прибыли	<b>Бонусы для врача.</b> Выплата врачам бонуса в конце года может быть менее эффективной, чем предоставление бонуса в начале года и сохранение его при условии улучшения результативности
Относительный социальный рейтинг	Для людей важно сравнение себя с другими, особенно когда эти люди им знакомы и находятся в непосредственной близости от них	<b>Публикация данных о результативности работы врача.</b> Врачи не хотят, чтобы их результативность считали низкой по сравнению с их равными по положению коллегами
Градиенты цели и пороговые эффекты	Люди стараются усерднее, когда они близки к достижению цели, и, как правило, прилагают меньше усилий, если они далеки от цели	<b>Усилие врача в обеспечении результативности.</b> Врачи, которые почти достигли целевого показателя (например, 80% их пациентов получают β-блокаторы), будут стараться достичь цели; те же, кто находится далеко от цели, будут рассматривать ее как труднодостижимую
Ограничения, связанные с силой воли	Сила воли является ограниченным ресурсом. Чем больше силы воли должен проявлять человек при выполнении одного вида деятельности, тем меньше вероятность того, что он будет иметь силу воли для осуществления других видов деятельности	<b>Усилие врача.</b> Необходимость постоянно помнить о назначении генерического препарата менее эффективна, чем его внесение в электронную медицинскую карту по умолчанию

Окончание табл. 1

Принцип	Описание	Примеры из области здравоохранения и медико-санитарной помощи
Ментальный учет и очевидность	Поощрение имеет большую силу, если оно является осязаемым и очевидным, а не становится частью регулярной компенсации за работу, такой как зарплата	<b>Распределение финансовых бонусов врача:</b> 1000 долларов США в отдельном чеке служат более очевидным поощрением, чем 1000 долларов США в виде электронного депозита, являющегося частью зарплаты

### Искажения, связанные с инерцией или статус-кво

При осуществлении выбора обычно происходит реформирование статуса кво [10]. Изменение привычек и стандартных действий, как правило, требует заметных усилий и перемен линии поведения, таких как внедрение новых элементов по умолчанию. Таким образом, важно структурировать среду принятия решений, которая позволит легко обеспечить оказание качественной и экономичной медицинской помощи [11]. Например, врачи, располагающие автоматизированной системой назначения лечения, которая по умолчанию предлагает генерические препараты, а не оригинальные, назначают их чаще [12]. Точно так же, когда онкологи подтверждают, что предпочтителен конкретный метод медицинской помощи, наиболее приемлемые режим химиотерапии и лабораторные исследования должны быть внесены в назначения в EHR по умолчанию.

### Переизбыток вариантов выбора

При наличии многочисленных или сложных вариантов люди часто избегают выбора [13, 14]. Например, переизбыток показателей результативности работы или оповещений в EHR может привести к менее выраженному изменению поведения [15]. Переизбыток вариантов выбора представляет проблему при поощрении врачей. Поощрения, основанные на слишком небольшом числе показателей результативности работы, могут побудить врачей сосредоточиться только на оцениваемых показателях, тогда как слишком большое число показателей для оценки результативности может привести к инерции.

### Немедленное поощрение

Немедленное поощрение вызывает усиленную реакцию, тогда как отсроченное поощрение – уменьшенную. Люди склонны переоценивать непосредственные издержки и выгоды от своих действий и дисконтировать отсроченные выгоды [16]. Следовательно, ежегодное предоставление финансовых поощрений или отчетов о результативности работы обычно менее эффективно для изменения поведения, чем более частое поощрение и оценка результативности [17]. Предоставление врачам частых промежуточных отзывов дает им возможность изменить свое поведение и быстрее узнать, улучшат ли эти изменения результативность их работы. Однако оптимальная частота неизвестна.

### Избегание потерь

В зависимости от того, представляются варианты как выгоды или потери, это оказывает влияние на то, как люди их рассматривают. Например, люди более позитивно относятся к медицинским вмешательствам, для которых описана 90% выживаемость, чем к тем, для которых описана 10% смертность. Иначе говоря, человек склонен больше ценить то, чем он непосредственно владеет. Просто владение чем-либо, будь то билет на спортивное соревнование или чашка, увеличивает ценность этого объекта для человека таким образом, что она превышает его денежную стоимость.

Люди прилагают больше усилий, чтобы сохранить уже полученный бонус, чем чтобы получить еще неначисленный. Например, результативность работы преподавателей улучшилась, когда их труд оплачивали авансом и им было предложено вернуть деньги, если существен-

ные улучшения успеваемости учеников отсутствовали, по сравнению с системой, когда учителям выплачивали бонусы согласно результатам работы на конец года [18]. Аналогично в Массачусетской больнице общего профиля использовалось избегание потерь, при этом каждому сотруднику выплачивалось поощрение на предстоящий год, таким образом неполучение поощрения в последующем году являлось бы потерей [19, 20].

### Относительный социальный рейтинг

На людей сильно влияет восприятие того, как результативность их работы сравнивается с окружающими людьми [21–23]. Чувство конкурентоспособности врачей может быть усилено путем присвоения врачам индивидуальных оценок в пределах их группы или даже сообщества в целом. Например, согласно опыту Клиники Дин в Висконсине, создание анонимного рейтинга мало повлияло на поведение врачей, тогда как публикация ежемесячных данных о результативности работы конкретных врачей, доступная всем врачам отделения, была намного более эффективна (Mooney A. Dean Health System. Personal communication). Кроме того, публично присваиваемые организационные награды за выдающиеся заслуги подчеркивают нормы и приоритеты организации, обеспечивая социальное признание для врачей. Следует отметить, что подходы, связанные с социальным сравнением, могут определять командную результативность, а не только индивидуальные результаты, что потенциально способствует сотрудничеству с целью улучшения качества медицинской помощи пациентам, одновременно предотвращая конкуренцию между членами команды.

### Градиенты цели и пороговые эффекты

По мере приближения к цели люди стараются достичь ее, но как только они достигнут порога, усилие может снизиться – это явление известно как пороговый эффект [24, 25]. Исполнители с худшей результативностью, придя к выводу, что они не могут достичь целевого порога, могут перестать предпринимать попытки улучшить результативность. Признание улучше-

ний в результативности работы, а также общей результативности важно при поощрении участия тех, кто находится дальше от желаемых пороговых значений.

### Ограничения, связанные с силой воли

Мобилизация силы воли может быть утомительной и заставляет людей с меньшей вероятностью затрачивать усилия на выполнение последующих задач [26]. Таким образом, полагаясь на намерение врачей достичь оптимальной результативности, вряд ли можно добиться устойчивого улучшения. Инфраструктура, использующая параметры по умолчанию для преобразования правильных действий в «путь наименьшего сопротивления», предотвратит расходование энергии врачей на то, чтобы постоянно принимать наиболее высокоэффективные решения.

### Ментальный учет и очевидность

Люди реагируют очень по-разному на платеж одного и того же размера, если он проведен отдельно и очевиден, а не объединен с другими в гораздо большую сумму денег [27–29]. Например, стимул в размере 100 долларов является более мощным, если он будет предоставлен в качестве отдельного чека, чем если он будет включен в зарплату.

Существуют и другие важные поведенческие экономические принципы, но мы считаем, что эти 9 наиболее вероятно позволят сформировать правильное поощрение для врачей.

## Использование поведенческой экономики для разработки эффективных поощрений для врачей

Эти принципы поведенческой экономики использовались более эффективно в различных контекстах, включая поведение потребителей, планирование выхода на пенсию, личное поведение в отношении здоровья и включение в программу медицинского страхования [5, 6, 30–35]. На сегодняшний день они не включались систематически в разработку программ поощрения врачей. Поскольку системы здравоохранения все чаще принимают на себя финансовый риск



и должны фокусировать врачей на высококачественном, экономически эффективном лечении, подходы поведенческой экономики, скорее всего, позволят сформировать программы поощрения. Несмотря на то что пока мало эмпирических данных для предоставления рекомендаций о том, как наилучшим образом применять принципы поведенческой экономики при разработке поощрений для высококвалифицированных врачей, мы считаем, что есть **4 способа**, применяя которые врачи будут учитывать поощрения, разработанные на основе поведенческой экономики (табл. 2).

**Во-первых**, организации, скорее всего, должны использовать только относительный социальный рейтинг без финансовых поощрений, в частности для уменьшения значительных различий в использовании ненужных или дорогостоящих услуг. Организации могут раскрывать врачам информацию о том, что их равные по положению коллеги используют дорогостоящие вмешательства, такие как позитронно-эмиссионная томография – компьютерная томография, для пациентов с раком молочной железы, магнитно-резонансная томография по поводу впервые выявленных болей в спине и использование новых ингибиторов PCSK-9 для контроля уровня холестерина. Как показала Клиника Дин, врачи не любят быть в конце рейтинга, и если им были предоставлены относительные социальные рейтинги, они корректируют назначаемые вмешательства, чтобы соответствовать. Этот метод не предусматривает абстрактную информацию, основанную на целевых показателях результативности работы, он скорее полагается на социальный рейтинг, чтобы вызвать конкуренцию. Эта стратегия является относительно недорогой при реализации.

**Во-вторых**, организации должны объединить принципы ментального учета, избегания потерь и относительного социального рейтинга, чтобы предоставлять финансовые вознаграждения отдельно от зарплат с учетом доступной информации о результативности работы коллег. Например, «Адвокат Физишн Партнерс», клинически интегрированная сеть из почти 5000 врачей, вступающих в партнерство с «Ад-

вокат Хелс Кеа Систем», делает индивидуальные рейтинги результативности работы видимыми для всех врачей в своей группе и проводит ежегодную публичную церемонию награждения. Делая упор на ментальный учет и избегание потерь, «Адвокат Физишн Партнерс» распространяет бумажные чеки на вознаграждение, в том числе отчет о незаработанных деньгах и информацию о том, какая результативность необходима для получения дополнительного поощрения (Patel P., Sacks L. Advocate Physician Partners. Personal communication). Аналогичным образом Массачусетская больница общего профиля печатает чеки и отправляет их врачам на дом [19, 20]. Это позволяет семье врача ощущать признание и видеть финансовые выплаты, а также обеспечивает эмоциональное поощрение.

**В-третьих**, организации должны усилить влияние финансовых поощрительных платежей, предоставляя их в те моменты, когда деньги особенно важны. Например, «Адвокат Физишн Партнерс» выплачивает финансовые поощрения примерно 15 апреля (когда начисляются налоги), а Массачусетская больница общего профиля отправляет чеки в начале зимних праздников.

**В-четвертых**, для преодоления инерции и пределов силы воли организации должны изменить процессы оказания медицинской помощи с добавлением дополнительных чеков за определенные важные манипуляции или сделать высококачественную медицинскую помощь стандартом по умолчанию. Например, вместо того чтобы полагаться на врачей для запоминания различных процедур во время визитов в клинику, в Клинике Дин младший медицинский персонал проверяет EHR и связывается с пациентами, чтобы ликвидировать пробелы в оказании медицинской помощи, включая скрининговые анализы на рак, иммунизацию и приверженность лечению при хронических заболеваниях.

## Нерешенные вопросы

Применение поведенческой экономики к поощрению врачей не было подробно исследовано, существует много вопросов. Мы обсуждаем 4 основных нерешенных вопроса.

Таблица 2. Вероятное использование поведенческой экономики для поощрения врачей

Стимулирующий элемент дизайна	Исходный принцип	Пример системы здравоохранения
Необходимо обеспечить видимость социального рейтинга без финансовых поощрений	На людей влияет восприятие того, как результативность их работы сравнивают с достижениями коллег	Клиника Дин показала, что доступный общественности социальный рейтинг улучшает результативность работы врача
Необходимо сделать финансовые вознаграждения очевидными, используя ментальный учет и социальный рейтинг	Ментальный учет, избегание потерь и относительный социальный рейтинг предполагают, что финансовые вознаграждения должны быть отделены от обычных зарплат и что достижения людей должны быть признаны общественностью	Массачусетская больница общего профиля отправляет чеки с финансовым вознаграждением врачам на дом. «Адвокат Физишн Партнерс» проводит церемонию вручения общественных наград. «Адвокат Физишн Партнерс» и «Дин Хелс Систем» делают рейтинги результативности работы доступными для всех врачей и их коллег
Необходимо сделать финансовые вознаграждения очевидными за счет сроков начисления	Очевидность поощрения может быть улучшена путем начисления в периоды, когда платеж, вероятно, будет особенно важен и признан получателем	«Адвокат Физишн Партнерс» выплачивает поощрительные платежи примерно 15 апреля, когда начисляются налоги. Массачусетская больница общего профиля отправляет чеки в начале зимних праздников
Необходимо изменить процессы оказания медицинской помощи	Инфраструктурные и технологические изменения (например, установка высококачественных медицинских услуг по умолчанию в электронной медицинской карте) могут использоваться для преодоления инерции и ограничений силы воли	Клиника Дин представила обзор медицинских записей младшим медперсоналом, чтобы закрыть пробелы в оказании медицинской помощи. Генерический препарат по умолчанию внесен в электронную медицинскую карту

1. Переизбыток вариантов выбора, а также ментальный учет и очевидность поощрения свидетельствуют о том, что наличие слишком много показателей результативности работы и сложность финансовых поощрений являются реальной проблемой. Достоинством системы FFS является то, что она поощряет один показатель: максимизирует единицы относительной стоимости. Попытка улучшить качество и сократить

затраты потребует внедрения нескольких показателей. Существует сложность с наличием достаточного количества показателей для оценки качества медицинской помощи и переизбытком вариантов выбора, но нам неизвестно оптимальное число показателей, позволяющих повысить результативность работы.

2. Наилучшее распределение поощрений между отдельными врачами и их группой неиз-

вестно. В то время как поощрения отдельных лиц могут стимулировать индивидуалистское поведение, наносящее вред группе, поощрение групп может занижать и компрометировать индивидуальные усилия. «Адвокат Физишн Партнерс» теперь предоставляют 70% поощрение на основе индивидуальных результатов врача и 30% на основе результативности работы его/ее группы. Напротив, «Перманенте Медикал Груп» выделяет почти все поощряющие финансовые выплаты на уровне департаментов; ограничивает общий бонус до менее 10% годового оклада; применяет эти выплаты только к показателям качества и обслуживания, а не к стоимости. Эта область требует дальнейших исследований.

3. Использование поощрения для побуждения к экономии может вызвать озабоченность по поводу экономии на оказании медицинской помощи. Это одна из причин того, что системы здравоохранения, как правило, фокусируют поощрения врачей на улучшении качества и безопасности пациентов, а не на сокращении использования недорогих услуг. Важной областью для будущего развития является выявление областей, в которых сосуществуют качественные пробелы и чрезмерные издержки. Такие примеры могут включать медицинские вмешательства, которые, как доказано, имеют одинаковую клиническую эффективность в рандомизированных исследованиях, но меньшую стоимость, например использование гипофракционированного излучения для лечения рака молочной железы на ранних стадиях, или случаи, когда экономия затрат не влияет на качество, например назначение генерических препаратов или поставки лекарств на 90 дней [36, 37].

4. Размер финансовых поощрений, необходимых для изменения различных типов поведения, неизвестен. В модели пакетной оплаты лекарств для неотложной медицинской помощи «Медикеа» врачам удалось получить максимум 25% увеличение оплаты за процедуру при улучшении своего соответствия по показателям качества [38]. Другие организации использовали 2, 5 или 20% базового оклада, и при каждом подходе некоторые факты указы-

вают на многочисленные успехи. Переходя от реальной жизни к науке: связь между размером финансовых поощрений, изменением поведения и уменьшением отдачи требует строгой оценки.

