

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

Вестник ВШОУЗ

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

Том 7, № 1 (23), 2021

HEALTHCARE MANAGEMENT:
news, views, education

Bulletin of VSHOUZ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ
Вестник ВШОУЗ

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

Том 7, № 1 (23), 2021

Главный редактор

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Москва)

Редакционная коллегия

Артемова О.В. (Челябинск)
Быковская Т.Ю. (Ростов-на-Дону)
Вафин А.Ю. (Казань)
Кадыров Ф.Н. (Москва)
Князева Е.Г. (Екатеринбург)
Комаров Ю.М. (Москва)
Линденбратен А.Л. (Москва)
Мирзоев Г.Б. (Москва)

Москвичева М.Г. (Челябинск)
Понкин И.В. (Москва)
Прохоренко Н.Ф. (Москва)
Стародубов В.И. (Москва)
Хабриев Р.У. (Москва)
Хальфин Р.А. (Москва)
Хайруллин И.И. (Москва)
Черепов В.М. (Москва)

Ответственный секретарь редакции
Нефедова Мария: orgzdrav2015@mail.ru

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

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

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

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

При перепечатке публикаций с согласия редакции ссылка на журнал «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ» обязательна. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.
Ответственность за содержание рекламных материалов несут рекламодатели.
Адрес редакции: 119121, г. Москва, ул. Плещиха, д. 26/2.

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

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

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

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

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

Подписано в печать 15.03.2021.
Дата выхода в свет 30.03.2021

Тираж 1000 экземпляров.
Формат 70×100 ¹/₁₆.
Печать офсетная. Печ. л. 7.
Отпечатано в ООО «Фотоэксперт»:
115201, г. Москва, ул. Котляковская,
д. 3, стр. 13.
Заказ №
Цена свободная.

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВНОЕ

- 4 Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б.
Рейтинг эффективности систем здравоохранения регионов РФ в 2019 г.

АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ

- 17 Бурыкин И.М., Хафизьянова Р.Х.
Государственная система индикаторов качества и безопасности медицинской помощи как инструмент поддержки принятия решений в системе здравоохранения Российской Федерации и совершенствования политики в сфере здравоохранения

COVID-19

- 31 Шипова В.М., Миргородская О.В.
Штатно-нормативное обеспечение медицинской помощи пациентам с COVID-19 в условиях стационара
- 42 Худова И.Ю., Улумбекова Г.Э.
«Выгорание» у медицинских работников: диагностика, лечение, особенности в эпоху COVID-19

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- 63 Альвианская Н.В.
Финансовое обеспечение территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2020–2021 гг.
- 80 Петрачков И.В., Улумбекова Г.Э.
Динамика объемов потенциальных источников финансирования частных медицинских организаций с 2012 по 2019 г.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

- 92 Иванов И.В., Швабский О.Р., Минулин И.Б., Матыцин Н.О., Щерблыкина А.А., Таут Д.Ф., Мартовицкая А.Д.
Всемирный день безопасности пациентов: повышение осведомленности граждан о вопросах качества и безопасности медицинской деятельности

НАШИ ПАЦИЕНТЫ

- 101 Новоселова И.Н., Понина И.В., Мачалов В.А., Валиуллина С.А.
Организация расширения двигательного режима пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой на основании оценки толерантности к физической нагрузке в категориях Международной классификации функционирования

CONTENTS

ABOVE ALL

- 4 Ulumbekova G.E., Ginoyan A.B.
Rating of the effectiveness of healthcare systems in the regions of the Russian Federation in 2019

ACTUALLY TODAY

- 17 Burykin I.M., Khafizyanova R.Kh.
The national system of quality and safety indicators of medical care as a tool to support decision-making in the health care system of the Russian Federation

COVID-19

- 31 Shipova V.M., Mirgorodskaya O.V.
Staffing and regulatory provision of medical care for patients with COVID-19 in a hospital care
- 42 Khudova I.Yu., Ulumbekova G.E.
Healthcare workers “burn-out”: diagnostic, treatment, particularities during epidemic of COVID-19

HEALTHCARE FINANCING

- 63 Alvianskaya N.V.
Financial support of territorial programs of state guarantees of free provision of medical care to citizens in 2020–2021
- 80 Petrachkov I.V., Ulumbekova G.E.
Dynamics of volumes of potential sources of financing of private medical organizations from 2012 to 2019

PUBLIC HEALTH

- 92 Ivanov I.V., Shvabsky O.R., Minulin I.B., Matytsin N.O., Shcheblykina A.A., Taut D.F., Martovitskaya A.D.
World Patient Safety Day: raising awareness of citizens about the quality and safety of medical activity

OUR PATIENTS

- 101 Novoselova I.N., Ponina I.V., Machalov V.A., Valiullina S.A.
Development of extended motor regime in patients with spinal cord injury based on the tolerance parameter to physical load in categories of the International classification of functioning

Рейтинг эффективности систем здравоохранения регионов РФ в 2019 г.

Улумбекова Г.Э.^{1, 2},
Гиноян А.Б.¹

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

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

Высшая школа организации и управления здравоохранением обновила рейтинг эффективности систем здравоохранения субъектов Российской Федерации (РФ) за 2019 г. Рейтинг показывает, насколько эффективна их политика в области здравоохранения. Эффективность рассчитывается путем сравнения уровня ожидаемой продолжительности жизни между субъектами РФ и затрачиваемых на это расходов на здравоохранение. При этом учитывается разность в уровне валового регионального продукта на душу населения и потребления крепких алкогольных напитков в регионе. Показано, как изменились позиции регионов РФ в 2019 г. по сравнению с 2018 г.

Ключевые слова:

эффективность системы здравоохранения, ожидаемая продолжительность жизни, финансирование здравоохранения

Финансирование. Статья не имела спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Научное руководство исследованием – Улумбекова Г.Э.; сбор и обобщение статистических материалов; интерпретация полученных результатов – Гиноян А.Б.

Для цитирования. Улумбекова Г.Э., Гиноян А.Б. Рейтинг эффективности систем здравоохранения регионов РФ в 2019 г. // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 1. С. 4–16. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-1-4-16>

Статья поступила в редакцию 18.02.2021. Принята в печать 03.03.2021.

Rating of the effectiveness of healthcare systems in the regions of the Russian Federation, in 2019

Ulumbekova G.E.^{1,2},
Ginoyan A.B.¹

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

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

The Graduate School of Healthcare Organization and Management (VSHOUZ) has updated healthcare effectiveness ranking in the regions (states) of Russia for 2019 year. This ranking shows how effective is their healthcare policy. The effectiveness is calculated by comparing the level of life expectancy between the regions of the Russian Federation and public healthcare spending on it. Meanwhile it also takes into account the difference in GRP per capita and strong alcoholic beverages consumption per capita in region. It is shown how the position of the region has changed in 2019 compared to 2018.

Keywords:

effectiveness of health systems, life expectancy, health care financing

Funding. The article was not sponsored.

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

Contribution. Scientific research management – Ulumbekova G.E.; collection and synthesis of statistical data; interpretation of the results – Ginoyan A.B.

For citation: Ulumbekova G.E., Ginoyan A.B. Rating of the effectiveness of healthcare systems in the regions of the Russian Federation in 2019. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2021; 7 (1): 4–16. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-1-4-16> (in Russian)

Received 18.02.2021. **Accepted** 03.03.2021.

Высшая школа организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) разработала рейтинг по оценке эффективности систем здравоохранения 85 регионов Российской Федерации. Подробная методика была опубликована ранее [1]. Кратко напомним: эффективность означает возможность добиться лучших результатов за меньшие средства. Рейтинг был рассчитан на основании 4 показателей, каждый из которых имеет свой удельный вес при подсчете баллов. Наибольший вес (50%) среди использованных показателей имеет ожидае-

мая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ). Регион с наивысшим показателем ОПЖ при рождении получает 50 баллов, а с наименьшим – 0 баллов. Следующий показатель – подушевые государственные расходы на здравоохранение¹, который, по сути, определяет объемы бесплатной медицинской помощи, его вес – 30%. Этот показатель рассчитывается без учета коэффициента дифференциации для обеспечения сопоставимости данных по регионам. Третьим показателем с весом 10% является валовой региональный продукт (ВРП) на душу населения,

¹ Государственные расходы на здравоохранение включают расходы на здравоохранение консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и территориальных государственных внебюджетных фондов.

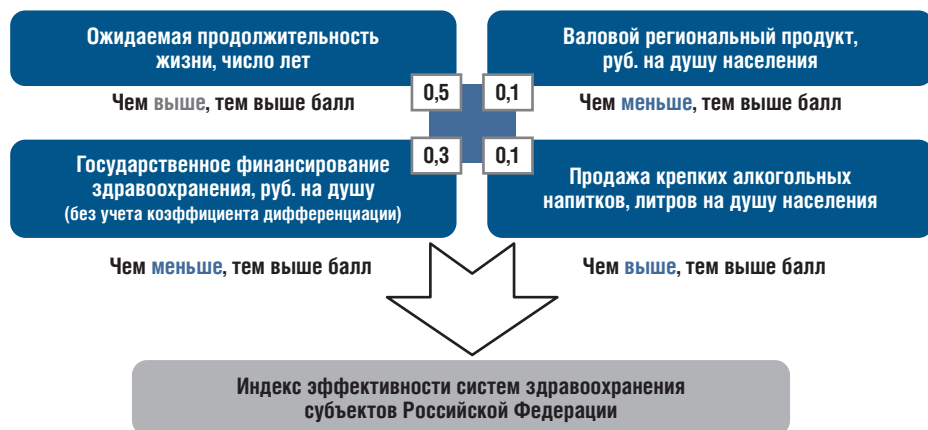


Рис. 1. Методика расчета индекса эффективности систем здравоохранения субъектов РФ

Источник. Здесь и на рис. 2–8: составлено авторами.



Рис. 2. Лучшие 20 регионов РФ по динамике индекса эффективности за 2018–2019 гг.

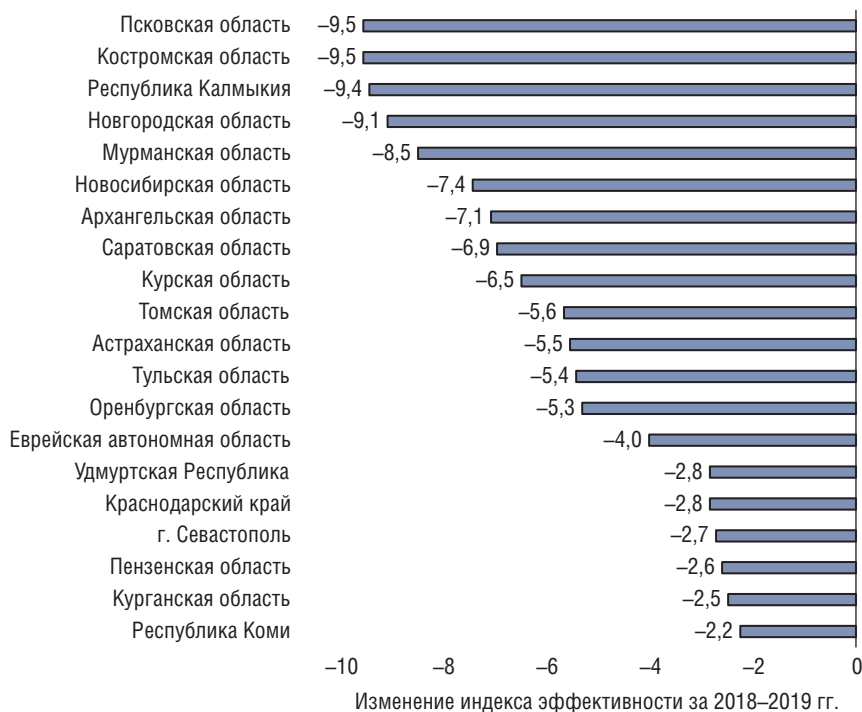


Рис. 3. 20 регионов РФ, показавших наибольшую отрицательную динамику индекса эффективности за 2018–2019 гг.

