

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

Вестник ВШОУЗ

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

№ 1 (11), 2018

HEALTHCARE MANAGEMENT:
news, views, education

Bulletin of VSHOUZ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Тема номера:

Направление развития здравоохранения РФ до 2030 г.

Главный редактор

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Москва)

Редакционная коллегия

Быковская Т.Ю. (Ростов-на-Дону)

Вафин А.Ю. (Казань)

Комаров Ю.М. (Москва)

Линденбратен А.Л. (Москва)

Москвичева М.Г. (Челябинск)

Прохоренко Н.Ф. (Москва)

Стародубов В.И. (Москва)

Хабриев Р.У. (Москва)

Хальфин Р.А. (Москва)

Хайруллин И.И. (Набережные Челны)

Черепов В.М. (Москва)

Ответственный секретарь редакции

Акбердиева Елена, orgzdrav2015@mail.ru

Научно-практический рецензируемый журнал
ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение.
Вестник ВШОУЗScientific 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»)

ИздательИздательская группа «ГЭОТАР-Медиа»
115035, г. Москва,
ул. Садовническая, д. 11, стр. 12
Телефон: (495) 921-39-07
www.geotar.ru**Верстка:** Килимник А.И.**Корректор:** Макеева Е.И.**Выпускающий редактор:**Попова Ольга, porova@geotar.ru

Подписано в печать 20.03.2018.

Тираж 1000 экземпляров.

Формат 70 x 100 ¹/₁₆.

Печать офсетная. Печ. л. 3,5.

Отпечатано в ООО «Центр полиграфических услуг «Радуга»:

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

Заказ № 118.

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

СОДЕРЖАНИЕ

4	ОТ РЕДАКЦИИ
	ГЛАВНОЕ
5	О здравоохранении. Президент РФ В.В. Путин в ежегодном Послании Федеральному Собранию
	АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ
9	<i>Улумбекова Г.Э.</i> Здравоохранение России: 2018–2024 гг. Что надо делать?
17	<i>Найговзина Н.Б., Попова А.Ю., Бирюкова Е.Е., Ежлова Е.Б., Игонина Е.П., Покровский В.И., Акимкин В.Г., Тутельян А.В., Шестопалов Н.В., Краевой С.А., Костенко Н.А., Брико Н.И., Брусина Е.Б., Зуева Л.П., Фельдблюм И.В., Шкарин В.В., Козлов Р.С., Стасенко В.Л., Голубкова А.А., Сухих Г.Т., Припутневич Т.В., Шмаков Р.Г., Зубков В.В., Шкода А.С., Шумилов В.И., Митрохин С.Д., Ершова О.Н., Селькова Е.П., Гренкова Т.А., Иванов И.В., Швабский О.Р.</i> Оптимизация системы мер борьбы и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в Российской Федерации
27	<i>Улумбекова Г.Э., Прохоренко Н.Ф.</i> Доклад Центра стратегических разработок «Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени». Основные впечатления
	ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ
30	<i>Улумбекова Г.Э.</i> Актуальность Стратегии по формированию у населения РФ приверженности здоровому образу жизни и рекомендации по доработке Межведомственной стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г.
36	<i>Рабочая группа Центрального штаба Общероссийского народного фронта «Социальная справедливость»</i> Обсуждение проекта Межведомственной стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г.
	ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
39	<i>Комаров Ю.М.</i> О рациональной системе организации охраны здоровья и оказания медицинской помощи
47	<i>Шелякин В.А., Худяев А.С., Князева Е.Г.</i> Региональный опыт совершенствования системы оплаты стационарной медицинской помощи на основе клинико-статистических групп заболеваний: достижения, проблемы, перспективы
	ИНФОРМАЦИЯ
54	Указатель статей, опубликованных в журнале «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ» в 2017 г.

CONTENT

4	EDITORIAL
	ABOVE ALL
5	On healthcare. President of the Russian Federation V.V. Putin in the annual Address to the Federal Assembly
	ACTUALLY TODAY
9	<i>Ulumbekova G.E.</i> Healthcare of Russia: 2018–2024. What to do?
17	<i>Naygovzina N.B., Popova A.Yu., Biryukova E.E., Yezhlova E.B., Igonina E.P., Pokrovsky V.I., Akimkin V.G., Tutelyan A.V., Shestopalov N.V., Kraevoy S.A., Kostenko N.A., Brico N.I., Brusina E.B., Zueva L.P., Feldblyum I.V., Shkarin V.V., Kozlov R.S., Stasenko V.L., Golubkova A.A., Sukhikh G.T., Priputnevich T.V., Shmakov R.G., Zubkov V.V., Shkoda A.S., Shumilov V.I., Mitrokhin S.D., Ershova O.N., Selkova E.P., Grenkova T.A., Ivanov I.V., Shvabsky O.P.</i> Optimization of the system of measures to control and prevent infections associated with the provision of medical care in the Russian Federation
27	<i>Ulumbekova G.E., Prokhorenko N.F.</i> Report of the Center for Strategic Research "Health: the necessary answers to the challenges of time". Basic impressions
	ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ
30	<i>Ulumbekova G.E.</i> The urgency of the Strategy for the formation of the population of the Russian Federation adherence to a healthy lifestyle and recommendations for the finalization of the Interdepartmental Strategy for healthy lifestyle, prevention and control of noncommunicable diseases for the period up to 2025
36	<i>Working group of the Central Staff of the All-Russian People's Front "Social Justice"</i> Discussion of the draft Interdepartmental Strategy formation of a healthy lifestyle of the population, prevention and control of noncommunicable diseases for the period up to 2025
	EFFECTIVE MANAGEMENT
39	<i>Komarov Yu.M.</i> On the rational system of organization of health protection and medical care
47	<i>Shelyakin V.A., Khudyaev A.S., Knyazeva E.G.</i> Regional experience of improving hospital payment systems based on diagnosis-related groups (DRG): achievements, problems and the prospects
	INFORMATION
54	Index of articles published in the journal "HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education. Bulletin of VSHOUZ" for 2017

Уважаемые коллеги!

Для здравоохранения России в настоящее время открывается окно возможностей.

Последние годы отличались не только суровыми финансовыми условиями, но и нарастающим противоречием возможностей отрасли и предъявляемыми к ней требованиями. Это касалось и нормативной базы, и настоятельной необходимости не отстать от современных трендов информатизации экономики, и резко возросшего запроса общества на доступную качественную медицинскую помощь в психологически комфортных для пациента условиях. Основными негативными проявлениями такого противоречия стали дальнейшее снижение престижа медработников и разделение общества на две негодующие группы: медиков и пациентов. А главное – к 2018 г. не был достигнут целевой уровень ожидаемой продолжительности жизни 74 года.

Эти и многие другие факторы послужили достаточным основанием для того, чтобы Президент РФ В.В. Путин в своем Послании Федеральному Собранию 1 марта 2018 г. не только обратил внимание на необходимость пристального внимания к «болезням» системы оказания медицинской помощи, но и подробно остановился на приоритетных направлениях и условиях успеха этой работы. Четко прозвучала основная цель системы охраны здоровья – достижение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 г. с последующим показателем 80 лет и более к 2030 г. с намерением существенно увеличить финансовое обеспечение здравоохранения. В послании указано, что опережающими темпами должна расти продолжительность именно здоровой, активной, полноценной жизни, для чего необходимы профилактика, раннее выявление заболеваний и воспитание ответственного отношения к собственному здоровью.

Особенностью текущего периода являются и ранее озвученные государственные подходы к достижению поставленных целей: расширение свободы принятия управленческих решений с одновременным усилением персональной ответственности за итоговый результат. В первую очередь это потребует сформировать стратегию развития системы здравоохранения и сделать обоснованный выбор путей достижения ее целей в каждом регионе.

Текущий выпуск журнала посвящен именно этим вопросам первостепенной важности.

Вашему вниманию предлагаются целевая выборка положений послания Президента РФ В.В. Путина по развитию охраны здоровья, системный взгляд на развитие здравоохранения в 2018–2024 гг., наши аналитические заключения на доклад Центра стратегических разработок «Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени», вышедший в феврале 2018 г., а также на Межведомственную стратегию формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г., подготовленную Минздравом России. Кроме того, вы сможете ознакомиться с точкой зрения одного из ведущих отраслевых экспертов профессора Ю.М. Комарова о первостепенных задачах здравоохранения и способах их решения, а также с современными подходами к решению проблемы внутрибольничных инфекций. Авторы из Екатеринбурга (Шелякин В.А., Худяев А.С., Князева Е.Г.) делятся региональным опытом совершенствования системы оплаты стационарной медицинской помощи на основе клинико-статистических групп заболеваний.

Г.Э. Улумбекова,

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)

Н.Ф. Прохоренко,

кандидат экономических наук, первый проректор Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ)

О здравоохранении. Президент РФ В.В. Путин в ежегодном Послании Федеральному Собранию

«В основе всего лежит сбережение народа России и благополучие наших граждан. Именно здесь нам нужно совершить решительный прорыв».

1 марта 2018 г. Президент России Владимир Владимирович Путин обратился с ежегодным Посланием к Федеральному Собранию. Глава государства обозначил основные направления внутренней и внешней политики РФ. Особый акцент был сделан на увеличении ожидаемой продолжительности жизни российских граждан, на росте рождаемости, на увеличении финансирования здравоохранения и на обеспечении качества и доступности медицинской помощи. Ниже приводим тезисы выступления.

80+

В.В. Путин: «Важнейший базовый показатель благополучия граждан и страны – это, конечно, продолжительность жизни. Сегодня мы обязаны поставить перед собой цель принципиально нового уровня. К концу следующего десятилетия Россия должна уверенно войти в клуб стран «80+», где продолжительность жизни превышает 80 лет. Это в том числе такие страны, как Япония, Франция, Германия.

Напомню, в 2000 г. в России ожидаемая продолжительность жизни составляла немногим более 65 лет, а у мужчин – вообще меньше 60. Это не просто мало, это трагически мало. В последние годы темпы роста средней продолжительности жизни в России – одни из самых высоких в мире. Нам удалось этого добиться. Продолжи-



<http://kremlin.ru/events/president/news/56957/photos/52616>

тельность жизни увеличилась более чем на 7 лет и составляет **73 года**. Но и этого, конечно, недостаточно.

При этом опережающими темпами должна расти продолжительность именно здоровой, активной, полноценной жизни, когда человека не ограничивают, не сковывают болезни. Убежден, такая цель, учитывая положительную динамику прошлых лет, достижима. И для этого всей России предстоит сделать большой шаг в своем развитии, чтобы качественно изменилась жизнь каждого человека.

Наш нравственный долг – всемерно поддерживать старшее поколение, которое внесло огромный вклад в развитие страны. У пожилых людей должны быть достойные условия для активного, здорового долголетия. Главное, мы должны добиться увеличения размеров пенсий, обеспечить их регулярную индексацию, причем выше темпов инфляции. Будем стремиться и к тому, чтобы сокращался разрыв между размером пенсии и за-

рабочей платой, которая была у человека перед выходом на пенсию. И конечно, нужно повысить качество медицинского и социального обслуживания пожилых людей, помочь тем, кто одинок или оказался в сложной жизненной ситуации.

Решение всех этих вопросов требует комплексного подхода. Считаю, что будущее новое правительство должно будет подготовить специальную программу системной поддержки и повышения качества жизни людей старшего поколения.

Нам важен и ценен каждый человек, чтобы он чувствовал свою востребованность, прожил долгую и, главное, здоровую жизнь, радовался внукам, правнукам, чтобы дети выросли и стали успешными в сильной, динамичной, успешной стране, которая выходит на новые рубежи развития.

Россия должна не только прочно закрепиться в пятерке крупнейших экономик мира, но и к середине следующего десятилетия **увеличить ВВП на душу населения в 1,5 раза**. Это очень сложная задача. Уверен, мы готовы эту задачу решить».

Демография

В.В. Путин: «В предыдущие годы за счет активной поддержки семьи, материнства, детства мы смогли переломить негативные демографические тенденции: добились роста рождаемости и снижения смертности, сумели сгладить последствия двух тяжелейших, наложившихся друг на друга демографических провалов периода Великой Отечественной войны и конца прошлого века. Это оказалось примерно одно и то же по уровню снижения рождаемости. Но сегодня демографические потери 1990-х неминуемо дают о себе знать. Это прежде всего снижение рождаемости, так как семья начинает создавать малочисленное поколение 1990-х гг. И это объективная данность.

У демографической проблемы есть и чисто экономическое измерение. В 2017 г., например, **численность населения в трудоспособном возрасте сократилась почти на 1 млн**. В ближайшие годы такая тенденция к сокращению

сохранится, и это может стать серьезным ограничением для экономического роста. Трудовых ресурсов просто нет. Необходимо ответить на эти вызовы и в предстоящее десятилетие обеспечить устойчивый естественный рост численности населения России.

Наша демографическая политика доказала свою результативность. И мы продолжили, расширили ее. Продлили программу материнского капитала, предусмотрели адресные выплаты при рождении первенца, второго и третьего ребенка. За 5 лет свыше полумиллиона семей с детьми смогут улучшить свои жилищные условия с помощью льготной ипотеки. Запускается программа обновления детских поликлиник и детских поликлинических отделений в больницах.

В целом, за предстоящие 6 лет на меры демографического развития, на охрану материнства и детства нам нужно будет направить не менее 3,4 трлн руб. Это большая, но не запредельная, реалистичная цифра, это на 40% больше, чем за предыдущие 6 лет. В 2012–2017 гг. мы с вами направили на эти цели 2,47 трлн руб.».

Доступность и качество медицинской помощи

В.В. Путин: «Важнейшая задача, которая касается каждого, – это доступность современной качественной медицинской помощи. И здесь мы должны ориентироваться на самые высокие мировые стандарты.

В 2019–2024 гг. **на развитие системы здравоохранения из всех источников** потребуется ежегодно направлять в среднем **более 4% ВВП**. Но стремиться нужно, безусловно, к **5%**. В абсолютном выражении это будет означать, что **общие объемы расходов на здравоохранение должны увеличиться вдвое**. При этом надо найти дополнительные возможности для финансирования, которые не сдерживали бы экономический рост.

Хотел бы поблагодарить врачей, фельдшеров и медсестер за их сложный и такой нужный труд. На этих людях держится очень многое, так

же как и на учителях, воспитателях, работников культуры, и они должны получать достойную заработную плату.

Много было сделано в ходе реализации майских указов 2012 г. Должен сказать, что какие-то недовыполнения есть, но в целом, как бы высоко ни были подняты планки этих указов, если бы их не было, не было бы и результатов, которые мы имеем сегодня. Амбициозные задачи нужно ставить всегда.

И здесь нельзя отступать от уже достигнутых рубежей – я имею в виду сейчас уровень заработной платы. Размер зарплат в бюджетной сфере должен расти и дальше, так же как и качество работы, уровень подготовки специалистов в здравоохранении, образовании, других областях, которые определяют благополучие людей.

За последние годы была проведена оптимизация сети лечебных учреждений. Это делалось для того, чтобы выстроить эффективную систему здравоохранения. Но в ряде случаев, и я вынужден сегодня об этом сказать, административными преобразованиями явно увлеклись: начали закрывать лечебные заведения в небольших поселках и на селе. Но альтернативы никакой не предложили, оставили людей практически без медпомощи, ничего не предлагая взамен. Совет один: «Поезжайте в город и там лечитесь!». Это абсолютно недопустимо. Забыли о главном – о людях. Об их интересах и потребностях, наконец, о равных возможностях и справедливости.

Так не должно быть ни в здравоохранении, ни в любой другой сфере. Нужно обеспечить, а где необходимо восстановить, действительно шаговую доступность в первичном звене здравоохранения. Ведь это можно сделать, но нужно было делать это с самого начала, когда занимались преобразованием.

Сейчас это нужно сделать как можно быстрее. В населенных пунктах с численностью от 100 до 2000 человек в течение 2018–2020 гг. должны быть созданы фельдшерско-акушерские пункты и врачебные амбулатории. А для населенных пунктов, где проживает менее 100 человек, а у нас такие тоже есть, организовать мобильные

медицинские комплексы, автомобили повышенной проходимости со всем необходимым диагностическим оборудованием.

Нужно держать под контролем исполнение этих задач. Считаю их крайне важными. И прошу также Общероссийский народный фронт находиться в контакте с гражданами, вести мониторинг ситуации на местах. При этом поликлиники и фельдшерско-акушерские пункты, региональные учреждения здравоохранения и ведущие медицинские центры должны быть связаны в единый цифровой контур, чтобы для помощи каждому человеку были привлечены силы всей национальной системы здравоохранения».

Профилактика

В.В. Путин: «Важнейшая задача – это профилактика заболеваний. В 1990-е гг. такая работа практически не велась. Мы начали ее восстанавливать. Нужно обеспечить всем гражданам реальную возможность не менее одного раза в год пройти качественный профилактический осмотр. Это в том числе важно для воспитания ответственного отношения к собственному здоровью».

Современная диагностика позволит снизить смертность в трудоспособном возрасте, закрепить позитивную динамику в борьбе с болезнями сердечно-сосудистой системы. У нас такая динамика наметилась, и это очень хорошо. Но это должно заставить отступить и такую угрозу, как онкологические заболевания.

Уважаемые коллеги, я думаю, что практически у каждого из нас есть родные, близкие, друзья, которых настигла эта беда, – рак. Предлагаю реализовать специальную общенациональную программу по борьбе с онкологическими заболеваниями, активно привлечь к решению этой задачи науку, отечественную фарминдустрию, провести модернизацию онкоцентров, выстроить современную комплексную систему от ранней диагностики до своевременного эффективного лечения, которая позволит защитить человека. У нас есть позитивный опыт. По всем ключевым показателям, которые демонстрируют результативность онкологической помощи, –

а специалисты их хорошо знают, – мы должны выйти на современный, необходимый нам, самый высокий уровень».

<http://kremlin.ru/events/president/news/56957>

Обратная связь

Всероссийский центр исследований общественного мнения (ВЦИОМ) представил результаты опроса по итогам 14-го ежегодного Послания Президента России Владимира Владимировича Путина. Россияне считают **решение проблем в сфере здравоохранения самой актуальной задачей** из всех перечисленных Президентом – об этом заявили **56%** опрошенных. Далее по важности следуют проблемы снижения бедности и повышения уровня доходов (46%), а также развитие образования (35%)*.