Система здравоохранения США претерпевает значительные изменения при переходе с системы оплаты, основанной на объеме услуг, на систему оплаты, основанную на предоставлении высококачественных медицинских услуг. Многие системы здравоохранения теперь имеют контракты, которые связывают оплату врача с обеспечением более высокого качества и снижают затраты на медицинскую помощь. Они сталкиваются с проблемами при согласовании поведения отдельных врачей с этими новыми моделями оплаты. В дальнейшем систематическое включение принципов поведенческой экономики в разработку поощрений для врачей призвано повысить эффективность этих поощрений. Крайне важно проверить сочетания изменений инфраструктуры, нефинансовых поощрений и стимулирующих выплат врачам в разных условиях. Возможности, которые могут усилить поощрения, включая общественное признание и рейтинги, немедленную обратную связь и экономические параметры по умолчанию, должны быть реализованы и исследованы для оценки того, что работает, а что не работает в разных условиях. Систематическая оценка поощрений позволит системам оказания медицинских услуг создать программы, которые наиболее вероятно будут способствовать оказанию высококачественной помощи.

**Финансирование.** Частично Фонд содружества. Сотрудники финансирующей организации просмотрели рукопись, но не внесли существенных изменений.

**Заявления об отсутствии финансового конфликта интересов.** Д-р Эмануэль (Dr. Emanuel) выступает на платных конференциях и обсуждает закон о доступной помощи, будущее здравоохранения, медицинскую этику; его мемуары и статьи опубликованы в «The Atlantic». Д-р Навате (Dr. Navathe) сообщает о грантах Фонда содружества, полученных в ходе исследования. Д-р Убель (Dr. Ubel) сообщает о личных

сборах от «Хумана», не касающихся представленной работы. Авторы, не названные здесь, не предоставили заявления об отсутствии финансового конфликта интересов. ([www.acronline.org/authors/icmje/ConflictOfInterestForms.do?msNum=M15-1330](http://www.acronline.org/authors/icmje/ConflictOfInterestForms.do?msNum=M15-1330)).

**Вклад авторов публикации.** Концепция и дизайн: E.J. Emanuel, P.A. Ubel, J.B. Kessler, G. Meyer, P. Patel, R. Pearl, M.B. Rosenthal, K. Volpp. Анализ и интерпретация данных: E.J. Emanuel, G. Meyer, R. Pearl, K. Volpp. Составление статьи: E.J. Emanuel, P.A. Ubel, G. Meyer, A.S. Navathe, P. Patel, R. Pearl, A.P. Sen, P. Sherman, K. Volpp. Критический анализ важного интеллектуаль-

ного содержания манускрипта: E.J. Emanuel, P.A. Ubel, J.B. Kessler, G. Meyer, R.W. Muller, A.S. Navathe, P. Patel, R. Pearl, M.B. Rosenthal, L. Sacks, A.P. Sen, P. Sherman, K. Volpp. Итоговое утверждение статьи: E.J. Emanuel, P.A. Ubel, G. Meyer, R.W. Muller, A.S. Navathe, P. Patel, R. Pearl, M.B. Rosenthal, L. Sacks, P. Sherman, K. Volpp. Статистическая экспертиза: R. Pearl. Получение финансирования: K. Volpp. Административная, техническая и логистическая поддержка: A.P. Sen, K. Volpp. Сбор и оформление данных: G. Meyer, L. Sacks.

Текущие адреса авторов и авторские материалы доступны на сайте [www.annals.org](http://www.annals.org).

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Rosenthal M.B., Frank R.G., Li Z., Epstein A.M. Early experience with pay-for-performance: from concept to practice. *JAMA*. 2005; 294: 1788–93. [PMID: 16219882]
- Rosenthal M.B. Beyond pay for performance-emerging models of provider-payment reform. *N Engl J Med*. 2008; 359: 1197–200. [PMID: 18799554]
- Thaler R.H., Sunstein C.R. *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*. New Haven: Yale Univer, 2008.
- Kahneman D. *Thinking, Fast and Slow*. New York: Farrar, Straus & Giroux; 2011.
- Loewenstein G., Asch D.A., Volpp K.G. Behavioral economics holds potential to deliver better results for patients, insurers, and employers. *HealthAff (Millwood)*. 2013; 32: 1244–50. [PMID: 23836740]
- Volpp K.G., Pauly M.V., Loewenstein G., Bangsberg D. P4P4P: an agenda for research on pay-for-performance for patients. *HealthAff (Millwood)*. 2009; 28: 206–14. [PMID: 19124872]
- Ariely D. *Predictably Irrational*. New York: Harper-Collins; 2008.
- Viscusi W.K. Do smokers underestimate risks? *J PolitEcon*. 1990; 98: 1253–69.
- Elbel B., Kersh R., Brescoll V.L., Dixon L.B. Calorie labeling and food choices: a first look at the effects on low-income people in New York City. *Health Aff (Millwood)*. 2009; [PMID: 19808705]
- Samuelson W., Zeckhauser R. Status quo bias in decision making. *J Risk Uncertain*. 1988; 1: 7–59.
- Johnson E.J., Goldstein D. Medicine. Do defaults save lives? *Science*. 2003; 302: 1338–9. [PMID: 14631022]
- Patel M.S., Day S., Small D.S., Howell J.T. 3<sup>rd</sup>, Lautenbach G.L., Nierman E.H., et al. Using default options within the electronic health record to increase the prescribing of generic-equivalent medications: a quasi-experimental study. *Ann Intern Med*. 2014; 161: S44–52. [PMID: 25402402]
- Iyengar S.S., Lepper M.R. When choice is demotivating: can one desire too much of a good thing? *J Pers Soc Psychol*. 2000; 79: 995–1006. [PMID: 11138768]
- Redelmeier D.A., Shafir E. Medical decision making in situations that offer multiple alternatives. *JAMA*. 1995; 273: 302–5. [PMID: 7815657]
- van der Sijs H., Aarts J., Vulto A., Berg M. Overriding of drug safety alerts in computerized physician order entry. *J Am Medinform Assoc*. 2006; 13: 138–47. [PMID: 16357358]
- O'Donoghue T., Rabin M. Doing it now or later. *Am Econ Rev*. 1999; 89: 103–24.
- Lussier J.P., Heil S.H., Mongeon J.A., Badger G.J., Higgins S.T. A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*. 2006; 101: 192–203. [PMID: 16445548]
- Fryer R.J., Levitt S.D., List J.A., Sadoff S. Enhancing the Efficacy of Teacher Incentives through Loss Aversion: A Field Experiment. NBER working paper No. 18237. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2012.

19. Torchiana D.F., Colton D.G., Rao S.K., Lenz S.K., Meyer G.S., Ferris T.G. Massachusetts General Physicians Organization's quality incentive program produces encouraging results. *Health Aff (Millwood)*. 2013; 32: 1748–56. [PMID: 24101064]
20. Meyer G.S., Torchiana D.F., Colton D., Mountford J., Mort E., Lenz E., et al. The use of modest incentives to boost adoption of safety practices and systems, in: Henriksen K., Battles J.B., Keyes M.A., Grady M.L., eds. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Vol. 3: Performance and Tools. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. Accessed at [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/n/aps2v3/advances-meyer\\_41](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/n/aps2v3/advances-meyer_41) on 6 November 2014.
21. Allcott H., Rogers T. The short-run and long-run effects of behavioral interventions: Experimental evidence from energy conservation. *Am Econ Rev*. 2014; 104: 3003–37.
22. Ayres I., Raseman S., Shih A. Evidence from two large field experiments that peer comparison feedback can reduce residential energy usage. *J Law Econ Org*. 2013; 29: 992–1022.
23. Kolstad J. Information and quality when motivation is intrinsic: evidence from surgeon report cards. *Am Econ Rev*. 2013; 103: 2875–2910.
24. Hull C.L. The goal-gradient hypothesis and maze learning. *Psychol Rev*. 1932; 39: 25–43.
25. Lacetera N., Macis M. Social image concerns and prosocial behavior: field evidence from a nonlinear incentive scheme. *J Econ Behav Org*. 2010; 76: 225–37.
26. Baumeister R.F., Bratslavsky E., Muraven M., Tice D.M. Ego depletion: is the active self a limited resource? *J Pers Soc Psychol*. 1998; 74: 1252–65. [PMID: 9599441]
27. Thaler R. Mental accounting matters. *J Behav Decis Mak*. 1999; 12: 183–206.
28. Thaler R. Mental accounting and consumer choice. *Marketing Science*. 1985; 4: 199–214.
29. Shah A.M., Bettman J.R., Ubel P.A., Keller P.A., Edell J.A. Surcharges plus unhealthy labels reduce demand for unhealthy menu items. *J Mark Res*. 2014; 51: 773–89.
30. Jeffery R.W. Financial incentives and weight control. *Prev Med*. 2012; 55 Suppl: S61–7. [PMID: 22244800]
31. Choi J.J., Laibson D., Madrian B.C., Metrick A. Optimal defaults. *Am Econ Rev*. 2003; 93: 180–5.
32. Madrian B.C., Shea D.F. The power of suggestion: inertia in 401 (k) participation and savings behavior. *Q J Econ*. 2001; 116: 1149–87.
33. Petry N.M., Rash C.J., Byrne S., Ashraf S., White W.B. Financial reinforcers for improving medication adherence: findings from a metaanalysis. *Am J Med*. 2012; 125: 888–96. [PMID: 22800876]
34. Baicker K., Congdon W.J., Mullainathan S. Health insurance coverage and take-up: lessons from behavioral economics. *Milbank Q*. 2012; 90: 107–34. [PMID: 22428694]
35. Frank R.G. *Behavioral Economics and Health Economics*. NBER working paper no. 10881. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2004.
36. Bentzen S.M., Agrawal R.K., Aird E.G., Barrett J.M., Barrett-Lee P.J., Bliss J.M., et al; START Trialists' Group. The UK Standardisation of Breast Radiotherapy (START) Trial A of radiotherapy hypofractionation for treatment of early breast cancer: a randomised trial. *Lancet Oncol*. 2008; 9: 331–41. [PMID: 18356109]
37. Gagne J.J., Choudhry N.K., Kesselheim A.S., Polinski J.M., Hutchins D., Matlin O.S., et al. Comparative effectiveness of generic and brand-name statins on patient outcomes: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2014; 161: 400–7. [PMID: 25222387]
38. Centers for Medicare & Medicaid Services. Frequently asked questions about the acute care episode (ACE) demonstration. 2008. Accessed at [www.cms.gov/Medicare/Demonstration-Projects/DemoProjectsEvalRpts/Downloads/ACEMoreInfo.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/Demonstration-Projects/DemoProjectsEvalRpts/Downloads/ACEMoreInfo.pdf) on 6 November 2014.

# Итоги VI Международной конференции «ОРГЗДРАВ–2018. Эффективное управление медицинской организацией»

**VI** Международная конференция «ОРГЗДРАВ–2018. Эффективное управление медицинской организацией» стала главной площадкой для обсуждения цели, поставленной Президентом страны Владимиром Путиным – увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) российских граждан до 78 лет к 2024 г. Эта задача поставлена в Перечне поручений по реализации Послания Президента РФ Федеральному собранию.

«Это сверхзадача для здравоохранения России и всего общества. Она потребует концентрации и объединения усилий, а не вскапывания отдельных грядок на отдельных полянах», – подчеркнула председатель оргкомитета конференции «ОРГЗДРАВ–2018», руководитель Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ), доктор медицинских наук Гузель Улумбекова.

В докладе Гузель Улумбековой прозвучали конкретные предложения, как решить поставленную Президентом РФ задачу. «Для достижения ОПЖ 78 лет нам необходимо применить программно-целевое управление. Это означает выделить приоритеты, сформировать целевые программы с индикаторами, причем как по стране в целом, так и по каждому субъекту РФ, назначить ответственных, сосредоточить необходимые ресурсы для достижения цели и спрашивать за результат. Главные проблемы, на которых мы должны сконцентрироваться в ближайшие 6 лет, – это сохранение здоровья российских мужчин (они живут на 10 лет меньше, чем российские женщины), снижение смертности детей и подростков

(она в 2 раза выше, чем в «новых-8» странах ЕС) и здоровье сельских жителей (их продолжительность жизни на 2 года ниже, чем городских)».

По данным за 2011–2016 гг., ВШОУЗ была проведена количественная оценка влияния главных факторов на продолжительность жизни в РФ. Социально-экономические условия (уровень валового регионального продукта на душу населения) определяют ОПЖ в России на 37%, образ жизни (потребление алкоголя, распространенность курения) – на 33%, финансирование и деятельность здравоохранения – на 30%. ВШОУЗ также рассчитал сценарные условия достижения ОПЖ 78 лет к 2024 г.: при росте ВВП на 4% ежегодно и снижении потребления алкоголя на 40% потребуются увеличение финансирования здравоохранения на 10–15% ежегодно в постоянных ценах. «Из этого следует, – сказала Гузель Улумбекова, – что потребуются сформировать программы по двум взаимосвязанным стратегическим направлениям.

**Первое** – реализация межведомственной программы по общественному здоровью и формированию у населения страны здорового образа жизни под руководством специального Совета при Правительстве РФ с участием и ответственностью всех заинтересованных министерств и ведомств. Среди них: Министерство образования, Министерство связи и массовых коммуникаций, Министерство по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Министерство спорта, Министерство сельского хозяйства.

**Второе направление** – повышение доступности и качества медицинской помощи. В этой

части предложены научно-клинические и организационно-клинические целевые программы. Научно-клинические программы направлены на снижение смертности от причин, которые суммарно (прямо и косвенно) определяют более 80% смертей в РФ: болезни системы кровообращения, внешние причины, злокачественные новообразования, инфекционные болезни. Это зона ответственности здравоохранения и Российской академии наук».

В части организации здравоохранения она предложила разработать новые и развить имеющиеся программы. Это – «Шаговая доступность первичного звена – для всех граждан», «Лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях – для всех граждан», «Повышение квалификации медицинских кадров и качество медицинской помощи – на уровне мировых стандартов», «Высокая эффективность управления в системе здравоохранения», «Достойный уход за старшим поколением и инвалидами».

По всем программам ВШОУЗ рассчитала и представила целевые значения индикаторов по годам до 2024 г. «Уверена, РАН совместно с Минздравом должен принять самое активное участие в разработке предложенных программ. Под руководством ведущих клиницистов, академиков РАН в самые кратчайшие сроки необходимо создать рабочие группы и разработать проекты программ. Срок представления программ в Правительство должен быть не позже 1 сентября 2018 г. Это необходимо, чтобы предусмотреть соответствующие расходы в бюджетных корректировках на 2019–2021 гг.». Опионион-лидеры и ведущие эксперты по специальностям представили к обсуждению свои подробные предложения по вышеназванным программам. Все мнения сошлись на том, что цель «78 лет» достижима только, если всероссийское общество будет буквально пронизывать приверженность здоровому образу жизни (ЗОЖ). Заместитель руководителя Исполкома Общероссийского народного фронта (ОНФ) по проектной работе Яна Лоншакова отметила, что «темы ЗОЖ, профилактики и раннего выявления заболеваний обсуждались и ранее на площадках ОНФ». ОНФ готов активно подключиться и помочь в этой работе – планиру-

ется обсуждение межведомственной программы по ЗОЖ на площадке ОНФ, чтобы затем представить эту программу в Правительство РФ».