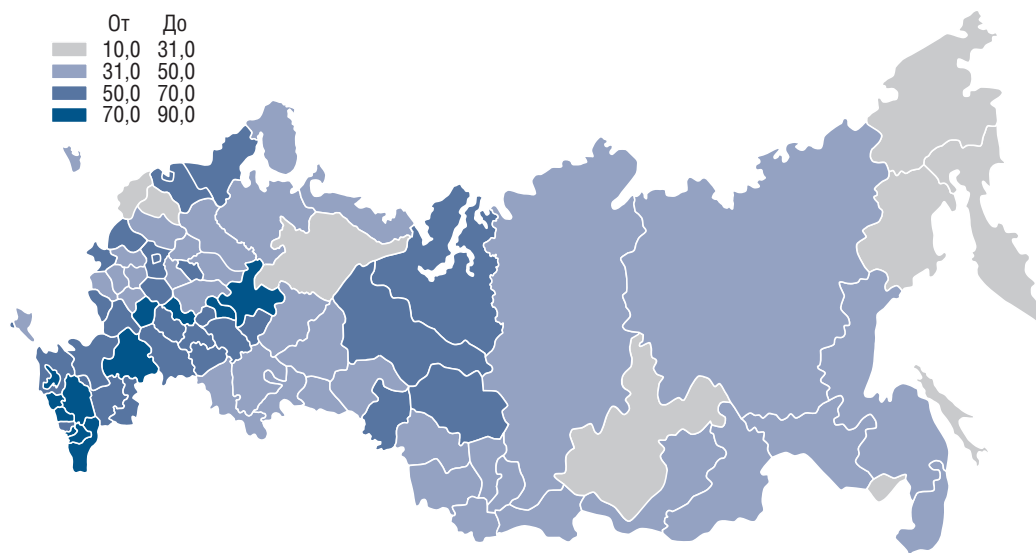


Рис. 4. Эффективность систем здравоохранения субъектов РФ, 2019 г.

Эффективность систем здравоохранения субъектов РФ, 2019 г.

Изменение (2018–2019)	Место 2018 г.	Место 2019 г.	Субъект РФ	Индекс эффективности	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	Валовой региональный продукт на душу населения, руб.	Подушные государственные расходы на здравоохранение с учетом коэффициента дифференциации, руб.	Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения в возрасте от 15 лет, л
0	1	1	Республика Ингушетия	89,76	83,41	112 553	12 991	0,4
0	2	2	Республика Дагестан	89,18	79,09	203 272	12 475	1,5
0	3	3	Кабардино-Балкарская Республика	87,53	76,45	168 192	13 601	0,8
1	5	4	Чеченская Республика	84,94	75,90	133 436	14 993	0,2
-1	4	5	Карачаево-Черкесская Республика	84,12	76,20	165 359	15 337	1,4
0	6	6	Ставропольский край	79,65	74,66	255 726	15 328	3,4
1	8	7	Республика Мордовия	75,06	73,95	284 010	16 310	7,2
1	9	8	Республика Адыгея	72,12	73,84	238 774	16 230	4,7
5	14	9	Волгоградская область	71,88	74,06	338 861	16 284	4,7
2	12	10	Тамбовская область	71,65	73,56	323 619	15 150	4,9
4	15	11	Республика Марий Эл	70,94	72,90	260 845	15 080	9,7
-1	11	12	Кировская область	70,59	72,95	260 283	15 822	10,9
0	13	13	Ростовская область	69,53	73,70	343 409	15 857	4,1
4	18	14	Чувашская Республика – Чувашия	69,53	73,44	242 634	16 605	10,1
-8	7	15	Республика Калмыкия	67,18	74,84	268 920	17 326	5,3
1	17	16	Республика Северная Осетия – Алания	65,76	75,75	185 641	18 012	0,6
-7	10	17	Саратовская область	65,06	73,06	290 612	15 666	4,1
-2	16	18	Удмуртская Республика	64,12	72,80	417 899	16 215	12,0
4	23	19	Республика Татарстан	63,88	75,03	633 709	18 019	10,2
0	20	20	Пензенская область	61,65	73,61	302 304	17 086	6,3

Эффективность систем здравоохранения субъектов РФ, 2019 г. (продолжение)

Изменение (2018– 2019)	Место 2018 г.	Место 2019 г.	Субъект РФ	Индекс эффективности	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	Валовой региональный продукт на душу населения, руб.	Подушевые государственные расходы на здравоохранение с учетом коэффициента дифференциации, руб.	Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения в возрасте от 15 лет, л
0	21	21	Краснодарский край	60,82	73,91	416 760	17 343	5,4
-3	19	22	Томская область	60,00	72,84	537 512	15 619	6,6
3	26	23	Воронежская область	59,06	73,62	404 839	17 324	5,9
1	25	24	Ульяновская область	58,94	72,95	279 959	16 726	5,9
2	27	25	Ивановская область	58,71	71,84	195 995	15 091	8,4
-2	24	26	г. Севастополь	57,76	73,52	180 148	18 562	9,6
-5	22	27	Астраханская область	56,71	73,86	544 793	17 612	5,9
0	28	28	г. Москва	56,47	78,36	1 423 589	26 137	7,1
1	30	29	г. Санкт-Петербург	56,24	76,31	781 214	28 107	8,7
6	36	30	Омская область	55,88	72,31	349 166	15 748	4,6
3	34	31	Ханты-Мансийский автономный округ	54,12	75,04	2 680 115	27 156	9,8
-1	31	32	Брянская область	54,00	72,31	272 743	16 624	6,7
2	35	33	Московская область	53,88	73,86	556 414	24 343	12,9
11	45	34	Смоленская область	53,65	71,89	330 766	15 873	9,2
-2	33	35	Ямало-Ненецкий автономный округ	52,94	74,18	5 710 130	26 328	12,0
3	39	36	Рязанская область	52,00	73,20	342 734	18 021	6,8
-5	32	37	Белгородская область	51,88	74,20	559 184	19 281	5,1
4	42	38	Ленинградская область	51,53	73,64	603 240	22 028	12,4
18	57	39	Республика Карелия	51,41	71,45	451 436	15 793	15,0
-3	37	40	Самарская область	51,41	72,77	473 773	16 770	6,2
6	47	41	Ярославская область	49,88	72,92	443 970	18 085	11,0
7	49	42	Калининградская область	49,53	73,56	461 597	19 174	7,2

Эффективность систем здравоохранения субъектов РФ, 2019 г. (продолжение)

Изменение (2018– 2019)	Место 2018 г.	Место 2019 г.	Субъект РФ	Индекс эффективности	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	Валовой региональный продукт на душу населения, руб.	Подушное государственное расходование на здравоохранение с учетом коэффициента дифференциации, руб.	Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения в возрасте от 15 лет, л
20	63	43	Орловская область	49,41	72,56	310 357	17 065	6,0
2	46	44	Республика Саха (Якутия)	49,41	73,00	1 123 114	18 003	9,9
5	50	45	Нижегородская область	48,94	72,31	424 086	17 216	9,7
-5	41	46	Липецкая область	48,82	73,34	506 054	18 073	6,2
5	52	47	Челябинская область	47,76	72,08	422 951	16 384	6,6
-5	43	48	Республика Башкортостан	47,65	72,64	412 530	17 557	8,6
-20	29	49	Костромская область	46,47	72,34	281 569	18 383	10,5
-12	38	50	Архангельская область	45,41	72,30	464 911	17 398	12,7
0	51	51	Алтайский край	44,94	71,61	234 886	16 460	5,4
-12	40	52	Новосибирская область	44,00	72,25	448 659	16 869	5,7
0	53	53	Республика Крым	42,59	72,70	204 571	19 396	6,6
19	73	54	Ненецкий автономный округ	41,88	73,19	6 950 416	30 952	13,6
17	72	55	Тверская область	41,76	71,23	345 919	16 905	10,5
-1	55	56	Приморский край	41,53	70,54	437 147	16 244	10,0
-13	44	57	Мурманская область	41,06	71,75	642 706	16 955	13,2
-2	56	58	Забайкальский край	40,12	68,95	305 683	15 511	6,9
-11	48	59	Курская область	40,00	72,27	385 588	17 447	5,4
6	66	60	Владимирская область	38,94	71,87	321 079	18 206	10,1
7	68	61	Пермский край	38,82	71,31	503 818	16 904	8,9
0	62	62	Вологодская область	38,71	71,81	497 040	17 957	13,1
2	65	63	Республика Тыва	38,59	67,56	212 875	14 023	3,2
-6	58	64	Республика Бурятия	38,35	70,76	229 837	17 069	8,4
-1	64	65	Калужская область	38,12	72,34	461 023	20 026	9,8
-12	54	66	Оренбургская область	37,41	72,04	507 847	17 137	5,5

Изменение (2018–2019)	Место 2018 г.	Место 2019 г.	Субъект РФ	Индекс эффективности	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	Валовой региональный продукт на душу населения, руб.	Подушное государственное расходы на здравоохранение с учетом коэффициента дифференциации, руб.	Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения в возрасте от 15 лет, л
9	76	67	Хабаровский край	37,18	70,05	536 378	16 412	13,1
9	77	68	Республика Алтай	36,59	70,29	231 464	16 871	6,9
10	79	69	Республика Хакасия	36,35	71,05	438 326	16 380	4,2
-9	61	70	Курганская область	36,24	71,14	253 574	16 910	4,6
0	71	71	Амурская область	36,24	68,66	378 319	16 250	9,4
-5	67	72	Томенская область	34,94	72,75	834 753	22 312	7,3
1	74	73	Свердловская область	34,00	71,81	527 159	18 010	8,4
-14	60	74	Тульская область	33,53	72,20	428 276	18 950	6,8
-5	70	75	Кемеровская область	32,12	69,78	462 495	16 612	7,5
2	78	76	Красноярский край	31,88	71,16	792 981	17 054	6,8
4	81	77	Иркутская область	30,24	69,55	580 153	16 595	8,2
-19	59	78	Псковская область	29,65	70,65	259 404	18 394	8,67
-4	75	79	Республика Коми	28,12	71,30	796 760	19 037	16,1
-11	69	80	Новгородская область	24,82	70,52	434 230	18 893	10,2
-1	80	81	Еврейская автономная область	22,71	68,08	346 716	18 340	11,1
0	82	82	Камчатский край	22,59	70,56	750 408	19 890	13,6
1	84	83	Сахалинская область	15,65	70,28	2 407 929	35 444	17,6
-1	83	84	Магаданская область	15,18	69,66	1 196 690	28 749	17,4
0	85	85	Чукотский автономный округ	11,76	68,09	1 578 496	31 048	16,4
-	-	-	Российская Федерация	47,41	73,34	578 740	18 802	7,6

Примечание. Ранжирование проводилось по 4 критериям (по шкале от 0 до 100): ожидаемая продолжительность жизни при рождении (взвешенная 50%), валовой региональный продукт на душу населения (10%), подушное государственное расходы на здравоохранение (30%) и потребление крепких алкогольных напитков на душу населения в возрасте от 15 лет (10%). Индекс эффективности представляет собой сумму этих 4 взвешенных оценок. Крепкие алкогольные напитки включают: водку; коньяк и ликероводочные изделия с содержанием спирта свыше 25% объема готовой продукции.

Источник: расчеты авторов на основе данных Росстата и Федерального казначейства РФ.