Тема реформы здравоохранения стала одной из самых запоминающихся частей выступления президента. «Респондентам, знакомым с содержанием выступления, запомнились и понравились прежде всего части, посвященные обороноспособности, ВПК (35%), далее – **реформе здравоохранения (11%)**, улучшению благосостояния населения (6%). Не-

понаравившиеся предложения выделили менее 10%. Больше хотели бы услышать о проблемах пенсионеров (7%), повышении уровня зарплат, МРОТ (5%).

Послание Президента РФ Федеральному Собранию вызвало рекордно высокий интерес: на момент проведения опроса с его основными положениями ознакомились 59% россиян – рост с 43% в 2016 г. Внимательно слушали выступление главы государства от начала до конца 20% граждан, 39% узнали об основных темах из новостей. Послание в целом вызвало у слушателей положительные эмоции: у 60% воодушевление. Каждый третий (30%) согласен с высказанными идеями, однако оценивает их как уже произносившиеся ранее, но не получившие реального воплощения.

Подавляющее большинство граждан (81%), следивших за посланием или узнавших основные темы из новостей, считают озвученные президентом задачи конкретными и реальными, однако только 34% верят, что они будут реализованы в ближайшее время, тогда как 47% полагают, что из-за коррупции и бюрократии во власти они не будут выполнены.

<https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=116743>

* Инициативный всероссийский опрос «ВЦИОМ-Спутник» проведен 6–7 марта 2018 г. В опросе принимают участие россияне в возрасте от 18 лет. Метод опроса – телефонное интервью по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров объемом 2000 респондентов. Данные взвешены на вероятность отбора и по социально-демографическим параметрам. Для данной выборки максимальный размер ошибки с вероятностью 95% не превышает 2,2%.

Здравоохранение России: 2018–2024 гг. Что надо делать?

Улумбекова Г.Э.

Высшая школа организации и управления
здравоохранением, Москва

В Послании Президента РФ Федеральному Собранию поставлена общенациональная цель – увеличить продолжительность жизни населения с нынешних 73 до 78 лет к 2024 г. Это сверхзадача для российского здравоохранения, решение которой немыслимо без консолидации усилий всего общества. В статье проведен краткий анализ текущего состояния здоровья населения и факторов, на него влияющих. Далее выносятся на обсуждение приоритеты, которые необходимо выделить в системе охраны здоровья граждан РФ. В статье также представлены условия, при которых возможно достижение ожидаемой продолжительности жизни, равной 78 годам, к 2024 г.

Ключевые слова:

общенациональная цель, продолжительность жизни российских граждан, анализ состояния здоровья населения, факторы, влияющие на здоровье населения, приоритеты в системе здравоохранения России

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 1. С. 9–16.

Статья поступила в редакцию: 15.02.2018. Принята в печать: 07.03.2018.

Healthcare of Russia: 2018–2024. What to do?

Ulumbekova G.E.

Higher School of Healthcare Organization
and Management (VSHOUZ), Moscow

In the official speech to the Federal Assembly President of Russia has set a national goal – to increase life expectancy from the current 73 to 78 years till the year 2024. It's the most important task for the Russian healthcare system, it's solution is impossible without consolidation of efforts of the whole society. The article presents a brief analysis of the current state of health of the population and the factors influencing it. Next, the priorities that need to be identified in the healthcare system of the Russian Federation are put forward for discussion. The article also presents the conditions for achieving a life expectancy of 78 years by the year 2024.

Keywords:

the national goal, the life expectancy of Russian citizens, the analysis of the state of population health, factors affecting the health of the population, priorities in the health care system of Russia

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2018; (1): 9–16.

Received: 15.02.2018. Accepted: 07.03.2018.

В Послании Президента РФ Федеральному Собранию поставлена общенациональная цель – увеличить продолжительность жизни населения с нынешних 73 до 78 лет к 2024 г. Это сверхзадача для российского здравоохранения, решение которой немыслимо без консолидации усилий всего общества: государства, бизнеса, самих граждан. Для этого сначала необходимо провести объективный анализ текущего состояния здоровья населения и оценить, какие факторы на него влияют и в какой степени. Затем обеспечить созидательную мощь: определить приоритеты, сформулировать стратегические задачи и контрольные показатели, рассчитать необходимые ресурсы. И действовать – точно и быстро, ведь до достижения цели осталось всего 6 лет!

1. Главные проблемы в состоянии здоровья населения РФ

Главный показатель оценки состояния здоровья – это ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ). Он рассчитывается на основании повозрастных коэффициентов смертности. Сегодня ОПЖ в России на **6 лет ниже**¹, чем в «новых-8» странах ЕС, имеющих

близкий с РФ уровень экономического развития², а в 1987 г. эта разница составляла **меньше 1 года**.

Самая большая проблема – высокая смертность граждан трудоспособного возраста. Она в **3,4 раза выше** в расчете на 100 тыс. населения, чем в странах ЕС (расчеты академика РАН А.Г. Аганбегяна)³. Научные данные свидетельствуют, что в половине случаев это напрямую или косвенно связано с избыточным потреблением алкоголя и табакокурением⁴.

Российские мужчины живут на **10,6 года меньше**, чем женщины, и на **7,2 года меньше**, чем мужчины в «новых-8» странах ЕС. Кстати, в 1987 г. эта разница была **только 2 года** (рис. 1).

Вторая проблема – это здоровье российских **детей**, смертность среди них **в 2 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС (рис. 2), особенно в возрасте от 1 года до 14 лет. Причем половина смертей именно в этом возрасте происходит в результате внешних причин (43%) и новообразований (12%).

Третья проблема – высокая смертность от новообразований среди молодых возрастов. Так, стандартизованный показатель смертности (СКС) мужчин в возрасте до 65 лет от злокачественных новообразований в РФ **в 1,5 раза выше**, чем в странах ЕС, а СКС женщин – **на 20% выше**.

¹ Здесь и далее: по РФ – данные Росстата, по странам ЕС – база ВОЗ «Здоровье для всех».

² «Новые-8» страны ЕС включают Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию, Словению, Чехию и Эстонию.

³ Аганбегян А.Г. Демографическая драма на пути перспективного развития России // *Народонаселение*. 2017. № 3. С. 4–23.

⁴ http://xn----7sbbahcmgafaski8a2afibqai8ke4dxd.xn--p1ai/publ/obshhestvennoe_zdorove/vlijanie_potreblenija_alkogolja_na_smertnost_trudospobnogo_naselenija_v_rossii/18-1-0-560.

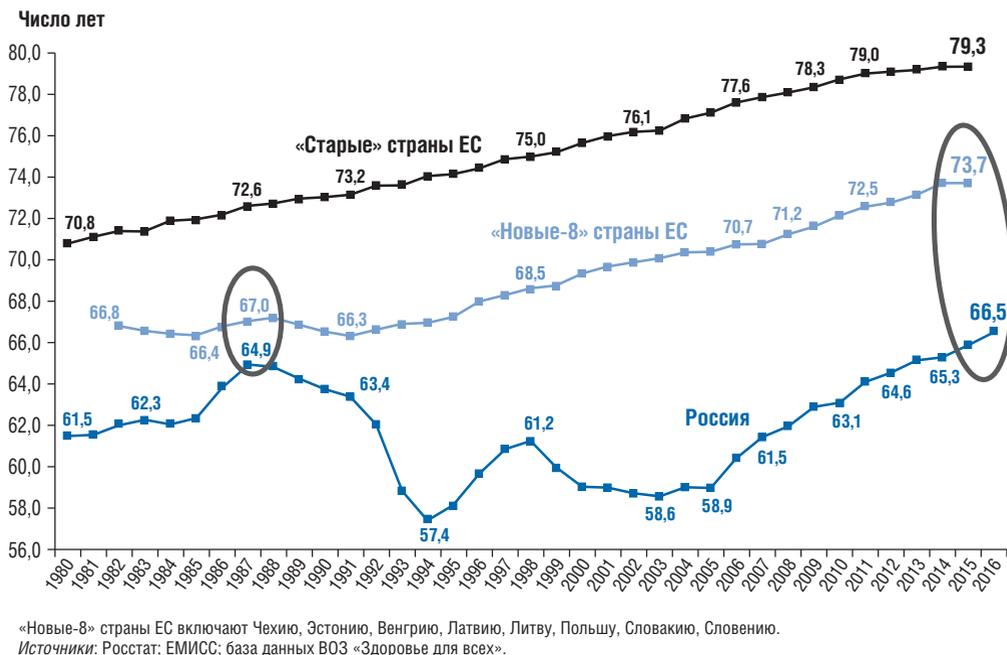


Рис. 1. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин, число лет

Число умерших в возрасте 0–14 лет на 100 тыс. населения соотв. возраста

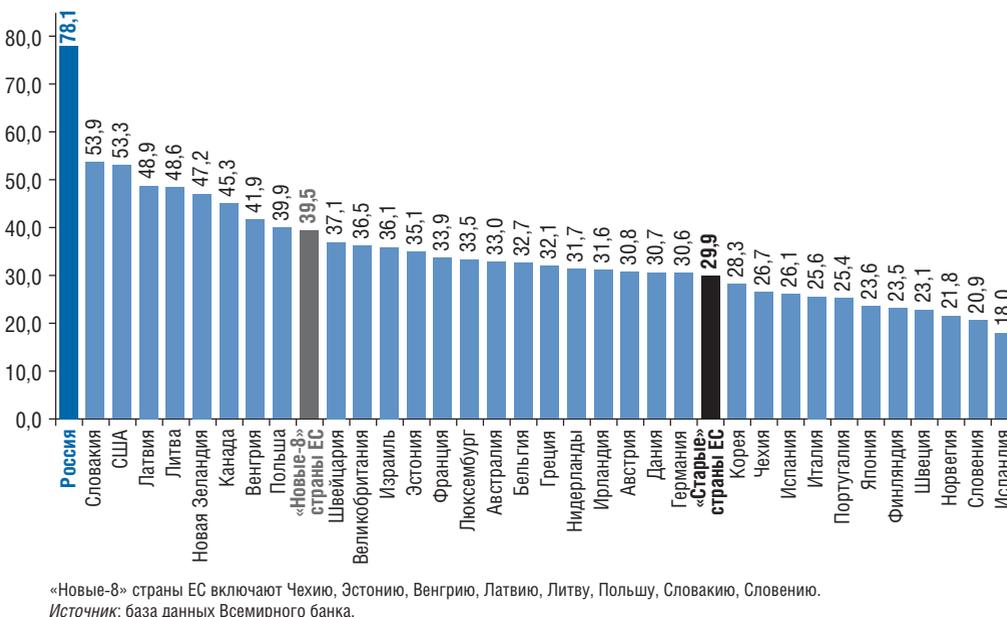


Рис. 2. Смертность детей в возрасте от 0 до 14 лет в 2015 г. или последнем возможном (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

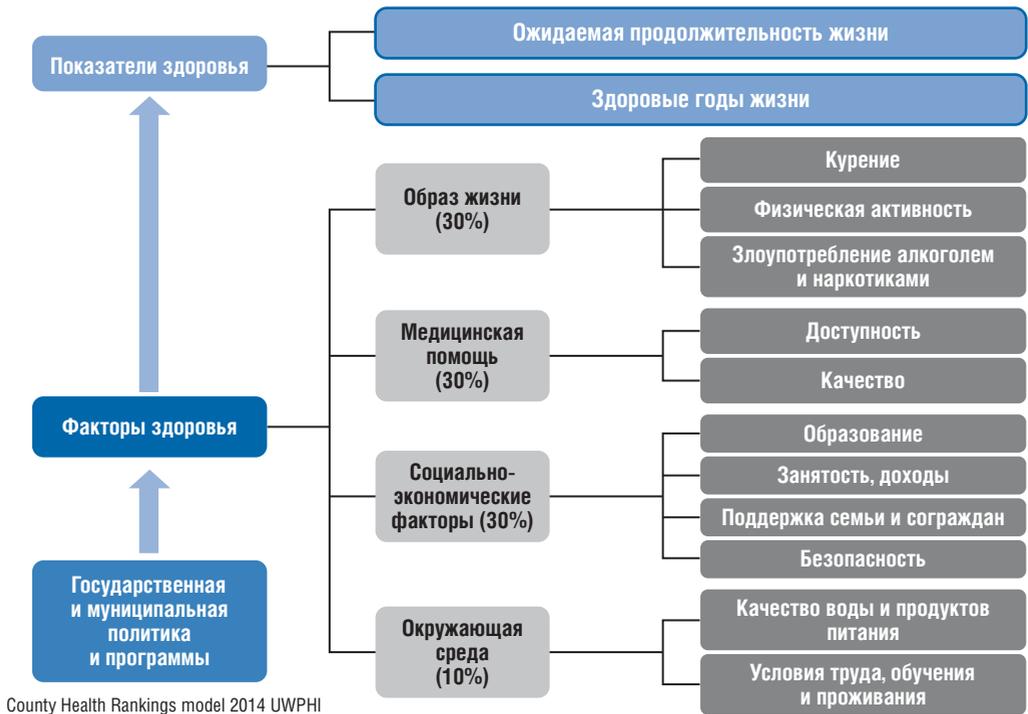


Рис. 3. Факторы, влияющие на здоровье населения

Четвертая проблема – крайне неудовлетворительные показатели смертности от инфекционных болезней. СКС от них **в 4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, а от туберкулеза – **в 8 раз выше** (СКС рассчитан по мировому стандарту). Более того, смертность от инфекционных заболеваний **за последние 4 года** (с 2012 по 2016 г.) выросла **на 8%**. Причем этот рост произошел за счет смертей от ВИЧ – **в 2 раза** и от вирусных гепатитов – **в 1,4 раза**.

Пятая проблема – существенная разница в состоянии здоровья между сельскими и городскими жителями. На селе живут на **1,9 года меньше**, чем в городе. В 1995 г. эта разница была почти **в 3 раза ниже** и составляла 0,7 года.

2. Какие факторы влияют на состояние здоровья населения РФ

На здоровье населения влияют социально-экономические факторы, образ жизни, условия

внешней среды, доступность и качество медицинской помощи (зависящие от уровня финансирования и эффективности работы системы здравоохранения) (рис. 3).

Общепринято, что доля влияния на здоровье факторов окружающей среды не превышает 10%. Ведущую роль играют социально-экономические факторы (уровень жизни, безопасность и доходы населения). Степень влияния этих факторов оценивают в 30–40%. Доля влияния образа жизни, по разным оценкам, – 30%. Остальное остается на долю здравоохранения.

При оценке воздействия системы здравоохранения на здоровье граждан следует иметь в виду, что в странах, где она хорошо финансируется, влияние будет меньшим по сравнению со странами, где есть резервы роста в этом направлении. Например, в РФ увеличение финансирования и повышение эффективности деятельности системы здравоохранения в большей степени повлияют на улучшение здоровья населения, чем это произойдет в странах ЕС. Это было до-

казано на примере реализации ПНП «Здоровье» в 2005–2012 гг. и других целевых программ, инициированных руководством страны в этот период.

Исследования ВШОУЗ показали, что для РФ в 2011–2015 гг. доли влияния факторов здоровья распределялись следующим образом: темп роста ВВП определял ОПЖ **на 30%**, снижение потребления алкоголя – **на 35%**, увеличение государственного финансирования здравоохранения – **на 35%**.

К сожалению, сегодня напряжение и недовольство здравоохранением среди населения очень высоко. Так, по опросам ВЦИОМ, здравоохранение – это третья по важности проблема, которая беспокоит граждан (после отсутствия роста зарплатных плат и стагнации экономики). С одной стороны, такое отношение связано с завышенными ожиданиями в части доступности медицинской помощи и недопониманием гражданами существующих ограничений в системе здравоохранения. С другой – с 2012 по 2016 г. в результате непродуманных реформ произошло сокращение мощностей государственной системы здравоохранения, и, как следствие, снизилась ее пропускная способность, т.е. возможность оказать бесплатную медицинскую помощь **реально уменьшилась**. Все это крайне отрицательно сказалось на процессе взаимодействия пациентов и врачей, последние стали заложниками неверных решений.

Так, с 2012 по 2016 г. число больных в РФ увеличилось на 2% (+4,2 млн человек), а обеспеченность врачами **сократилась на 4%**. И это при том, что уже в 2012 г. большинство российских врачей работали с существенной перегрузкой (коэффициент совместительства составлял не менее 1,5). В результате обеспеченность врачами в РФ сегодня установилась на уровне стран ЕС, и это при большем потоке больных и существенно больших расстояниях. Обеспеченность стационарными койками за 2012–2016 гг. в РФ также сократилась на 13%. Как следствие, сократилось число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений (**на 12%**) и госпитализаций (**на 13%**).

Дефицит кадровых и материально-технических ресурсов во многом обусловлен недо-

финансированием. В 2016 г. государственные расходы на здравоохранение в РФ составили 3,1 трлн руб., или 3,6% ВВП. В «новых-8» странах ЕС эта доля в **1,4 раза выше** – 5,0% ВВП.

Недостаточная ресурсная обеспеченность российского здравоохранения **усугубляется** неэффективным управлением. Оно проявляется в том, что в отрасли **не выделены** приоритеты, действует **противоречивая** нормативная база, сами нормативные требования зачастую не обеспечены необходимыми ресурсами, статистические данные противоречивы или закрыты, **не проводится** объективный системный анализ деятельности, как следствие, **не принимаются** правильные решения.

Так, требования обязательных порядков **не согласованы** с методическими документами, прилагаемыми к Программе государственных гарантий. Требования стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания зачастую не обеспечены ресурсами, а соответственно, **не выполнимы**. При этом на соответствие требованиям порядков и стандартов проводятся многочисленные проверки контрольно-надзорных органов, но эффективность этих проверок под большим вопросом. Более того, сами контрольные мероприятия и критерии для проверок множатся. Так, в приказе Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» определено **около 2400** показателей. В развитых странах для контроля медорганизаций обычно применяются не более **30–50** результирующих показателей.

3. Какие приоритеты необходимо выделить в системе охраны здоровья граждан РФ?

Из анализа, очевидно, вытекают приоритетные направления для действий по охране здоровья населения РФ. На ближайшие годы ими должны стать охрана здоровья **российских мужчин трудоспособного возраста, российских детей и подростков**, а также

ликвидация различий в состоянии здоровья городских и сельских жителей. Для этого необходимо реализовать 2 стратегических направления.