Все эти меры невозможно реализовать без увеличения финансирования здравоохранения. Общую позицию врачебного сообщества по этому вопросу озвучил президент Национальной медицинской палаты, д.м.н., проф. Леонид Рошаль: «Желание выполнить поручение Президента РФ о повышении заработной платы привело в этом квартале во многих регионах к повышению кредиторской задолженности. Кому-то повысили, кому-то нет, а финансирование не прибавили. Это все дело Министерства финансов РФ. Я всегда критикую его, и сейчас тоже. И эти все уловки, как они пытаются нам представить, что чуть ли не 4–5% ВВП – финансирование здравоохранения сейчас и что мы живем как в шоколаде, это вообще смешно – при наличии 3,3–4% ВВП. Мы об этом говорим открыто и Президенту страны. И подвижки в этом плане есть. Львиная доля дополнительных денег в здравоохранении должна пойти на решение кадрового вопроса: и по численности, и по повышению квалификации».

Тему закредитованности регионов продолжил академик РАН, член Президиума РАН д.м.н., проф. Владимир Стародубов: «У нас все финансирование ушло на повышение заработной платы и коммуналку, нет достаточного количества расходных материалов, нет достаточного количества медикаментов, для того чтобы адекватно лечить. Мы во всех субъектах РФ должны одинаково оказывать медицинскую помощь, и медицинские работники должны при этом получать адекватную заработную плату вне зависимости от региона. Здесь нужно вносить какие-то коррективы. Думаю, что новое Правительство РФ над этим серьезно подумает».

Приобрести второе дыхание, призвал организаторов здравоохранения первый заместитель председателя комитета Совета Федерации по социальной политике, к.э.н. Игорь Каграманян: «Сейчас нужно подтянуться организаторам здравоохранения. У нас прекрасные практикующие врачи, медицинские сестры, оснащение. Гениальный хирург и организатор

здравоохранения Николай Пирогов говорил, что “к достижению благих результатов в военно-полевых госпиталях необходима не столько научная хирургия и врачебное искусство, сколько дельная и хорошо учрежденная администрация. К чему служат все искусные операции, все способы лечения, если раненые и больные будут поставлены в такие условия, которые вредны и для здоровых?”. Нужно существенно повысить качество управления каждой медицинской организацией. Мы говорим о задаче увеличения продолжительности жизни – это не просто макрозадача для федерального и региональных министерств. Каждый главный врач должен ощущать свою часть в этом большом деле. Сейчас все должны приобрести второе дыхание, как в спорте».

Тем более что условия, в которых работают организаторы здравоохранения, постоянно меняются. Михаил Мурашко, д.м.н., руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения сообщил, что на Третьем глобальном министерском саммите по безопасности пациентов была принята Токийская декларация по безопасности пациентов. Современные системы безопасности пациентов должны быть созданы во всех странах, и в России этой теме будет уделяться пристальное внимание.

«Согласно положениям документа, небезопасная медицинская помощь представляет собой проблему в глобальном масштабе, поскольку несет человеческие страдания, нагрузку на финансы системы здравоохранения, потерю доверия к ней и к Правительству РФ», – подчеркнул глава ведомства.

Для того чтобы обеспечить качество и безопасность медицинской помощи в соответствии с мировыми стандартами, необходимо вывести на качественно новый уровень подготовку управленческих кадров. Генеральный директор ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, к.м.н. Игорь Иванов отметил, что «современные организаторы здравоохранения: руководители медицинских организаций, руководители органов здравоохранения субъектов РФ должны быть квалифицированными, обученными, владеющими современными технологиями управления по обеспечению качества и безопасности. И конференция “ОРГЗДРАВ-2018” – это площадка, которая позволяет сегодня представить международные практики, опыт.

А главное, здесь говорят на одном языке, и не просто о достижениях, а обсуждают проблемы и то, что необходимо сделать для их решения».

*Подготовлено редакцией журнала*



# Здравоохранение в России: мнение главных врачей

**Н**а VI Международной конференции «ОРГЗДРАВ–2018. Эффективное управление медицинской организацией» состоялся опрос организаторов здравоохранения из различных регионов России.

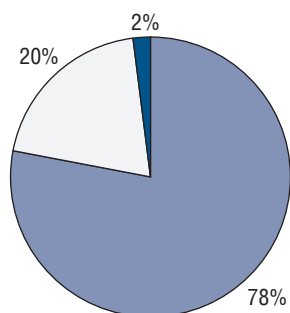
Ведущие медицинские эксперты представили к обсуждению подробные предложения по стратегическим направлениям развития здравоохранения РФ до 2024 г. Это межведомственная стратегия формирования здорового образа жизни, борьба с онкологическими заболеваниями, снижение смертности в трудоспособном возрасте, охрана здоровья детей и подростков, обеспечение инфекционной безопасности. Модератором

данной сессии выступил Игорь Каграманян, кандидат экономических наук, первый заместитель председателя комитета Совета Федерации по социальной политике. Все мнения сошлись на том, что цель «ожидаемая продолжительность жизни – 78 лет» достижима только в том случае, если приверженность всего российского общества здоровому образу жизни выйдет на новый уровень.

На пленарных заседаниях эксперты ответили на главные вопросы руководителей лечебных учреждений, а сами организаторы здравоохранения выразили свое мнение, приняв участие в опросах.

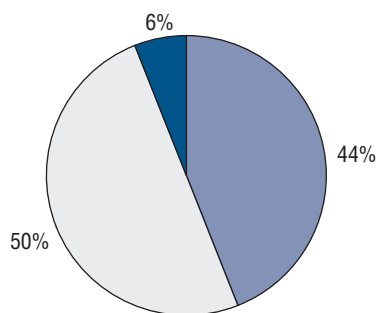
## Пленарное заседание «Здравоохранение и общество: как ответить на вызовы времени»

Как надо изменить подходы в управлении здравоохранением?

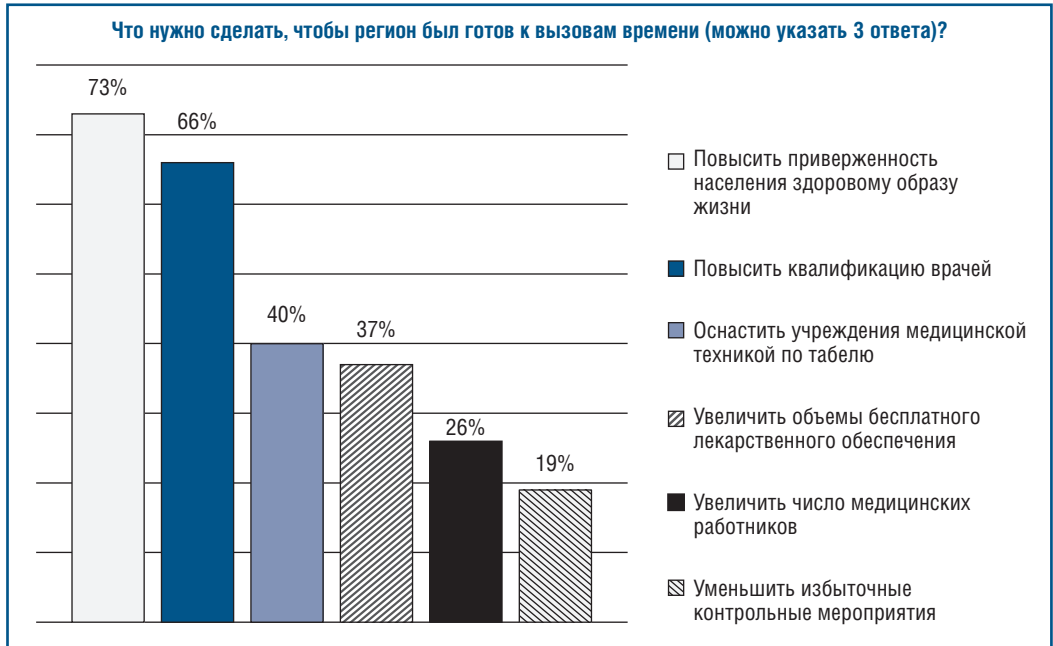


- Дать большую свободу в управлении на всех уровнях, но с усилением персональной ответственности за результат
- Усилить централизацию управления, ужесточение требований регламентирующих документов и приказов
- Ничего менять не надо

Оцените готовность вашего региона к ответу вызовам времени в здравоохранении?



- Да, готов
- Частично готов
- Совсем не готов

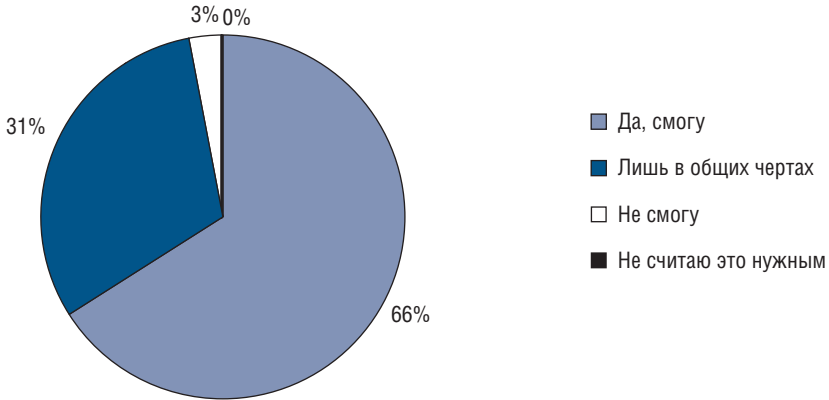


**Пленарное заседание «Приоритетные направления здравоохранения до 2024 г.: на пути формирования национальных программ»**



## Пленарное заседание «Информатизация здравоохранения: актуальные требования и отдача от внедрения»

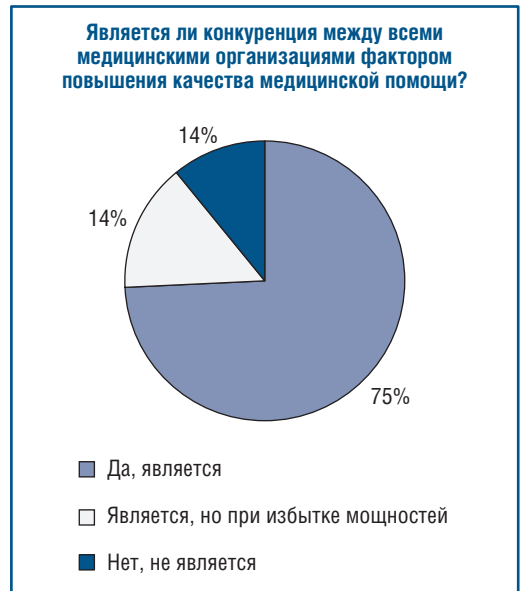
Сможете ли вы объяснить своим подчиненным, что такое искусственный интеллект в медицине?



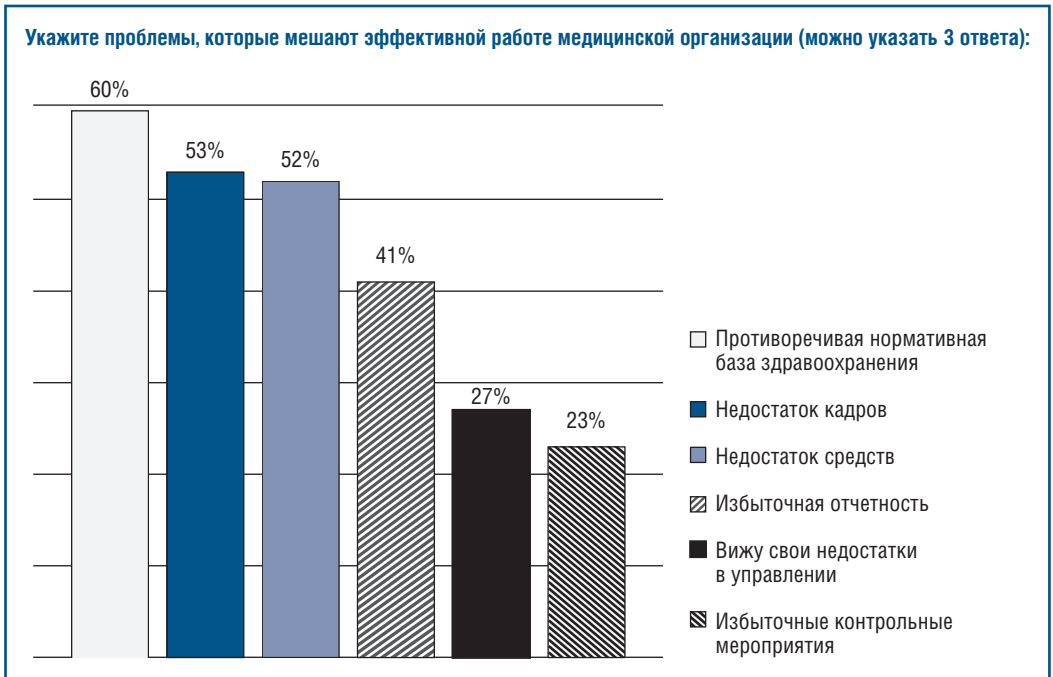
Какие проблемы мешают внедрению современных информационных подходов в здравоохранении?



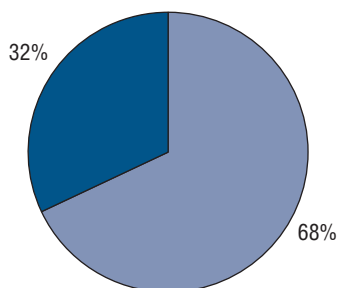
## Пленарное заседание «Государственная и частная медицина: баланс интересов во благо пациентов»



## Пленарное заседание «Диалог сторон: регуляторы и главные врачи. Назревшие непростые, но крайне необходимые решения»

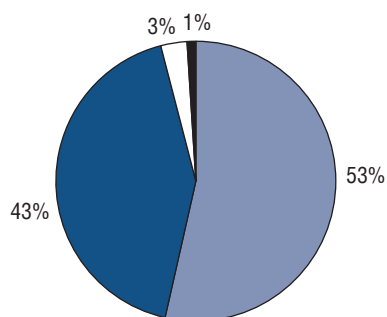


Способствует ли наличие страховых медицинских организаций (СМО) повышению качества и доступности медицинской помощи?



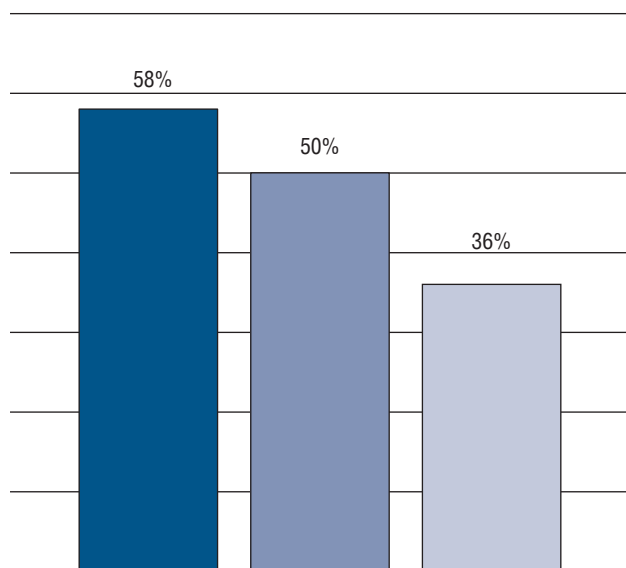
- Не способствует, СМО – лишнее звено
- Да, способствует

Как вы оцениваете уровень качества и безопасности медицинской помощи в РФ?