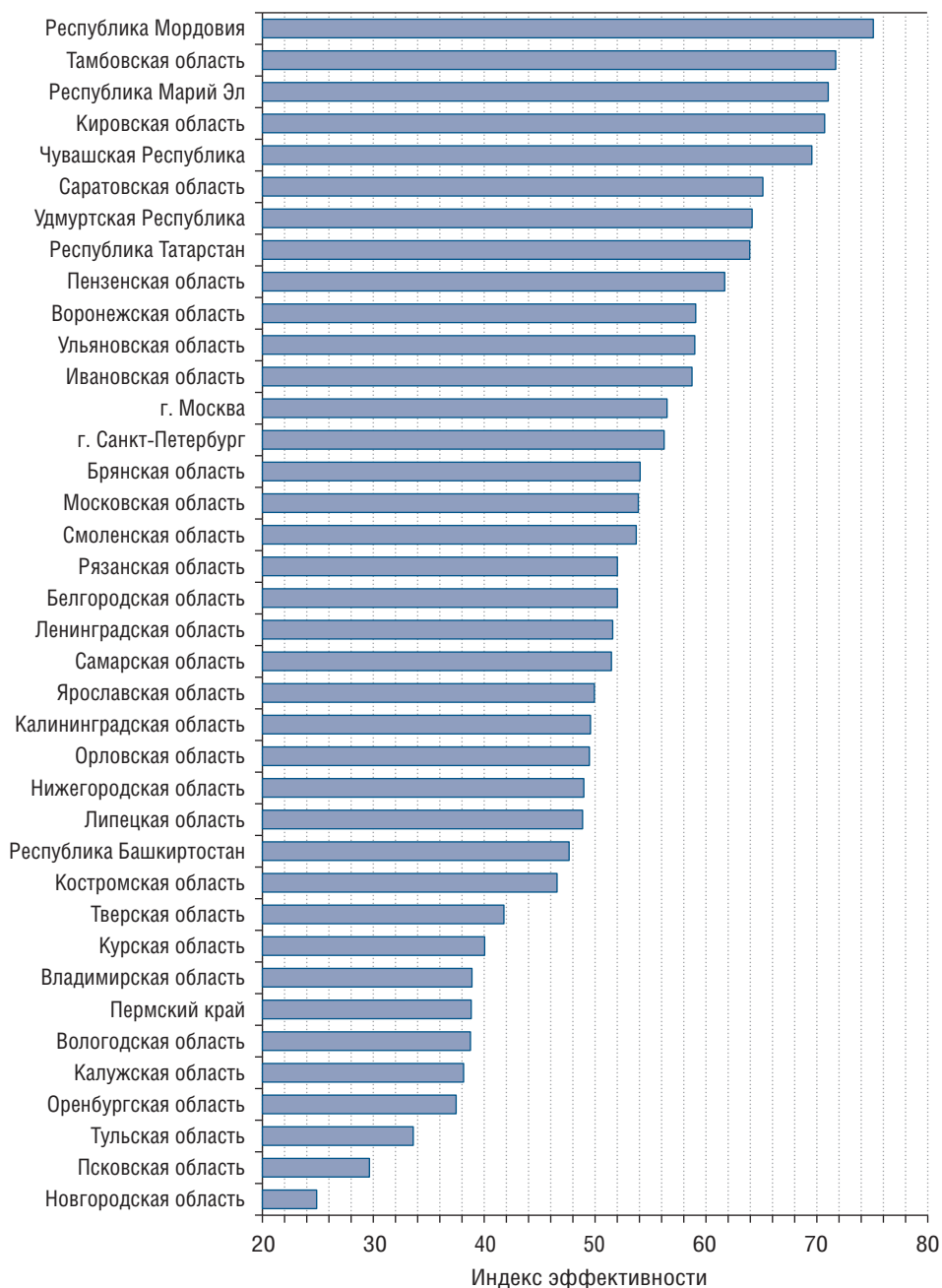


Рис. 5. Эффективность систем здравоохранения регионов Центральной зоны РФ за 2019 г.

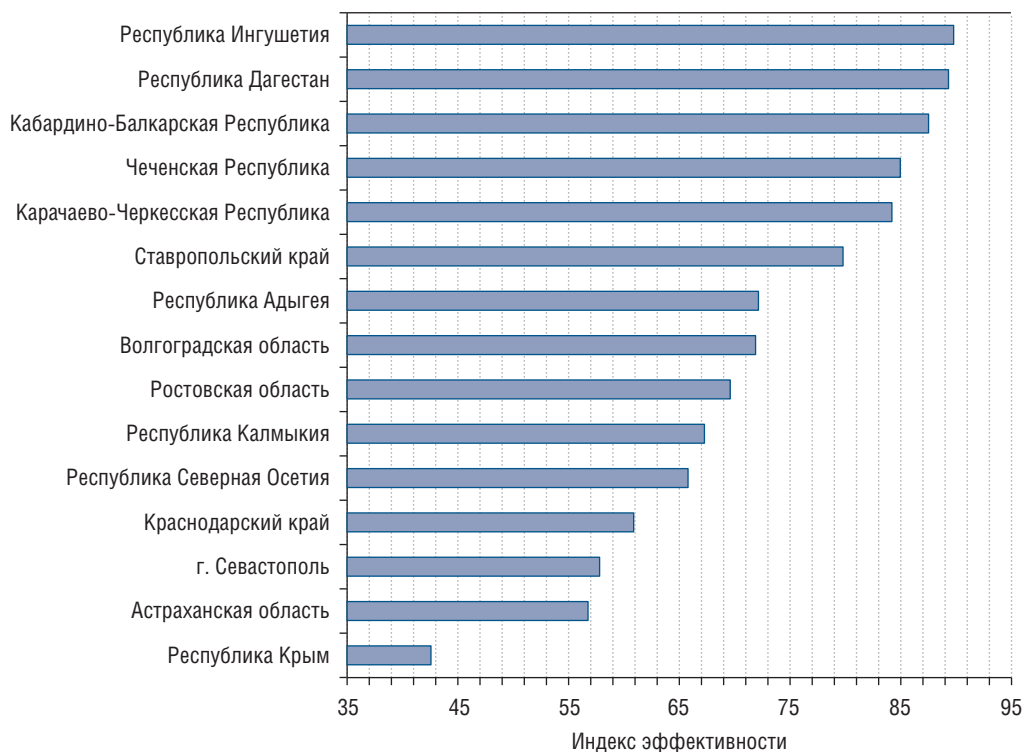


Рис. 6. Эффективность систем здравоохранения регионов Южной зоны РФ за 2019 г.

который отражает уровень экономического развития субъектов РФ. При высоком ВРП на душу населения выше уровень жизни, соответственно выше уровень потребления качественных продуктов питания, лекарств, платных медицинских услуг, что опосредованно влияет на здоровье населения [2–4]. Следовательно, субъекты РФ, имеющие самые высокие значения показателей госрасходов на здравоохранение и ВРП на душу населения, получают самый низкий балл. Те регионы, которые имеют сравнительно низкий уровень социально-экономического развития и имеют меньшие возможности по затратам на медицинскую помощь, получают высокие баллы по этим показателям.

При составлении рейтинга также был использован показатель потребления крепких алкогольных напитков на душу населения в возрасте от 15 лет, для того чтобы нивелировать

негативное влияние этого фактора на состояние здоровья населения (его вес в рейтинге – 10%). Известно, чем меньше уровень потребления алкоголя, тем дольше живут граждане, однако от деятельности системы здравоохранения этот показатель зависит мало [5]. Соответственно те регионы, где здоровье населения не отягощено высоким потреблением алкогольных напитков, получают самый низкий балл. Схематично методика расчетов представлена на рисунке.

Обновленный рейтинг показывает **текущую** позицию по эффективности здравоохранения региона **относительно других субъектов РФ**, а также каким образом изменилась эта позиция в 2019 г. по сравнению с 2018 г. (см. таблицу и рис. 4).

На рис. 2 и 3 представлены лучшие и худшие 20 регионов РФ по **динамике** индекса эффективности за 2018–2019 гг. В лучшую двадцатку

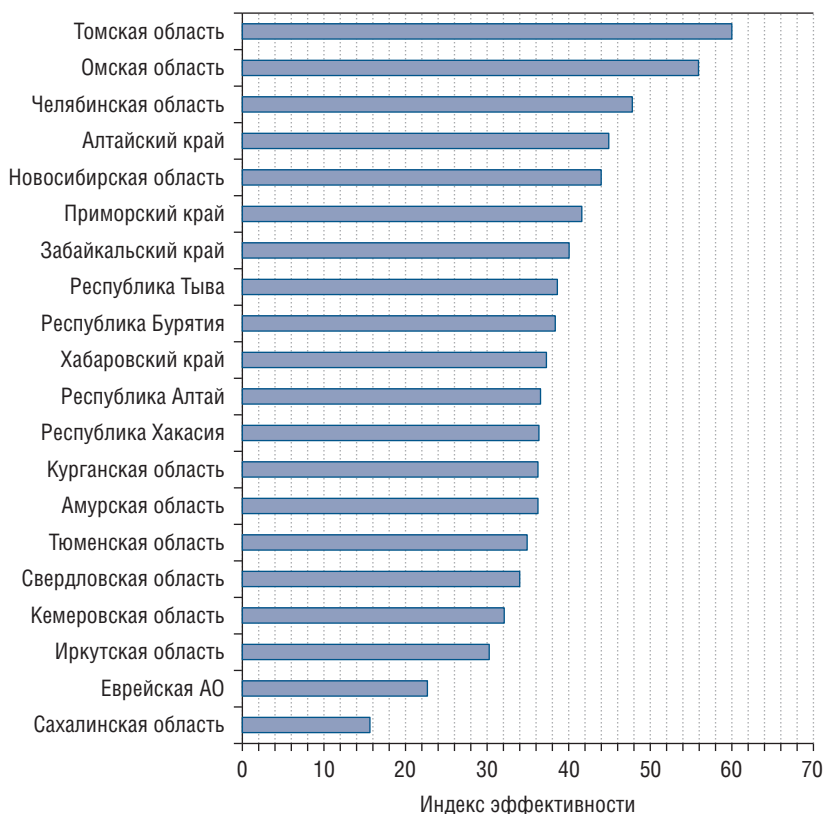


Рис. 7. Эффективность систем здравоохранения регионов Уральской зоны РФ за 2019 г.

попали те регионы, которые достигли наибольшего прироста показателя индекса эффективности за последний год (от 2,6 до 10,9 балла). Среди них Республика Карелия, Орловская область, Ненецкий автономный округ, Тверская область, Республика Хакасия, Республика Алтай, Хабаровский край, где прирост составил более 8 баллов. За счет положительной динамики эти регионы существенно улучшили свои позиции в общем рейтинге. Например, Орловская область и Ненецкий автономный округ поднялись в рейтинге с 63-го места на 43-е и с 73-го на 54-е место соответственно.

В двадцатку регионов, показавших наибольшую отрицательную динамику индекса эффективности за 2018–2019 гг., попали те регионы, в которых наблюдалось наибольшее снижение показателя индекса эффективности – с -2,2

до -9,5 балла (рис. 3). Среди них Костромская, Псковская, Новгородская, Мурманская, Новосибирская, Архангельская области, Республика Калмыкия и др., где снижение показателя индекса эффективности за последний год составил ниже -7 баллов.

Республика Калмыкия, Оренбургская и Псковская области сумели за последний год достичь прироста ОПЖ на 1; 0,6 и 0,5 года соответственно. Однако в этих регионах одновременно произошло большее сравнительно с другими регионами увеличение финансирования здравоохранения, за счет чего они оказались в двадцатке снизивших значения индекса эффективности. Будем надеяться, что эти дополнительные вложения в здравоохранение помогут названным субъектам РФ увеличить ОПЖ в последующие годы.