1. Добиться снижения потребления алкоголя и табака среди населения. Реализация этого направления должна стать зоной ответственности **глав регионов и муниципальных образований.** Для этого необходимо срочно приступить к разработке и реализации национальной, региональных и муниципальных комплексных межведомственных программ по снижению распространенности потребления алкоголя и табакокурения, особенно среди молодежи. К его реализации необходимо также подключить **работодателей.**

2. Повышение доступности и качества бесплатной медицинской помощи. Это зона ответственности министра здравоохранения РФ и руководителей региональных органов управления здравоохранением. И здесь тоже важны приоритеты, одновременно развивать все не получится – просто не хватит ресурсов.

Приоритет 1. Развитие первичного звена здравоохранения. Очевидно, что главным приоритетом должна стать медицинская помощь, к которой население обращается чаще всего. Например, поликлиники граждане России посещают почти **1,5 млрд раз** в год. Лекарства в амбулаторных условиях потребляют практически **все.** Значит, чтобы **повлиять на доступность медицинской помощи и настроения людей,** надо развивать первичное звено и поэтапно распространить бесплатное лекарственное обеспечение на все категории населения (а не только на тех, кто имеет специальные льготы, как сейчас).

Особый акцент необходимо сделать **на развитии педиатрической службы,** а также на охране здоровья женщин репродуктивного возраста в первичном звене. Это тем более важно, поскольку вместе с другими мерами будет способствовать преодолению последствий катастрофического снижения рождаемости, которое вызвано снижением числа женщин детородного возраста и ухудшением социально-экономических условий.

Огромная роль в охране здоровья граждан трудоспособного возраста принадлежит **работодателям.** На всех крупных производствах (от 1000 чел.) должны быть созданы (восстановлены) медико-санитарные части, которые обеспечат оказание первичной медико-санитарной помощи этой группе населения – так, как это было в СССР и как сегодня обстоит во многих развитых странах.

Для обеспечения доступной и квалифицированной помощи в первичном звене нужны **дополнительные кадры** (минимум **на 50%** больше врачей, чем имеем сейчас, а среднего медицинского персонала – **в 2 раза больше**). Сегодня врачам первичного звена приходится мириться с огромными переработками, чтобы обеспечить приемлемый уровень заработной платы. Большинство из них не имеют возможности постоянно повышать квалификацию. Поэтому, возлагая новые задачи на первичное звено, именно на этом уровне необходимо увеличить обеспеченность медицинскими кадрами и создать благоприятные условия для труда медицинских работников.

Приоритет 2. Ускоренное повышение квалификации медицинских кадров. Только введения системы аккредитации (или проведения заключительного экзамена на оценку соответствия компетенций выпускников медицинских вузов определенному уровню) явно недостаточно, чтобы повысить качество их подготовки. Потребуется **обеспечивающие меры** – повышение оплаты труда и квалификации профессорско-преподавательского состава вузов и медицинских училищ, существенное улучшение их материально-технической базы. Далее, для того чтобы врачи и медицинские сестры могли повышать квалификацию **непрерывно** (что является критическим требованием для повышения качества медицинской помощи), необходимо **создать соответствующие условия.** У медработника должен быть минимум **1 выделенный день** в месяц для повышения квалификации, медорганизация должна иметь средства для командирования сотрудников на образовательные мероприятия. Сами программы подготовки и непрерывного медицинского

образования должны удовлетворять высоким требованиям и быть аккредитованы. В медорганизациях также должны быть созданы условия – это электронные медицинские библиотеки на рабочих местах врачей с доступом к системам поддержки принятия клинических решений, медицинским словарям, справочникам и другим образовательным и информационным ресурсам.

Приоритет 3. Создание современной службы скорой медицинской помощи с четким зонированием, этапностью, материально-техническим оснащением (оборудование, связь, средства медицинской эвакуации и санитарного транспорта), преемственностью на всех этапах и обучением кадров.

Приоритет 4. Развитие центральных районных больниц и межмуниципальных центров. Особый акцент необходимо сделать на обеспечении кадрами и материально-техническими ресурсами ЦРБ и их структурных подразделений (ФАП, врачебные амбулатории) – оплота сельской медицины.

Приоритет 5. В связи с ростом доли населения старше пенсионного возраста (на 3 млн с 2017 по 2025 г.) для этой категории граждан потребуются организация **медико-социальной службы и реабилитации на дому**.

Приоритет 6. Потребуется разработать целевую программу по снижению смертности **от онкологических заболеваний**. Причем акцент в ней должен быть сделан на раннем выявлении новообразований, особенно в молодых возрастах, и на увеличении доступности бесплатной лекарственной терапии и других видов лечения.

Приоритет 7. Потребуется разработать целевую программу по снижению смертности и распространенности **инфекционных заболеваний**.

Для реализации каждого названного приоритетного направления необходимо применить проектный подход: назначить ответственных исполнителей для управления с федерального уровня до регионального, а также определить необходимые ресурсы и обозначить целевые индикаторы для контроля.

Дальнейшее увеличение расходов на такие виды помощи, как экстракорпоральное оплодот-

ворение или интенсивное выхаживание маловесных младенцев, которые исчисляются только несколькими тысячами пациентов, придется отложить до лучших времен.

4. При каких условиях можно достичь ожидаемой продолжительности жизни, равной 78 годам, к 2024 г.

Их три: снижение потребления алкоголя и табакокурения, увеличение финансирования здравоохранения и эффективное расходование средств отрасли.

Расчеты ВШОУЗ показали, что при выполнении базовых условий (снижение потребления алкоголя на 40%, рост ВВП на 1,5% ежегодно, как запланировано прогнозами Минэкономразвития) для достижения к 2024 г. ОПЖ, равной 78 годам, государственные расходы на здравоохранение должны **поэтапно вырасти в 1,4–1,5 раза** в ценах 2016 г. (в 2 раза в текущих ценах). Эти средства должны пойти на реализацию вышеназванных приоритетов. Следует отметить, что увеличение государственного финансирования здравоохранения – это **необходимое условие** достижения целей, но далеко не **достаточное**.

Дополнительные средства только в том случае дадут ожидаемый результат, если оперативное управление ими будет эффективным. Даже обоснованные приоритеты не приведут к результату, если руководящие кадры не будут владеть современными управленческими технологиями. Сегодня здравоохранением РФ руководят врачи. Но успешно управлять лечением **одного пациента** еще не означает, что также успешно можно управлять потоками **сотен и тысяч больных**, проходящих лечение в медицинских учреждениях, **или десятками миллионов пациентов** на уровне системы здравоохранения страны.

Обучение руководящих кадров придется срочно поднять на **принципиально новый уровень**. Сегодня состояние российского здравоохранения таково, что у отрасли **нет запасов прочности**, чтобы новые руководители учились на рабочих местах **методом проб и ошибок**.

Что касается определения выбора конкретных технологий лечения (например, будем ли лечить с помощью робототехники, теми или иными инновационными лекарствами, использовать методы персонифицированной медицины и т.п.), это **счетные вопросы**, которые можно определить с помощью медико-экономического анализа.

В завершение следует отметить, что успех в лечении пациентов будет достигнут только

в том случае, когда мы **восстановим доверие и взаимное уважение между врачами и пациентами**. Это важнейшая управленческая задача, и для ее решения в обществе необходимо культивировать уважение к медицинским работникам, их тяжелому и высокоответственному труду, а со стороны системы здравоохранения мы должны гарантировать пациентам качественную и безопасную медицинскую помощь.

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

Оптимизация системы мер борьбы и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в Российской Федерации

Найговзина Н.Б.¹, Попова А.Ю.², Бирюкова Е.Е.³, Ежлова Е.Б.², Игонина Е.П.², Покровский В.И.⁴, Акимкин В.Г.⁴, Тутельян А.В.⁴, Шестопалов Н.В.⁵, Краевой С.А.⁶, Костенко Н.А.⁶, Брико Н.И.⁷, Брусина Е.Б.⁸, Зуева Л.П.⁹, Фельдблюм И.В.¹⁰, Шкарин В.В.¹¹, Козлов Р.С.¹², Стасенко В.Л.¹³, Голубкова А.А.¹⁴, Сухих Г.Т.¹⁵, Припутневич Т.В.¹⁵, Шмаков Р.Г.¹⁵, Зубков В.В.¹⁵, Шкода А.С.¹⁶, Шумилов В.И.¹⁶, Митрохин С.Д.¹⁶, Ершова О.Н.¹⁷, Селькова Е.П.¹⁸, Гренкова Т.А.¹⁸, Иванов И.В.¹⁹, Швабский О.Р.¹⁹

¹ ГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»

² Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Москва

³ Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, Москва

⁴ ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, Москва

⁵ ФБУН «НИИ дезинфектологии» Роспотребнадзора, Москва

⁶ Министерство здравоохранения Российской Федерации, Москва

⁷ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

⁸ ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России

⁹ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

¹⁰ ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России

¹¹ ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России

¹² ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России

¹³ ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

¹⁴ ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург

¹⁵ «ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва

- ¹⁶ ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница № 67 им. Л.А. Ворохобова» Департамента здравоохранения г. Москвы
- ¹⁷ ФГАУ «Национальный научно-практический центр нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Москва
- ¹⁸ ФБУН «Московский НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора, Москва
- ¹⁹ ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора, Москва

В статье рассмотрены вопросы обеспечения эпидемиологической безопасности оказания медицинской в Российской Федерации, а также описаны задачи, которые необходимо решить для достижения этих целей. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), имеют негативные последствия для здоровья и жизни пациентов, персонала медицинских организаций, влекут за собой увеличение расходов на оказание медицинской помощи. В Российской Федерации, по данным официальной статистики, каждый год регистрируется около 25–30 тыс. случаев ИСМП. Стремительное развитие и активное применение новых технологий диагностики и лечения приводят к появлению новых рисков, что вызывает необходимость постоянного совершенствования методов профилактики и лечения ИСМП. В статье представлен комплекс управленческих решений для совершенствования системы эпидемиологического надзора и мер профилактики ИСМП в Российской Федерации, который позволит минимизировать факторы риска распространения инфекций, а также обеспечит эффективный контроль за ИСМП.

Ключевые слова:

инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, эпидемиологическая безопасность, система эпидемиологического надзора, профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 1. С. 17–26.
Статья поступила в редакцию: 02.12.2017. Принята в печать: 01.03.2018.

Optimization of the system of measures to control and prevent infections associated with the provision of medical care in the Russian Federation

Naygovzina N.B.¹, Popova A.Yu.², Biryukova E.E.³, Yezhlova E.B.², Igonina E.P.², Pokrovsky V.I.⁴, Akimkin V.G.⁴, Tutelyan A.V.⁴, Shestopalov N.V.⁵, Kraevoy S.A.⁶, Kostenko N.A.⁶, Brico N.I.⁷, Brusina E.B.⁸, Zueva L.P.⁹, Feldblyum I.V.¹⁰, Shkarin V.V.¹¹, Kozlov R.S.¹², Stasenko V.L.¹³, Golubkova A.A.¹⁴, Sukhikh G.T.¹⁵, Priputnevich T.V.¹⁵, Shmakov R.G.¹⁵, Zubkov V.V.¹⁵, Shkoda A.S.¹⁶, Shumilov V.I.¹⁶, Mitrokhin S.D.¹⁶, Ershova O.N.¹⁷, Selkova E.P.¹⁸, Grenkova T.A.¹⁸, Ivanov I.V.¹⁹, Shvabsky O.P.¹⁹

- ¹ A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation
- ² Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare, Moscow
- ³ Council of Federation of the Federal Assembly of the Russian Federation, Moscow
- ⁴ Central Research Institute of Epidemiology, Moscow
- ⁵ Research Institute of Disinfectology, Moscow
- ⁶ Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow
- ⁷ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
- ⁸ Kemerovo State Medical University
- ⁹ North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg
- ¹⁰ Perm State Medical University named after acad. E.A. Wagner
- ¹¹ Nizhny Novgorod State Medical Academy
- ¹² Smolensk State Medical University
- ¹³ Omsk State Medical University
- ¹⁴ Ural State Medical University, Ekaterinburg
- ¹⁵ V.I. Kulakov Obstetrics, Gynecology and Perinatology National Medical Research Center of Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow
- ¹⁶ City Clinical Hospital # 67 named after L.A. Vorokhobov, Moscow
- ¹⁷ National Scientific and Practical Center of Neurosurgery named after acad. N.N. Burdenko, Moscow
- ¹⁸ Moscow Research Institute of Epidemiology and Microbiology named after G.N. Gabrichevsky, Moscow
- ¹⁹ Center for Monitoring and Clinical and Economic Expertise, Moscow

The article discusses the problems of ensuring the epidemiological safety of providing medical care in the Russian Federation, also the tasks that need to be solved to achieve these goals are described. Infections related to medical care have negative consequences for health and lives of patients, personnel of medical organizations and lead to an increase in medical expenses. In the Russian Federation, according to official statistics, every year about 25–30 thousand cases of infections related to medical care are registered. Fast development and active use of new technologies of diagnosis and treatment lead to the emergence of new risks, which require continuous improvement of methods of the infections related to medical care prevention and treatment. The article presents a set of management decisions to improve the system of epidemiological surveillance and measures of prevention of infections related to medical care in the Russian Federation, which can minimize the risk factors for the spread of infections related to medical care and provide effective control over them.

Keywords:

infections related to medical care; epidemiological safety; epidemiological surveillance system; prevention of infections related to medical care

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2018; (1): 17–26.

Received: 02.12.2017. Accepted: 01.03.2018.

В современных условиях профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), является одной из глобальных мировых проблем. Актуальность ИСМП определяется их широким распространением, негативными последствиями для здоровья и жизни пациентов, персонала медицинских организаций, увеличением расходов на оказание медицинской помощи, прежде всего в стационарных условиях, вследствие увеличения длительности лечения, снижения оборота койки, приводящих к росту потребности отрасли здравоохранения в дополнительных ресурсах [1].

По данным зарубежных научных исследований, ИСМП в среднем поражают от 5 до 15% госпитализированных пациентов, а в отделениях высокого риска эта цифра достигает 40%. Социальный и экономический ущерб, наносимый ИСМП, в США ежегодно составляет около 55–60 млрд долларов, в странах Европы – 13–24 млрд евро, в Великобритании – около 10 млрд фунтов стерлингов [2].

Наиболее распространенными формами ИСМП в мире являются инфекции в области хирургического вмешательства, инфекции кровотока, связанные с катетеризацией сосудов, пневмонии, ассоциированные с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ), инфекции мочевыводящих путей, связанные с катетеризацией мочевого пузыря [3].

По данным официальной статистики, в Российской Федерации ежегодно регистрируется около 25–30 тыс. случаев ИСМП ($\leq 0,1\%$ от числа госпитализируемых пациентов) [4], что не отражает реальной эпидемиологической ситуации и является следствием значительного недоучета

случаев ИСМП. Достоверные и полные статистические данные о социальном и экономическом бремени, причиняемом ИСМП государству и населению страны, отсутствуют. Тем не менее, по результатам научных исследований отечественных ученых, было показано, что ИСМП в среднем поражают 10% пациентов, находящихся в стационарах страны, составляя ежегодно не менее 2,5–3 млн случаев. Значителен общий экономический ущерб, ежегодно причиняемый ИСМП в Российской Федерации, который, по данным российских экспертов, может достигать 300 млрд рублей (5 млрд долларов США) [5].

В 2015 г. в стационарах страны были пролечены 30,4 млн человек (без учета новорожденных), при этом в случае осложнения ИСМП в среднем у 10% пациентов (более 3 млн чел.) и при увеличении продолжительности их лечения на 7–10 сут, общая продолжительность госпитализации таких больных предположительно увеличилась на 20–30 млн койко-дней. Исходя из средней стоимости койко-дня это обусловило возрастание только прямых затрат медицинских организаций при оказании стационарной медицинской помощи не менее чем на 60–85 млрд руб. Отсутствие должной выявляемости ИСМП в значительной мере усугубляет проблему, приводит к возрастанию социально-экономических потерь (издержек) государства [6].

Проблема ИСМП неразрывно связана с формированием и широким распространением возбудителей ИСМП, обладающих множественной резистентностью к антибиотикам и дезинфицирующим средствам, что негативно влияет на качество лечения пациентов и эффективность профилактических мероприятий. Широкое рас-

пространение устойчивых к антимикробным препаратам (АМП) штаммов микроорганизмов часто приводит к тяжелому течению заболеваний и даже смертельным исходам (*Acinetobacter*, *Pseudomonas* и различные *Enterobacteriaceae*, включая *Klebsiella*, *Coli*, *Serratia* и *Proteus*).

Так, все большее значение приобретает заболеваемость туберкулезом, вызванным микобактериями туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью: за 1999–2014 гг. показатели заболеваемости такими формами туберкулеза и их распространенности увеличились в 2,8–2,9 раза, ежегодно развивается лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза у каждого 7-го больного туберкулезом в период диспансерного наблюдения и лечения [7]. Другой пример – у больных со злокачественными новообразованиями доля инфекционных осложнений доходит до 70–80% [8], становясь основной причиной смерти.

В последние годы отмечен рост заболеваемости, обусловленной *Clostridium difficile*, составляющий в США до 250 тыс в год. При этом штаммы *C. difficile* становятся более устойчивыми к антибактериальной терапии, приводя к росту летальности от этой инфекции, достигающей 14 тыс. случаев в год [9, 10]. Значительный вклад в развитие ИСМП, связанных с имплантатами, а также с длительным или постоянным использованием устройств и изделий из пластика, в снижение эффективности терапии антибиотиками вносят образуемые бактериями биопленки [11, 12]. Достаточно часто наблюдается формирование антибиотикоустойчивыми микроорганизмами биопленок в послеоперационных ранах и трофических язвах, обуславливая их длительное незаживление и риск развития тяжелого сепсиса. Очень серьезной проблемой является вентилятор-ассоциированная пневмония у больных с критическими состояниями, которую регистрируют у 9–27 человек из 1000 интубированных пациентов [13]. Летальность от такой пневмонии достигает 30–70% [14, 15]. Наряду с нарастанием устойчивости бактерий к антибиотикам Всемирная организация здравоохранения [16] отмечает проблемы устойчивости к противовирусным препаратам

(в частности при лечении ВИЧ, гриппа), противопаразитарным (антималарийным) и антигрибковым средствам.

Таким образом, устойчивость к АМП является серьезной проблемой, с которой сталкиваются клиницисты самого разного профиля. При этом затраты на антибиотики и дезинфицирующие средства не приносят желаемого эффекта.

Это подтверждают результаты мониторинга потребления АМП за 2003–2013 гг.: выявлено, что в стационарах страны ведущее место в структуре потребления АМП для системного применения занимают цефалоспорины и хинолоны, причем в динамике в структуре потребления АМП увеличивается доля комбинированных пенициллинов, цефалоспоринов и хинолонов III–IV поколения, карбапенемов и макролидов, относящихся к дорогостоящим препаратам резерва.