- Удовлетворительный
- Неудовлетворительный
- Крайне неудовлетворительный
- Хороший

Чем может быть обусловлено неудовлетворительное качество и безопасность медицинской помощи в условиях равного финансирования, обеспечения площадями и оборудованием (можно указать 2 ответа)?



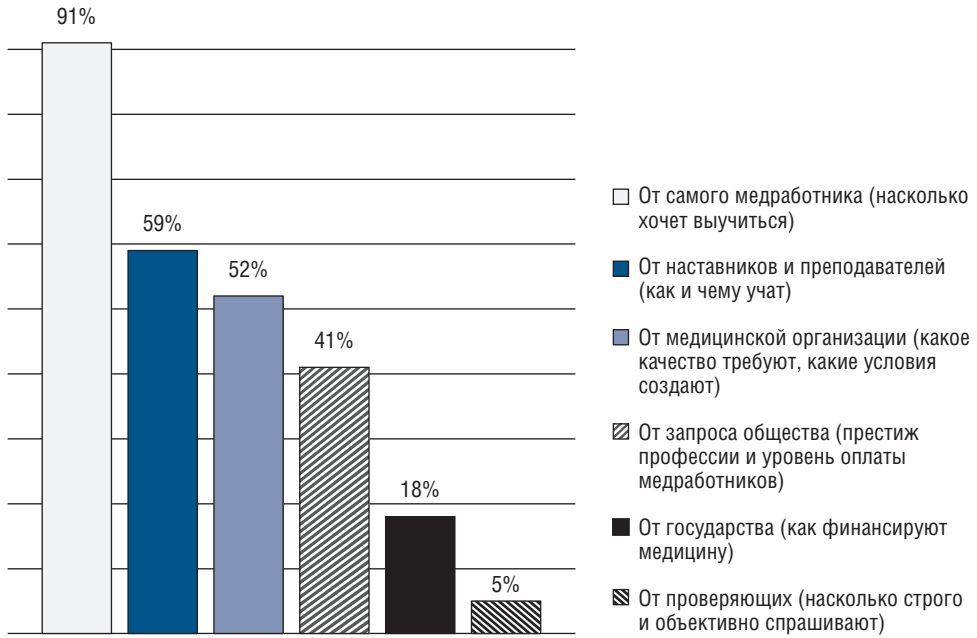
- Это связано с плохой организацией процессов, обеспечивающих безопасность пациентов в медицинских организациях
- Недостаток управленческих компетенций по этим вопросам
- Это связано с недостаточной квалификацией медицинских кадров



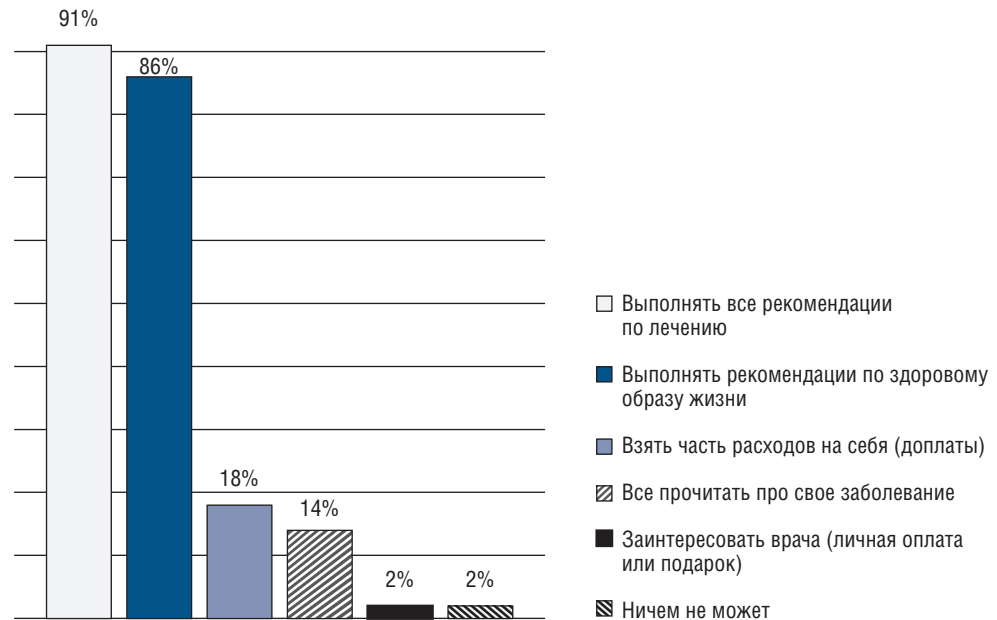
**Пленарное заседание «Диалог сторон: врачи, пациенты и СМИ. Как укрепить взаимное доверие?»**



**От кого в большей степени зависит квалификация врача (можно указать 3 ответа)?**



**Чем пациент должен помочь врачу (можно указать 3 ответа)?**



## ТЕЗИСЫ

### VI Международной конференции «ОРГЗДРАВ–2018. Эффективное управление медицинской организацией» (19–20 апреля 2018 г., Москва)

Гостимский А.В., Лисовский О.В., Селиханов Б.А.

---

#### Симуляционное обучение клинических ординаторов различных специальностей

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Практическая подготовка клинических ординаторов направлена на определенный ограниченный спектр навыков. В преддверии специализированной аккредитации слушатели готовятся к прохождению объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ), однако навыки, необходимые для каждого специалиста, могут носить факультативный характер. Слушатели имеют теоретические знания и не всегда могут показать алгоритмы выполнения на практике. Таким образом, навыки оказания неотложной помощи должны быть обязательными для клинических ординаторов всех специальностей.

**Актуальность.** Во время прохождения симуляционных циклов клинические ординаторы различных специальностей успевают освоить ограниченное количество навыков. В основном это манипуляции, направленные на освоение профессиональных компетенций, характерных для своей специальности. Однако многие навыки, изучаемые на додипломном уровне, остаются необязательными. Так, например, навыки оказания неотложной помощи носят ограниченный перечень. Для многих специальностей предусмотрено обучение базовой сердечно-легочной реанимации, но оно не включено в обязательный перечень оказания помощи при удавлении и различных видах шока. Таким образом, клинические ординаторы знают основы первичной реанимации и не могут вспомнить приемы Геймлиха. При этом для клинических ординаторов важно уметь владеть всеми навыками оказания неотложной медицинской помощи до окончания обучения. Это и пункция плевральной полости, коникотомия, остановка наружного кровотечения и принципы транспортной иммобилизации. Полученные знания и изучение алгоритмов в теории при отсутствии их применения на практике, как правило, быстро теряются. Наибольшую эффективность в закреплении навыков оказания неотложной помощи имеют симуляционные методы обучения. В ходе прохождения симуляционных курсов слушатели получают возможность многократно повторять манипуляции в условиях, имитирующих реальные клинические ситуации.

**Цель исследования** – определить и улучшить степень владения навыками оказания неотложной помощи у клинических ординаторов различных специальностей в ходе симуляционного обучения.

**Материал и методы.** В симуляционном центре и на кафедре общей медицинской практики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета в 2016/2017 учебном году прошли обучение клинические ординаторы всех специальностей (хирургия, терапия, педиатрия, реаниматология, неврология, остеопатия, мануальная терапия и др.). В исследование вошли 267 клинических ординаторов по различным специальностям. Все исследуемые анкетированы для определения уровня владения навыками оказания неотложной помощи до и после прохождения



симуляционных курсов. Для анкетирования были выбраны следующие навыки: оказание неотложной помощи при пневмотораксе; остановка артериального и венозного кровотечений; неотложная помощь при переломах длинных трубчатых костей; неотложная помощь при попадании инородного тела в верхние дыхательные пути.

**Результаты.** В ходе анкетирования до прохождения симуляционных циклов выявлено, что большинство клинических ординаторов терапевтической направленности (педиатры, терапевты, неврологи и др.) отметили неудовлетворительный уровень владения навыками оказания неотложной помощи, что подтвердилось при проверке вышеуказанных навыков на практике. Лишь в 39% наблюдений слушатели отметили уверенное владение частью проверяемых навыков, допуская незначительные ошибки. Следует отметить, что клинические ординаторы хирургических специальностей и реаниматологи показали хорошие результаты в 65,2% наблюдений. Ошибки, допущенные обучающимися, были негрубыми. Однако 34,8% испытуемых не справились с заданием. После прохождения симуляционных циклов все навыки оказания неотложной помощи клинические ординаторы отработали на практике и закрепили полученные знания в ходе многократного повторения манипуляций. После практической подготовки проведено зачетное занятие, и клинические ординаторы отметили достаточный уровень владения навыками в 92,4% по всем специальностям.

**Заключение.** Применение симуляционных методик в ходе обучения клинических ординаторов всех специальностей необходимо для формирования профессиональных компетенций. Однако навыки оказания неотложной помощи должны быть введены в структуру обучения клинических ординаторов всех специальностей и отрабатываться на всех этапах последипломного образования.

**Данилов А.В.**

## Повышение эффективности управления медицинскими организациями региона на основе технологии бенчмаркинга и оценок удовлетворенности качеством медицинских услуг

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Воронежской области, Воронеж

В работе описывается инновационный подход к управлению медицинскими организациями региона в рамках системы управления качеством медицинской помощи, соответствующей требованиям межгосударственных стандартов ISO 9001. Подход основан на использовании средств измерения удовлетворенности пациентов качеством оказанных медицинских услуг, получения на их основе оценок для последующего проведения инструментального бенчмаркинга деятельности медицинских организаций и выработки управленческих решений.

**Цель** исследования заключается в разработке одного из инновационных подходов к управлению медицинскими организациями региона, внедряемых в систему управления качеством медицинской помощи, реализованную с учетом требований межгосударственных стандартов ISO 9001 и отечественных стандартов «Системы менеджмента качества» – действующих ГОСТ Р 53092-2008, ГОСТ Р 54732-2011 и ГОСТ Р 56036-2014. Актуальность исследования обусловлена недостаточной проработкой положений этих стандартов применительно к отрасли здравоохранения, необходимостью изучения качества оказанной медицинской помощи с позиции сферы потребления – пациента, формирования соответствующего методического подхода к измерению удовлетворенности пациентов качеством оказанных медицинских услуг, выработки управленческих решений на основе получен-

ных оценок. К основным, используемым в рассматриваемом подходе, относятся методы социологического опроса SERVQUAL, GAP-анализа (выявление несоответствий, разрывов), инструментального бенчмаркинга и принятия управленческих решений. Выбор метода SERVQUAL определен высокой точностью результатов измерения, доказанной в мировой практике. Валидность шкал подтверждена путем расчета значения коэффициента надежности (альфа Кронбаха) для шкал восприятия и ожидания в диапазоне 0,87–0,90. Данный метод разработан с целью преодоления сложности перевода абстрактных рассуждений о качестве услуг в плоскость конкретных управленческих решений по улучшению качества обслуживания потребителей. Вопросы анкеты разбиваются на 2 раздела: первый связан с ожиданиями пациентов о получаемых медицинских услугах, второй касается восприятия пациентами полученных услуг.

Вопросы образуют 5 критериев качества: материальность, надежность, отзывчивость, убедительность, сочувствие. Ответы на вопросы оцениваются по 5-балльной шкале Лайкерта: 5 баллов означают полное согласие с утверждением, 1 балл – полное несогласие. Остальные значения (2, 3 и 4) отражают степень приближения к той или иной крайней точке зрения. По каждому вопросу анкеты рассчитывали показатель оценки качества услуг путем вычитания значений уровня ожиданий из полученных значений уровня восприятий. Далее определенные по методике SERVQUAL значения критериев отображаются на элементы организации. Такое соответствие позволяет оценить определенный тип отношений, который возникает между элементами как во внутренней среде организации, так и между элементами организации и внешней средой.

Например, критерий «Материальность» дает представление о структуре, отвечает за отношения между подразделениями и подпроцессами. Критерий «Надежность» отражает степень ответственности за отношения «организация–пользователь». Критерий «Отзывчивость» показывает отношения, сформированные контактом с пациентом, и, вероятно, является ключевым параметром. Критерий «Убедительность» выражает отношение «пациент – кадровые ресурсы», т.е. оценивает профессиональный уровень. Критерий «Сочувствие» показывает отношение менеджмента к пациентам (обратная связь).

Степень удовлетворенности качеством медицинской помощи определяли для застрахованных лиц, получивших специализированную медицинскую помощь. Репрезентативность выборочной совокупности рассчитывали по формуле для неповторного отбора. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы SPSS Statistics. Полученная по методике SERVQUAL информация и результаты GAP-анализа о значениях критериев удовлетворенности качеством оказанной медицинской помощи предназначены для главных врачей медицинских организаций при выборе корректирующих и предупреждающих действий, направленных на совершенствование деятельности медицинских организаций.

Проведенные за полугодие во всех медицинских организациях региона социологические опросы (по методике SERVQUAL) с последующей обработкой значений критериев позволяют сформировать данные для проведения процедуры бенчмаркинга. В качестве инструментальных средств бенчмаркинга использована методология анализа среды функционирования (программное обеспечение Banxia Frontier Analyst). В результате применения такой методологии получаем границу эффективности, разделяющую медицинские организации на 2 группы: медицинские организации-лидеры и медицинские организации-аутсайдеры. По степени отдаления от границы эффективности можно определить величину отставания от организации-лидера, т.е. для измеренных в каждой медицинской организации показателей качества можно установить целевые показатели, к которым организация должна стремиться для достижения показателей лучшей практики. Полученная информация используется органами управления здравоохранением региона. Предложенный подход отвечает требованиям международных стандартов качества и позволяет реализовать одну из подсистем современной системы управления качеством медицинских услуг, повысить эффективность управления медицинскими организациями региона.

Дюков А.Б.

## Эффективные технические решения на службе здравоохранения региона

ООО «Нетрика», Санкт-Петербург

В докладе приведены следующие региональные сервисы: сервис записи на прием к врачу; управление очередями; обмен данными лабораторных исследований; интегрированная электронная медицинская карта. По каждому региональному сервису приводятся возможности по обучению искусственного интеллекта на основе накопленной в сервисах информации и применения созданной системы в практических целях.

Сформировавшаяся экспертиза по информатизации здравоохранения в 13 регионах России заставляет задуматься об эффективных технических решениях на службе здравоохранения региона, в том числе таких сравнительно недавно вошедших в широких обиход, как искусственный интеллект. По бурному развитию вычислительной техники за последние полвека мы можем только догадываться, как в ближайшее время еще изменится наша жизнь. Судите сами, с 1941 г., когда Конрадом Цузе был изобретен первый программируемый компьютер, осуществлявший 1 операцию в секунду, мощность компьютеров увеличилась в  $10^{15}$  раз. Телефон в нашем кармане в десятки раз мощнее настольного компьютера начала 2000-х гг. Физические ограничения позволяют говорить о том, что через десяток-другой лет появятся переносимые устройства мощностью как у человеческого мозга, а еще через полвека – как у всех 10 млрд людей, и таких устройств будет масса. Именно развитие вычислительных мощностей позволяет компьютерам распознавать речь, управлять автомобилями, анализировать снимки инструментальных исследований. При этом масштабность и сложность задач регионального уровня требует применения подобных высоких технологий для упрощения обработки колоссального потока имеющейся на уровне регионального здравоохранения объема информации. Приведем примеры применения по сервисам.