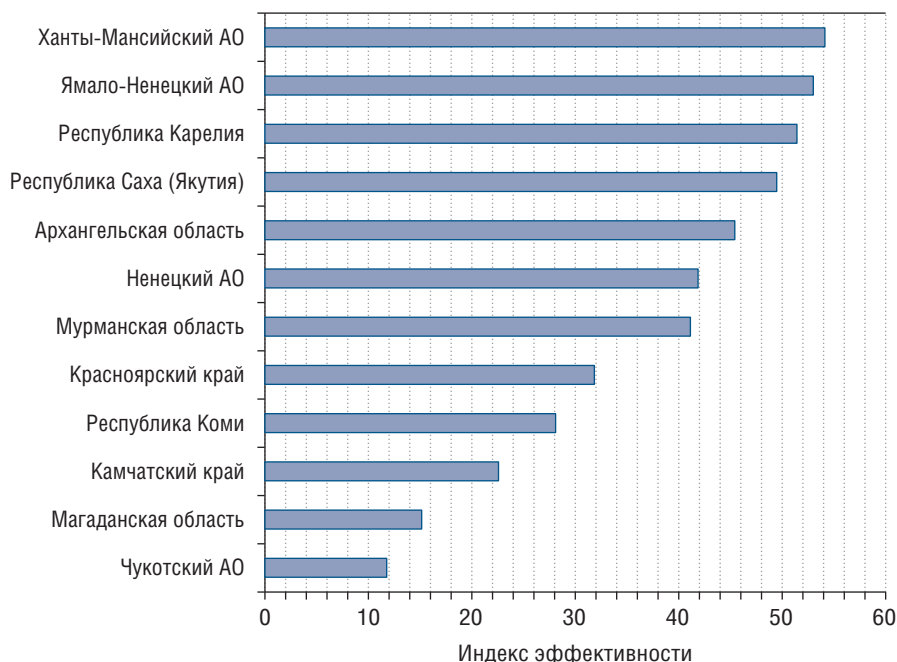


Рис. 8. Эффективность систем здравоохранения регионов Арктической зоны РФ за 2019 г.

Для сравнения эффективности регионы РФ были разбиты на территориальные зоны: Центральную (включает Центральный, Приволжский и Северо-Западный федеральные округа), Южную (включает Южный и Северо-Кавказский

федеральные округа), Уральскую (включает Уральский, Сибирский и Дальневосточный федеральные округа) и Арктическую (включает регионы Арктической зоны РФ). На рис. 5–8 представлены рейтинги регионов по этим зонам.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

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

E-mail: vshouz@vshouz.ru

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

Гинойн Аргисhti Багратович (Argishti B. Ginoyan) – кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения Высшей школы организации и управления здравоохранением, Москва, Российская Федерация

E-mail: agrio1q89@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4513-3635>

ЛИТЕРАТУРА

1. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В. Эффективность региональных систем здравоохранения России (рейтинг 2016 г.) // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2017. № 3. С. 35–42.
2. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Чабан Е.А. Количественный анализ факторов, влияющих на состояние здоровья населения в Российской Федерации // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2016. № 2. С. 107–120.
3. Ющук Н.Д., Улумбекова Г.Э., Палевская С.А., Гинойн А.Б. Анализ основных показателей деятельности ин-

фекционной службы Российской Федерации // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2016. № 3. С. 13–23.

4. Elola J., Daponte A., Vicente N. Health indicators and the organisation of health care systems in Western Europe // Am. J. Public Health. 1995. Vol. 85. P. 1397–1401.

5. Muldoon K.A., Galway L.P., Nakajima M., Kanter S. et al. Health system determinants of infant, child and maternal mortality: a cross-sectional study of UN member countries // Globalization Health. 2011. Vol. 7. P. 42.

REFERENCES

1. Ulumbekova G.E., Ginoyan A.B., Kalashnikova A.V. The effectiveness of regional health care systems in Russia (2016 ranking). ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2017; (3): 35–42. (in Russian)
2. Ulumbekova G.E., Ginoyan A.B., Chaban E.A. Quantitative analysis of factors affecting the health status of the population in the Russian Federation. Meditsinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie [Medical Education and Professional Development]. 2016; (2): 107–20. (in Russian)

3. Yushchuk N.D., Ulumbekova G.E., Palevskaya S.A., Ginoyan A.B., Analysis of the main indicators of infectious service in the Russian Federation. Infektsionnye bolezni: novosti, mneniya, obuchenie [Infectious Diseases: News, Opinions, Training]. 2016; (3): 13–23. (in Russian)

4. Elola J., Daponte A., Vicente N. Health indicators and the organisation of health care systems in Western Europe. Am J Public Health. 1995; 85: 1397–1401.

5. Muldoon K.A., Galway L.P., Nakajima M., Kanter S., et al. Health system determinants of infant, child and maternal mortality: a cross-sectional study of UN member countries. Globalization Health. 2011; 7: 42.

Государственная система индикаторов качества и безопасности медицинской помощи как инструмент поддержки принятия решений в системе здравоохранения Российской Федерации и совершенствования политики в сфере здравоохранения

Бурыкин И.М.,
Хафизьянова Р.Х.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 421112, г. Казань, Российская Федерация

Качество медицинской помощи – одна из актуальных проблем современной системы здравоохранения. Исследования показали широкую распространенность дефектов, несоответствие медицинской помощи современному уровню развития медицинской науки, низкую эффективность медицинской помощи. Проблема актуальна для Российской Федерации, поскольку регистрируются высокие показатели смертности, значительное число дефектов медицинской помощи. В настоящей работе на основе анализа литературы сформулирована модель качества медицинской помощи на основе 6 детерминант: результативность, эффективность, доступность, качество жизни, безопасность, удовлетворенность. Проведен анализ критериев доступности и качества медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Российской Федерации, субъектов Российской Федерации, входящих в Поволжский федеральный округ, и г. Москвы. Выявлено, что критерии качества и доступности медицинской помощи, установленные в рамках Программы государственных гарантий, оценивают не все детерминанты. Зафиксированы значительные вариации между субъектами Российской Федерации по качественному и количественному составу критериев.

На основании проведенного анализа обоснована целесообразность разработки единой национальной системы индикаторов качества и доступности медицинской помощи как основного инструмента принятия управленческих решений в сфере здравоохранения.

Ключевые слова:

индикаторы качества, качество медицинской помощи

Финансирование. Статья не имела спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Концепция и дизайн – Бuryкин И.М., Хафизьянова Р.Х.; сбор, статистическая обработка материала – Бuryкин И.М.; написание текста и редактирование – Бuryкин И.М., Хафизьянова Р.Х.

Для цитирования: Бuryкин И.М., Хафизьянова Р.Х. Государственная система индикаторов качества и безопасности медицинской помощи как инструмент поддержки принятия решений в системе здравоохранения Российской Федерации и совершенствования политики в сфере здравоохранения // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 1. С. 17–30. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-1-17-30>
Статья поступила в редакцию 25.01.2021. Принята в печать 20.02.2021.

The national system of quality and safety indicators of medical care as a tool to support decision-making in the health care system of the Russian Federation

*Burykin I.M.,
Khafizyanova R.Kh.*

Kazan State Medical University, of the Ministry
of Healthcare of the Russian Federation, 421112,
Kazan, Russian Federation

The quality of medical care is one of the acute problems in today's health care system. Clinical studies have demonstrated widespread defects, inconsistency of medical care with the current level of medical science, and low efficiency of medical care. This problem is urgent for the Russian Federation, since high mortality rates, a significant number of defects and dissatisfaction with medical care are recorded. A literature review was conducted and a model of medical care quality was formulated based on six determinants: effectiveness, efficiency, accessibility, quality of life, safety, and satisfaction.

We analyzed the criteria of accessibility and quality of medical care in 15 regions of the Russian Federation included in the Volga Federal District and the city of Moscow. It was found that the criteria for the quality and accessibility of medical care established under the health insurance program do not evaluate all determinants. Significant qualitative and quantitative variation was recorded between the subjects of the Russian Federation.

Based on the analysis, the development of a national system of quality indicators is justified. This system is necessary for making quality management decisions in the health care system.

Keywords:

quality indicators, quality of medical care

Funding. The article was not sponsored.

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

Contribution. Concept and design by – Burykin I.M., Khafizyanova R.Kh.; collection and statistical processing by – Burykin I.M.; text writing and editing by – Burykin I.M., Khafizyanova R.Kh.

For citation: Burykin I.M., Khafizyanova R.Kh. The national system of quality and safety indicators of medical care as a tool to support decision-making in the health care system of the Russian Federation. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2021; 7 (1): 17–30. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-1-17-30> (in Russian)

Received 25.01.2021. **Accepted** 20.02.2021.

Качество и доступность медицинской помощи – важные вопросы современных систем здравоохранения не только развивающихся, но и развитых стран мира. Проведенные исследования качества и доступности медицинской помощи показали существенный разрыв между достижениями современной науки и реальной практикой учреждений здравоохранения. С одной стороны, в научных журналах публикуется значительное число инноваций, позволяющих решать многие современные проблемы здравоохранения, а с другой – до реализации в практическом здравоохранении доходят единичные технологии и лекарственные препараты. Основную причину низкой результативности многие видят в низком качестве медицинской помощи, когда реальная клиническая практика не соответствует современному уровню развития медицинской науки.

Наиболее часто в качестве основной причины низкого качества медицинской помощи организаторы здравоохранения определяют ее дефекты в виде отступления от действующих стандартов, рекомендаций и клинических руководств. Существуют веские причины рассматривать дефекты медицинской помощи как самостоятельную причину преждевременной смертности, сопоставимую со смертностью от онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний [1, 2].

В США опубликованы отчеты о состоянии качества медицинской помощи «Crossing the Quality Chasm» и «To Err is Human», в которых показано сильное влияние качества медицинской помощи на исходы заболевания у пациентов [1, 2]. Последующие исследования стали обоснованием широкого использования индикативного подхода для оценки качества и доступности медицинской помощи.

Вместе с тем, несмотря на большое количество исследований и разработок, до настоящего времени в Российской Федерации не существует единой и эффективной методологии управления качеством медицинской помощи на уровне системы здравоохранения в целом. Поэтому крайне актуально рассмотрение основных методов, подходов и систем к оценке и управлению качеством медицинской помощи для содействия в разработке государственной политики в области качества и эффективности медицинской помощи.

Проблема определения модели качества медицинской помощи

На настоящий момент, несмотря на то что понятие качества медицинской помощи дано в действующем законодательстве, его содержание полностью не раскрыто. Согласно определению, «качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата» (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 2, п. 21).

В результате наблюдается подмена смыслов, манипуляции и прямо противоположные точки зрения в средствах массовой информации и научной литературе относительно качества медицинской помощи в Российской Федерации. Отсутствие объективной информации резко ухудшает качество принимаемых управленческих решений в части системы здравоохранения.

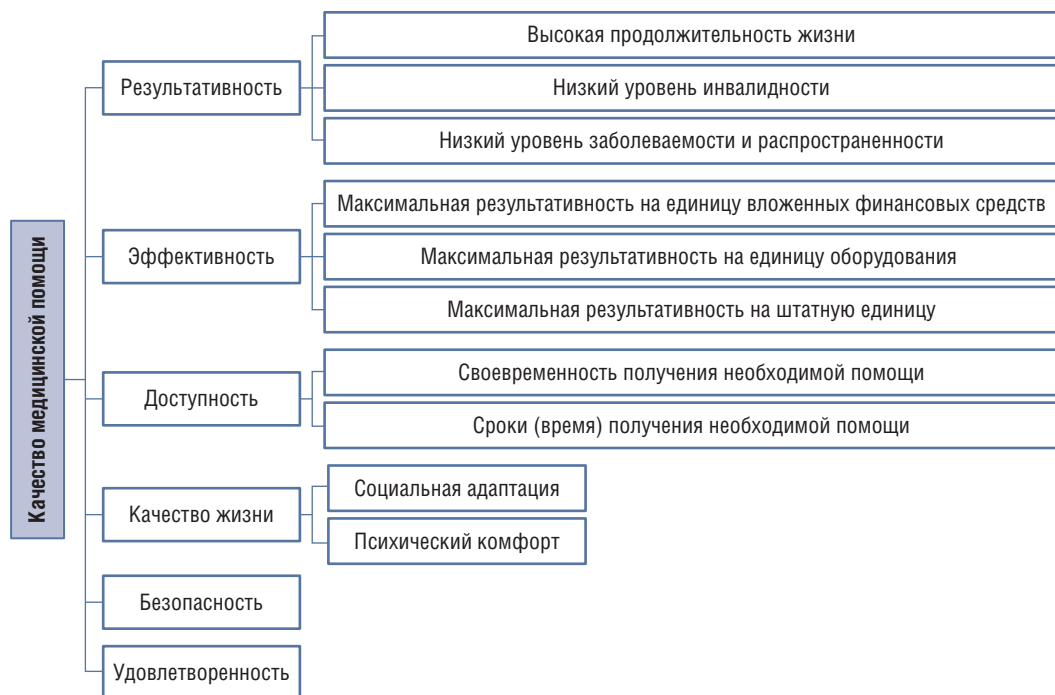


Рис. 1. Модель качества медицинской помощи на основе 6 детерминант

ния [3]. Решением этого вопроса могло бы стать юридическое оформление содержания данного понятия в подзаконных нормативных актах. Однако до настоящего момента подобные нормативные документы не утверждены. Вместе с тем подобная информация могла бы стать важным инструментом совершенствования политики здравоохранения.