В ходе научных исследований было установлено, что риск развития ИСМП определяется количеством и инвазивностью проводимых лечебно-диагностических манипуляций, степенью эпидемиологической безопасности медицинских технологий и больничной среды, свойствами возбудителей и особенностями течения хронических заболеваний пациентов, уровнем подготовки и квалификацией медицинского персонала. Интенсивное развитие и широкое применение высокотехнологичных методов диагностики и лечения обуславливает появление новых рисков, определяет необходимость непрерывного совершенствования технологий, методов и средств профилактики и лечения ИСМП [17].

Принимая во внимание меняющиеся социально-экономические условия современного мира, требующие от органов государственной власти совершенствовать методы управления, показателем эффективности которых является достижение общественно значимых целей [18, 19], а также государственную важность проблемы, определяемую поручением председателя Правительства Российской Федерации от 12.12.2016, Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Министерством здравооо-

ранения Российской Федерации, Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения активизирована работа по совершенствованию системы эпидемиологического надзора и мер профилактики ИСМП в Российской Федерации.

Цель проводимой работы – обеспечение эпидемиологической безопасности оказания медицинской помощи населению Российской Федерации и снижение социально-экономического ущерба от ИСМП на основе совершенствования технологий и методов профилактики диагностики и лечения, создания системы риск-менеджмента инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Достижение поставленной цели планируется посредством решения следующих основных задач:

- с учетом международного и отечественного опыта разработать современные критерии постановки диагноза ИСМП, обеспечить на их основе полную выявляемость, учет и регистрацию заболеваемости ИСМП в медицинских организациях;
- определить интенсивные показатели заболеваемости, обусловленные оперативными вмешательствами и манипуляциями с высоким эпидемиологическим риском инфицирования пациентов;
- определить структуру основных возбудителей ИСМП, охарактеризовать их чувствительность к антибиотикам, дезинфицирующим средствам и антисептикам, оценить распространенность микроорганизмов с высокой антимикробной устойчивостью;
- оценить структуру потребления и адекватность назначения антибиотиков, использования дезинфицирующих средств и антисептиков в медицинских организациях;
- отработать и внедрить в деятельность медицинских организаций систему фармакомикробиологического мониторинга;
- оптимизировать меры профилактики, диагностики и антибактериальной терапии с учетом патологии пациентов, особенностей оказываемой им медицинской помощи;

- внедрить современные эпидемиологически эффективные технологии профилактики ИСМП в практику здравоохранения;
- провести экспертную оценку нормативных и методических документов в области эпидемиологического надзора и профилактики ИСМП, оптимизировать нормативную правовую и методическую базу;
- провести оценку оснащенности программными продуктами медицинских организаций, обеспечивающими проведение фармакомикробиологического мониторинга и эпидемиологического надзора за ИСМП, определить подходы к оптимизации используемых в медицинских организациях информационных систем и баз данных, обеспечению их совместимости с электронной историей болезни в единой информационной системе в сфере здравоохранения;
- усовершенствовать систему обучения различных категорий медицинских работников по вопросам профилактики ИСМП;
- оценить социально-экономический ущерб от основных нозологических форм ИСМП и его динамику с учетом совершенствования эпидемиологического надзора и комплекса мероприятий по профилактике ИСМП, разработать и апробировать методику расчета и мониторинга объема прямых экономических затрат медицинских организаций в связи с возникновением ИСМП и оценки экономической эффективности мер по совершенствованию профилактики, диагностики и лечения ИСМП.

Учеными и специалистами определены основные направления реализации масштабной цели совершенствования системы эпидемиологического надзора и мер профилактики ИСМП в Российской Федерации:

1. **Эпидемиологический блок** – оценка в ходе проспективного эпидемиологического наблюдения на основе стандартных эпидемиологических определений случая ИСМП, стратифицированных показателей заболеваемости и их

динамики, позволяющих определить действие ряда эпидемиологически значимых факторов риска, а также проведение оценки соблюдения гигиены рук и обеспечения дезинфекционных мероприятий, спецодеждой.

2. Микробиологический блок – оценка сложившейся в учреждении системы микробиологической диагностики, структуры ведущих возбудителей гнойно-септических инфекций в изучаемых профильных подразделениях стационаров, оценка их чувствительности к антибиотикам, дезинфицирующим средствам и антисептикам, а также в рамках референс-исследований изучение механизмов резистентности и клональной структуры возбудителей, в том числе с применением молекулярно-генетических методов. Предусмотрены также динамическая оценка санитарно-микробиологических показателей при исследовании объектов внутрибольничной среды профильных отделений и отработка оптимальных схем и моделей микробиологического мониторинга в стационарах (отделениях) различного профиля.

3. Фармакологический блок – оценка структуры и объема потребления антибиотиков, соответствия назначений федеральным клиническим рекомендациям, а также разработка рекомендаций по корректировке практики антибактериальной профилактики и терапии, их внедрение и контроль реализации с оценкой эффективности.

4. Экономический блок – оценка социально-экономического ущерба от основных нозологических форм ИСМП и его динамики с учетом совершенствования эпидемиологического надзора и комплекса мероприятий по профилактике ИСМП, разработка и апробация методики расчета показателей предотвращенного прямого экономического ущерба (оптимизации расходов) медицинских организаций в связи с совершенствованием мер профилактики, диагностики и лечения ИСМП.

5. Информационный блок – экспертная оценка и актуализация нормативных и методических документов по профилактике ИСМП; оценка оснащенности программными продуктами, обеспечивающими проведение фармакомикробиологического мониторинга и эпидемиологическо-

го надзора за ИСМП с определением подходов к их оптимизации и обеспечению совместимости используемых в медицинских организациях информационных систем; разработка регламента межведомственного взаимодействия.

6. Внедрение новых технологий – оценка эпидемиологической, экономической, медицинской эффективности применения и последующее внедрение современных технологий, методов, средств (аппаратуры) лечения осложнений и профилактики ИСМП.

7. Ресурсное обеспечение – динамическая оценка ресурсного обеспечения системы профилактики ИСМП (кадры, материально-техническое обеспечение, информационное обеспечение, финансирование) с определением потребности в разработке и локализации производства необходимого оборудования и медицинских изделий.

8. Образовательный блок предусматривает расширение охвата различных категорий медицинских работников специализированными программами обучения по профилактике ИСМП в рамках непрерывного профессионального образования.

Реализация вышеуказанных направлений позволит:

- внедрить стандартные определения случаев ИСМП, обеспечить полную выявляемость и регистрацию случаев ИСМП в медицинских организациях, усовершенствовать формы учета заболеваемости ИСМП;
- оптимизировать систему эпидемиологического надзора за ИСМП на основе использования современных информационных технологий и специальных программ, разработать и апробировать методологию риск-менеджмента ИСМП при манипуляциях с высоким эпидемиологическим риском инфицирования пациентов;
- оптимизировать и стандартизировать методы и схемы мониторинга возбудителей ИСМП, получить научные данные о динамике устойчивости возбудителей ИСМП к антибиотикам и дезинфицирующим средствам, создать в медицинских орга-

низациях базы данных микроорганизмов с высокой антимикробной устойчивостью;

- модернизировать федеральные клинические рекомендации в части стандартных отраслевых протоколов диагностики и лечения ИСМП на основе данных мониторинга видового состава возбудителей, их устойчивости к АМП и динамики потребления АМП различных групп;
- внедрить в практику здравоохранения современные инновационные эпидемиологически эффективные методы и технологии профилактики ИСМП;
- снизить удельный вес случаев ИСМП, обусловленных возбудителями с высокой устойчивостью к антибиотикам и дезинфицирующим средствам;
- совершенствовать практику применения дезинфицирующих средств и антисептиков в медицинских организациях;
- повысить эпидемиологическую безопасность оказания медицинской помощи путем снижения рисков развития ИСМП в медицинских организациях;
- оптимизировать и гармонизировать с международной практикой отечественную нормативно-правовую и методическую базы в области профилактики ИСМП;

- повысить образовательный уровень различных категорий специалистов в области профилактики ИСМП;

- снизить прямые затраты медицинских организаций и уровень социально-экономического ущерба от ИСМП;

- определить экспертные организации по профилактике ИСМП в регионах (субъектах) Российской Федерации и распространить передовой опыт организации системы мероприятий по профилактике ИСМП.

Оптимизация системы эпидемиологического надзора за ИСМП позволит минимизировать факторы риска распространения этих инфекций, а также обеспечит эффективный контроль за ИСМП и будет способствовать своевременному принятию комплекса управленческих решений.

Таким образом, в настоящее время проблема профилактики ИСМП – неотъемлемая составляющая системы мер по обеспечению безопасности пациентов, качества и безопасности медицинской деятельности и помощи, требующая глубокого научного осмысления на основе высококачественного эпидемиологического анализа ситуации с привлечением методов молекулярной биологии, генетики, иммунологии и микробиологии, а также консолидированных усилий медицинского сообщества, специалистов органов исполнительной власти в сфере здоровья.

СВЕДЕНИЯ О ВЕДУЩЕМ АВТОРЕ

Акимкин Василий Геннадьевич – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» (Москва)

E-mail: akimkinvg@niid.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Попова А.Ю., Ежлова Е.Б., Иголина Е.П., Мельникова А.А., Фролова Н.В. Надзор за соблюдением санитарно-эпидемиологического законодательства при оказании медицинской помощи в целях обеспечения ее качества и безопасности // Вестн. Росздравнадзора. 2016. № 1. С. 74–78.

2. Акимкин В.Г., Тутельян А.В., Брусина Е.Б. Актуальные направления научных исследований в области неспецифической профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи // Эпидемиол. и инфекц. бол. Актуал. вопр. 2014. № 2. С. 40–44.

3. WHO/HSE/EPR/2009.1 Основные компоненты для программ профилактики инфекций и инфекционного контроля. Второе совещание Неформальной сети по профилактике инфекций и инфекционному контролю в здравоохранении, 26–27 июня 2008 г., Женева, Швейцария.
4. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 году: Государственный доклад. М. : Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2017. 220 с.
5. Акимкин В.Г., Семененко Т.А., Никитина Г.Ю., Годков М.А., Скворцов С.В. Эпидемиология гепатитов В и С в лечебно-профилактических учреждениях. М. : Бионика, 2013. 216 с.
6. Форма федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению за 2016 г.».
7. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2014 г. М. : Перо, 2015. 236 с.
8. Klevens R.M., Edwards J.R., Richards C.L. Jr. et al. Estimating healthcare-associated infections and deaths in U.S. hospitals 2002 // *Public Health Rep.* 2007. Vol. 122. P. 160–166.
9. Тутельян А.В., Писарев В.М., Минаева Н.З., Гапонов А.М., Грачева А.Н., Солопова Г.Г. Генерация антибиотикотолерантных бактерий при гематологических и онкологических заболеваниях, сопровождающихся иммунокомпрометацией: новая проблема инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи // *Вест. Рос. акад. мед. наук.* 2016. Т. 71, № 3. С. 183–189.
10. Medscape. CDC Expert Commentaries, 2013.
11. Roberts R.R., Hota B., Ahmad I. et al. Hospital and societal costs of antimicrobial-resistant infections in a Chicago teaching hospital: implications for antibiotic stewardship // *Clin. Infect. Dis.* 2009. Vol. 49 (8). P. 1175–1184.
12. Lebeaux D., Ghigo J.M., Lucet J.C. Implanted medical device-related infections: pathophysiology and prevention // *Rev. Prat.* 2014. Vol. 64 (5). P. 620–625.
13. Орлова О.А., Акимкин В.Г. Неспецифическая профилактика внутрибольничных вентилятор-ассоциированных инфекций дыхательных путей // *Дезинфекционное дело.* 2017. № 1 (99). С. 56–57.
14. Карпун Н.А., Мороз В.В., Климова Г.М., Акимкин В.Г., Журавлев А.Г., Колесник А.В. Профилактика нозокомиальных инфекций дыхательных путей // *Общая реаниматология.* 2007. Т. 3, № 3. С. 100–104.
15. Blot S., Koulenti D., Dimopoulos G., Martin C., Komnos A., Krueger W.A., Spina G., Armaganidis A., Rello J.; EU-VAP Study Investigators. Prevalence, risk factors, and mortality for ventilator-associated pneumonia in middle-aged, old, and very old critically ill patients // *Crit. Care Med.* 2014. Vol. 42 (3). P. 601–609. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24158167>"Critical care medicine.
16. WHO: Antimicrobial Resistans Global Report on surveillance 2014 (<http://www.who.int/drugresistance/en>).
17. Покровский В.И., Акимкин В.Г., Брико Н.И., Брусина Е.Б., Зуева Л.П., Ковалишена О.В., Стасенко В.Л., Тутельян А.В., Фельдблюм И.В., Шкарин В.В. Внутрибольничные инфекции: новые горизонты профилактики // *Эпидемиол. и инфекц. бол. Актуал. вопр.* 2011. № 1. С. 4–7.
18. Попова А.Ю., Брагина И.В., Зайцева Н.В., Май И.В., Шур П.З., Митрохин О.В., Горяев Д.В. О научно-методическом обеспечении оценки результативности и эффективности контрольно-надзорной деятельности Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека // *Гиг. и сан.* 2017. Т. 96, № 1. С. 5–9.
19. Стратегия предупреждения распространения антимикробной резистентности в Российской Федерации на период до 2030 года. Утв. распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 сентября 2017 г. № 2045-р.

REFERENCES

1. Popova A.Yu., Yezhlova E.B., Igonina E.P., Melnikova A.A., Frolova N.V. Supervision of compliance with the sanitary and epidemiological legislation in the provision of medical assistance in order to ensure its quality and safety. *Vestnik Roszdravnadzora [Bulletin of Roszdravnadzor].* 2016; 1: 74–8. (in Russian)
2. Akimkin V.G., Tutelyan A.V., Brusina E.B. Actual directions of scientific research in the field of nonspecific prevention of infections associated with the provision of medical care. *Epidemiologia i infekcionnye bolezni. Aktual'nye voprosy [Epidemiology and Infectious Diseases. Current Items].* 2014; 2: 40–4. (in Russian)

3. WHO/HSE/EPR/2009.1 The main components for infection prevention and infection control programs. Second meeting of the Informal Network on the Prevention of Infections and Infection Control in Health Care, June 26–27, 2008, Geneva, Switzerland. (in Russian)
4. On the state of sanitary and epidemiological welfare of the population in the Russian Federation in 2016: State Report. Moscow, 2017. 220 p. (in Russian)
5. Akimkin V.G., Semenenko T.A., Nikitina G.Yu., Godkov M.A., Skvortsov S.V. Epidemiology of hepatitis B and C in treatment and prophylactic institutions. Moscow: Bionika, 2013. 216 p. (in Russian)
6. Form of Federal Statistical Observation No. 62 "Information on the provision of resources and medical care to the population for 2016". (in Russian)
7. Shilova M.V. Tuberculosis in Russia in 2014. Moscow: Pero, 2015. 236 p. (in Russian)
8. Klevens R.M., Edwards J.R., Richards C.L. Jr., et al. Estimating healthcare-associated infections and deaths in U.S. hospitals 2002. *Public Health Rep.* 2007; 122: 160–6.
9. Tutelyan A.V., Pisarev V.M., Minaeva N.Z., Gaponov A.M., Gracheva A.N., Solopova G.G. Generation of antibiotic-tolerant bacteria in hematological and oncological diseases accompanied by immunocomprometry: a new problem of infections associated with the provision of medical care. *Vestnik Rossiyscoy akademii meditsinskikh nauk [Bulletin of RAMS]*. 2016; 71 (3): 183–9. (in Russian)
10. Medscape. CDC Expert Commentaries, 2013.
11. Roberts R.R., Hota B., Ahmad I. et al. Hospital and societal costs of antimicrobial-resistant infections in a Chicago teaching hospital: implications for antibiotic stewardship. *Clin Infect Dis.* 2009; 49 (8): 1175–84.
12. Lebeaux D., Ghigo J.M., Lucet J.C. Implanted medical device-related infections: pathophysiology and prevention. *Rev Prat.* 2014; 64 (5): 620–5.
13. Orlova O.A., Akimkin V.G. Nonspecific prevention of nosocomial fan-associated respiratory tract infections. *Dezinfektsionnoe delo [Disinfection Affairs]*. 2017; 1 (99): 56–7. (in Russian)
14. Karpun N.A., Moroz V.V., Klimova G.M., Akimkin V.G., Zhuravlev A.G., Kolesnik A.V. Prevention of nosocomial infections of the respiratory tract. *Obshchaya reanimatologiya [General Reanimatology]*. 2007; 3 (3): 100–4. (in Russian)
15. Blot S., Koulenti D., Dimopoulos G., Martin C., Komnos A., Krueger W.A., Spina G., Armaganidis A., Rello J.; EU-VAP Study Investigators. Prevalence, risk factors, and mortality for ventilator-associated pneumonia in middle-aged, old, and very old critically ill patients. *Crit Care Med.* 2014; 42 (3): 601–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24158167> "Critical care medicine.
16. WHO: Antimicrobial Resistans Global Report on surveillance 2014 (<http://www.who.int/drugresistance/en>).
17. Pokrovsky V.I., Akimkin V.G., Brico N.I., Brusina E.B., Zueva L.P., Kovalyshena O.V., Stasenko V.L., Tutelyan A.V., Feldblum I.V., Shkarin V.V. Intrahospital infections: new horizons for prevention. *Epidemiologia i infektsionnye bolezni. Aktual'nye voprosy [Epidemiology and Infectious Diseases. Current Items]*. 201; 1: 4–7. (in Russian)
18. Popova A.Yu., Bragina I.V., Zaitseva N.V., May I.V., Shur P.Z., Mitrokhin O.V., Goryaev D.V. On scientific and methodological support of the evaluation of the effectiveness and effectiveness of the control and supervisory activities of the Federal Service in the field of consumer rights protection and human well-being. *Gigiena i sanitariya [Hygiene and Sanitation]*. 2017; 96 (1): 5–9. (in Russian)
19. A strategy to prevent the spread of antimicrobial resistance in the Russian Federation for the period until 2030. Approved. Decree of the Government of the Russian Federation of September 25, 2017 No. 2045-r. (in Russian)

Доклад Центра стратегических разработок «Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени». Основные впечатления

Улумбекова Г.Э.,
Прохоренко Н.Ф.