**Сервис записи на прием к врачу.** Реализована функция отложенной автоматической записи на прием к врачу исходя из заданных пациентом критериев возможного посещения врача. По сути, пациент задает несложный алгоритм (обучает систему), а та в ответ при соответствующей возможности реализует заданный алгоритм. В целом объем данных позволяет говорить о том, что система может обучиться (наподобие «Яндекс. Пробки») и в дальнейшем может выступать предсказателем загруженности медицинской организации в зависимости от сезона, динамики заболеваемости населения, что можно использовать для планирования отпускного периода, ремонтов, закупок расходного материала и лекарственного обеспечения и т.д.

**Управление очередями.** Через данные регионального сервиса проходит вся информация о направлениях на консультации к специалистам, МРТ/КТ и плановые госпитализации. Сервис содержит уникальную по ценности информацию обо всех произошедших нецелевых или несвоевременных направлениях. Если обучить нейронную сеть по этому объему данных, в дальнейшем врач на месте, выбрав, например, нецелевое направление, сможет сразу получать от системы подсказку, что данное направление в таком-то количестве случаев бывает отклонено целевой медицинской организацией.

**Обмен данными лабораторных исследований.** Содержит в себе уникальную по ценности информацию по эффективности работы централизованных лабораторий и лабораторной службы в целом. Тут исходя из загруженности лабораторной службы возможно применение искусственного интеллекта, например, для диспетчеризации лабораторных направлений.

**Интегрированная электронная медицинская карта.** Содержит информацию о заболеваемости и исходах лечения, что при должной проработке в конечном итоге должно привести к использованию данной накопленной информации для наращивания базы знаний для доказательной медицины.

Карайланов М.Г., Русев И.Т., Прокин И.Г.

## Эффективность медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь путем внедрения бережливого производства

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург

Развитие и совершенствование первичной медико-санитарной помощи должно быть направлено на обеспечение доступности медицинской помощи для всех групп населения, удовлетворение потребности населения в квалифицированной медицинской помощи, повышение эффективности работы медицинских организаций. Управлять здравоохранением невозможно без определения приоритетных целей, показателей их достижения и параметров эффективности использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) составляет неотъемлемую и самую объемную часть всей системы здравоохранения. В настоящее время актуальной проблемой является пересмотр существующих ранее моделей организации ПМСП. Медицинские организации пытаются сделать процесс оказания медицинской помощи более комфортным и располагающим путем внедрения бережливого производства. Изначально система бережливого производства была разработана и успешно применена в конце XX в. на автомобильном заводе-гиганте «Тойота». Сегодня ее внедряют в деятельность организаций самой разной профессиональной направленности, а в последнее время концепция бережливого производства приходит в медицинские организации. Это одна из концепций управления, направленная на минимизацию всех возможных издержек, которая предусматривает не только участие руководства, но и всех сотрудников в производственных процессах. На принципах бережливого производства основывается «бережливая поликлиника», которая является современным инновационным проектом в Российской Федерации, запущенным в ноябре 2016 г. и основанным на бережливых технологиях. Данный проект начал свою реализацию в Ярославской, Калининградской областях и в Севастополе, где были созданы специальные рабочие группы. В настоящее время все результаты обрабатываются и внедряются, в дальнейшем намечено тиражирование на другие медицинские организации, оказывающие ПМСП. Основной идеей бережливого производства является ежедневное непрерывное бесконечное совершенствование. В бережливое производство входит множество инструментов управления, которые сами по себе просты, но их применение требует некоторых усилий как от руководства, так и от тех сотрудников, которые непосредственно участвуют в улучшении процессов. При этом необходимо отметить, что бережливое производство не решает проблемы организации здравоохранения, а является лишь общим подходом к минимизации потерь и повышению эффективности деятельности организации. Одним из самых эффективных и важных на сегодняшний день является система «5С», которая позволяет создать необходимые стартовые условия для реализации сложных процессов и обеспечить их высокую эффективность. «5С» – это система наведения порядка, чистоты, укрепления дисциплины, повышения производительности и создания безопасных условий труда с участием всего персонала. Она включает 5 принципов организации рабочего места, которые обеспечивают хороший визуальный контроль над рабочим процессом (каждое из названий данных принципов в японском языке начинается с буквы «С»):

1. **Сортировка (сейри)** – отделить необходимые предметы (например, инструменты, документы) от ненужных, чтобы впоследствии избавиться от последних.
2. **Рациональное расположение (сейтон)** – упорядочение оставшихся предметов для удобного и рационального использования.

3. **Уборка (сейсо)** – сохранять рабочее место в чистоте.

4. **Стандартизация (сейкецу)** – быть предельно аккуратным за счет выполнения первых трех «С».

5. **Совершенствование (сицукэ)** – соблюдать дисциплину, обеспечивающую выполнение первых четырех «С», чтобы в результате все пункты вошли в привычку.

Основываясь на этих простых правилах, медицинская организация может разработать собственный стандарт оказания ПМСП. При этом очень важно знать все виды потерь, так как это тоже одна из основ бережливого производства:

- перепроизводство, т.е. ненужные и слишком большие отчеты;
- дублирование поручений, выполнение лишних движений;
- неудобное расположение оргтехники, поиск необходимого;
- отсутствие памяток и инструкций;
- ненужная транспортировка, передача документов вручную;
- потеря времени на пути к совещанию;
- лишние запасы, которые выражаются в виде залежей канцтоваров, бумаги, накоплении нерассмотренных вопросов и т.д.;
- избыточная обработка;
- огромное количество отчетов;
- периоды ожиданий и огромные очереди даже при электронной записи;
- медленная работа информационных систем;
- переделка и брак и т.д.

В медицинской практике возможно несколько вариантов применения бережливых технологий. Решения по оптимизации процесса могут быть различными, но, как правило, медицинские организации, оказывающие ПМСП, имеют приоритет в выборе процессов: запись на прием к врачу, получение льготных лекарственных препаратов и амбулаторные приемы участковых терапевтов как наиболее острые и затратные проблемы медицинских организаций. Совершенствуя именно их, можно добиться наиболее интересного и значимого результата для удовлетворенности не только пациентов, но и медицинского персонала. Главной задачей внедрения бережливого производства является создание доброжелательной атмосферы в медицинской организации, формирование желания у прикрепленного населения приходить и заниматься собственным здоровьем, в том числе профилактикой. Стандарт оказания ПМСП, основанный на системе 5С и бережливых технологиях позволит создать действительно удобный и качественный сервис для пациентов.

**Морозов С.П., Кузьмина Е.С., Ледихова Н.В., Гусева Е.Б., Трофименко И.А.,  
Владимирский А.В.**

## **Цикл управления качеством и изменениями лучевой диагностики в масштабе московской агломерации**

ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской радиологии» Департамента здравоохранения г. Москвы

Ключевой инструмент обеспечения качества диагностики – аудит (так называемый «двойной просмотр» или англ. peer review) результатов диагностических исследований. Это глобально признанный подход, заключающийся в повторном анализе случайно сформированной выборки диагностических изображений квалифицированным врачом-экспертом для выявления расхождений, ошибок, неточностей и их методического устранения. Такой «двойной просмотр» является обязательным

компонентом деятельности отделений лучевой диагностики во многих странах Европы, Америки и Азии; однако, как правило, он ограничен стенами конкретного отделения. В отдельных случаях, такой контроль осуществляется внутри сетевых клинических центров (т.е. в рамках одного юридического лица). Типичный финал «двойного просмотра» – это разбор выявленных ошибок в виде клинических конференций, анализ и обсуждение допущенных неточностей. При этом конкретные шаги по изменению ситуации, как правило, не предлагаются.

Нами было выдвинуто предположение, что существующие подходы к «двойному просмотру» должны быть коренным образом улучшены. В связи с этим нами были предприняты следующие шаги.

1. Мы отказались от сугубо количественного подхода (т.е. от исключительного подсчета количества различных расхождений и ошибок). Наша концепция аудита построена на принципах качественного анализа. Суть этого подхода состоит в:

- выявлении расхождений и их классификации;
- определении случайных и системных недостатков;
- формировании индивидуальных решений по обеспечению качества;
- рейтинговании сотрудников, отделений, организаций.

2. Дискретное проведение проверочных мероприятий полагаем полностью устаревшим. Методическое, технологическое и нормативно-правовое развитие телемедицинских технологий создало основу для формирования единого цифрового пространства службы лучевой диагностики, в рамках которого аудит может осуществляться системно. Иначе говоря, от контроля в отдельном учреждении или филиальной сети мы перешли к системному мониторингу качества в совокупности юридических лиц, образующих сеть медицинских организаций региона. Фактически мы говорим о переходе от аудита к телеаудиту (дистанционному аудиту).

3. Локальный разбор выявленных при пересмотре ошибок представляется явно недостаточным и не обеспечивающим гарантированного изменения ситуации к лучшему. Тем более, что на качество результатов лучевых исследований могут влиять различные факторы: связанные с врачом, с рентгенолаборантом, с организацией производственного процесса. В связи с этим нами сформированы подходы к формированию индивидуальных стратегий повышений качества, включающие:

- комплексы образовательных мероприятий узкой тематической направленности (очные и дистанционные курсы, вебинары, мастер-классы, доступные как в реальном времени, так и в виде записей);
- консалтинг по организационным аспектам деятельности отделения лучевой диагностики, включая свободное предоставление утвержденных методических рекомендаций, нормативно-правовых документов;
- углубленный очный аудит работы отделения лучевой диагностики с целью улучшения маршрутизации пациентов, лучевой безопасности и т.д.

Таким образом, нами сформирована методология дистанционного аудита (телеаудита) результатов радиологических исследований, включающая:

- обоснование метрик корректности проведения исследования, полноты и качества описаний и заключений;
- унификацию расхождений, выявляемых при аудите, и создание соответствующей классификации;
- разработку методики применения телемедицинских технологий для контроля качества;
- обоснование применения методов обработки естественного языка для контроля качества в лучевой диагностике;
- разработку способа рейтингования по итогам аудита;
- обоснование принципов формирования персонализированных стратегий повышения качества.

Методология телеаудита внедрена в работу ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской радиологии» Департамента здравоохранения г. Москвы (ДЗМ) и сети городских поликлиники ДЗМ. Научные разработки легли в основу методических рекомендаций, утвержденных ДЗМ, «О порядке проведения аудита качества исследований КТ, МРТ, ПЭТ-КТ, маммографии» (№ 38 от 29.12.2016). Технологической основой для внедрения стал Единый радиологический информационный сервис (ЕРИС). С использованием технических возможностей ЕРИС в 2015–2017 гг. проведено 48 520 телеаудитов. Для анализа случайным образом формируется выборка деперсонализированных исследований; всего для контроля отбираются результаты 7–10% исследований, проводимых в сети городских поликлиник ДЗМ.

Внедрение авторской концепции (телеаудит в сочетании с индивидуальными стратегиями повышения качества) обеспечило достоверное снижение удельного веса расхождений (в том числе клинически значимых) на 56%.

**Осетрова О.В., Гущина О.А.**

## Принципы принятия решений в паллиативной помощи. Ключ к паллиативной помощи – обезболивание

Автономная некоммерческая организация «Самарский хоспис»

В идеале пациенты, члены его семьи и команда специалистов паллиативной помощи совместно обсуждают вопросы планирования и предоставления паллиативной помощи, принимая во внимание предпочтения пациента, имеющиеся ресурсы и рекомендации квалифицированного специалиста. Изменение состояния пациента, его функциональных возможностей приводит к изменению режима лечения, требует постоянного обсуждения и адаптации индивидуального плана оказания помощи на всем протяжении болезни.

Рассматривается необходимость принимать непростые решения в отношении продолжения или прекращения активного лечения различных метаболических или гематологических нарушений, выявляемых у больных в терминальной фазе их заболевания. Принятие подобных решений в некоторых случаях может быть очень сложным и комплексным, должно быть в пределах этических норм: пользы, безвредности, справедливости и уважения к личности и желаниям пациента. Необходимо достигать баланса между агрессивными методами лечения, приводящими к ухудшению качества жизни и неиспользованию методов лечения, которые могут иметь симптоматически положительное действие. Каждый пациент – личность со своими уникальными нуждами, желаниями, надеждами и обстоятельствами. В каждом случае схема необходимых мероприятий должна быть индивидуализована. Несмотря на то что диагностические и терапевтические процедуры будут различными у разных пациентов, лучше следовать определенному (стандартизированному) подходу к оценке и принятию решения в отношении каждого больного. Например, у 3 пациентов с кишечной непроходимостью в одном случае лучше будет выполнить колостомию, в другом – ввести гастроэнтеростомическую трубку для дренажа, в третьем – могут понадобиться медикаментозные методы купирования симптомов. Но процесс принятия решения будет одним и тем же. Для того чтобы индивидуализировать процесс принятия решения, полезны могут быть следующие шаги.

**Шаг 1.** Определите основные проблемы и их проявления, например:

- Анемия – одышка, заторможенность, боль в груди.
- Дегидратация – спутанность сознания, почечная недостаточность.
- Инфекция – боль, тошнота, озноб, делирий.

Оцените степень дискомфорта, связанного со специфической проблемой, в комплексе всех симптомов больного.

**Шаг 2.** Определите основные методы решения проблем и связанные с этим мероприятия, которые могут оказать воздействие на качество жизни пациента, например, риск и дискомфорт, связанные с операцией.

**Шаг 3.** Взвесьте все «за» и «против» вмешательства и невмешательства у каждого конкретного больного. Если преимущества агрессивного вида лечения в сравнении с его отрицательными характеристиками нечетко определяются, следует предпочесть терапевтическое решение проблемы.

**Шаг 4.** Старайтесь достигнуть консенсус между пациентом, семьей и другими работниками, вовлеченными в процесс ухода за больным, в отношении наиболее правильного решения. Возможно, это потребует неоднократных обсуждений или организации семейной конференции, для того чтобы прояснить сложную ситуацию.

Важным этапом планирования паллиативной помощи являются распоряжения на случай утраты самостоятельности, которая неизбежна для умирающего пациента. Необходимо помочь пациентам и их близким подготовиться к подобной ситуации, чтобы избежать вмешательств, не способных принести пользу. Пока в РФ нет структурированной обязательной законодательной базы по этому сложному вопросу. Основой паллиативной помощи при любом жизнеугрожающем заболевании является адекватное обезболивание, которое в настоящее время является фактически национальным проектом и которое, несомненно, изменит качество жизни всех нуждающихся в купировании боли пациентов с хронической болезнью сердца.

**Перепелица С.А.<sup>1, 2</sup>**

## Симуляционное обучение медицинских работников – важнейшая задача современного этапа развития медицины

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта», Калининград

<sup>2</sup> ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии»  
«НИИ общей реаниматологии им. В.А. Неговского», Москва

Представлены результаты симуляционного обучения врачей различных специальностей по программе «Сердечно-легочная реанимация и автоматическая наружная дефибрилляция». Показаны степень мотивации к обучению, возможность восприятия информации, пути улучшения качества освоения технических навыков специалистами и изменение подхода к непрерывному медицинскому образованию со стороны как медицинских работников, так и администрации лечебных учреждений.

**Цель** – обучение врачей различных специальностей базовой сердечно-легочной реанимации и автоматической наружной дефибрилляции.

**Материал и методы.** Обучение по программе «Сердечно-легочная реанимация (СЛР) и автоматическая наружная дефибрилляция (АНД)» прошли 16 врачей: 7 кардиологов и 9 анестезиологов-реаниматологов. Программа включала стандартный однодневный симуляционный курс провайдеров Европейского совета по реанимации.