На основании анализа литературы и систематизации различных определений для оценки качества медицинской помощи нами была сформулирована модель на основе 6 детерминант качества медицинской помощи (рис. 1). Рассмотрим поэлементно все детерминанты качества медицинской помощи.

Результативность медицинской помощи – общепринятый критерий оценки качества здравоохранения. Высокое качество оказания медицинской помощи в совокупности с социальными факторами и образом жизни определяют продолжительность жизни населения. Кроме того, улучшение качества будет сопровождаться

снижением уровня инвалидизации и распространенности заболеваний [4]. Проведенные нами исследования показали, что повышение качества оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения приводит к снижению уровня инвалидизации от данных заболеваний за счет более позднего развития осложнений [5]. Соответственно, чем качественнее медицинская помощь, тем меньший уровень инвалидизации будет регистрироваться в исследуемой популяции. Профилактическая работа будет влиять на распространенность заболеваний, и чем качественнее поставлена эта работа, тем меньший риск заболеваний будет в человеческой популяции.

Другой характеристикой качества медицинской помощи, по мнению многих исследователей, является эффективность [6, 7]. Чем более эффективна медицинская помощь, тем меньше затрат требуется для достижения ее результатов [8]. Сравнение эффективности систем здравоохранения различных стран мира по-

казало существенные различия. В отдельных государствах (Италия, Япония, Канада и др.) регистрировались высокие показатели ожидаемой продолжительности жизни населения при низких затратах здравоохранения на ее обеспечение. Показатели Российской Федерации были далеки от оптимальных, что, по нашему мнению, свидетельствовало, с одной стороны, о необходимости повышения эффективности национальной системы здравоохранения, а с другой – о наличии значительного резерва повышения результативности здравоохранения без значительных инвестиций в него [9].

По данным литературы, основными инструментами повышения эффективности использования финансовых средств системы здравоохранения является система возмещения затрат на основе диагностических групп (Diagnosis-Related Group, DRG), система лекарственного страхования, введение различных мотивационных схем на основе оплаты за эффективность (pay for performance) [10]. Внедрение системы клинко-статистических групп в Российской Федерации показало свою эффективность в виде сокращения средней длительности пребывания пациента в стационаре [11]. Однако с внедрением системы появились новые проблемы: снижение доступности специализированной медицинской помощи, трудности оплаты пребывания в стационаре пациентов со сложными диагнозами и хроническими заболеваниями.

Определенную надежду дает реализуемый в Российской Федерации проект «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», который призван повысить эффективность российских поликлиник [12]. По данным литературы, реализация данного проекта позволила улучшить удовлетворенность пациентов, сократить сроки прохождения профилактических осмотров и диспансеризации, снизить потерю времени пребывания пациента в медицинской организации [13, 14]. Однако влияние бережливых технологии на отдаленные исходы лечения и увеличение продолжительности жизни прикрепленных пациентов требуют своего дальнейшего изучения [15].

В рамках программы государственных гарантий предусмотрено лекарственное обеспечение только стационарной помощи. Полноценная система лекарственного страхования в России не реализована, поэтому на российском рынке лекарственных препаратов использование финансовых средств осуществлялось нерационально и значительная доля расходов связана с биологически активными добавками и гомеопатическими средствами, не показавшими свою эффективность в рамках доказательной медицины [16].

Важной детерминантой качества медицинской помощи является ее доступность. Этот критерий отражает возможность получить медицинскую помощь в необходимом объеме и в необходимые сроки, что особенно актуально в условиях рыночной экономики, поскольку люди с разными доходами имеют неравнозначный доступ к медицинским услугам. Диспаритет доступности различных технологий лечения должен иметь количественную оценку и учитываться при формировании государственных программ [17]. Во многих странах Европы доходы домохозяйств являются критерием включения людей в систему государственного обеспечения медицинской помощью.

По действующим нормативным документам в Российской Федерации доступность определяется как время получения необходимой медицинской помощи. В частности, Программой государственных гарантий медицинской помощи установлено, что «прием к врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) составляет не более 24 часов с момента обращения пациента... проведение консультаций врачей-специалистов (за исключением подозрения на онкологическое заболевание) не должны превышать 14 рабочих дней со дня обращения пациента... сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 рабочих дней со дня назначения исследований» [18]. Однако выполнение этих требований входит в конфликт с рекомендательными нормативами доступности

врачей для населения. Основной детерминантой доступности медицинской помощи является обеспеченность врачами по каждой специальности в расчете на численность населения. В рамках действующего законодательства численность врачей первичной медико-санитарной и первичной медико-санитарной специализированной медицинской помощи установлена в действующих порядках. Данные нормативы являются рекомендательными и каждый субъект Российской Федерации устанавливает штатную численность врачей исходя из своих экономических соображений. В результате реальная доступность медицинской помощи может быть существенно ограничена.

Исследование влияния медицинской помощи на качество жизни пациентов началось с 1980-х гг. Было показано, что на фоне лечения не только корректируются физиологические параметры, но и изменяется субъективное восприятие пациентом своего состояния здоровья. При этом если для врача важно достижение долгосрочных целей терапии в виде увеличения продолжительности жизни и коррективки нарушенных показателей функции организма, то для пациента важно насколько лучше стало его самочувствие, способность социализироваться, общаться, включиться в активную деятельность общества. Это послужило причиной того, что качество жизни начали рассматривать как отдельную детерминанту качества проводимого лечения [19]. Для оценки качества жизни в настоящий момент разработано много опросников. Часть опросников специализированные, они разработаны для оценки качества жизни при определенном заболевании. Другие опросники универсальные и оценивают качество жизни вне зависимости от патологии [20]. По нашему мнению, качество жизни человека неразрывно связано с качеством оказываемой ему медицинской помощи, поскольку исходя из определения качества как повышения удовлетворенности потребителей качество жизни может рассматриваться как повышение удовлетворенности пациентов. К сожалению, качество жизни не нашло определения ни в одном из подзаконных нормативных актов, касающихся вопросов качества

медицинской помощи, а ее оценка не выходит за рамки научных, в том числе диссертационных, исследований.

Детерминанта «удовлетворенности» наиболее часто используется различными государственными агентствами и службами как инструмент оценки качества медицинской помощи. Однако следует отметить, что удовлетворенность пациентов неэквивалентна понятию качества медицинской помощи [21]. Высокая удовлетворенность не коррелирует и не всегда сопровождается улучшением отдаленных результатов лечения [22]. Следует также отметить, что удовлетворенность определяется как эмоциональное восприятие, чувства пациента от опыта взаимодействия с медицинскими службами. Таким образом, оценка удовлетворенности должна рассматриваться как часть оценки качества медицинской помощи, но она не эквивалентна ей.

Детерминанта безопасности медицинской помощи также стала актуальным вопросом современного здравоохранения [6]. Выявлено огромное количество инцидентов, связанных с безопасностью пациентов [23, 24]. Это стало основой обоснования мероприятий, направленных на повышение безопасности пациентов со стороны Всемирной организации здравоохранения [25]. В свете риска развития пандемий способность медицинской организации противостоять различным внешним воздействиям является важным элементом системы управления рисками и безопасности медицинской помощи.

Таким образом, отсутствие четких определений приводит к отсутствию иерархии понятий на различных уровнях нормативного регулирования вопросов качества медицинской помощи. По нашему мнению, предложенные детерминанты качества должны быть включены в оценку эффективности реализации государственных программ здравоохранения. В рамках подзаконных нормативных актов необходимо разработать единую методологию и оценку различных детерминант качества.

Индикативная оценка качества

Основой оценки эффективности реализации государственной политики в сфере здраво-

охранения является программа государственных гарантий, которая ежегодно принимается постановлением Правительства. В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ФПГГ) в рамках территориальной программы государственных гарантий (ТПГГ) должны быть установлены целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи (КДКМП). Следует отметить, что подобная индикативная оценка качества широко используется за рубежом для оценки эффективности национальной системы здравоохранения. Различными агентствами разрабатываются и пересматриваются индикаторы качества по различным аспектам медицинской помощи [26, 27]. Однако подход, используемый в РФ, имеет существенные отличия.

Для понимания, насколько подход, используемый в РФ, эффективен для оценки качества медицинской помощи, мы провели сравнительный анализ соответствия критериев ДКМП модели качества медицинской помощи (см. рис. 1), выполнили количественную и качественную оценку. Полученные результаты представлены в табл. 1.

Проведенный сравнительный анализ показал существенные различия между предложенными детерминантами качества медицинской помощи и критериями ДКМП. Следует отметить, что большая часть критериев, определяемых как качество медицинской помощи, отражает ее доступность. Например, критерий «количество жалоб на несоблюдение сроков ожидания и на отказ в оказании медицинской помощи» отражает возможность получить медицинскую помощь как таковую или получить ее в установленные сроки. Сходным образом возможность получения обезболивания также отражает возможность, а не то, насколько улучшится качество жизни пациента. Подобная постановка цели в большей степени мотивирует медицинский персонал на выполнение формальных критериев, таких как посещения, нежели на улучшение качества жизни онкологических больных. Практически отсутствуют критерии, касающиеся профилактической работы и эффективности работы первичной медикосанитарной помощи.

В качестве критериев результативности среди критериев ДКМП в территориальных программах установлены показатели смертности населения. Несомненно, смертность является достоверным и значимым критерием качества медицинской помощи, однако не полным. Кроме того, существенный вклад в показатель смертности вносят социальные факторы: уровень дохода, затраты домохозяйств. Хотя целевые показатели смертности установлены на один календарный год, изменение этого показателя возможно через более длительный промежуток времени. По результатам проведенных исследований нами было выявлено, что показатель смертности меняется в течение 3 лет после изменения социально-экономических факторов [28]. Соответственно использование его как индикатора эффективности проводимой политики на малом периоде времени будет давать недостоверные результаты. Этот показатель зависит от демографической структуры населения. При этом показатели инвалидизации и заболеваемости населения по наиболее значимым классам, с точки зрения медико-социальных потерь, среди критериев ДКМП не установлены. По нашему мнению, включение в перечень критериев ДКМП показателей заболеваемости и инвалидности по классу сердечно-сосудистых заболеваний обосновано.