Высшая школа организации и управления
здравоохранением, Москва

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 1. С. 27–29.

Статья поступила в редакцию: 00.00.2018. Принята в печать: 00.00.2018.

Report of the Center for Strategic Research "Health: the necessary answers to the challenges of time". Basic impressions

*Ulumbekova G.E.,
Prokhorenko N.F.*

Higher School of Healthcare Organization
and Management (VSHOUZ), Moscow

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2018; (1): 27–9.

Received: 00.00.2018. Accepted: 00.00.2018.

1. Что это такое?

Документ, в котором дана оценка состояния здоровья населения (неудовлетворительная), удовлетворенности населения здравоохранением (крайне озабочено) и направления дальнейшего развития здравоохранения с целью укрепить здоровье населения и продлить ожидаемую продолжительность жизни (ОПЖ) с нынешних 72 до 76 лет и, далее, к 2035 г., до 81 года, как сегодня в «старых» странах ЕС.

Главную цель, представленную в параметрах ОПЖ, ожидаемой продолжительности здоровой жизни и индекса активного долголетия, авторы конкретизируют тремя подцелями:

- расширение масштабов вовлечения населения в здоровый образ жизни (ЗОЖ);
- ускорение развития российской индустрии здоровья, повышение конкурентоспособности на глобальном рынке и вхождение в число лидеров в развитии медицинских и медико-информационных технологий;
- повышение доступности качественной медицинской помощи для российских граждан.

В качестве приоритетных обозначены 6 направлений:

- 1) технологический прорыв в здравоохранении;

- 2) развитие ЗОЖ;
- 3) обеспечение доступности качественных медицинских услуг, в первую очередь первичной медико-санитарной помощи;
- 4) создание эффективной системы лекарственного обеспечения;
- 5) развитие кадрового потенциала;
- 6) повышение эффективности системы финансирования здравоохранения.

2. Плюсы

1. Проблемы в здоровье населения оценены корректно, в том числе обращено внимание на катастрофическое состояние здоровья мужчин.

2. Правильно оценен приоритет ЗОЖ с его главными компонентами в виде отказа от злоупотребления спиртными напитками и табакокурения. В этом направлении за последние годы наша страна достигла определенных результатов: за 7 лет, согласно официальной статистике, снизилась распространенность потребления алкоголя на 30%, а курения – на 16%, с 2012 г.

3. В числе приоритетов необходимость повышения эффективности здравоохранения, в том числе за счет увеличения его финансирования.

4. В плане обеспечения опережающего развития радует акцент на первичное звено и необходимость повышения оплаты труда медработников.

3. Минусы

1. Авторы тщательно обходили основные нерешенные проблемы здравоохранения: отсутствие научно обоснованного подхода в формировании представления о потребности в медицинской помощи, выраженного дисбаланса нормативных требований и их финансового обеспечения, несовершенство нормативной базы, даже на уровне базовых категорий и предметных классификаторов.

2. В докладе представлена нетехнологичная попытка совместить истинные приоритеты отрасли, которые приведены в описании здоровья населения и данных по его социологическим опросам, с имиджевыми и политическими целями

государства. Например, на первое место поставлен технологический прорыв в здравоохранении с выходом на экспорт технологий с упоминанием малопонятных большинству людей слов и аббревиатур: 4П, нано-, кибер-, инкубаторы, ХЕЛСНЕТ, таргеты и другие. Никто не возражает. Но на все это ресурсы должны быть выделены дополнительно, помимо всех прогнозных графиков роста финансирования здравоохранения, а направления трат на истинные приоритеты отрасли должны быть четко обозначены: первичное звено, здоровье мужчин, подростков и т.п.

3. Во многих предлагаемых механизмах реализации в явном или завуалированном виде звучит мысль о соплатежах населения. По официальной статистике, наши граждане и так уже оплачивают 35% трат здравоохранения. Вынуждать население увеличить эту долю не просто некорректно, но и безответственно. Сейчас трудно оценить возможный всплеск социального недовольства людей, поставленных в ситуацию невозможности получить бесплатно и одновременно физической невозможности оплатить требуемую медицинскую помощь.

4. В аналитической части авторы делают совершенно обоснованный вывод о декоративном характере страховой надстройки системы. А в предложениях – совершенно алогичный вывод о необходимости в очередной раз вдохнуть свежее дыхание в практически отмерший с институциональной точки зрения организм. Но если при этом есть очевидные правильные подходы, в частности возможность с дополнительной оплатой сверх тарифа использовать в ОМС более дорогие медикаменты и расходные материалы, то идеи об ОМС-2 и индивидуальных накопительных счетах за счет дополнительных государственных (!) и частных источников содержит в себе провокативные последствия. Средства, выделяемые на здравоохранение государством, все равно едины. Получается, те, кто могут доплатить, вправе рассчитывать и на какую-то долю из государственных источников при формировании своего счета или программы. Если персональные средства не израсходованы, экономия расходуется на расширение ОМС, а если средств не хватает, все оплачива-

ется из общего фонда. В итоге обеспеченной части населения предлагается финансовая поддержка для их программ по сути добровольного медицинского страхования, но безо всякого риска достижения лимита ответственности. Также утопичны и другие способы реанимации доверия населения и медицинской общности к страховым медицинским организациям (СМО): разделение финансовой ответственности между СМО и территориальными ФОМСами, СМО и медицинскими организациями, особенно с формулировкой «за превышение фактических объемов помощи над плановыми», что в условиях неопределенной потребности в самих этих объемах помощи звучит несолидно.

5. Доклад разработан экспертами с явным экономическим уклоном, и здесь, конечно, не хватает подходов организатора здравоохранения. При этом чувствуется некоторая отдаленность от реальной жизни. Главное ее проявление – в представлении системы здравоохранения по модели крупного столичного города. Отсюда и конкуренция, и расчет внутренней экономики при сокращении госпитализации, и т.п. Нет ни слова о том, что все эти необоснованные госпитализации обеспечивают базовое существование самого медицинского учреждения, особенно

в сельской местности и в небольших городах. Кроме того, в расчетах потребности (планируемом увеличении затрат) на обновление основных средств медицинских организаций не учтена и четвертая часть накопленного дефицита. По нашим недавним данным, в одном из наиболее обеспеченном регионе России на эти цели уже сейчас требуется минимум 20–25 млрд руб. Что же говорить о других субъектах РФ?

6. Приоритет должен быть один – население. А это звучит очень слабо. Специалисты Центра стратегических разработок (Высшая школа экономики) хотят угодить всем: и страховым компаниям, и частным медицинским организациям, а также учесть особенности политических трендов. Надо просто работать над моделью разумной прозрачной системы, а имеющиеся средства тратить по приоритетам объективно рассчитанных потребностей населения.

4. Как должно быть?

Это описано в статье Г.Э. Улумбековой в данном номере журнала «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ» «Здравоохранение России: 2018–2024 гг. Что надо делать?», см. с. 9–16.

Актуальность Стратегии по формированию у населения РФ приверженности здоровому образу жизни и рекомендации по доработке Межведомственной стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г.

Улумбекова Г.Э.

Высшая школа организации и управления здравоохранением, Москва

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 1. С. 30–35.
Статья поступила в редакцию: 01.03.2018. Принята в печать: 10.03.2018.

The urgency of the Strategy for the formation of the population of the Russian Federation adherence to a healthy lifestyle and recommendations for the finalization of the Interdepartmental Strategy for healthy lifestyle, prevention and control of noncommunicable diseases for the period up to 2025

Ulumbekova G. E.

Higher School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ), Moscow

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.
Bulletin of VSHOUZ. 2018; (1): 30–5.
Received: 01.03.2018. Accepted: 10.03.2018.

Актуальность реализации Стратегии ЗОЖ*

Президент РФ, лидер ОНФ В.В. Путин поставил цель – достичь ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), равной **78 лет, к 2024 г. и 80 лет к 2030 г.** При этом он указал, что опережающими темпами должна расти продолжительность именно **здоровой, активной, полноценной жизни**, для чего необходимы **профилактика, раннее выявление** заболеваний и воспитание **ответственного отношения** к собственному здоровью. Эта сверхзадача потребует концентрации сил Правительства РФ, руководителей здравоохранения всех уровней, глав регионов и муниципальных образований, а также общественных организаций.

В направлении формирования у населения РФ здорового образа жизни (далее – ЗОЖ) благодаря инициативам президента и Правительства РФ за последние годы были достигнуты определенные успехи. Реализация антиалкогольной концепции (утверждена Распоряжением Правительства РФ от 30.12.2009 № 2128-р) позволила с 2010 по 2016 г. **снизить** распространенность потребления алкоголя **почти на 30%** (с 14,3 до 10,5 л чистого спирта на душу). Принятие антитабачного законодательства (Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ) привело к **сокращению** доли курящих среди взрослых с 2012 по 2016 г. **на 16%** (с 38 до 32%). Принятие норм ГТО, строительство спортивных объектов начиная с 2006 г. привели к тому, что доля занимающихся спортом **превысила 30%** (выступление В.В. Путина, октябрь 2016 г.). Для раннего выявления заболеваний Минздравом России с 2013 г. начата программа **диспансеризации** населения, которая позволила выявить ранее не зарегистрированные случаи заболеваний.

Однако проблема ЗОЖ, раннего выявления и предотвращения развития заболеваний остается актуальной для РФ. Так, сегодня доля куря-

щих в РФ составляет 32%, что **в 2 раза выше**, чем в странах ЕС в среднем, и **в 3 раза выше**, чем в США. Потребление алкоголя среди населения старше 15 лет в РФ **в 2 раза выше**, чем в странах ЕС (соответственно 12,4 и 6,6 л чистого спирта на душу населения). Ключевой показатель здоровья населения – ОПЖ в 2017 г., по предварительным данным, в РФ составила **73 года**, что **на 5 лет ниже**, чем в «новых» странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития (Чехия, Венгрия, Эстония, Латвия, Литва, Польша, Словакия и Словения). В структуре смертей в РФ **70%** составляют неинфекционные заболевания (НИЗ): болезни системы кровообращения (47%), новообразования (16%), внешние причины (8%). Большинство этих причин предотвратимы при соблюдении ЗОЖ, раннем выявлении и своевременном эффективном лечении.

Необходимо особо отметить, что в РФ складываются крайне неудовлетворительные показатели здоровья граждан трудоспособного возраста, особенно мужчин, а также детей и подростков. Так, смертность граждан в трудоспособном возрасте в РФ **в 3,4 раза выше** в расчете на 100 тыс. населения, чем в странах ЕС (расчеты академика РАН А.Г. Аганбегяна). Высокие показатели смертности мужчин приводят к тому, что ОПЖ российских мужчин **на 10,6 года меньше**, чем российских женщин, и **на 7 лет меньше**, чем ОПЖ мужчин в «новых-8» странах ЕС. Смертность детей от 0 до 14 лет в РФ **в 2 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС. Эти группы населения должны стать **приоритетами** в политике охраны здоровья населения РФ.

Факторы, определяющие здоровье населения в РФ

Для разработки политики по снижению смертности населения и продления активных лет жизни необходимо определить, какие факторы влияют на здоровье населения.

* Стратегия по формированию у населения РФ приверженности здоровому образу жизни и рекомендации по доработке Межведомственной стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г. (далее – Стратегия ЗОЖ).

Исследования ВШОУЗ¹ для РФ показали, что здоровье населения (ОПЖ) **на 35%** определяется социально-экономическими факторами (доходами населения), **на 35%** образом жизни (потребление алкоголя и табакокурение) и **на 30%** деятельностью здравоохранения (финансированием и эффективным управлением). В части определения основных факторов риска, влияющих на здоровье, в исследованиях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) было показано, что в РФ большинство преждевременных смертей (**до 85%**) связано с воздействием высокого артериального давления, высокого уровня холестерина, табакокурения и чрезмерного потребления алкоголя². При этом в российских исследованиях показано, что **около 50%** смертей граждан трудоспособного возраста в РФ напрямую или косвенно связаны с избыточным потреблением алкоголя³.

Исходя из приведенного анализа предлагается обсудить **2 основных стратегических направления** для действий.

Стратегические направления по реализации Стратегии ЗОЖ

I. Реализация популяционных межведомственных программ по повышению мотивации населения к ведению здорового образа жизни и снижению влияния факторов риска на здоровье населения. Популяционный означает, что воздействие происходит на уровне больших групп населения. Задачи по этому направлению предлагается разбить на 3 блока:

1) повышение информированности населения о значимости ЗОЖ, например, массовая пропаганда ЗОЖ в СМИ, включение вопросов здоровосбережения в общеобразова-

тельные программы, участие в пропаганде ЗОЖ известных спортсменов, актеров, писателей и др.;

2) ограничительные меры по воздействию неблагоприятных факторов на здоровье населения, например, принятие дополнительных законодательных мер, полностью запрещающих продажу алкоголя в отдельных населенных пунктах, жесткий контроль над расположением точек продажи алкоголя, ужесточении контроля над незаконным производством и распространением алкогольной продукции и др.

3) создание условий для ведения ЗОЖ, например, дотации для семей с детьми при посещении спортивных секций, кружков, бассейнов, снижение цен на здоровые продукты и, напротив, повышение на продукты, содержащие высокие концентрации сахара и поваренной соли.

Это стратегическое направление должно стать зоной ответственности **глав регионов и глав муниципальных образований**. Такие программы необходимо разрабатывать с учетом международного опыта и под руководством специалистов по общественному здоровью.

II. Программы, реализуемые в рамках системы здравоохранения. В этом направлении в части профилактики заболеваний предлагается реализовать (продолжить/актуализировать) следующие программы:

1) по раннему выявлению заболеваний (или научно обоснованный скрининг);

2) по диспансерному наблюдению пациентов (на уровне врачей первичного звена здравоохранения);

3) по лекарственной профилактике и лечению заболеваний в амбулаторных условиях. Эти программы необходимо распространить не только на граждан, имеющих льготы, как сегодня в РФ, но и на другие группы населения;

¹ ВШОУЗ – Высшая школа организации и управления здравоохранением; <http://www.vshouz.ru/>. Nixon J., Ulmann P. *The relationship between health care expenditure and health outcomes* // Springer Medizin. January, 2006.

² Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Более безопасное будущее: глобальная безопасность в области общественного здравоохранения в XXI в. Женева : ВОЗ, 2007. 72 с.

³ Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. 2017. № 4; http://xn---7sbbahtmgafaski8a2afibqai8a4dxd.xn--p1ai/publ/obshhestvennoe_zdorove/vlijanie_potreblenija_alkogolja_na_smernost_trudosposobnogo_naselenija_v_rossii/18-1-0-560.

4) по восстановлению (созданию) медико-санитарных частей на крупных производствах с участием работодателей;

5) по охране здоровья детей в школах – школьная медицина;

6) по охране репродуктивного здоровья женщин и мужчин – восстановление центров репродуктивного здоровья.

Это стратегическое направление – зона ответственности министерств здравоохранения (федерального и региональных).

Рекомендации по доработке документа «Межведомственная стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г.»

Заключение. Разработанная Минздравом Стратегия актуальна для РФ, основана на общих рекомендациях ВОЗ по этому вопросу и может быть взята за основу для дальнейшей доработки. В Стратегии необходимо выделить некоторые приоритеты: акцент на сохранении здоровья российских мужчин трудоспособного возраста, здоровья российских детей и подростков, – потому что именно у этих категорий населения наблюдаются наибольшие отличия в показателях здоровья по сравнению с такими же контингентами в развитых странах. Акцент в снижении заболеваемости от НИЗ необходимо сделать на популяционных мерах, т.е. направленных на все население РФ: на существенном снижении распространенности потребления алкоголя и табакокурения среди населения, а также на раннем выявлении и лекарственной профилактике заболеваний.

Отдельные замечания и предложения по документу

Стратегия представлена на 39 страницах и состоит из 5 разделов: 1) Общие положения;

2) Актуальность Стратегии; 3) Цели, стратегические направления и задачи Стратегии; 4) Механизмы реализации, 5) Показатели для мониторинга реализации Стратегии.

1. Раздел «Общие положения» надо изложить в следующей редакции (чтобы не было повторов с другими разделами): цель разработки и предназначение Стратегии, ее содержание, определение ключевых понятий, международные и отечественные методические документы, правовые основы по данному вопросу.

2. Раздел «Актуальность и состояние проблемы» необходимо изложить в следующей последовательности.

- Представить перечень основных и факторов бремя потерь, связанное с каждым из них.
- Сравнить стандартизованные показатели смертности от неинфекционных заболеваний (НИЗ) с подобными цифрами «новых» и «старых» стран ЕС за последний имеющийся год в разрезе пола и возрастных групп населения.
- Сравнить смертность от НИЗ по субъектам РФ.
- Сравнить особенности смертей от НИЗ на дому и в стационаре.
- Описать факторы, влияющие на высокие показатели смертности от НИЗ в РФ (образ жизни, деятельность здравоохранения, социально-экономические условия, факторы окружающей среды) с учетом доли влияния каждого фактора.
- Сделать выводы и расставить приоритеты.
- Представить международный опыт решения схожих проблем.

В этом разделе указано, что на высокую распространенность НИЗ влияют низкий уровень госпитализаций в стационар с этими заболеваниями. При этом не указано, что за последние годы (с 2012 по 2016 г.) в результате политики «оптимизации» произошло сокращение коечного фонда стационаров на 13%, и, как следствие, объемы стационарной помощи также сократились на 13%.

Далее, в качестве одной из причин высокой распространенности НИЗ в РФ указан низкий уровень активности врачей-педиатров и терапевтов

участковых, врачей общей практики, в том числе их активности в части проведения диспансеризации. При этом за последние 4 года (с 2012 по 2016 г.) обеспеченность этими врачами сократилась на 2%. Большинство из них работали и продолжают работать с высокой нагрузкой – на 1,5 ставки. Из этого следует, что эти врачи не могут взять на себя предлагаемую дополнительную нагрузку по профилактике и раннему выявлению заболеваний без увеличения их численности и связанных с этим дополнительных расходов.

Раздел «Цели и задачи». В Стратегии перечислены средства достижения цели (например, *создание единой среды профилактического обитания*). Цель должна быть сформулирована конкретно, а не общими словами: снижение смертности от таких-то НИЗ, на столько-то. Должны быть изложены приоритеты, т.е. на каких заболеваниях и среди каких групп населения будем делать акцент. На все средств не хватит.

Задачи надо разбить на 2 блока.