**Результаты и обсуждение.** Все участники курса впервые проходили занятия по методике симуляционного обучения, что на первом этапе обучения вызвало определенные трудности адаптации к учебной программе у врачей анестезиологов-реаниматологов. Все они считали, что умеют проводить СЛР, и подобный вид обучения им не нужен. В то же время врачи-кардиологи, не имеющие опыта проведения реанимации, позитивно восприняли новый метод, позволяющий им улучшить свои профессиональные навыки. В связи с этим подход к обучению в группах кардинально отличался. В группе врачей-кардиологов занятия прошли в обычном режиме, согласно правилам ведения симуляционного курса. В этой группе была высокая мотивация к обучению и стремление обучиться СЛР при внезапной оста-



новке сердца. У участников группы возникали вопросы, касающиеся улучшения своих технических навыков, а также работе в команде при проведении СЛР. В группе врачей анестезиологов-реаниматологов была необходима адаптация к учебному процессу. Выяснилось, что участники не знают современные алгоритмы проведения СЛР, в работе используют знания и опыт, полученные в медицинских вузах. Все курсы повышения квалификации включали только теоретический лекционный курс, современные аспекты СЛР не освещались. Только после лекционного курса и пробного проведения СЛР участники изменили отношение к новому виду обучения. Появились мотивация и желание улучшить свои технические навыки. В дальнейшем обучение прошло в штатном режиме. Основная проблема, препятствующая развитию нового вида обучения, – отсутствие информации у специалистов и администрации лечебных учреждений. Переход на непрерывное медицинское образование предполагает активные занятия в симуляционных центрах врачей всех специальностей, так как оно наиболее прогрессивное и востребованное при овладении или улучшении технических навыков.

**Заключение.** Задача администрации лечебных учреждений обратить пристальное внимание на обучение медицинских работников и выделять необходимое финансирование. Ограниченное количество симуляционных центров и большое количество потенциальных обучающихся (врачи, средний медицинский персонал) ставят новый вопрос: «Возможно, назрела необходимость создания симуляционных центров в крупных лечебных учреждениях?». Ведь для качественного оказания медицинской помощи нужны высококвалифицированные специалисты. Внедряя новый вид обучения, медицинское сообщество должно пройти период адаптации к новым условиям обучения

**Сенченко А.Ю.**

## Врач и пациент: истоки кризиса

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

Рассматриваются проблемы кризиса взаимоотношений на уровне «врач–пациент», выявленные в двух фокус-группах врачей, начавших свою трудовую деятельность до 1993 г. и после, т.е. работавших в разных, с точки зрения реализации прав пациентов, условиях. Врачи, работавшие до 1993 г. отмечают, что тогда пациенты были покладисты и исполнительны. Сейчас потребительское отношение общества к медицине является существенным фактором, снижающим эффективность здравоохранения.

Многочисленные, зачастую негативные отзывы пациентов о получении ими медицинской помощи достаточно активно транслируются средствами массовой информации (СМИ) и распространяются в социальных сетях. При этом мнение и комментарии врачей подобны гласу вопиющего в пустыне – их или не слышат, или не замечают. Для выявления проблем во взаимоотношениях на уровне «врач–пациент» нами был проведен опрос врачей, проходивших обучение на цикле профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Они были разделены на 2 фокус-группы по 20 человек. В составе каждой группы были рядовые практикующие врачи, заведующие отделениями, заместители главных врачей и главные врачи, работающие как в государственной, так и в частной системе здравоохранения. Критерием разделения на 2 группы был стаж работы в здравоохранении.

В 1-ю группу вошли специалисты, начавшие работать до 1993 г., а во 2-ю – после. Причиной использования 1993 г. как разделителя групп стал факт принятия 22 июля 1993 г. «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», в котором впервые законодательно были закреплены права пациента. При этом участники 1-й группы должны были представить свое

заклучение, ориентируясь на свой опыт работы до 1993 г., а 2-й – описать ситуацию, сложившуюся на сегодняшний день. Описывая систему здравоохранения, существовавшую до 1993 г., врачи отмечали высокую заинтересованность государства в результатах их работы и уважительном отношении к медицинским работникам со стороны общества. «У врачей было чувство защищенности. Мы знали, что государство нас защитит. Никогда не было такого, чтобы дело доходило до суда. Даже не знали, что такое возможно. Мы с ностальгией вспоминаем те времена, так как действительно были защищены». Особо было отмечено, что в СМИ отсутствовала отрицательная информация о медицинской помощи и медицинских работниках. При этом в то время подчеркивалось, что советское здравоохранение является лучшим в мире. «Все нам верили, и мы были правы». «Не было Интернета, мы лечили сами, и никто не мог нас проверить». Отношение к врачу со стороны пациентов было уважительным. Назначенное лечение не только не оспаривалось, а наоборот, пациентов характеризовала исполнительность и доверие, чего сейчас очень сложно добиться. При этом к своей болезни пациенты относились ответственно. «Шли лечиться в поликлинику, а не в аптеку и Интернет». Отмечая особенности лечения пациентов врачи, особо подчеркнули, что «лечили не "стандарт", а человека в комплексе». При поступлении человека в стационар его обследовали от макушки до пяток.

Врачи из 2-й группы, оценивая текущее состояние системы здравоохранения, отметили, что государство пытается мотивировать врачей к удержанию в системе здравоохранения: «Земский доктор» и «Земский фельдшер», приоритетный национальный проект в области здравоохранения, модернизация здравоохранения, майские указы Президента РФ. Значительно улучшилось оснащение медицинских организаций, открыты мощные федеральные центры. Поставки современного оборудования теперь осуществляется не только в крупные лечебно-профилактические учреждения. У пациентов есть возможность получить практически любую медицинскую помощь, и не только в нашей стране, но и за ее пределами. В стране активно формируется общество потребления. Медицина отнесена к сфере услуг наряду с парикмахером и сапожником. У пациентов и их родственников поддерживается потребительское отношение к медицине и здравоохранению. Как следствие, пациент считает, что он всегда прав, а врач обязан выполнять все его прихоти. Основной рычаг давления на врача – грубость и жалобы. Практически каждая жалоба рассматривается в пользу пациента. Врача некому защитить. Доступность информации о здоровье и способах лечения в Интернете приводит к тому, что пациент напичкан информацией, считает, что он уже все знает, все прочитал, и задача врача подтвердить его «диагноз». «Сейчас очень страдает исполнительность со стороны пациентов. Им назначили лечение, они «О'кей, Гугл» – и пошли лечиться самостоятельно, по-своему, а потом жалуются, что ничего не помогает». При этом пациенты обращаются за медицинской помощью, имея сниженный индекс здоровья. Несмотря на пропаганду здорового образа жизни в СМИ, население в большинстве своем поддерживает его только на словах, потребляет продукты питания низкого качества. Как следствие – рост социально-значимых заболеваний, онкопатологии и т.п.

Таким образом, в настоящее время отношения на уровне «врач–пациент» имеют негативную окраску, что может быть связано как с потребительским отношением пациентов к медицине, так и с тем, что врачи на фоне осознания пациентами своих прав в области здравоохранения не считают их равноценными партнерами при оказании медицинской помощи и продолжают относиться к ним с позиций патернализма.

**Сидорович И.А.**

## **Вопросы медико-экономической эффективности в оказании амбулаторной хирургической помощи**

В настоящее время все большую актуальность приобретает разработка прогрессивных организационных технологий для различных направлений работы лечебно-профилактиче-

ских учреждений (ЛПУ). В связи с этим изучение процессов преемственности и интеграции в работе ЛПУ, сочетающихся с высокой степенью дифференциации медицинских услуг, является свидетельством постоянной необходимости развития новых организационных и лечебно-диагностических технологий оказания медицинской помощи различным категориям граждан.

Система оказания первичной медико-санитарной помощи, сложившаяся за последние годы, во многих случаях не позволяет добиться на этом этапе необходимого качества лечения больных в силу таких причин, как слабая лечебная и диагностическая база амбулаторно-поликлинических учреждений, низкая квалификация врачебных кадров, что, естественно, повышает потребность в стационарной медицинской помощи. Сложившийся дисбаланс является причиной многолетней ориентации на развитие более дорогостоящей стационарной медицинской помощи. Значительного улучшения качества оказываемых медицинских услуг на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи можно добиться, применяя методологию системного анализа и внося изменения в организации работы, в частности по такому направлению, как оказание амбулаторной хирургической помощи. Эти обстоятельства обуславливают необходимость рассмотрения предложений по структуре амбулаторной хирургической помощи пациентам различных категорий, прежде всего пересмотр объема лечебно-диагностических мероприятий, осуществляемых в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ).

Одним из актуальных направлений в решении указанной проблемы является развитие амбулаторной хирургической помощи за счет внедрения новых лечебно-диагностических технологий в работу АПУ. Внедрение новых направлений хирургической работы требует обоснования совершенствования организационных и лечебно-диагностических технологий в хирургической практике АПУ с позиций единой доктрины лечебно-диагностического процесса и преемственности в оказании специализированной хирургической помощи.

Для достижения поставленных целей целесообразно рассмотреть последовательность решения ряда следующих задач: изучить состояние преемственности в лечении больных хирургического профиля в звене «поликлиника–стационар–поликлиника»; выявить и проанализировать тенденции в структуре заболеваемости больных хирургического профиля на этапе поликлиники; определить нуждаемость в стационарном лечении больных хирургического профиля из состава контингентов, состоящих на медицинском обеспечении в АПУ; изучить доступность, качество и удовлетворенность прикрепленных контингентов амбулаторной хирургической помощью; определить направления совершенствования организационных и лечебно-диагностических технологий оказания хирургической помощи в АПУ; оценить медико-экономическую эффективность применяемых новых технологий оказания хирургической помощи в АПУ.

Для достижения поставленных задач необходимо применять комплексный подход, что дает возможность составить алгоритм действий. В целях его реализации необходимо провести функционально-организационное (разработка перспективной модели оказания хирургической помощи) и информационное (исследование показателей работы хирургических отделений) моделирование, а также провести экспертную оценку показателей эффективности оказания медицинской помощи больным хирургического профиля. На заключительном этапе исследования разрабатываются обоснованные организационные предложения и рекомендации по направлениям совершенствования хирургической помощи и ее организационной модели в АПУ. На современной этапе совершенствование амбулаторной хирургической помощи требует разработки и внедрения в деятельность АПУ прогрессивных и экономически обоснованных методов диагностики, лечения и реабилитации больных хирургического профиля.

Старченко А.А.

## Страховой представитель 3-го уровня – новая фигура системы обязательного медицинского страхования

НП «Нацмедбезопасность», Москва

Рассмотрены цели, задачи и функции страхового представителя 3-го уровня (СП-3).

Новизна современного этапа развития обязательного медицинского страхования (ОМС) заключается в переходе от констатации нарушения прав гражданина в сфере здравоохранения по итогам ретроспективных экспертных мероприятий, к решению задачи: восстановления нарушаемого права или законного интереса застрахованного лица в процессе оказания медицинской помощи до окончания страхового случая. Взаимодействие СП-3 с медицинской организацией (МО) заключается во взаимодействии с должностными лицами – заведующими отделениями, заместителями главного врача, главным врачом, функциональные обязанности которых включают:

- разрешение споров между субъектами и участниками системы ОМС;
- принятие управленческих решений, направленных на разрешение конкретной спорной ситуации и восстановление нарушенных прав конкретного пациента – заявителя;
- принятие управленческих решений, направленных на недопущение аналогичных нарушений прав граждан в будущем.

Полномочия СП-3 на принятие оперативных мер с целью предотвращения нарушения прав и законных интересов застрахованных лиц на доступность и надлежащие объем и качество оказываемой медицинской помощи являются одной из основных составляющих процесса управления качеством медицинской помощи! Исходя из объявленных целей предотвращения ухудшения состояния здоровья пациентов и формирования приверженности их к лечению СП-3 могут быть 2 категории штатных экспертов страховых медицинских организаций (СМО): 1) штатный врач-эксперт с сертификатом по специальности «общественное здоровье и организация здравоохранения»; 2) штатный врач-эксперт с сертификатом по клинической специальности. Основной инструмент СП-3 для восстановления нарушаемых прав и законных интересов застрахованных лиц при оказании медицинской помощи – тематическая экспертная деятельность. Методической основой проведения тематических экспертиз является «Карта дефектов медицинской помощи», разработанная в ООО «РГС-Медицина» на основе действующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) в рамках проекта «Независимая медицинская экспертиза – инструмент общественного контроля в сфере здравоохранения России» на базе Национальной медицинской палаты и сформированного в системе ОМС профессионального экспертного сообщества. Важно: с целью решения вопросов по внедрению СП-3 с минимальными издержками следует придать СП-3 по специальности «общественное здоровье и организация здравоохранения» статус, позволяющий осуществлять оперативный контроль, в том числе экспертную функцию за оказанием медицинской помощи.

1. Очный экспертный контроль в рамках медико-экономической экспертизы за исполнением МО характеристик качества по показателям своевременности, утвержденным законом РФ № 323-ФЗ (п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ; п. 4 ст. 40 Закона РФ № 326-ФЗ), порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

2. Очный экспертный контроль СП-3 за исполнением МО критериев оценки качества медицинской помощи по характеристикам:

А) своевременность (п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ), утвержденных приказом Минздрава России № 203н, являющихся однозначными типа «да–нет», а также утвержденными ассоциациями специалистов в клинических рекомендациях, т.е. необходимость привлечения эксперта КМП по клинической специальности отсутствует, так как заменяется однозначностью критерия и его выработкой консенсусом ассоциации специалистов;

Б) правильность выбора методов диагностики и лечения (п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ) утвержденных приказом Минздрава России № 203н, являющихся однозначными типа «да–нет» и не имеющих в качестве условия выполнения наличия показаний или противопоказаний, а также утвержденными Ассоциациями специалистов в клинических рекомендациях, т.е. необходимость привлечения эксперта КМП по клинической специальности отсутствует, так как заменяется однозначностью критерия и его выработкой консенсусом ассоциации специалистов. Формирование приверженности лечению – важнейшая функция СП-3, заключающаяся в разъяснении застрахованному лицу по результатам экспертизы правильно оказанной ему медпомощи обоснованности и необходимости:

- приема назначенных лекарственных препаратов;
- выполнения рекомендаций по плановому направлению на лечение по поводу стенозов коронарных и сонных артерий, замены суставов;
- соблюдения принципов здорового образа жизни;
- информирование о необходимости посещения школ здоровья пациентов по конкретной патологии, информирование о правах пациентов и приверженности лечению на собраниях школ здоровья.

Реализация этой задачи страховым представителем 3-го уровня неотрывно связана подтверждением высокого профессионального уровня правильно работающего лечащего врача и фактически представляет собой меру по повышению авторитета лечащего врача и медицинской организации.

Старченко А.А.<sup>1</sup>, Комарец Ю.Н.<sup>2</sup>

## Страховой представитель 3-го уровня: психология возможных конфликтов

<sup>1</sup> ООО «РГС-Медицина», Москва

<sup>2</sup> НП «Нацмедбезопасность», Санкт-Петербург

Страховой представитель 3-го уровня (СП-3) – это переговорщик, медиатор в конфликте, управляющий им и способствующий его конструктивизации (принятию обоснованных решений и развитию уважительных отношений на основе знания им прав и законных интересов сторон конфликта).

Появление в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) СП-3 актуализировало общественные организации пациентов искать пути взаимодействия со страховыми медицинскими организациями (СМО) по конфликтным проблемам:

- при отказе лечащего врача или врачебной комиссии (ВК) медицинской организации (МО) в назначении лекарственного средства;
- при отказе органа исполнительной власти субъекта РФ в закупке лекарств;
- при понуждении пациента к их приобретению. СП-3 в контексте взаимодействия с общественными организациями пациентов вправе осуществлять следующие действия.