Оценка качества жизни с использованием различных подходов не включена в критерии ДКМП. Соответственно медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий, никак не мотивированы к улучшению качества жизни пациентов. Основное внимание уделено финансовым показателям доступности паллиативной помощи. Качество жизни у пациентов является важной детерминантой качества медицинской помощи, особенно у пациентов с хроническими заболеваниями, которые существенно его снижают. Поэтому отсутствие системы оценки качества жизни не позволит оценить качество проводимого лечения пациентов, страдающих хроническими заболеваниями. По нашему мнению, оценка качества жизни должна быть включена в перечень критериев доступности и качества

Таблица 1. Сравнительный анализ соответствия критериев качества и доступности медицинской помощи, установленной Программой государственных гарантий Российской Федерации*

№	Показатель Программы государственных гарантий	Детерминанта КДКМП**
<i>Критерии доступности</i>		
1	Удовлетворенность населения доступностью медицинской помощи, в том числе городского и сельского населения (процентов числа опрошенных)	Удовлетворенность
2	Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на территориальную программу	Затраты
3	Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на территориальную программу	Затраты
4	Доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в общем числе пациентов, которым была оказана специализированная медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования	Доступность
5	Доля посещений выездной патронажной службой на дому для оказания паллиативной медицинской помощи детскому населению в общем количестве посещений по паллиативной медицинской помощи детскому населению	Доступность
6	Число пациентов, которым оказана паллиативная медицинская помощь по месту их фактического пребывания за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого указанные пациенты зарегистрированы по месту жительства	Доступность
7	Число пациентов, зарегистрированных на территории субъекта Российской Федерации по месту жительства, за оказание паллиативной медицинской помощи которым в медицинских организациях других субъектов Российской Федерации компенсированы затраты на основании межрегионального соглашения	Доступность
<i>Критерии качества</i>		
1	Доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение год	Результативность
2	Доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года у несовершеннолетних	Результативность
3	Доля впервые выявленных онкологических заболеваний при профилактических медицинских осмотрах, в том числе в рамках диспансеризации, в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных онкологических заболеваний в течение года	Результативность
4	Доля пациентов со злокачественными новообразованиями, взятых под диспансерное наблюдение, в общем количестве пациентов со злокачественными новообразованиями	Процесс оказания медицинской помощи
5	Доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 12 ч от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда	Доступность (своевременность)

Окончание табл. 1

№	Показатель Программы государственных гарантий	Детерминанта КДКМП**
6	Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению	Доступность
7	Доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи проведен тромболизис, в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи	Доступность
8	Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к ее проведению	Доступность
9	Доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 ч от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями	Доступность (своевременность)
10	Доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры в первые 6 ч от начала заболевания	Доступность (своевременность)
11	Доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом, госпитализированных в первичные сосудистые отделения или региональные сосудистые центры	Доступность
12	Доля пациентов, получающих обезболивание в рамках оказания паллиативной медицинской помощи, в общем количестве пациентов, нуждающихся в обезболивании при оказании паллиативной медицинской помощи	Доступность
13	Количество обоснованных жалоб, в том числе на несоблюдение сроков ожидания оказания и на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы	Удовлетворенность, доступность
<i>Критерии эффективности</i>		
1	Выполнение функции врачебной должности	
2	Показатели использования коечного фонда	

* Постановление Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»; ** КДКМП – критерии доступности и качества медицинской помощи.

медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий. Оптимально законодательно определить, какой подход использовать на территории Российской Федерации для правомерности сравнения результатов оценок различных субъектов между собой и оценки временных трендов.

Оценка удовлетворенности используется как критерий качества и доступности медицинской помощи в рамках ТПГГ бесплатной медицинской помощи. Однако следует отметить, что методики оценки удовлетворенности различаются и единого опросника, так же как и протокола исследования, не разработано. Это приводит

к тому, что оценки удовлетворенности различных стейкхолдеров отличаются.

Оценка безопасности в различных странах мира основана на оценке частоты разных инцидентов, таких как операции, проведенные не тому пациенту (wrong patient), на неправильной конечности или стороне (wrong side). Следует отметить, что регистрация подобных инцидентов возможна в условиях политики открытости, когда организации застрахованы от уголовного и административного преследования. К сожалению, детерминанты безопасности медицинской помощи в рамках критериев ДКМП не установлены. По нашему мнению, в рамках программы государственных гарантий должны быть установлены минимальные частоты инцидентов, связанных с причинением вреда здоровью.

Таблица 2. Сравнительная оценка числа критериев качества и доступности медицинской помощи, по данным анализа территориальных программ государственных гарантий на 2023 г.

Субъект РФ	Число критериев качества, ед.	Число критериев доступности, ед.
г. Москва	17	6
Чувашская Республика	17	6
Республика Башкортостан	17	8
Удмуртская Республика	13	5
Республика Марий Эл	19	6
Кировская область	32	20
Республика Мордовия	13	6
Нижегородская область	32	18
Оренбургская область	32	18
Пензенская область	17	6
Пермский край	13	7
Самарская область	32	19
Саратовская область	17	8
Республика Татарстан	13	7
Ульяновская область	38	20

Анализ и сравнение критериев доступности и качества медицинской помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи

ТПГГ устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка их уровня и динамики. При этом определяется, что целевые значения критериев ДКМП не могут отличаться от значений показателей и (или) результатов, установленных в региональных проектах национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография». Для изучения, насколько рационально субъекты РФ подходят к разработке критериев, нами был проведен анализ критериев ДКМП, установленных в ТПГГ субъектов РФ на 2021 г. и на плановый период 2022 и 2023 гг., входящих в Поволжский федеральный округ и г. Москву. Анализировали количество критериев и их качественный состав. Результаты представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, число критериев качества варьировало от 13 до 38, а критериев доступности – от 5 до 20. Таким образом, подходы к формированию критериев не стандартизированы. Отмечаются количественные различия в числовых оценках критериев. Например, по критерию удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи размах вариации достигает 61,5% (рис. 2). В Пермском крае установлено минимальное значение в 33,5%, тогда как в Республике Марий Эл – максимальное – в 95%.

Только в 5 из 15 исследуемых субъектах установлен показатель смертности трудоспособного населения (рис. 3).

В отличие от показателя общей смертности, он хорошо отражает эффективность профилактики и своевременного лечения заболеваний на этапе первичной медико-санитарной помощи.

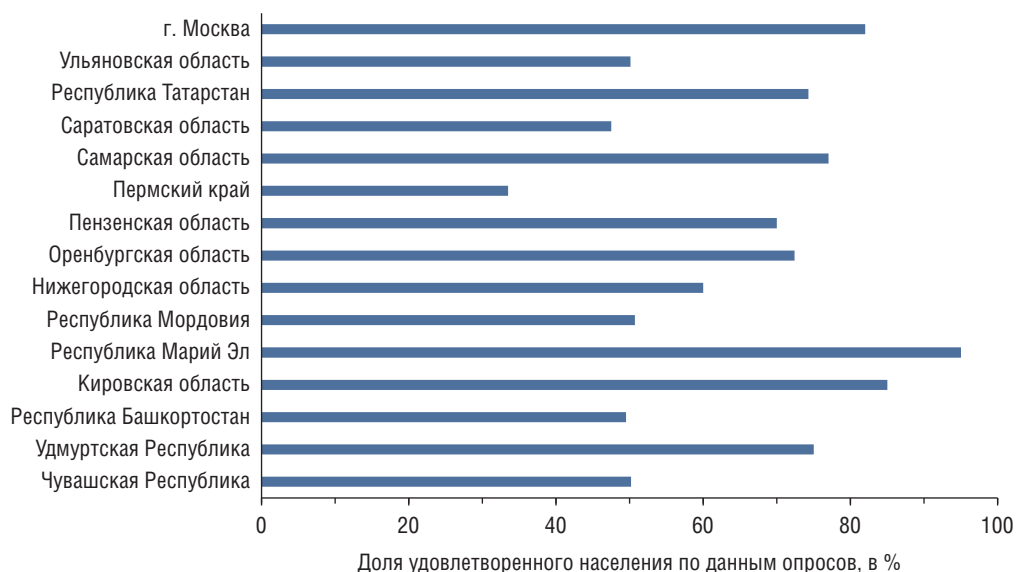


Рис. 2. Сравнение величин критерия «Удовлетворенность медицинской помощью», установленных в территориальных программах государственных гарантий исследуемых субъектов РФ на 2023 г.

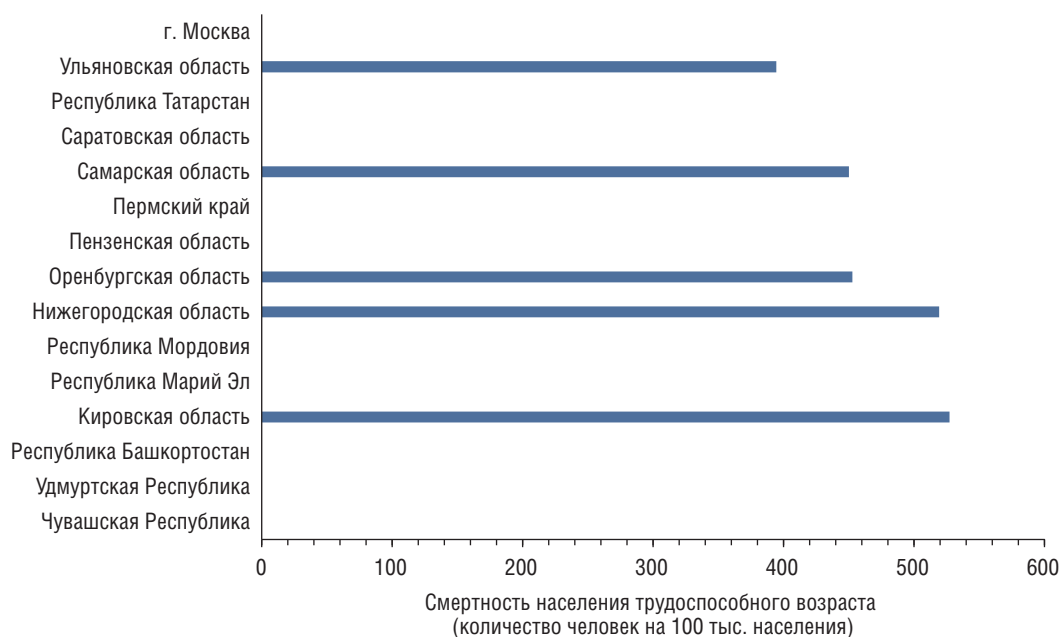


Рис. 3. Сравнение величин критерия «Смертность населения трудоспособного возраста», установленных в исследуемых субъектах РФ на 2023 г.

Почему часть субъектов не установила данный показатель в качестве целевого, требует отдельного изучения.

Заключение

Полученные данные обосновывают целесообразность создания в Российской Федерации индикативной системы оценки качества медицинской помощи на различных уровнях. В основу подобной системы должен быть положен унифицированный перечень индикаторов по этапам и условиям оказания медицинской помощи.

Приоритеты в разработке индикаторов качества должны быть неразрывно связаны с действующей структурой смертности и заболеваемости. Разработка индикаторов качества только для заболеваний, связанных со смертностью, позволит эффективно использовать ресурсы и добиться максимального результата при минимальных ресурсах. С учетом существующей структуры смертности в РФ наиболее актуальна разработка индикаторов качества для сердечно-сосудистых заболеваний: ишемической болезни сердца (стенокардии напряжения, артериальной гипер-

тензии, хронической сердечной недостаточности), онкологических заболеваний, факторов риска (дислипидемия, ожирение, табакокурение). Индикаторы должны оценивать как различные этапы оказания, так и профили медицинской помощи. Представляется целесообразным, чтобы критерии ДКМП согласовывались на уровне Министерства здравоохранения РФ и гармонизировались с действующими национальными проектами в сфере здравоохранения.

Стандартизация подходов к оценке качества позволит решить следующие проблемы:

- будет исключен субъективизм при оценке качества медицинской помощи;
- появится возможность оценить временную динамику процессов улучшения (ухудшения) различных детерминант качества;
- показатели качества и доступности медицинской помощи различных субъектов можно будет сравнивать между собой;
- гармонизировать индикативную оценку эффективности реализации федеральных проектов и приоритетных программ в системе здравоохранения Российской Федерации.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Бурыкин Игорь Михайлович (Igor M. Burykin) – доктор медицинских наук, доцент кафедры общей гигиены ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Российская Федерация

E-mail: pharmdoc@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0001-6695-3654>

Хафизьянова Рофия Хафизьяновна (Rofia Kh. Khafizyanova) – заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор кафедры фармакологии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Российская Федерация

E-mail: rofija_kh@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-3906-3661>

ЛИТЕРАТУРА

1. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC : The National Academies Press, 2001.

2. Kohn L.T., Corrigan J., Donaldson M.S. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC : The National Academies Press, 2000. Vol. 6.