I. Межведомственные программы по борьбе с факторами риска НИЗ на уровне Правительства РФ и правительств регионов РФ.

II. Программы, реализуемые в системе здравоохранения. Это зона ответственности министерств здравоохранения (федерального и региональных).

В рамках каждого блока необходимо описать перечень приоритетных задач, ответственных исполнителей, необходимую нормативную базу и требуемые ресурсы для реализации.

Некоторые предложения в этом разделе Стратегии необходимо доработать с точки зрения причинно-следственных связей, конкретизации и устранения внутренних противоречий. Например, необходимость увеличивать доступность бесплатных лекарств для населения для предотвращения осложнений и прогрессирования НИЗ, бесспорна. Однако это можно сделать разными способами: путем увеличения бюджетного финансирования или за счет дополнительной нагрузки на население по добровольному лекарственному страхованию (как предлагается в Стратегии). В развитых странах

был достигнут значительный эффект по снижению НИЗ благодаря доступности лекарственных средств в амбулаторных условиях для всех категорий населения за счет общественных, а не личных расходов, т.е. за счет средств бюджета или обязательного медицинского страхования. Правда, все это происходит с учетом оценки медико-экономической эффективности лекарственных средств и контроля ценообразования. *Для справки:* в РФ бесплатное лекарственное обеспечение доступно только отдельным категориям граждан; кроме того, оно **в 4 раза ниже** по расходам на душу населения, чем в «новых-8» странах ЕС.

Далее, в Стратегии указано, что в результате раннего выявления и лекарственного обеспечения НИЗ, через определенный срок произойдет снижение расходов в системе здравоохранения. Ни в одной стране, где указанные программы были активно реализованы, снижения расходов не произошло. Это связано с тем, что вновь выявленные пациенты требуют дальнейшего лечения и наблюдения, продлеваются годы их жизни, но, как следствие, появляются новые болезни, требующие лечения. Поэтому расходы на здравоохранение однозначно придется **увеличивать**. Основной эффект от снижения заболеваемости и смертности от НИЗ достигается за счет снижения числа дней нетрудоспособности, уровня инвалидности и повышения вклада трудоспособного населения в экономику страны.

Несоразмерно большой раздел в Стратегии уделен оказанию специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной. Этот раздел изложен на 4 страницах, почти столько же отведено на все остальные направления. Главное в снижении смертности от НИЗ – это популяционное воздействие на уменьшение факторов риска и профилактическая работа в первичном звене здравоохранения.

3. Раздел «Показатели для мониторинга».

Целевые показатели смертности необходимо обосновать. Предполагаемое снижение смертности на 25% от всех НИЗ за 7 лет требует соответствующих расчетов, по каждому НИЗ и соот-

ветствующим возрастам. Снижения потребления алкоголя за 7 лет только на 10% и доли курящего населения только на 23% недостаточно и не в должной степени повлияет на распространенность НИЗ среди населения. Эти задачи должны быть поставлены более амбициозно: например, к

2025 г. добиться снижения потребления алкоголя на 40%, а снижения табакокурения – **в 2 раза**.

4. Стратегию необходимо дополнить разделами «Расчет необходимых ресурсов» и «Оценка прогнозируемой экономической эффективности».

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

Обсуждение проекта Межведомственной стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г.

Рабочая группа Центрального штаба Общероссийского народного фронта
«Социальная справедливость»

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 1. С. 36–38.

Статья поступила в редакцию: 05.03.2018. Принята в печать: 15.03.2018.

Discussion of the draft Interdepartmental Strategy formation of a healthy lifestyle of the population, prevention and control of noncommunicable diseases for the period up to 2025

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2018; (1): 36–8.

Received: 05.03.2018. Accepted: 15.03.2018.

Президент РФ, лидер Общероссийского научного фронта В.В. Путин в Послании Федеральному Собранию от 1 марта 2018 г. обозначил цель для системы охраны здоровья населения – достижение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ), равной **80 лет к 2030 г.** При этом он указал, что опережающими темпами должна расти продолжительность именно **здоровой, активной, полноценной жизни**, для чего необходимы **профилактика,**

раннее выявление заболеваний и воспитание **ответственного отношения** к собственному здоровью.

В направлении формирования у населения РФ здорового образа жизни (далее – ЗОЖ) благодаря инициативам Президента РФ и Правительства РФ за последние годы достигнуты определенные успехи. Реализация антиалкогольной концепции (*утверждена Распоряжением Правительства РФ от 30.12.2009*

№ 2128-р) позволила с 2010 по 2016 г. **снизить** распространенность потребления алкоголя **почти на 30%** (с 14,3 до 10,5 л чистого спирта на душу). Принятие антитабачного законодательства (*Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ*) привело к **сокращению** доли курящих среди взрослых с 2012 по 2016 г. **на 16%** (с 38 до 32%). Принятие норм ГТО, строительство спортивных объектов начиная с 2006 г. привели к тому, что доля занимающихся спортом **превысила 30%** (*выступление В.В. Путина, октябрь 2016 г.*). В направлении раннего выявления заболеваний Минздравом России с 2013 г. начата программа **диспансеризации** населения, которая позволила выявить ранее не зарегистрированные случаи заболеваний.

Однако проблема ЗОЖ, раннего выявления и предотвращения развития заболеваний остается актуальной для РФ. Так, сегодня доля курящих в РФ составляет 32%, что **в 2 раза выше**, чем в странах ЕС в среднем, и **в 3 раза выше**, чем в США. Потребление алкоголя среди населения старше 15 лет в РФ **в 2 раза выше**, чем в странах ЕС (соответственно 12,4 и 6,6 л чистого спирта на душу населения). Ключевой показатель здоровья населения – ОПЖ – в 2017 г., по предварительным данным, в РФ составила **73 года**, что **на 5 лет ниже**, чем в «новых» странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития (Чехия, Венгрия, Эстония, Латвия, Литва, Польша, Словакия и Словения). В структуре смертей в РФ **70%** составляют неинфекционные заболевания (НИЗ): болезни системы кровообращения (47%), новообразования (16%), внешние причины (8%). Большинство этих причин предотвратимы при соблюдении ЗОЖ, раннем выявлении и своевременном эффективном лечении.

Особо нужно подчеркнуть, что в РФ складываются крайне неудовлетворительные показатели здоровья граждан трудоспособного возраста, особенно мужчин, а также здоровья детей и подростков. Так, смертность граждан в трудоспособном возрасте в РФ **в 3,4 раза выше** в расчете на 100 тыс. населения, чем в странах ЕС (расчеты академика РАН А.Г. Аганбегяна). Высокие показатели смертности мужчин приводят к тому, что ОПЖ российских мужчин **на 10,6 года меньше**, чем российских женщин, и **на 7 лет меньше**, чем ОПЖ мужчин в «новых-8» странах ЕС. Смертность детей от 0 до 14 лет в РФ **в 2 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС. Эти группы населения должны стать **приоритетами** в политике охраны здоровья населения РФ.

Для разработки политики по снижению смертности населения и продлению активных лет жизни необходимо определить, какие факторы влияют на здоровье населения.

Исследования ВШОУЗ¹ для РФ показали, что здоровье населения (ОПЖ) **на 30%** определяется социально-экономическими факторами (доходами населения), **на 35%** образом жизни (потребление алкоголя и табакокурение) и **на 35%** деятельностью здравоохранения (финансированием и эффективным управлением). В части определения основных факторов риска, влияющих на здоровье, в исследованиях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) показано, что в РФ большинство преждевременных смертей (**до 85%**) связано с воздействием высокого артериального давления, высокого уровня холестерина, табакокурения и чрезмерного потребления алкоголя². При этом в российских исследованиях показано, что **около 50%** смертей граждан трудоспособного возраста в РФ напрямую или косвенно связано с избыточным потреблением алкоголя³.

¹ ВШОУЗ – Высшая школа организации и управления здравоохранением; <http://www.vshouz.ru>: Nixon J., Ulmann P. The relationship between health care expenditure and health outcomes. *Eur J Health Econ.* 2006; 7 (1): 7–18.

² Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Более безопасное будущее: глобальная безопасность в области общественного здравоохранения в XXI веке. Женева : ВОЗ, 2007. 72 с.

³ Журнал «Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения». 2017. № 4; http://xn---7sbbahcmgafaski8a2afibqaike4dxd.xn--p1ai/publ/obshhestvennoe_zdorove/vlijanie_potreblenija_alkogolja_na_smertnost_trudospobnogo_naselenija_v_rossii/18-1-0-560.

Исходя из приведенного анализа предлагается обсудить **2 основных стратегических направления** для действий.

I. Реализация популяционных межведомственных программ по повышению мотивации населения к ведению ЗОЖ и снижению влияния факторов риска на здоровье населения. Популяционный означает, что воздействие происходит на уровне больших групп населения. Задачи по этому направлению предлагается разбить на 3 блока:

1) повышение информированности населения о значимости ЗОЖ, например, массовая пропаганда ЗОЖ в СМИ, включение вопросов здоровосбережения в общеобразовательные программы, участие в пропаганде ЗОЖ известных спортсменов, актеров, писателей и др.;

2) ограничительные меры по воздействию неблагоприятных факторов на здоровье населения, например, принятие дополнительных законодательных мер, полностью запрещающих продажу алкоголя в отдельных населенных пунктах, жесткий контроль над расположением точек продажи алкоголя, ужесточение контроля над незаконным производством и распространением алкогольной продукции и др.;

3) создание условий для ведения ЗОЖ, например, дотации для семей с детьми при посещении спортивных секций, кружков, бассейнов, снижение цен на здоровые продукты и, напротив, повышение на продукты, содержащие высокие концентрации сахара и поваренной соли.

Это стратегическое направление должно стать зоной ответственности **глав регионов и глав муниципальных образований**. Такие программы необходимо разрабатывать с учетом международного опыта и под руководством специалистов по общественному здоровью.

II. Программы, реализуемые в рамках системы здравоохранения. В этом направлении в части профилактики заболеваний предлагается реализовать (продолжить/актуализировать) следующие программы:

1) по раннему выявлению заболеваний (или научно обоснованный скрининг);

2) по диспансерному наблюдению пациентов (на уровне врачей первичного звена здравоохранения);

3) по лекарственной профилактике и лечению заболеваний в амбулаторных условиях. Эти программы необходимо распространить не только на граждан, имеющих льготы, как сегодня в РФ, но и на другие группы населения;

4) по восстановлению (созданию) медико-санитарных частей на крупных производствах с участием работодателей;

5) по охране здоровья детей в школах – **школьная медицина;**

6) по охране репродуктивного здоровья женщин и мужчин – восстановление центров репродуктивного здоровья.

Это стратегическое направление – зона ответственности министерств здравоохранения (федерального и региональных).

За основу формирования названной Стратегии могут быть взяты отечественный опыт, рекомендации ВОЗ и разработанная Минздравом России Межведомственная стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г.

На планируемом заседании ОНФ предлагается обсудить:

- название программы;
- приоритеты по охране здоровья граждан по группам населения;
- перечень задач в разрезе стратегических направлений;
- целевые показатели для контроля выполнения задач;
- ответственных исполнителей;
- предложить перечень необходимых нормативных документов;
- оценить требуемые ресурсы для реализации названной программы.

О рациональной системе организации охраны здоровья и оказания медицинской помощи

Комаров Ю.М.

Комитет гражданских инициатив, Москва

В статье рассмотрены некоторые вопросы охраны здоровья и организации медицинской помощи населению. Отдельно ставится проблема перехода от лечебной медицины к профилактической. Показаны роли школ общественного здравоохранения и научных иммуно-генетических исследований в профилактике заболеваний. Рационализация проводится с позиции населения, пациентов и государства, а также для оптимизации его затрат.

Ключевые слова:

охрана здоровья, медицинская помощь, организация здравоохранения, профилактика, школы общественного здравоохранения, иммуно-генетические исследования

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 1. С. 39–46.

Статья поступила в редакцию: 00.00.2018. Принята в печать: 00.00.2018.

On the rational system of organization of health protection and medical care

Komarov Yu. M.

Committee of Civil Initiatives, Moscow

In the article some questions of health protection and organization are considered. medical care for the population. Separately, the problem of transition from therapeutic medicine to preventive. The role of schools of public health and scientific immuno-genetic research in prevention of diseases. Rationalization is carried out from a position population, patients and the state, as well as to optimize its costs.

Keywords:

health care, medical care, health care organization, prevention, public health schools, immuno-genetic research

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2018; (1): 39–46.

Received: 00.00.2018. Accepted: 00.00.2018.

В Конституции РФ система охраны здоровья, или здравоохранение в его широком, ВОЗ-овском, понимании, справедливо отделена от медицинской помощи (первая фраза ст. 41).

Система охраны здоровья – это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья граждан, поддержание их долголетней активной жизни и предоставление им адекватной социально-медицинской помощи в случае утраты здоровья и трудоспособности. К системе охраны здоровья относятся такие проблемы, как бедность и здоровье, питание и здоровье, питьевая вода и здоровье, труд и здоровье, окружающая среда и здоровье и т.п.

За систему охраны здоровья должны нести ответственность первые лица государства (на федеральном уровне) и губернаторы (на уровне субъекта федерации). Для этого должны быть разработаны не программы развития здравоохранения (как у нас принято), а программы улучшения здоровья населения страны в целом и отдельных ее регионов с непосредственной ответственностью губернаторов, а это принципиально разные вещи, серьезно отличающиеся друг от друга по целям, ресурсам, содержанию, ответственности и т.д. В качестве оценочных показателей этих программ могут служить популяционные медико-демографические показатели здоровья.

Низовым уровнем системы охраны здоровья является правильно организованная первичная медико-санитарная помощь (ПМСП, Primary Health Care), которая означает первичную заботу (!) о здоровье, а не, как у нас понимается, введение в структуру еще одного врача (врача общей практики или участкового врача), ведущего первичный прием пациентов. Ведь только врач ПМСП вместе с санэпидслужбой перед местными органами власти может ставить вопрос о неблагополучии здоровья граждан и в связи с этим требовать улучшения внешних факторов и условий. Он же должен проводить значительный объем профилактических мероприятий на

контролируемом участке, об этом еще будет сказано ниже. Кроме того, на уровне ПМСП система охраны здоровья смыкается с организацией медицинской помощи компактно проживающему населению, и все это ложится на плечи врача общей практики.

В развитых странах основой организации медицинской помощи является именно ПМСП, от которой зависит эффективность, т.е. соотношение результатов и затрат, всех остальных медицинских организаций, служб и их уровней. На уровне ПМСП должны начинать и заканчивать свое лечение не менее 75% пациентов. У нас роль ПМСП явно недооценивается, и акцент делается на «тыловой» медицине. Врач общей практики – дипломированный специалист, имеющий лицензию, который как клиницист оказывает индивидуальную, первичную и непрерывную помощь отдельным лицам, семьям и всему населению, независимо от пола, возраста и вида заболевания. Для этого он должен быть соответственно подготовлен, технически вооружен и иметь адекватный штат. Групповая врачебная практика, как правило, имеет преимущества при сравнении с индивидуальной, а врачи общей практики по сравнению с участковыми терапевтами.

Клиническая медицина во всем мире и у нас в стране активно развивается: совершенствуются медицинские технологии и постепенно распространяются на всю сеть, обновляется медицинское оборудование, оно становится более доступным, выполняются уникальные, ранее невозможные операции и т.д. Многие недоумевают: если это так и государство тратит немалые средства на все это, почему население и пациенты по-прежнему недовольны? И проблема здесь не только в проведенной пресловутой «оптимизации», когда совершенно необдуманно и только исходя из рентабельности закрывали или укрупняли многие медицинские организации (они и ранее были нерентабельными, но тогда исходили не из их экономичности, а из целесообразности), к чему привел перевод медицинской помощи (или здравоохранения в узком смысле) из социальной сферы в экономическую с внедрением рыночной системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

В результате «оптимизации» были закрыты многие ФАПы, сельские участковые и районные больницы, роддома. Да, они были экономически неэффективны со своими 300 и менее родами в год, но куда девать беременных: не в поле же им рожать, перекусывая зубами пуповину, или ехать за сотни километров в уже созданные и планируемые перинатальные центры? Кстати, кто-нибудь объяснил нашим властям, для чего они нужны и что такое перинатальный период? В Японии, например, перинатальные центры стали создавать, только когда решили видимые проблемы родовспоможения и устранимые причины материнской и младенческой смертности; только после этого они занялись более тонкими проблемами на уровне «мать–плод», для чего и понадобились перинатальные центры. В итоге проведенной «оптимизации» 25,8% жителей нашей страны, т.е. сельские жители и население в малых городах, остались без доступной и качественной медицинской помощи. На долю сельских участковых больниц приходилось 47% всех случаев госпитализации по стране, а на ФАПы и сельские амбулатории – 53% всех посещений, т.е. ликвидировали наиболее массовые медицинские учреждения, и эту массовость уже не восстановить. Из 4500 сельских участковых больниц на всю страну их осталось всего 400. В результате «оптимизации» нередко даже до фельдшера нужно добираться за 30–40 км, а это не каждый сможет. Из-за значительных расстояний (страна огромная) и состояния местных дорог (136-е место из 144 стран) для села, малых городов и населенных пунктов медицинская помощь фактически недоступна. А все достижения медицины концентрируются в крупных городах и в медицинских центрах. Сейчас по количеству больниц мы стремительно приближаемся к 1930-м гг.

Как бы поступил рачительный хозяин, переезжая в новое жилье? Он бы взял из прошлого все самое ценное и полезное, а от негатива бы избавился. Скажите, кому мешала хорошо организованная санитарная авиация, служба скорой помощи и помощи больным по экстренным медицинским показаниям с утвержденным списком неотложных состояний, система непрерывного

медицинского образования, двух- и трехзвеневая системы, кабинеты предварительного приема, гериатрические кабинеты в поликлиниках и т.п. А куда исчезла пироговская система этапности медицинской помощи с маршрутизацией пациентов, которая легла в основу военно-медицинской доктрины, приводящей к наибольшему выходу в строй? Если раньше врач не только опрашивал, осматривал, аускультировал, пальпировал и перкутировал своих пациентов, разговаривал с ними, но и по походке в длинном кабинете мог составить гипотезу о заболевании (геморрой, артроз и т.п.), то сейчас врачу не до больного, поскольку исходя из его жалоб он должен правильно заполнить документацию на компьютере (иначе могут быть штрафы) или направить больного дальше на обследование и консультацию.