1. При отказе от проведения или затягивании разумных сроков созыва ВК – применить к последнему приему лечащего врача в медорганизации, к которой прикреплен пациент, финансовую санкцию по коду дефекта оказания медицинской помощи – нарушение преемственности в лечении.

2. При отказе лечащего врача и/или ВК от схемы лечения, предложенной консультантами федерального медицинского центра, СП-3 фиксирует факт отказа, рассматривает показанность назначения рекомендованного препарата в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций или обычно предъявляемых требований.

3. Аналогично при отказе органа исполнительной власти субъекта РФ обеспечивать пациента лекарствами, назначенными лечащим врачом или ВК, СП-3 фиксирует факт показанности назначения лекарственного препарата в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) или обычно предъявляемых требований. Акт экспертизы может быть основанием для обращения пациента в суд с иском о понуждении к осуществлению закупки, а также о компенсации морального и материального вреда, вызванного отказом от проведения или затягиванием разумных сроков проведения конкурсных процедур, и доказательством противоправности действий должностных лиц, ответственных за закупку лекарственных препаратов.

4. При понуждении застрахованного лица к приобретению показанных ему лекарственных средств за собственные денежные средства при наличии у него права на их бесплатное получение СП-3 в Акте экспертизы указывает на показанность лекарства, подтверждает факт его приобретения (кассовый и товарный чеки), предписывая МО вернуть затраченные пациентом денежные средства, и применяет в ее отношении санкцию с кодом дефекта – взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную терпрограммой ОМС. Внедрение СП-3 – удар по огурцовщине в здравоохранении: профессионализм врача, знание медицинского права и медицинской психологии – необходимый базис для воздействия на чванство, барство, хамство и правовой нигилизм должностных лиц МО. СП-3 изучает конфликт между пациентом и МО, делает собственные экспертные выводы и предлагает администрации МО пути разрешения возникшего спора.

Задачи СП-3 в конструктивизации конфликта между пациентом и МО:

- предложить возможные решения выхода из конфликта, приемлемые для всех сторон конфликта, так, чтобы все стороны осознали свою причастность к выработке решения и его окончательному принятию;
- способствовать приобретению опыта МО самостоятельно разрешать спорные вопросы с пациентами в будущем;
- показать должностным лицам МО, что их рядовой сотрудник и пациент вправе открыто высказывать свое мнение, отличное от мнения врача или старших по должности;
- показать, что возникновение спорных вопросов – не всегда зло, часто разрешение спора в пользу пациента помогает рядовому врачу получить доступ к необходимым ему ресурсам (консультанты, параклиника, лекарства), которые до этого были ему не доступны вследствие ранее сложившегося статус-кво;
- показать нелепость любой конкуренции между врачом и пациентом;
- указывать на необходимость постоянного обращения к Кодексу этики врача, т.е. априори стремиться к сотрудничеству с пациентом и добрым с ним отношениям;
- показывать положительные стороны результатов ранее разрешенных споров с пациентами;
- пресекать попытки сторон переходить на личности;
- позволить врачу и пациенту сохранить лицо и тем самым создать условия для дальнейшего их взаимодействия;
- убеждать что победа в конфликте не важнее решения реальной проблемы;
- подчеркивать ценность врачебного качества – готовность признать свою ошибку.

Старченко А.А., Тарасова О.В.

## Критерии оказания медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности

НП «Нацмедбезопасность», Москва

В отсутствие федерального определения и нормирования безопасности медицинской деятельности с целью профилактики преступлений предлагаем критерии оказания медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности.

**Критерии оказания медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности.** В отсутствие федерального определения и нормирования безопасности медицинской деятельности полагаем необходимым формулирование обычая делового оборота и обычно предъявляемых требований в здравоохранении по проблеме безопасности медицинской деятельности в двуединой системе государственного контроля и контроля системы ОМС в соответствии с нормами ст. 309 Гражданского кодекса РФ:

1. Безопасность медицинской помощи (услуги, вмешательства) – отсутствие необоснованного риска при допущении обоснованного риска медицинского вмешательства, соответствующего номенклатуре медицинских услуг, выполняемого с диагностической или лечебной целью по показаниям в соответствии с имеющимся заболеванием, с учетом противопоказаний к вмешательству, в специально предусмотренном, нормируемом и приспособленном помещении специалистом, имеющим допуск к выполнению вмешательства на основании имеющихся у него документов об образовании и сертификата специалиста.

2. Риск в здравоохранении не обоснован и медицинская услуга признается не отвечающей требованиям безопасности при следующих обстоятельствах:

2.1. Рискованное медицинское вмешательство не предусмотрено номенклатурой медицинских услуг.

2.2. Рискованное медицинское вмешательство выполняется медицинским работником, не имеющим допуск к его выполнению: отсутствие у исполнителя документа об образовании и/или сертификата специалиста.

2.3. Рискованное медицинское вмешательство выполняется за пределами специально предусмотренного, нормируемого и приспособленного помещения.

2.4. Рискованное медицинское вмешательство выполняется с нарушением требований обязательного стандарта оснащения и оборудования специально предусмотренного помещения.

2.5. Рискованное действие осуществляют с пренебрежением достижения общественно полезной цели, т.е. сохранения жизни и здоровья пациента.

2.6. Применение конкретного метода диагностики или лечения осуществляется вне медицинских показаний к нему и/или при наличии противопоказаний, в том числе по другим параметрам состояния здоровья пациента и сопутствующим заболеваниям.

2.7. Цель рискованного вмешательства может быть достигнута без риска другими вариантами вмешательств.

2.8. Риск развития ятрогенного осложнения, неблагоприятных последствий и смерти пациента при предлагаемом конкретном вмешательстве выше, чем риск развития неблагоприятного исхода без применения данного метода.

2.9. Наступление вредных последствий предлагаемого конкретного вмешательства неизбежно, а не лишь возможно.

2.10. Не использованы без положительного результата все менее опасные методы диагностики и лечения.

2.11. Врач не прогнозирует типичные возможные осложнения применяемого им метода и/или не предпринимает мер для их предотвращения, своевременного выявления и лечения.

2.12. Пациент не согласен на применение рискованных медицинских действий.

**Старченко А.А., Тарасова О.В.**

## **Правовые основы экспертизы медпомощи на соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения)**

НП «Нацмедбезопасность», Москва

Приведены правовые основы экспертизы медпомощи на соответствие клиническим рекомендациям (протоколам лечения).

Правовые основы экспертизы качества медпомощи на соответствие клиническим рекомендациям (протоколам) основаны на требованиях Законов РФ.

1. Экспертиза качества медпомощи, выполненная экспертом качества медпомощи (КМП) по специальности «онкология» выполнены в строгом соответствии с требованиями ч. 3 ст. 64 «Экспертиза качества медицинской помощи» Закона РФ № 323-ФЗ: «3. Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании».

2. Таковым законодательством об ОМС является Закон РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ».

3. Ч. 1 ст. 40 «Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» Закона РФ № 326-ФЗ определен орган, утверждающий порядок ЭКМП: «1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой ОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, проводится в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом».

4. Приказом ФФОМС от 01.12.10 № 230 во исполнение нормы ст. 40 Закона РФ № 326-ФЗ утвержден Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее Порядок контроля). При ЭКМП неукоснительно должны применяться нормы Порядка контроля, утв. Приказом ФФОМС № 230:

«5. Цели контроля: «5.3. предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и/или неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и/или стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи...»

21. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки (в том числе с использованием автоматизированной системы) соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, сложившейся клинической практике...



67. Дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи: невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

83. Эксперт качества медицинской помощи при проведении экспертизы качества медицинской помощи: б) предоставляет сведения об используемых нормативных документах (порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, клинические протоколы, методические рекомендации) по требованию должностных лиц медицинской организации, в которой проводится экспертиза качества медицинской помощи».

4. Поручением заместителя председателя Правительства РФ О.Ю. Голодец от 09.01.2017 № ОГ-П12-4пр, направленным письмом Федерального фонда ОМС от 19.01.2018 № 392/30-1/226 в Территориальные фонды ОМС, с предписанием проведения анализа результатов экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП), оказанной пациентам с онкологическими заболеваниями за 2017 г. на соответствие клиническим рекомендациям (протоколам).

5. Обязательность применения экспертом КМП клинических рекомендаций в процессе ЭКМП диктуется формулировками кодов дефектов, выявляемых экспертом в процесс ЭКМП. Приложением № 8 к Порядку контроля (приказ ФФОМС № 230) утверждены формулировки дефектов, в частности код дефекта 3.2: «Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи».

**Сухарева И.А., Третьякова О.С.**

## Исторические аспекты средней продолжительности жизни населения России

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь

Представлен исторический анализ средней продолжительности жизни населения России.

**Цель** – проанализировать среднюю продолжительность жизни (СПЖ) населения России в историческом аспекте. Результаты исследования. В XVIII веке в России в положении Комитета министров говорилось, что лечащий или полицейский врач были обязаны выписывать свидетельства о смерти, которые затем передавались в полицию. Фактически с момента появления этого документа можно было судить о том, какой была СПЖ мужчин и женщин в стране и какие факторы могли влиять на этот показатель.

За первые 15 лет ведения подобной статистики стала явно вырисовываться картина огромных потерь населения Российской империи, прежде всего за счет смертности детей. На 1000 умерших более половины (649 человек) – это лица в возрасте до 15 лет, еще 156 человек – старше 55 лет, т.е. 805 человек из 1000 – это дети и старики. Из этого следует, что проблемы высокой смертности лиц трудоспособного возраста в царской России не существовало. Известно, что в пушкинские времена (XIX в.), 30-летняя женщина считалась старухой, а 50-летний мужчина – глубоким старцем. И это логично, так как, по данным за 1896–1897 гг., СПЖ в России составляла 30,3 года (в мире – 35,6 лет), причем у женщин она была большей (31,6 года против 29,4 года у мужчин). Жители сельской местности жили на год больше (30,6 против 29,7 лет соответственно). Наиболее высокая смертность населения регистрировалась в местностях расположения крупных фабричных мануфактур:

из 9 приходов Центральной России со смертностью выше 48% в 7 были сосредоточены самые крупные фабрично-промышленные центры уезда. Еще одним важным фактором, сказывающимся на продолжительности жизни, были эпидемии, в результате которых вымирали целые деревни. Настоящей бедой для страны в те годы был колоссальный уровень детской смертности. В Московской губернии, дети-груднички составляли 45,4% общего числа умерших всех возрастов.

По данным 1908–1910 гг., количество умерших в возрасте до 5 лет составляло почти  $\frac{2}{3}$  общего количества. В советской России в 1930-х гг. россияне жили в среднем 42,9 года, причем мужчины – 40,2 года, а женщины на 5,4 года больше (45,6 года). СПЖ в мировом масштабе в этот исторический период была на 13 лет больше и составляла 56 лет. В этот период происходит смена тренда: жители города имели бóльшую СПЖ по сравнению с сельскими жителями (43,9 против 42,8 года соответственно).

Опуская анализ СПЖ жителей СССР в период Великой Отечественной войны и послевоенный период, следует отметить, что к 1960-м гг. была достигнута СПЖ, сопоставимая с развитыми странами Европы: в 1959 г. она составила 68,6 года при СПЖ в мире – 59,8 года. Это было обусловлено многими причинами, в том числе и тем, что в СССР было построено индустриальное общество, состоялся выход в космос, страна готовилась к переходу к постиндустриальному обществу изобилия, максимальной продолжительности жизни. Обращает на себя внимание возрастающий разрыв между СПЖ мужчин и женщин (64,4 и 71,7 года соответственно). Однако в последующем, в 1970-е гг. рост продолжительности жизни прекратился, СПЖ составила в 1961–1962 гг. 68,7 года, в тоже время разница между СПЖ мужчин и женщин стала увеличиваться (М – 63,7 года, Ж – 72,3 года), при этом у жителей города и села она не отличалась (68,6 года). Среди возможных причин отсутствия положительной динамики СПЖ россиян следует отметить: в этот период люди почувствовали отсутствие перспектив, стали больше употреблять алкоголь. Это привело к тому, что в последующие 10 лет СПЖ уменьшилась и ставила 67,9 года (М – 62,5 года, Ж – 72,6 года). Проведение Горбачевской антиалкогольной кампании нашло свое отражение в увеличении СПЖ к 1990 г. до 69,1 года (М – 63,7 года, Ж – 74,3 года), в этот период вновь возникает разница между СПЖ жителей села (67,9 года) и города (69,5 года).

Распад СССР, экономический кризис, «шоковая терапия» не могли не сказаться на СПЖ россиян, которая к 1995 г. снизилась практически на 5 лет – до 64,5 года, при этом резко возрос разрыв между СПЖ мужчин и женщин до 13,4 года (М – 58,1 года, Ж – 71,5 года). Это вместе с резко упавшей рождаемостью привело к быстрому вымиранию российского народа.

В XXI в. (2000 г.) Россия вошла со СПЖ в 65,2 года и практически не уменьшившимся гендерным разрывом (М – 59 лет, Ж – 72,2 года). СПЖ в 2005 г. равнялась 65,3 годам (М – 58,9 г, Ж – 72,4 г). В то же время увеличился разрыв между жителями города и села (Г – 66,1 года, С – 63,4 года). К 2017 г., по информации Минздрава России, показатель продолжительности жизни россиян побил исторический рекорд и достиг отметки в 72,5 года. В тоже время, по оценкам ООН 2017 г., Россия занимает 125-е место среди 201 страны, ранжированной по убыванию СПЖ. Отличительной особенностью населения современной России является сохраняющееся значительное превышение ожидаемой продолжительности жизни женщин по сравнению с мужчинами, которое в 2017 г. составляло практически 10 лет (77,4 года у женщин и 67,5 года у мужчин) при среднеевропейском разрыве в 5–6 лет.

## Третьякова О.С.

### Здравоохранение Крыма в оценках его участников

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь

Дана оценка состояния здравоохранения Республики Крым участниками процесса здравоохранения: населением и непосредственно врачами.

Право на высококачественную медицину является не только базовым правом людей, пользующихся услугами общественной медицины, но и условием дальнейшего существования сильного общества. Российская система здравоохранения переживает не лучшие времена. Согласно данным опроса, подавляющее большинство россиян недовольны качеством оказания и доступностью медицинской помощи, так же как и большинство врачей – положением дел в системе здравоохранения в целом. Чаще всего пациенты жалуются на непрофессионализм врачей, недоступность медицинских услуг и нехватку медицинского оборудования; у врачей комплекс жалоб представлен низкой оплатой труда, большим количеством «бумажной работы» и т.д.

**Цель** – оценка состояния здравоохранения Крыма участниками процесса.

**Результаты.** Проведено анкетирование 422 респондентов: 150 жителей (находящихся на лечении в МО и потенциально-возможных пациентов) и 92 врачей. Группа пациентов: 63,3% мужчин и 36,7% женщин в возрасте от 20 до 70 лет, из них 77,3% – жители города и 22,7% – села. Из числа врачей – 73,9% женщин и 26,1% мужчин; 91,3% врача работают в городе, 8,7% – в сельской местности; 40,2% – врачи первичного звена, 55,4% – врачи стационара и 4,4% – организатора здравоохранения. Результаты анкетирования населения и врачей показали, что ситуацию в здравоохранении Крыма они оценивают практически одинаково. Так, 34,5% врачей и 28,0% населения оценивают ситуацию ее как спокойную, но отмечают, что есть некоторые моменты, вызывающие беспокойство; еще 27,4% анкетированных врачей и 30,7% опрошенных жителей считают, что существуют серьезные трудности в работе медицинских организаций. Переход к новой для Крыма модели – модели обязательного медицинского страхования (ОМС), до сих пор вызывает множественные споры как среди населения, так и медицинской общественности.