3. Воробьев П.А. Нестандартные стандарты и беспорядочные порядки // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2017. № 1–2. С. 3–10.

4. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Гудкова Р.Г. Анализ показателей заболеваемости различными формами болезни системы кровообращения в федеральных округах РФ // Здравоохранение. 2015. № 6. С. 66–75.

5. Сабирова Э.Р. и др. Обоснование путей совершенствования медицинской реабилитации инвалидов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, на основе медико-статистического анализа // Современные проблемы науки и образования. Электронный журнал. 2020. № 4. С. 94.
6. Тельнова Е.А. Качество оказания медицинской помощи как основная задача системы здравоохранения // Вестник Росздравнадзора. 2010. № 5. С. 4–9.
7. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б. Эффективность региональных систем здравоохранения России (рейтинг 2017 г.) // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 1. С. 4–12.
8. Frakt A.B. Making health care more productive // JAMA. 2019. Vol. 322, N 23. P. 2274–2275.
9. Хафизьянова Р.Х., Бурыкин И.М., Алеева Г.Н. Сравнительная оценка эффективности систем здравоохранения различных стран // Вестник Санкт-Петербургского университета Серия 11. Медицина. 2013. № 2. С. 214–221.
10. Diogo F.C., Rui C.M., Nunes A.M. Pay for performance in health care: a new best practice tariff-based tool using a log-linear piecewise frontier function and a dual-primal approach for unique solutions // Oper. Res. 2019.
11. Шелякин В.А., Худяев А.С., Князева Е.Г. Региональный опыт совершенствования системы оплаты стационарной медицинской помощи на основе клинико-статистических групп заболеваний: достижения, проблемы, перспективы // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 1 (11). С. 47–53.
12. Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь: методические рекомендации. 2-е издание с дополнениями и уточнениями (утв. Минздравом России 30.07.2019). Москва: Министерство здравоохранения РФ, 2019.
13. Ластовецкий А.Г., Титов И.Г., Китанина К.Ю. Оценка принципов бережливого производства в медицинских учреждениях в перспективе и в настоящем // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2018. № 4. С. 83–93.
14. Арженцов В.Ф. Применение принципов бережливого производства в медицине // Управление качеством в здравоохранении. 2018. № 1. С. 14–18.
15. Потапов И.В., Овчинников Д.А., Конради А.О. Бережливые технологии в медицинской помощи: текущий статус и дальнейшие возможности в России (аналитический обзор) // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2020. Т. 6, № 4. С. 78–103.
16. Попович Л.Д. Лекарственное страхование – выбор пути // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. 2019. № 4. С. 6–16.
17. Stillman M., Taylor M. Dead man walking // N. Engl. J. Med. 2013. Vol. 369, N 20. P. 1880–1881.
18. Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2020 г. № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов». 2020.
19. Karimi M., Brazier J. Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? // Pharmacoeconomics. 2016. Vol. 34, N 7. P. 645–649.
20. Ware J.E. et al. The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment // J. Clin. Epidemiol. 1998. Vol. 51, N 11. P. 1167–1170.
21. Айыпханова А.Т. Удовлетворенность пациента как индикатор качества в медицинской организации // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан. 2012. № 2 (3). С. 77–81.
22. Spath P. Introduction to Healthcare Quality Management. Chicago, Ill.; Washington, DC: Health Administration Press; AUPHA Press, 2009.
23. Wessell A.M. et al. Medication Safety in Primary Care Practice: results from a PPRNet quality improvement intervention // Am. J. Med. Qual. 2013. Vol. 28, N 1. P. 16–24.
24. Garrouste-Orgeas M. et al. Overview of medical errors and adverse events // Ann. Intensive Care. 2012. Vol. 2, N 1. P. 2.
25. Безопасность пациентов [Электронный ресурс]. 2020. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> (дата обращения: 15.12.2020)
26. AHRQ – Quality Indicators [Electronic resource]. URL: <https://www.qualityindicators.ahrq.gov/> (date of access February 20, 2021)
27. Healthy Canadians: A Federal Report on Comparable Health Indicators 2012 [Electronic resource]. URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/healthy-canadians-federal-report-comparable-health-indicators-2012.html> (date of access February 24, 2021)
28. Бурыкин И.М., Хафизьянова Р.Х. Влияние социальных факторов на смертность населения // Фундаментальные исследования. 2015. № 1. С. 704–711.

REFERENCES

1. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: The National Academies Press, 2001.
2. Kohn L.T., Corrigan J., Donaldson M.S. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: The National Academies Press, 2000. Vol. 6.
3. Vorob'ev P.A. Non-standard standards and disorderly orders. Problemy standartizatsii v zdравookhranении [Problems of Standardization in Health Care]. 2017; (1–2): 3–10. (in Russian)
4. Bokeriya L.A., Stupakov I.N., Gudkova R.G. Analysis of morbidity indicators for various forms of diseases of the circulatory system in the federal districts of the Russian Fed-

eration. Zdravookhraneniye [Health Care]. 2015; (6): 66–75. (in Russian)

5. Sabirova E.R., et al. Justification of ways to improve the medical rehabilitation of disabled people suffering from cardiovascular diseases, based on medical and statistical analysis. Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. Elektronnyy zhurnal [Modern Problems of Science and Education. Electronic Journal]. 2020; (4): 94. (in Russian)

6. Tel'nova E.A. The quality of medical care as the main task of the health care system. Vestnik Roszravnadzora [Bulletin of Roszravnadzor]. 2010; (5): 4–9. (in Russian)

7. Ulumbekova G.E., Ginoyan A.B. The effectiveness of regional health care systems in Russia (2017 ranking). ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VShOUZ [ORGZDRAV: News, Opinions, Training. Bulletin of VShOUZ]. 2019; 5 (1): 4–12. (in Russian)

8. Frakt A.B. Making health care more productive. JAMA. 2019; 322 (23): 2274–5.

9. Hafiz'yanova R.H., Burykin I.M., Aleeva G.N. Comparative assessment of the effectiveness of health care systems in different countries. Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 11. Meditsina [Bulletin of Saint Petersburg University. Series 11. The Medicine]. 2013; (2): 214–21. (in Russian)

10. Diogo F.C., Rui C.M., Nunes A.M. Pay for performance in health care: a new best practice tariff-based tool using a log-linear piecewise frontier function and a dual–primal approach for unique solutions. Oper Res. 2019.

11. Shelyakin V.A., Hudyayev A.S., Knyazeva E.G. Regional experience in improving the payment system for inpatient medical care based on clinical and statistical groups of diseases: achievements, problems, prospects. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VShOUZ [ORGZDRAV: News, Opinions, Training. Bulletin of VShOUZ]. 2018; 1 (11): 47–53. (in Russian)

12. A new model of a medical organization providing primary health care. Methodical recommendations (2nd edition with additions and clarifications) (approved by the Ministry of Health of Russia on July 30, 2019). Moscow: Ministry of Health of the Russian Federation, 2019. (in Russian)

13. Lastovecky A.G., Titov I.G., Kitanina K.YU. Assessment of the principles of lean manufacturing in medical institutions in the future and in the present. Vestnik novykh meditsinskih tekhnologiy. Elektronnoye izdanie [Bulletin of New Medical Technologies. Electronic edition]. 2018; (4): 83–93. (in Russian)

14. Arzhentsov V.F. Application of principles of lean manufacturing in medicine. Upravleniye kachestvom v zdravookhraneni [Quality Management in Healthcare]. 2018; (1): 14–8. (in Russian)

15. Potapov I.V., Ovchinnikov D.A., Konradi A.O. Lean technologies in medical care: current status and future opportunities in Russia (analytical review). ORGZDRAV: novosti,

mneniya, obucheniye. Vestnik VShOUZ [ORGZDRAV: News, Opinions, Training. Bulletin of VShOUZ]. 2020; 6 (4): 78–103. (in Russian)

16. Popovich L.D. Medicinal insurance – choosing a path. Remedium. Zhurnal o Rossiyskom rynke lekarstv i medicinskoj tekhnike [Remedium. Magazine About the Russian Market of Medicines and Medical Equipment]. 2019; (4): 6–16. (in Russian)

17. Stillman M., Taylor M. Dead man walking. N Engl J Med. 2013; 369 (20): 1880–81.

18. Decree of the Government of the Russian Federation of December 28, 2020 No. 2299 «On the Program of State Guarantees of Free Provision of Medical Care to Citizens for 2021 and for the Planning Period of 2022 and 2023». 2020. (in Russian)

19. Karimi M., Brazier J. Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? Pharmacoeconomics. 2016; 34 (7): 645–9.

20. Ware J.E., et al. The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol. 1998; 51 (11): 1167–70.

21. Aypkhanova A.T. Patient satisfaction as a quality indicator in a medical organization. Menedzher zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan [Healthcare Manager of the Republic of Kazakhstan]. 2012; 2 (3): P. 77–81. (in Russian)

22. Spath P. Introduction to Healthcare Quality Management. Chicago, Ill.; Washington, DC: Health Administration Press; AUPHA Press, 2009.

23. Wessell A.M., et al. Medication Safety in Primary Care Practice: results from a PPRNet quality improvement intervention. Am J Med Qual. 2013; 28 (1): 16–24.

24. Garrouste-Orgeas M., et al. Overview of medical errors and adverse events. Ann Intensive Care. 2012; 2 (1): 2.

25. Patient safety [Electronic resource]. 2020. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> (date of access December 15, 2020) (in Russian)

26. AHRQ – Quality Indicators [Electronic resource]. URL: <https://www.qualityindicators.ahrq.gov/> (date of access February 20, 2021)

27. Healthy Canadians: A Federal Report on Comparable Health Indicators 2012 [Electronic resource]. URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/healthy-canadians-federal-report-comparable-health-indicators-2012.html> (date of access February 24, 2021)

28. Burykin I.M., Hafiz'yanova R.H. The influence of social factors on the mortality of the population. Fundamental'nye issledovaniya [Fundamental Researches]. 2015; (1): 704–11. (in Russian)

Штатно-нормативное обеспечение медицинской помощи пациентам с COVID-19 в условиях стационара

Шипова В.М.,
Миргородская О.В.

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

Цель исследования – анализ нормативно-правовых документов, регламентирующих штатные нормативы для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с COVID-19 в условиях стационара.

Материал и методы. Нормативно-правовые документы из правового информационно-аналитического портала «Гарант.ру», а также сборник Минздрава России «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения Российской Федерации в 2019 г. Часть 1. Медицинские кадры».

Результаты. Показаны особенности планирования численности кадровых ресурсов для оказания медицинской помощи в условиях стационара, в том числе в условиях чрезвычайных ситуаций, пандемии.

Проанализирован ряд приказов Минздрава России, в которых приведены рекомендации по формированию временного штатного расписания отделений для лечения пациентов с COVID-19 и других нормативных документов, регламентирующих штатные нормативы медицинских организаций. Выделены ошибочные положения рекомендаций по штатному обеспечению больничного этапа лечения больных коронавирусной инфекцией, показан переход от рекомендательного способа применения норм труда к обязательному, их противоречия с действующими нормативно-правовыми документами, обобщены внесенные приказами изменения, нововведения в нормы труда, в том числе дифференциация по возрасту, а также изменение числа специалистов, работающих в отделениях, величин норм труда и др.

Обращено внимание на целесообразность перехода на общепринятый и однозначно понимаемый и применяемый нормативный показатель по труду при организации круглосуточной работы, который рассчитывается по специально разработанной методике.

Выявлены проблемы организации оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19 в части норм труда, которые требуют решения.

Заключение. Система нормирования труда в здравоохранении оказалась не способной ответить на вызовы эпидемиологической ситуации в стране, и по истечении почти года со времени появления зарегистрированных случаев

коронавирусной инфекции в России так и не сформировано штатно-нормативное обеспечение для лечения этих больных, соответствующее требованиям, предъявляемым к документам такого рода. Исследование выявило системные недостатки в нормировании труда в здравоохранении, накапливающиеся в течение последних десятилетий, что связано прежде всего с отсутствием централизованной системы управления нормированием труда в здравоохранении.