Врача отучили думать. Стыдно сказать, но только сейчас и только в Москве врачей будут учить общению с пациентами. Не каждый может быть врачом. Если он, как пресловутый врач скорой помощи, в детстве мучил и вешал кошек, из него выйдет убийца, в лучшем случае патологоанатом. А сданные даже на отлично вступительные экзамены не гарантируют, что из абитуриента получится хороший врач. Он должен обладать определенным набором человеческих качеств, которые легко устанавливаются соответствующей системой тестирования. К тому же врача нужно иначе готовить на до- и последипломном уровнях.

Кроме всего вышеперечисленного, проблемы здравоохранения связаны с системой ОМС, когда государственные деньги направляются государственным же медицинским организациям (а таких 96%) посредством частных коммерческих страховых медицинских организаций (СМО), главной целью которых, как это не маскируй, является не оказание помощи пациентам, а получение прибыли, в том числе путем наложения штрафных санкций на медицинские учреждения, придираясь к ошибкам в заполнении документов. Иначе говоря, проверяющие СМО экономически заинтересованы в некачественной работе медицинских организаций. Да и сама система ОМС себя изживает, даже в Германии, что следует из сайтов депутатов бундестага, поскольку при-

рост взносов значительно отстает от потребностей населения, особенно пожилых людей, число которых нарастает, а на мигрантов рассчитывать не приходится. Более того, все участники ОМС экономически заинтересованы в увеличении числа медицинских услуг, в том, чтобы лечить, но не вылечить, в росте числа больных людей, хотя интересы государства должны быть прямо противоположными. Кроме того, страны с медицинским страхованием демонстрируют гораздо меньшую эффективность (по соотношению затрат и управляемых показателей) здравоохранения, чем страны с государственно-бюджетной моделью (Британия, Испания, Италия, Дания, Швеция, Норвегия, Финляндия, Канада, Австралия и др.).

Частные коммерческие клиники, хотя по Конституции РФ они входят в национальную систему здравоохранения, положение не спасают, так как в любой момент они могут трансформироваться, перепрофилироваться, закрыться и т.д. и потому не должны быть доминирующими, а лишь дополнительными, заместительными и конкурирующими по отношению к государственным клиникам. Платными услугами в государственных и частных клиниках может частично воспользоваться только пятая часть населения страны, поскольку разрыв в доходах и возможностях между бедными и богатыми только нарастает. Соплатежи граждан – тоже не выход, поскольку люди для получения нужной медицинской помощи и в нужное время платят налоги и недополучают часть заработной платы, и потому может нарастать их недовольство в связи с бессилием властей правильно планировать расходы бюджета с учетом приоритетов.

Исходя из вышеизложенного первое, что нужно сделать незамедлительно, – это отделить СМО от системы ОМС и поручить им развивать зачаточное добровольное медицинское страхование, а функцией страховщиков следует наделить территориальные фонды ОМС, сделав их филиалами Федерального фонда ОМС – единственного пока страховщика во всей стране. Это позволит выкроить время для подготовки и проведения необходимых преобразований.

Далее очень важно сместить все акценты (финансовые, кадровые, организационные,

интеллектуальные) с «тыловой» медицины, с центров высоких технологий, в которых при правильной организации всей медицинской помощи будут нуждаться <0,1% всех пациентов на профилактику и ПМСП. Во всем мире стараются не довести пациентов до дорогостоящих высоких технологий, а решить их проблемы раньше, на более ранних стадиях; у нас же появляется все больше запущенных, пропущенных и тяжелых случаев заболеваний.

Но самая главная проблема заключается не в уровне развития клинической медицины и ее возможностях, а в нормальной организации медицинской помощи. Почему-то считается, что каждый врач может быть организатором здравоохранения. Примерно так же все разбираются в футболе, но ведь тренеров готовят специально. Так и здесь: врач-уролог не станет оперировать глаза. Так почему все несведущие клиницисты считают себя организаторами здравоохранения? Ведь для этого одного здравого смысла мало, нужны специальные и разные знания: главному врачу – как организовать взаимодействие всех служб, как обеспечить качество, эффективность, как правильно оценить деятельность, а для этого нужно привлечь рыночные механизмы и т.д. Территориальному руководителю необходимы знания о взаимодействии различных организаций, об этапности медицинской помощи и маршрутизации пациентов, о методологии составления стратегий, концепций, программ и проектов, а также требуется умение правильно анализировать и оценивать работу и т.д. И тут в качестве результирующих должны быть не показатели здоровья населения, а частота предупрежденных случаев заболеваний, восстановления (частичного или полного) утраченного здоровья и трудоспособности по медицинским причинам. Ведь медицинская помощь по своей сути является ремонтной базой, куда пациенты поступают на профилактику и восстановление, т.е. на ремонт, с поломками, полученными в процессе гено- и фенотипического развития человека, в том числе в системе охраны здоровья.

Скорее всего, организация здравоохранения тесно связана с проводимой политикой, с той об-

щественно-политической и экономической модели, которая создается в стране, с развитием гражданского общества. Какая конечная модель создается в нашей стране, пока неизвестно – каждый раз я напрасно ожидаю ее увидеть или услышать в послании Федеральному Собранию, но президент предпочитает не говорить о том, какую страну мы строим, а выдвигает ближайшие и отдаленные задачи. А ведь от этого зависят в том числе перспективы развития здравоохранения, которое является системой социального выравнивания в обществе на фоне глубокого неравенства (по децильным группам) в доходах и возможностях бедных и богатых, поскольку перед лицом болезни или смерти все одинаково равны.

В принципе, вся медицинская помощь и отдельные ее службы (лабораторная, аптечная и другие) должны носить строго иерархический порядок – от простого к сложному, от общего к специальному, от массового к индивидуальному – и соответствовать градостроительству и сельскому строительству. Так, вблизи компактно проживающего населения, буквально в шаговой доступности должны быть магазинчики с товарами повседневного спроса: булочные, молочные, газетные, цветочные и т.д. Рядом должна располагаться начальная школа, чтобы ребенок не переходил транспортные магистрали. Дальше (на расстоянии) могут размещаться ремонтные службы, магазины, кинотеатры, библиотеки, спортивные площадки, средняя школа и т.п. А уж совсем в отдалении могут находиться сетевые магазины, рынки, средние специальные и высшие учебные заведения и т.д. Это все не очень сложно осуществить и сейчас. На селе целесообразно использовать американский опыт не ЕГЭ, предназначенного для отсталых детей, а создания однокомнатной школы (one-room school) в малых поселениях; в среднюю школу должен ходить школьный автобус по расписанию. Если в селе закрываются школа, ФАП или сельская амбулатория, без этих очагов культуры село умирает, а значит, и земли вокруг зарастают чертополохом. У нас 13% сельских поселений вообще не имеют жителей, постройки в них разрушаются, дороги и поля зарастают. Нужно пол-

ностью восстановить муниципальный уровень, поскольку именно там создаются все условия жизни людей.

Примерно таким же образом должна быть выстроена система оказания медицинской помощи. Для ее организации вблизи населения в городах и отдаленных районах должны размещаться общие врачебные практики с синдромальным, а не нозологическим врачом, требующим совсем иной подготовки на специальных факультетах. Поликлиники и центры здоровья целесообразно объединить в консультативно-диагностические центры, где пациентам будут оказывать больший по объему и спектру уточняющий набор диагностических исследований, врачи-специалисты должны не вести самостоятельный прием, а консультировать пациентов лишь по направлению врача общей практики. Далее должна быть выстроена 4-уровневая система, исходя не из удобств системы, а из давно не изучавшихся потребностей населения и рационализации структуры. Как это все сделать, отдельная тема.

А теперь рассмотрим проблему перехода от **медицины лечебной к медицине профилактической**. Еще Конфуций справедливо считал, что причины важнее результатов, и это имеет непосредственное отношение к болезням человека. Более 150 лет тому назад Н.И. Пирогов прогнозировал, что будущее принадлежит медицине предупредительной. Интересно, в каком времени по отношению к Н.И. Пирогову мы живем, если в 2016 г. на Всероссийском молодежном образовательном форуме было провозглашено, что главным принципом медицины будущего (опять когда-нибудь) является профилактика. Видимо, медицинским чиновникам очень выгодно все время отодвигать это будущее на потом. А ведь еще в 1937 г. известнейший американский специалист и историк медицины Генри Сигерист писал, что эпоха тысячелетнего преобладания лечебной медицины завершается, наступает эра профилактической медицины, основы которой появились в СССР. От себя добавим – в весьма неприхотливом виде. Даже знаменитый ученый Клод Бернар считал, что каждый врач должен знать 3 вещи: условия здоровья, чтобы их поддерживать, условия развития болезней, чтобы их

предотвращать, и условия выздоровления, чтобы их использовать. К сожалению, представления в нашем обществе о том, что врачи должны заниматься не только лечением, но и причинами болезней и факторами, на них влияющими, пока нет. Началом этой новой парадигмы послужило знаменитое лонгитудинальное исследование здоровья в маленьком американском городке Фремингеме. Обобщение результатов подобных исследований позволило Всемирной организации здравоохранения сформулировать концепцию факторов риска различных заболеваний, а это в свою очередь послужило основой профилактики и позволило организовать превентивную помощь.

Безусловно, лечебная медицина себя еще не исчерпала, и ее технологические возможности требуют более широкого распространения, а не сосредоточения только в крупных клиниках. И какое-то время медицина лечебная может сочетаться с медициной профилактической, но этим нужно серьезно заниматься. Первичная, или социальная, профилактика ориентирована на создание и поддержание факторов и условий, способствующих здоровью, вторичная, или социально-медицинская, профилактика направлена на предупреждение и как можно более раннее выявление особенно тех болезней, которые легко поддаются воздействию на ранних стадиях (вакцинация, иммунизация, профилактические осмотры и скрининги, диспансеризация здоровых контингентов), а третичная, или медицинская, профилактика ориентирована на предупреждение перехода заболевания в более тяжелую форму, обострений, частичное или полное восстановление здоровья и трудоспособности по медицинским причинам (сюда входит лечение во всем его многообразии и диспансеризация хронически больных). Попытки развить профилактическую медицину у нас в стране делались и раньше: был организован институт профилактической медицины, местами проводили периодические и целевые осмотры, скрининги, вели поиск маркеров для раннего выявления ряда болезней, были заложены основы социальной или факторной предрасположенности к различным заболеваниям, во многих поликлиниках

открыли кабинеты профилактики, в смотровых кабинетах измеряли температуру и артериальное давление на обеих руках, проводили гинекологический осмотр всех женщин, пришедших на прием к врачу, и пальцевое исследование прямой кишки у мужчин определенного возраста (сейчас для этого есть новые возможности), была создана так и нереализованная программа диспансеризации всего населения, начали проводить периодические профилактические осмотры, хотя большая часть из них являлись приписками из-за выделяемых на них денег, были сделаны попытки готовить врачей-профилактиков.

Сейчас для развития так до конца и нереализованного профилактического направления отечественного здравоохранения следует двигаться следующим образом.

1. Подготовка врачебных кадров на до- и последипломном уровне (должна быть коренным образом изменена), создание школ общественного здравоохранения. В этих школах должны формироваться 2 потока абитуриентов-врачей: первый – с предъявляемыми требованиями непрерывного медицинского образования по аналитической медицинской и биостатистике, по политике и организации здравоохранения, по профилактике и здоровому образу жизни, по эпидемиологии и гигиене, по управлению качеством медицинской помощи и доказательной медицине, по ПМСП, по методологии составления стратегий, концепций, программ и проектов, анализа состояния здоровья и выбора приоритетов, по экономике, эффективности и финансированию здравоохранения, по постоянному совершенствованию здравоохранения, по расстановке кадров и лидерству, по взаимоотношению врачей с пациентами и местными органами власти. Второй поток абитуриентов должен формироваться из общественной сферы (инженеры, экономисты, юристы, учителя, депутатский корпус и др.) для их подготовки в сфере Public Health по усеченной программе с добавлением знаний о роли и месте здравоохранения и медицинской помощи в современном обществе, по социальной медицине, санитарной грамотности, массовой физкультуре и рациональному

питанию, программе «Здоровье для всех», стринскому делу, подбору руководящих кадров и оказанию первой медицинской помощи. По сути, это будет широко подготовленный актив здравоохранения, или парамедики, пропагандирующие санитарные и медицинские знания, способствующие улучшению здоровья населения. Они должны представлять интересы людей и медицинских организаций в органах власти и в гражданском обществе.

Всего в Европе насчитываются сотни школ общественного здравоохранения, объединенных в единую ассоциацию – ASPHER. Одной из лучших подобных школ является созданная более 50 лет тому назад Скандинавская нордическая школа общественного здравоохранения в Гётеборге (Швеция), осуществляющая обязательное последипломное образование для выпускников медицинских факультетов, обучающихся 5,5 лет в университетах Лунда, Гётеборга, Упсала, Умеа, Линкпинга и Стокгольма (Каролинский институт). Последипломное образование начинается с интернатуры (21 мес) по нескольким основным специальностям. Потом выпускники получают лицензию на самостоятельную работу под контролем опытного профессионала. После 4-летней работы последипломное образование продолжается по одной из 60 медицинских специальностей, и только после этого, пройдя определенное тестирование, можно получить сертификат специалиста. Всего подготовка врача длится 11,5 лет. В России нечто подобное есть в Санкт-Петербурге, Архангельске и в других городах. В Москве также создано такое учреждение, отличающееся от рядовых школ общественного здравоохранения. Особого внимания также заслуживает организованная в Алматы (Казахстан) в 1997 г. Казахская школа общественного здравоохранения.

2. Для ряда визуальных, легко выявляемых с помощью профилактических осмотров, самообследования и скринингов форм и видов заболеваний внимание следует сконцентрировать на их как можно более раннем выявлении для проведения эффективного лечения.

3. Для труднораспознаваемых заболеваний, тяжело протекающих и пока не вполне подда-

ющихся лечению, целесообразно определять предрасположенность к ним с помощью информативных иммунно-генетических маркеров и тестов, с тем, чтобы затем связать их с реально существующими социальными факторами и условиями. Это повысит настороженность в отношении многих тяжелых заболеваний. Также для таких пациентов необходимо развивать паллиативную медицинскую помощь. Распознавать предрасположенность можно, только применяя алгоритмы распознавания образов (с учителем, т.е. с обучающей выборкой, или без него) и с выходом в итоге на информативные признаки, способствующие отделению одного объекта от другого.

4. Особое внимание должно быть уделено диспансеризации подлежащих здоровых контингентов, с тем, чтобы не допустить у них возникновения того или иного заболевания, и диспансеризации хронически больных для профилактики обострений у них и оздоровления.

5. Что касается злокачественных новообразований, они сводятся к ускоренной пролиферации атипичных клеток, т.е. почти к их безудержному росту. Как известно, универсального лекарства от рака пока не существует, и все усилия направлены на подавление роста атипичных клеток, которых иммунная система просто не видит. Поэтому работы должны вестись не в направлении поиска новых и универсальных цитостатиков, подавляющих рост не только атипичных клеток, но методов, демаскирующих рост опухоли, и тогда организм сам начнет их уничтожать. В США, например, таким образом можно в 40% случаев частично или полностью излечивать рак, в худшем случае уменьшить размеры 15 видов злокачественной опухоли. Это одно из необходимых направлений исследований. А вот попытки уберечься от онкологических заболеваний на нынешнем уровне развития и без проведения соответствующих исследований и разработок только с помощью здорового образа жизни, спорта и диет пока что бесполезны. Разгадка возникновения рака лежит в сфере иммунно-генетических исследований. Геном – это совокупность наследственного материала,

заклученного в клетке организма. Поэтому поначалу нужно определить ген (или их совокупность), отвечающий за появление тех или иных форм рака, затем связать выявленный генотип с фенотипом, т.е. с условиями начала функционирования этого гена. И когда это все для профилактики станет ясно и доказано, можно приступить к выявлению генных технологий, т.е. возможного воздействия на геном, что по сути будет относиться к лечению. Кстати, в США еще в середине 1970-х гг. акцент в исследованиях сместился с традиционных и тупиковых направлений в кардиологии и онкологии в сторону иммуногенетики, популяционной генетики, иммунитета и эндокринологии как системы

управления организмом. Не случайно Президент России В.В. Путин на заседании Совета по науке и образованию поручил научному сообществу разработать программу масштабных геномных исследований в РФ, с тем, чтобы на этой основе разрабатывать новые лекарственные препараты и новые медицинские технологии.

Таким образом, профилактика заболеваний, включая предрасположенность и донозологическую диагностику, должна не только расширяться, но и углубляться. Нельзя забывать о том, что ключики к целому ряду заболеваний находятся на иммуногенетическом уровне и их можно выявить только исследовательско-экспериментальным путем.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Комаров Юрий Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, член Комитета гражданских инициатив (Москва)
E-mail: drkomarov@mail.ru

Региональный опыт совершенствования системы оплаты стационарной медицинской помощи на основе клинико-статистических групп заболеваний: достижения, проблемы, перспективы

Шелякин В.А.¹,
Худяев А.С.¹,
Князева Е.Г.²

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

В 2014 г. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области совместно с профессиональным медицинским сообществом приступил к расширению модели оплаты стационарной медицинской помощи на основе клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний. В результате этой работы за 5 лет региональный справочник КСГ увеличился с 201 до 339 групп, а изменения коснулись в основном заболеваний, наиболее влияющих на инвалидизацию и смертность населения Свердловской области. В результате проведенной работы значительно снизилась длительность пребывания пациента в лечебном учреждении, произошло естественное сокращение коечного фонда. Вместе с тем новые способы оплаты медицинской помощи и существующая в субъекте модель маршрутизации пациентов вынуждают организаторов здравоохранения искать механизмы поддержки небольших, маломощных медицинских организаций, оказывающих преимущественно первичную медико-санитарную помощь.

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, пилотный проект, оплата медицинской помощи, клинико-статистические группы, профили заболеваний, распределение финансовых средств

ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 1. С. 47–53.

Статья поступила в редакцию: 05.03.2018. Принята в печать: 15.03.2018.

Regional experience of improving hospital payment systems based on diagnosis-related groups (DRG): achievements, problems and the prospects

Shelyakin V.A.¹,
Khudyayev A.S.¹,
Knyazeva E.G.²

¹ Territorial Compulsory Medical Insurance Fund of the Sverdlovsk Region, Ekaterinburg

² Ural Federal University named after the first President of Russia B.N. Yeltsin, Yekaterinburg

2014th is a year when the Regional Fund of Obligatory Medical Insurance in Sverdlovsk Region with professional medical community began to expand the model of hospital payment systems based on diagnosis-related groups (DRG). As a result in a Sverdlovsk region we've increased quantity of DRG's from 201 to 339 groups for a 5 years. The changes have been focused on diseases, that are most valuable for disability and mortality of the population in Sverdlovsk region. Among the effects we have had following: reduce the length of the patient's stay in the hospital and the number of hospital beds in our region. At the same time, the new hospital payment model along with regional patient rout model forces the government healthcare regulatory look forward the new meaning and form of small and far away (from regional center) located clinics, that work in outpatient sector mainly.