Обращает внимание, что положительно оценивает введение медицинского страхования немногим меньше половины (45,3%) опрошенного населения и треть (33,6%) анкетированных врачей, в то же время отрицательную оценку внедрению ОМС дали лишь 18,0% респондентов-пациентов, в то время как в группе врачей – практически каждый 3-й (30,7%). Неудовлетворенность населения длительностью ожидания приема врача – не менее актуальная и обсуждаемая проблема. Так, были приняты врачом-специалистом в день обращения 18,7% обратившихся за помощью, от 2 до 5 дней ожидали ее еще 42,7%, 13,3% респондентам на это понадобилось около недели, а каждому четвертому (25,3%) – свыше 10 дней. Примерно так же выглядит ситуация с ожиданием лабораторного и инструментального исследования: лишь каждый 5-й (18,7%) смог обследоваться в день назначения, 29,3% имели к ним доступ через 2–7 дней, большинство же (52,3%) ожидали возможности обследоваться более 10 дней.

Более сложная ситуация сложилась в доступе к сложным аппаратным методам (компьютерная томография, магнито-резонансная томография и т.д.), где минимальные сроки ожидания в 18,3% случаев составили 15–20 дней, еще 19,7% ожидали их в течение 20–30 дней, и практически половине (46,5%) нуждающихся потребовалось на это более месяца. Что касается ожидания плановой госпитализации, то лишь каждый 4-й (25,0%) ожидал ее менее 2 дней, 21,7% были госпитализированы в течение последующих 3–5 дней, примерно 28,3% – через 1 мес и более.

О доступности бесплатного медикаментозного лечения судили по условной 5-балльной шкале: лишь 30,0% расценили его на «хорошо», 43,3% – на «удовлетворительно» и практически каждый 5-й (22,7%) – «неудовлетворительно». При оценке удовлетворенности качеством медицинских услуг, предоставляемых медицинскими организациями и системой здравоохранения в целом, лишь 8,0% респондентов были удовлетворены полностью, 66,7% – удовлетворены частично, а практически каждый 4-й (25,3%) был не удовлетворен. В вопросах оценки оплаты труда врачей мнение большинства респондентов-жителей (88,7%) и всех (100%) респондентов – врачей сошлось на необходимости ее повышения. Примерно треть (36,9%) анкетированных врачей рассматривает в качестве оптимальной зарплату в 30–50 тыс. руб., примечательно, что с ними солидарно подавляющее большинство респондентов-пациентов (60,5%), причем 26,9% из них предлагает повысить зарплату врачей

до 30–40 тыс. рублей, а 33,6% – до 40–50 тыс. руб. И только каждый 5-й (20,8%) респондент считает оптимальной оплату труда врача превышающую 50 тысяч рублей, что совпадает с мнением абсолютного большинства опрошенных врачей (58,3%) считающих, что оптимальной оплатой их труда будет являться сумма в 50–80 тысяч рублей.

**Заключение.** По мнению участников процесса здравоохранения Крыма, в системе здравоохранения республики существует ряд серьезных проблем: это касается не только материально-технической базы медицинских учреждений, низкой мотивации медицинского персонала в силу несоответствия их нагрузок и оплаты труда, но и малой доступности и низкого качества медицинской помощи. Эти вопросы несомненно требуют принятия управленческих решений и соответствующих мер на региональном уровне.

**Фомин А.А.**

## Материалы конференций «ОРГЗДРАВ» – фактор повышения эффективности проведения сертификационного цикла по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье»

Медицинский институт ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет»

В основу данной публикации положен опыт курса общественного здоровья и здравоохранения при проведении 11 сертификационных циклов (в объеме 144 ч) по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье». Особый интерес вызвали материалы конференций «ОРГЗДРАВ» (2015–2017 гг.), в которых были освещены основные направления развития здравоохранения в Российской Федерации.

В центре последипломного образования медицинского института Петрозаводского государственного университета за 2006–2017 гг. этот курс обучения прошли 184 специалиста по организации здравоохранения. Занятия проводились в компьютерном классе, оснащенном современным программным обеспечением и компьютерами, подключенными к сети Интернет и правовой поисковой сетевой программе «Кодекс». В соответствии с программой обучения слушателей в процессе проведения лекций, семинаров, практических занятий преподаватели использовали презентации, подготовленные в Microsoft PowerPoint, где демонстрировали свой опыт работы по темам учебного плана. Представление нормативно-правовых актов проводилось с использованием сетевой интернет-системы «Кодекс», вопросы международного сотрудничества освещались на основе онлайн-базы данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. Особый интерес вызвали материалы конференций «ОРГЗДРАВ» (2015–2017), в которых были освещены основные направления развития здравоохранения в Российской Федерации.

Приведу доклады авторов, которые вызвали наибольший интерес у слушателей: В.И. Стародубов «О положении здравоохранения в РФ», (Москва, 2016); В.И. Стародубов, Г.Э. Улумбекова «Роль РАН, Общества организаторов здравоохранения и ВШОУЗ в повышении эффективности российского здравоохранения» (Москва, 2016); А.Г. Агамбеян «О возобновлении социально-экономического развития России» (Москва, 2016); Б.И. Нигматулин «Азбука макроэкономика» (Москва, 2017); Г.Э. Улумбекова «Что делать в здравоохранении России сегодня. Управленческий и бюджетный маневр» (Москва, 2015); Г.Э. Улумбекова «От рейтингов эффективности систем здравоохранения к стратегиям развития. Уроки РФ» (Москва, 2016); Г.Э. Улумбекова «Тенденции развития российского

и зарубежного здравоохранения» (Москва, 2016); Г.Э. Улумбекова «Состояние здоровья и здравоохранения арктических регионов России и мира. Что делают наши коллеги за рубежом» (Москва, 2017). Данные этих исследований позволили более информативно, доказательно и на современном уровне провести обучение слушателей цикла по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

**Царанов К.Н.**

## **Комплексный подход к обучению руководителей медицинских организаций как способ повышения их эффективности: опыт Университета Правительства Москвы**

ГАОУ ВО «Московский городской университет управления Правительства Москвы»

В последние годы в системе здравоохранения произошли серьезные изменения: переход на одноканальное финансирование, информатизация отрасли, возросшие требования к профессионализму кадрового состава и укрупнение медорганизаций. Возросли требования и к управленческим навыкам руководителей медорганизаций, их заместителей и руководителей структурных подразделений.

Департамент здравоохранения г. Москвы и Университет управления Правительства Москвы (УУПМ) с 2014 г. разработали программы для руководителей, которые направлены на подготовку высококвалифицированных специалистов в области управления здравоохранением, обладающих современными знаниями, умениями и навыками, которые обеспечат эффективное функционирование учреждений здравоохранения г. Москвы. Программы позволяют комплексно подходить к обучению руководителей разного уровня и повышать эффективность управления людьми и процессами в клиниках. Первая программа профессиональной переподготовки открылась в июне 2014 г. – «МРА в здравоохранении». Программа разработана для главных врачей медорганизаций и уникальна как по тематике, так и по составу преподавателей, участвующих в обучении. Программа профессиональной переподготовки для заместителей руководителей медорганизации «Управление медицинской организацией» представляет слушателям механизмы по развитию команды профессионалов, инструменты по разработке операционных процессы в клинике и по эффективному развитию проектов.

Следующим этапом обучения стала разработка семинаров по обучению линейных руководителей поликлиник. Семинары позволяют провести системный анализ проблемных ситуаций и предлагать инструменты для развития команды и для управления эффективностью взаимодействия пациентов и персонала поликлиник. УУПМ совместно с Департаментом здравоохранения г. Москвы разработал программу и начал обучение главных и старших сестер стационаров по развитию профессиональных управленческих навыков. Программа направлена на повышение самооценки работы медсестры через развитие профессиональных компетенций, осознание важности и сложности профессии, приверженности лечению пациентов и получение базовых управленческих навыков. В 2017 г. УУПМ совместно с Департаментом здравоохранения г. Москвы провел 2 научно-исследовательские работы по темам «Научно-методические принципы (модель) формирования корпоративной культуры медицинских организаций в целях обеспечения повышения уровня их пациентоориентированности» и «Концепция создания учебно-методического центра для сотрудников медицинской организации».

Для успешного комплексного решения задачи повышения уровня пациентоориентированности в медицинских организациях были изучены принципы (модель) формирования корпоративной культуры с учетом специфики работы медицинских организаций в современных условиях и на их основе разработаны программа развития корпоративной культуры в медицинских организациях. Разработаны программы обучения и методика выявления лидеров изменений в медицинской организации.

В рамках обучения проектному управлению были проведены семинары и программы повышения квалификации для руководителей Департамента здравоохранения г. Москвы, а также руководителей и участников проектных команд. Результатами обучения стало внедрение проектных команд в медицинские организации и развитие проектного подхода в управлении.

Помимо программ повышения квалификации в УУПМ проводятся конференции, мастер-классы с лучшими российскими и зарубежными специалистами в сфере управления здравоохранением, выездные занятия, зарубежные стажировки. В настоящее время Департамент здравоохранения г. Москвы и УУПМ разрабатывают предложения по дальнейшему обучению управленцев сферы здравоохранения: руководителей кадровых служб, отбор и развитие наставников, создание самообучающейся организации и др.

**Шатрова Е.И.**

## **Особенности управления медицинской организации в отдаленных и труднодоступных районах Камчатки**

ГБУЗ Камчатского края «Пенжинская районная больница», село Каменское, Камчатский край

Рассматривается организационно-функциональная модель сельского здравоохранения и ее апробация в условиях труднодоступного района Камчатки с конкретными результатами по управлению медицинской организацией.

Главные направления развития медицины в крае – профилактика заболеваний, реализация мероприятий по снижению смертности и увеличению общей продолжительности жизни, охрана здоровья матери и ребенка, развитие высокотехнологической медицинской помощи, санитарной авиации, технологий дистанционного консультирования (телемедицины), оснащение современным медицинским оборудованием и развитие информационных технологий, привлечение специалистов, развитие сельской медицины и фельдшерской службы. Ведущими направлениями становятся профилактика заболеваний и пропаганда здорового образа жизни.

Пенжинский район – самый северный и труднодоступный район Камчатки. Учитывая сложные климатические и географические условия, а также большую территорию района и малую численность населения, 96% которого составляют коренные малочисленные народы Севера, профилактическая медицина является одним из актуальных и приоритетных направлений. Мы поставили перед собой задачу – организовать единство и преемственность в работе подразделений: фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), отделений врачей общей практики с районной больницей (РБ). Еженедельный мониторинг заболеваемости по району (состояние здоровья детей до года, беременных женщин, больных социально значимыми заболеваниями, заболеваемости сезонной инфекцией, мониторинг острых заболеваний и травматизма). Ежеквартально формируемые выездные медицинские отряды врачей-специалистов РБ обеспечивают охват профосмотрами до 90% населения, уменьшение хронизации патологических процессов, отсутствие младенческой смертности и смертности от туберкулеза, снижение смертности от основных заболеваний (цифры по району). Организованы в повседневной практике аудиоконсультации фельдшеров ФАП со специалистами РБ для определения тактики лечения и ведения больных, консультации с краевыми лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) по каналу телемедицины. Такой контроль над ситуацией дает возможность в условиях отдаленности поселков друг от друга работать на опережение, не допускать обострений заболеваний и развитие осложнений, под вниманием медработников находится каждый житель. Результатом такой профессиональной деятельности являются сохраненные жизни.

В Пенжинском районе в 2016 г. – 3, в 2017 г. – 7 сохраненных жизней. Индивидуальный подход к каждому пациенту является основой предупреждения заболеваний и снижение смертности, а в совокупности с социальными программами приводит к увеличению рождаемости и общей продолжительности жизни, сохранению здоровья нации, а в нашем крае – коренных малочисленных народов Севера и, как следствие, увеличение их численности. Благодаря программе «Земский доктор» в течение последних 2 лет в район прибыли на работу 11 докторов, 6 фельдшеров, 4 медицинских сестры. Окончив медицинские учреждения в городах России, они вносят в работу РБ много новых идей и планов для повышения эффективности и качества медицинской помощи. Организация оказания медицинской помощи сельскому населению вызывает серьезные затруднения, которые обусловлены многими факторами, в том числе низкой плотностью населения, значительной удаленностью жителей села от ЛПУ, своеобразным укладом жизни северных народов – оленеводство и рыбный промысел подразумевают кочевой образ жизни в условиях неразвитых коммуникаций с отсутствием современных средств связи.

Для дальнейшего развития управления медицинского учреждения мы воспользовались моделью сельского здравоохранения в регионе, разработанной И.В. Нонуковой. В данной модели оказание медицинской помощи сельскому населению должно основываться на системном подходе и быть направлено на рационализацию использования сил и средств отрасли. Для реализации модели необходимо решить ряд задач. Организационно-функциональная модель сельского здравоохранения включает: экономические основы и современные технологии; структуру здравоохранения, работу с кадрами; нормативно-правовое обеспечение; взаимодействие с органами власти и партнерами; информационно-методическое обеспечение и сотрудничество с общественными организациями.

Решение поставленных задач уже дало свои результаты. Модель активно работает и совершенствуется в Камчатском крае, а многие направления продолжают оставаться для нашей больницы актуальными. Реализация в полной мере вышеперечисленных мер позволит рационализировать использование ресурсов здравоохранения, обеспечить выполнение государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению, повысить ее качество и доступность.



EUROPEAN ASSOCIATION OF  
**PERINATAL** MEDICINE



САНКТ-ПЕТЕРБУРГ | 5-8 СЕНТЯБРЯ 2018

**XXVI**

ЕВРОПЕЙСКИЙ  
КОНГРЕСС

# ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Крупнейшее международное мероприятие для специалистов  
в области акушерства, гинекологии, неонатологии и анестезиологии

## КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ КОНГРЕССА:

- Инновации и современные достижения медицины матери, плода и новорожденного
- Пренатальная диагностика: неинвазивное тестирование, стратегии скрининга в первом триместре беременности
- Преждевременные роды
- Хирургия плода и новорожденного: патофизиология, экспериментальные модели и клиническая практика
- Многоплодная беременность
- Гестационный сахарный диабет: ранний скрининг, протоколы и алгоритмы ведения, неонатальная тактика
- Кесарево сечение в современном акушерстве
- Ультразвуковая диагностика и МРТ в акушерстве и неонатологии
- Беременность и новорожденность при критических соматических заболеваниях матери
- Угрожающие и экстренные состояния в родах

## В ПРОГРАММЕ:

- Преконгрессные курсы
- Лекции, практические семинары и мастер-классы
- Круглые столы и открытые дискуссии

## ПРИГЛАШЕНЫ К УЧАСТИЮ:



2000 участников



120 докладчиков  
со всего мира



[WWW.ECPMCONGRESS.EU](http://WWW.ECPMCONGRESS.EU)

### Организаторы



### При поддержке



### Контакты



Екатерина Батенко  
Тел.: +7 495 646 01 55 доб. 202  
E-mail: [ecpm@ctogroup.ru](mailto:ecpm@ctogroup.ru)