Keywords:

Obligatory Medical Insurance, diagnosis-related groups (DRG), medical care payment, healthcare financing, diseases profiles, financial spreading

HEALTHCARE MANAGEMENT: news, views, education.

Bulletin of VSHOUZ. 2018; (1): 47–53.

Received: 05.03.2018. Accepted: 15.03.2018.

В 2012 г. национальное экспертное сообщество в лице специалистов Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) и сотрудников Всемирного банка приступило к разработке российской модели клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний. Это модель оплаты стационарной медицинской помощи, которая в течение трех десятилетий успешно использовалась в Европе и части стран Нового Света. Данная модель стала принципиально новой для России. В конце 2012 г. Министерство здравоохранения Российской Федерации направило в территории методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи на основе КСГ.

Важно отметить, что все задачи, которые ставились перед Федерацией в целом и перед субъ-

ектами, внедряющими новую модель оплаты медицинской помощи, по итогам 5-летней реализации оказались выполнены: снизилась средняя длительность пребывания пациента на койке и, как следствие, сократился излишний коечный фонд, возросла эффективность отбора пациентов на госпитализацию, а их маршрутизация в рамках 3-уровневой модели стала более сбалансированной, подкрепленной экономически адекватными тарифами и почти не требующей корректировки вручную.

Значительный вклад в эти организационные и экономические изменения внесли регионы, участвующие в пилотном проекте по внедрению нового способа оплаты медицинской помощи. Одним из пилотных субъектов стала Свердловская область – регион, который по своим со-

циальным, инфраструктурным, географическим характеристикам остается привлекательной площадкой для внедрения инноваций.

До 2013 г. оплата стационарной медицинской помощи в субъекте осуществлялась по законченному случаю, а число медико-экономических стандартов приближалось к 5000. Именно поэтому с самого начала работы в условиях оплаты медпомощи по КСГ в 2014 г. было принято решение о более детальной разгруппировке, чем та, что предлагалась федеральной моделью. Совместно с профессиональным медицинским сообществом уже в 2014 г. был расширен региональный справочник с 201 до 257 групп – для более корректного финансирования отдельных видов медицинской помощи и компенсации медицинским организациям реальных затрат, связанных с лечением того или иного пациента. Успешный опыт дифференциации позволил субъекту продолжить эту работу в следующие периоды, а территориальные предложения по разгруппировке КСГ с 2015 г. входили в федеральные методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ (табл. 1).

Параллельно с детализацией оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в 2014–2015 гг. также активно выделяли подгруппы для дневного стационара, что позволило значительно увеличить объем и доступность стационарзамещающих технологий.

В течение 3 лет вниманием специалистов Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Свердловской

области и медицинской общественностью субъекта охвачены более чем два десятка профилей заболеваний. Так, в 2014 г. для углубленного анализа и последующей дифференциации КСГ было выбрано 3 профиля заболеваний, значимо влияющих на инвалидизацию, смертность и качество жизни населения: офтальмология, травматология и онкология. Также на основе предложений профессионального медицинского сообщества в области созданы и внедрены КСГ по медицинской реабилитации пациентов неврологического профиля.

Целью работы в рамках профиля «Травматология» стало повышение заинтересованности больниц в использовании современных технологий и материалов при лечении пациентов со скелетными травмами. Операции с применением имплантов выделены в более дорогостоящие подгруппы. Так, например, в 2014 г. операции по эндопротезированию тазобедренного сустава оплачивались в субъекте с коэффициентом 4,5, в то время как федеральный справочник рекомендовал весовой коэффициент 1,92.

Это решение вкупе с погружением ряда видов высокотехнологичной медицинской помощи этого профиля в систему ОМС повысило доступность для населения современной хирургической помощи с применением остеосинтеза и стало одной из причин полной ликвидации в Свердловской области в 2015 г. очереди на эндопротезирование тазобедренных суставов. Кроме того, новации в оплате повлияли на общее и среднемесячное число операций, в том числе привели к росту числа малотравматичных ар-

Таблица 1. Работа по дифференциации клинико-статистических групп (КСГ) в Свердловской области в 2014–2018 гг.

Период	Количество КСГ			
	круглосуточный стационар		дневной стационар	
	федеральный справочник	региональный справочник (с учетом групп и подгрупп)	федеральный справочник	региональный справочник
2014 г.	201	257	–	40
2015 г.	258	303	–	151
2016 г.	308	331	118	107
2017 г.	315	343	120	120
2018 г.	339	358	132	115

троскопических вмешательств, остеосинтеза с использованием современных титановых металлоконструкций.

Вместе с увеличением среднемесячного числа случаев росла и эффективность работы коек, на которых оказывалась хирургическая помощь при травмах. Так, средняя длительность случая и предоперационный койко-день по 4 основным разгруппированным КСГ значимо сократились, а среднемесячное количество случаев выросло и в последние 2 года остается стабильным.

В рамках работы по расширению перечня КСГ по профилю «Офтальмология» вместо 2 создано 5 подгрупп. Еще в ряде групп пересмотрен коэффициент затратоемкости – в зависимости от сложности проведенной операции. Таким образом, условно простые случаи лечения стали еще дешевле, чем это было предложено федеральным справочником, а более высокотехнологичные и затратные операции, напротив, подорожали, что увеличило частоту их проведения и, как следствие, их доступность.

Вместе с этим отдельные виды операций переведены из круглосуточного в дневной стационар. Среди положительных эффектов, например, значительный рост числа лазерных операций при глаукоме и катаракте в условиях дневного стационара.

Оптимизация структуры КСГ «Химиотерапия при злокачественных новообразованиях» стала одним из самых спорных моментов проводимой в субъекте работы по оптимизации модели КСГ. Поскольку реальные расходы на одного пациента, получающего такую помощь, могут отличаться в десятки раз, оплата химиотерапии не вполне укладывается в идеологию оплаты по КСГ. Эта помощь в 2014–2015 гг. оплачивалась исходя из стоимости конкретного препарата. Коэффициент затратоемкости самой КСГ был снижен по сравнению с федеральным справочником в 2,5 раза (позволял медицинской организации компенсировать расходы на пребывание пациента в учреждении), а лекарственные средства выделены из тарифа КСГ в услуги с самостоятельным тарифом. Каждая услуга – конкретный препарат в определенной форме выпуска и дозе. Исходя из схемы лечения и объема препарата

формировалась стоимость каждого конкретного случая лечения и проводилась адресная оплата фактически использованных препаратов.

В 2016 г. основным дифференцирующим признаком стала уже не стоимость препарата, а протокол лечения пациента. Всего было выделено 15 групп. В каждой – от 1 до 15 лекарственных препаратов. Тариф групп рассчитан как средняя стоимость соответствующих протоколов лечения, а основной дифференцирующий признак – наиболее дорогостоящий препарат из числа назначенных. Благодаря принятым решениям стоимость 1 случая лечения в онкодиспансере уже в 2014 г. стала более чем в 2 раза превышать стоимость лечения в медорганизации, которая только выполняет назначения онкодиспансера. При этом число случаев химиотерапии в круглосуточном стационаре несколько снизилось, а в дневном существенно выросло, что не только позволило приблизить жизненно необходимую помощь к месту проживания пациента, но и помогло проводить эффективный мониторинг закупок и расходования дорогостоящих лекарственных средств.

Еще одна региональная новация – клинические группы по профилю «Реабилитация». Эти КСГ не были предусмотрены в федеральном перечне, и их выделение стало региональной инициативой, поддержанной Федеральным фондом ОМС.

В 2014 г. значительная часть КСГ профиля «Неврология» была пересмотрена профессиональным экспертным сообществом, и понижающий коэффициент затрат присвоен клиническим группам, соответствующим хроническим заболеваниям нервной системы, лечение которых могло осуществляться преимущественно в условиях дневного стационара и было переоценено по уровню затрат. Благодаря проведенной работе было высвобождено 65 млн рублей, которые перенаправлены на оплату медицинской помощи по вновь созданным КСГ «Реабилитация неврологических пациентов».

В региональном справочнике было выделено 4 соответствующих подгруппы. Коэффициент затратоемкости установлен в диапазоне от 1,3 до 3,7 и зависит от тяжести состояния пациента по шкале Рэнкина (степень инвалидизации

и функциональной независимости пациента от посторонней помощи), а также от отдельных технологий, применяемых в специализированных медицинских организациях.

В течение 2014–2017 гг. медицинскую помощь по КСГ «Реабилитация неврологических пациентов» получили более 16 тыс. человек, что позволило субъекту приблизиться к рекомендуемому экспертным сообществом показателю в 30% от числа наиболее тяжелых пациентов, перенесших острые церебральные нарушения. В 2016 г. предлагаемая ТФОМС Свердловской области разгруппировка профиля вошла в федеральный справочник КСГ и рекомендована к использованию во всех субъектах РФ.

В 2015–2017 гг. перечень КСГ по реабилитации в субъекте был значительно расширен. Вслед за нейрореабилитацией были утверждены группы по кардиореабилитации, реабилитации после травм, а также реабилитации детей.

Модель оплаты медицинской помощи на основе КСГ заболеваний, а также работа по дифференциации клинических групп и подгрупп привели к положительным медико-экономическим результатам: за последние 5 лет средняя длительность пребывания пациента на койке круглосуточного стационара сократилась на 1,5 дня, дневного – более чем на 2 (табл. 2). Произошла закономерная оптимизация медицинских организаций в целом и коечного фонда в частности. Измененная лечебная сеть теперь в большей мере соответствует не исторически сложившимся, а реальным потребностям населения в объемах и структуре оказываемой медицинской помощи.

Несмотря на серьезные достижения последних лет, мы видим также риски для лечебной сети, отчасти связанные с действующим механизмом финансирования.

Так, например, маршрутизация пациентов, изменение структуры оказываемой медицинской помощи в пользу увеличения доли затратной специализированной медицинской помощи, с одной стороны, повышают качество оказываемых медицинских услуг и их безопасность для пациента в целом (более сложные случаи попадают в более оснащенные с точки зрения оборудования и кадров лечебные учреждения), а с другой – вызывают естественный отток финансовых средств из медицинских организаций I уровня.

Если в 2014 г. объем средств, заработанных круглосуточными стационарами I уровня, превышал 29% от общего объема финансирования специализированной помощи, то в 2017 г. его доля сократилась менее чем до 25%. Соответственно вырос объем финансирования круглосуточных стационаров на II и III уровнях (табл. 3).

Аналогичная, но еще более показательная картина наблюдается в дневном стационаре. За 4 года объем финансирования стационарзаменяющей помощи в медорганизациях I уровня сократился с 40 до 26%. Это связано с оказанием наиболее дорогостоящей помощи, в том числе проведением химиотерапии и диализа – на II и III уровнях (табл. 4).

Финансовые трудности, которые по объективным причинам испытывают сегодня медицинские организации, преимущественно больницы I уровня, усугубляются неэффективными расходами учреждений. И в первую очередь они связаны с чрезмерным штатом персонала, избыточными площадями и коечным фондом. К примеру, фактическая занятость койки в небольших городских и районных больницах по отдельным профилям существенно меньше, чем это рекомендовано федеральными документами.

В стремлении заполнить койку отдельные лечебные учреждения в течение года несколько

Таблица 2. Изменение средней длительности пребывания пациента в дневном и круглосуточном стационарах в 2013–2017 гг.

Стационар	Период				
	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Круглосуточный стационар (койко-дни)	10,1	9,7	9,1	8,7	8,6
Дневной стационар (пациенто-дни)	10,9	10,0	9,4	9,2	8,7

Таблица 3. Распределение финансовых средств в круглосуточных стационарах в рамках 3-урвневой модели оказания медицинской помощи в 2014–2017 гг.

Период	Итого объем финансирования, млн руб.	Медицинские организации I уровня		Медицинские организации II уровня		Медицинские организации III уровня	
		объем финансирования, млн руб.	доля, %	объем финансирования, млн руб.	доля, %	объем финансирования, млн руб.	доля, %
2014 г.	19 584 100%	5693	29,1	8039	41,0	5852	29,9
2015 г.	20 300 100%	5434	26,8	8442	41,6	6424	31,6
2016 г.	19 357 100%	4840	25,0	7903	40,8	6614	34,2
2017 г.	19 772 100%	4838	24,5	8167	41,3	6767	34,2

Таблица 4. Распределение финансовых средств в дневных стационарах в рамках 3-урвневой модели оказания медицинской помощи в 2014–2017 гг.

Год	Итого объем финансирования, млн руб.	Медицинские организации I уровня		Медицинские организации II уровня		Медицинские организации III уровня	
		объем финансирования, млн руб.	доля, %	объем финансирования, млн руб.	доля, %	объем финансирования, млн руб.	доля, %
2014 г.	3767 100%	1515	40,2	1567	41,6	686	18,2
2015 г.	4061 100%	1315	32,4	1811	44,6	935	23,0
2016 г.	3767 100%	971	25,8	1791	47,5	1006	26,7
2017 г.	3776 100%	983	26,0	1846	48,9	947	25,1

раз госпитализируют одних и тех же пациентов по одному поводу. При этом часто повторно госпитализируются пациенты с гипертонической болезнью, энцефалопатией, хроническими панкреатитами, остеохондрозами, т.е. те, которые вероятно, вообще не нуждались в стационарном лечении и круглосуточном наблюдении.

По итогам 2017 г. разница между объемом доходов и расходов в больницах I уровня составила 4%. Эта ситуация вынуждает организаторов здравоохранения искать пути оптимизации ле-

чебной сети и новые организационные формы оказания первичной медико-санитарной и стационарной помощи.

Модель оплаты на основе КСГ оказалась эффективным механизмом финансирования здравоохранения. Вместе с тем для повышения финансовой устойчивости лечебной сети и сохранения достигнутого уровня доступности для населения медицинской помощи сегодня необходимо выработать федеральные и региональные меры поддержки маломощных медицинских организаций,

создать экономические стимулы для развития стационарзамещающих технологий, обеспечить повышение квалификации руководителей медицинских организаций, их заинтересованность в росте финансовой устойчивости как конкретной больницы, так и лечебной сети в целом.

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

Указатель статей, опубликованных в журнале «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ» в 2017 г.

№ 1, 2017

Тема номера: Российское здравоохранение в 2017–2018 гг.: неотложные меры. Рейтинги эффективности здравоохранения регионов РФ

ГЛАВНОЕ

Заседание Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам

АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ

Улумбекова Г.Э.

Здравоохранение России: итоги деятельности 2012–2016 гг. Неотложные меры в 2017–2018 гг.

Гиноян А.Б., Улумбекова Г.Э., Чабан Е.А.

Индекс эффективности 85 регионов РФ по здравоохранению

ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

Прохоренко Н.Ф.

Реформа системы обязательного медицинского страхования: время не ждет

НАБОЛЕЛО

Гончарова Т.А.

Оплата труда работников здравоохранения за 12 месяцев 2016 г.: анализ ситуации

Улумбекова Г.Э.

Об оплате труда медицинских работников в 2013–2016 гг.

НА СТЫКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЭКОЛОГИИ

Ойроткинова О.Ш.

Организация профилактических мероприятий при коррекции антропогенных и экологических факторов развития неинфекционных заболеваний

№ 2, 2017

Тема номера: Итоги V Международной конференции «ОРГЗДРАВ–2017. Эффективное управление медицинской организацией» (18–19 мая 2017 г., Москва)

Сигрист Р.

Стратегии одновременного повышения эффективности деятельности и удовлетворенности пациентов в медицинских организациях

Пистерс П.

Медицинская организация: как улучшить показатели деятельности

Тезисы V Международной конференции «ОРГЗДРАВ–2017. Эффективное управление медицинской организацией» (18–19 мая 2017 г., Москва)

№ 3, 2017

Тема номера: Здравоохранение: рейтинги

ГЛАВНОЕ

О Восточном экономическом форуме

АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ

Улумбекова Г.Э.

Здоровье населения и здравоохранение Дальневосточного федерального округа: как достичь 76 лет к 2025 г.

Улумбекова Г.Э., Мокляченко А.В.

Показатели для оценки деятельности медицинских организаций: международный опыт

Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В.

Эффективность региональных систем здравоохранения России (рейтинг 2016 г.)

ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

Бойченко Ю.Я., Бударин С.С., Никонов Е.Л.

Реализация индивидуальных программ повышения качества управления ресурсами в стационарных организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы

Творогова Н.Д., Кулешов Д.В.

Доверие к медицинскому учреждению

№ 4, 2017

Тема номера: Стратегия развития и бюджет здравоохранения

ГЛАВНОЕ

Время действовать

АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ

Улумбекова Г.Э., Калашникова А.В.

Факты о бюджете здравоохранения РФ на 2018–2020 гг.

ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

Москвина С.С.

Медико-организационные аспекты работы консультативно-диагностической поликлиники для детей

Прохоренко Н.Ф.

Кому нужны ненужные расходы в медицинских организациях?

Улумбекова Г.Э., Власов В.В.

Анализ медико-экономической эффективности проведения диспансеризации населения России и ее перспективы

НАБОЛЕЛО

Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Московченко Д.В.

Эмоциональное выгорание врачей

Корпоративная этика в медицинском обществе



II ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
**НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ
В АКУШЕРСТВЕ**

18-20 АПРЕЛЯ 2018, МОСКВА

▶ **Причины материнской смертности:**

- Кровотечения
- Сепсис
- Преэклампсия/эклампсия
- Тяжелая сопутствующая патология
- Эмболические осложнения

▶ **УЗИ навигация в акушерстве, анестезиологии
и интенсивной терапии**

▶ **Осложнения анестезии**

▶ **Оценка рисков и фатальные ошибки в акушерстве:**

- Проблемы организации командной работы
и взаимодействия медицинского персонала

▶ **Разбор клинических случаев:**

- Эмболия околоплодными водами
- Кровотечение
- Септический шок
- Эклампсия
- Остановка кровообращения

Контакты

Анастасия Тихомирова
Тел.: +7 (495) 646-01-55 доб. 193
E-mail: nsa@ctogroup.ru

Организаторы



www.emergency-ncagip.ru