Ключевые слова:

штатно-нормативное обеспечение, нормы труда, COVID-19, нормативно-правовые документы, планирование, медицинские кадры, медицинская помощь, стационар

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, написание и редактирование текста – Шипова В.М.; обработка материала, написание и редактирование текста – Миргородская О.В.

Для цитирования: Шипова В.М., Миргородская О.В. Штатно-нормативное обеспечение медицинской помощи пациентам с COVID-19 в условиях стационара // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 1. С. 31–41. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-1-31-41>

Статья поступила в редакцию 13.02.2021. **Принята в печать** 01.03.2021.

Staffing and regulatory provision of medical care for patients with COVID-19 in a hospital care

*Shipova V.M.,
Mirgorodskaya O.V.*

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

Aim – analysis of regulatory documents governing staffing standards for medical organizations providing medical care to patients with COVID-19 in a hospital setting

Material and methods. Regulatory documents from the legal information and analytical portal “Garant.ru”, as well as the collection of the Ministry of Health of Russia “Resources and activities of medical healthcare organizations of the Russian Federation in 2019. Part 1. Medical personnel.”

Results. The features of planning the number of human resources for the provision of medical care in a hospital environment, including in emergency situations, pandemic, are shown.

A number of orders of the Ministry of Health of Russia were analyzed, which provide recommendations for the formation of a temporary staffing table of departments for the treatment of patients with COVID-19 and other regulatory documents governing the staffing standards of medical organizations.

The erroneous provisions of the recommendations for the staffing of the hospital stage of treatment of patients with coronavirus infection are highlighted, the transition from the recommendatory method of applying labor standards to the obligatory one, their contradictions with the current regulatory documents are shown, the changes introduced by orders, innovations in labor standards, in-

cluding differentiation by age are summarized, as well as changes in the number of specialists working in departments, the values of labor standards and others.

Attention is drawn to the expediency of switching to a generally accepted and unambiguously understood and applied normative indicator for labor when organizing round-the-clock work, which is calculated according to a specially developed methodology.

The problems of organizing the provision of medical care to patients with COVID-19 in terms of labor standards that need to be addressed have been identified.

Conclusion. The system of labor rationing in health care turned out to be incapable of responding to the challenges of the epidemiological situation in the country, and after almost a year since the appearance of registered cases of coronavirus infection in Russia, no regulatory support has been formed for the treatment of these patients that meets the requirements. presented to documents of this kind. The study revealed systemic shortcomings in labor rationing in health care that have been accumulating over the past decades, which is primarily associated with the absence of a centralized system for managing labor rationing in health care.

Keywords:

staffing and regulatory support, labor standards, COVID-19, regulatory documents, planning, medical personnel, health care, hospital

Funding. The study had no sponsor support.

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

Contribution. Research concept and design, collection and processing of material, writing and editing of text – Shipova V.M.; material processing, writing and editing of text – Mirgorodskaya O.V.

For citation: Shipova V.M., Mirgorodskaya O.V. Staffing and regulatory provision of medical care for patients with COVID-19 in a hospital care. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2021; 7 (1): 31–41. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-1-31-41> (in Russian)

Received 13.02.2021. **Accepted** 01.03.2021.

В условиях чрезвычайных ситуаций, возникающих из-за природных факторов, техногенных катастроф и вследствие других причин с массовым поражением населения, важной проблемой организации здравоохранения является мобилизация ресурсов как для оказания медицинской помощи пострадавшим, так и в случаях заболеваний, состояний и травм, не связанных с чрезвычайной ситуацией, пандемией и т.п.

Готовность здравоохранения и других государственных систем и ведомств к решению этих задач должна быть обеспечена заблаговременно, до наступления таких событий, а не в период их возникновения и развития. При этом один из основных и главных ресурсов здравоохранения, который невозможно обеспечить единовременно, – кадры.

Цель исследования – анализ нормативно-правовых документов, регламентирующих штатные нормативы для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с COVID-19 в условиях стационара.

Материал и методы

Материалами исследования послужили нормативно-правовые документы из правового информационно-аналитического портала «Гарант.ру», а также сборник Минздрава России «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения Российской Федерации в 2019 г. Часть 1. Медицинские кадры», были использованы такие методы исследования, как аналитический, статистический.

Результаты

Планирование численности кадровых ресурсов для оказания медицинской помощи в условиях стационара может осуществляться несколькими способами и в несколько этапов. Одним из первоначальных этапов планирования численности медицинских работников является определение необходимости развертывания соответствующего коечного фонда.

Планирование коечного фонда изложено в Методических рекомендациях Минздрава СССР от 08.04.1974 № 02-4/19¹. Алгоритм расчетов, основанный на этих рекомендациях, представлен и в современных нормативно-правовых документах^{2, 3}. Данная методика планирования коечного фонда вполне приемлема для достаточно плавного заполнения коечного фонда в течение года.

В условиях чрезвычайных ситуаций госпитализация осуществляется либо почти одновременно в течение первых часов и суток, например при землетрясениях, пожарах, терактах, массовых отравлениях и т.д., либо в течение недель или месяцев, как это происходит при пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Расчетные данные о необходимом числе коек зависят от массы составляющих и их сочетаний, которые могут иметь большие региональные различия, прежде всего основываясь на эпидемиологической оценке ситуации: темпы распространения заболевания в зависимости от способов передачи, контагиозности, плотности и скучен-

ности населения и др., а также органы/ткани-мишени, течение заболевания, его тяжесть, летальность, критерии отбора на госпитализацию и др.

Первым этапом такой работы является анализ демографической ситуации в регионе, заболеваемости, инвалидности, смертности населения. На самом деле эти данные всегда должны быть исходными для организаторов здравоохранения при планировании сети медицинских организаций, решении вопросов оказания экстренной и плановой медицинской помощи и т.д.

Однако в каждом случае необходимо выявлять наиболее специфичные для данной ситуации показатели. Так, в условиях пандемии заболеваемости COVID-19 особое внимание уделяется распространенности хронически протекающих заболеваний, способствующих более тяжелому течению COVID-19: сахарному диабету, ожирению, хронической почечной недостаточности [1]. Весьма важным не только с точки зрения оказания медицинской помощи, но и проведения других мероприятий социальной направленности является выделение контингента населения в возрасте 65 лет и старше как наиболее уязвимой с позиции тяжести течения данного заболевания.

Для организации работ по профилактике и снижению рисков распространения COVID-19 Минздравом России был утвержден приказ⁴, в приложении к которому были приведены рекомендации по формированию временного штатного расписания отделений для лечения пациентов с COVID-19.

¹ Письмо Минздрава СССР от 08.04.1974 № 02-4/19 «Об утверждении Методических рекомендаций по повышению эффективности и анализу использования коечного фонда стационаров лечебно-профилактических учреждений».

² Приказ Минздрава России от 20.04.2018 № 182 «Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения».

³ Письмо Минздрава России от 31.12.2020 № 11-7/И/2-20700 «О направлении разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, включая подходы к определению дифференцированных нормативов объема медицинской помощи».

⁴ Приказ Минздрава России от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».

Таблица 1. Рекомендации для временного штатного расписания структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в стационарных условиях, в соответствии с приказом Минздрава России от 19.03.2020 № 198н

№	Нормативная запись
<i>Отделение для пациентов, не нуждающихся в проведении искусственной вентиляции легких</i>	
1.	1,0 должность врача-специалиста на 1 круглосуточный пост на 20 коек
2.	1,0 должность медицинской сестры на 20 коек
3.	1,0 должность младшей медицинской сестры по уходу за больными или санитар на 20 коек
<i>Отделение анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии для оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в проведении неинвазивной и инвазивной искусственной вентиляции легких</i>	
1.	1,0 должность врача анестезиолога-реаниматолога на 1 круглосуточный пост на 6 коек
2.	1,0 должность медицинской сестры на 6 коек
3.	1,0 должность медицинской сестры-анестезиста на 3 койки
4.	1,0 должность младшей медицинской сестры по уходу или санитар на 6 коек

Эти данные сгруппированы нами и представлены в табл. 1.

Как видно из приведенных в табл. 1 данных, подразделения дифференцировались по нуждаемости в искусственной вентиляции легких, что обусловлено характером лечебной помощи и необходимостью соответствующего оборудования.

Ошибочные положения рекомендаций по штатному обеспечению больничного этапа лечения больных коронавирусной инфекцией, приведенные в приказе Минздрава России от 19.03.2020 № 198н (приказ № 198н), сводятся к следующему:

- одна должность врача рекомендуется для работы круглосуточного поста;
- отсутствует упоминание о необходимости круглосуточной работы среднего и младшего медицинского персонала;
- отсутствует норматив должности заведующего отделением и соответствующей должности старшей медицинской сестры;
- отсутствует штатное обеспечение приемного отделения.

Несмотря на очевидность этих ошибок и публикации, содержащие соответствующие критические замечания [2, 3], потребовался достаточно длительный срок – более полугодия для повторного рассмотрения и утверждения новых норм труда. Приказ Минздрава России от 1 октября 2020 г. № 1062н⁵ существенно изменил нормативную обеспеченность штатами для оказания медицинской помощи больным коронавирусной инфекцией.

Эти изменения можно обобщить следующим образом:

- представлена новая формулировка по возможностям использования предложенных штатных нормативов;
- штатные нормативы дифференцированы по отделениям для оказания медицинской помощи взрослым и детям;
- в каждом из указанных отделений произошли значительные изменения в нормативной обеспеченности штатами медицинских работников;
- определены штатные нормативы приемного отделения, консультативной группы.

⁵ Приказ Минздрава России от 01.10.2020 № 1062н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н "О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19"».

Новая регламентация штатных нормативов состоит в более строгих правилах их применения. В приказе № 198н указано, что «структура и штатная численность структурного подразделения медицинской организации для лечения COVID-19 устанавливаются руководителем медицинской организации исходя из объемов оказываемой медицинской помощи». Далее в документе рекомендовалось сформировать временное штатное расписание медицинской организации с учетом предложенных штатных нормативов.

В приказе № 1062н дана иная формулировка этого положения: «Формирование временного штатного расписания структурных подразделений медицинской организации для пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 осуществляется в соответствии с временными штатными нормативами, предусмотренными приложениями если их 2, то тире без отбивок между 16 и 17 к настоящему приказу».

По согласованию с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья временное штатное расписание структурных подразделений медицинской организации для пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 может быть сформировано с отклонениями от временных штатных нормативов, предусмотренных приложениями № 16–17 к настоящему приказу исходя из объемов оказываемой медицинской помощи».

Сравнение представленных пунктов приказов показывает переход от рекомендательного способа применения норм труда к обязательному. Хотя и в первом, и во втором случае указывается на объем работы, если ранее решение об использовании объема работы как одного из главных факторов при составлении штатного расписания мог принять единолично руководитель медицинской организации, теперь необходимо согласование с органом исполнительной власти.

Предложенные приказом № 1062н штатные нормативы дифференцируются, как и в прика-

зе № 198н, по подразделениям в зависимости от нуждемости больных в искусственной вентиляции легких. Нововведения приказа состоят том, что предложены нормы труда в этих подразделениях отдельно для взрослых и детей. Наряду с указанной дифференциацией произошло значительное изменение как числа специалистов, работающих в отделениях, так и величин норм труда. Так, в штатные нормативы отделения для взрослых, не нуждающихся в проведении искусственной вентиляции легких, новым документом введены должности заведующего отделением, врача-стажера, старшей медицинской сестры, медицинской сестры процедурной, сестры-хозяйки, и установлены нормативы для этих должностей.

Относительно должности заведующего отделением в приказе № 198н написано следующее: «При увеличении числа врачей-специалистов в отделениях, указанных в пункте 4.1, наличие 1 заведующего отделением – врача-специалиста и 1 врача-специалиста с сертификатом специалиста или свидетельства об аккредитации специалиста по специальности, соответствующей профилю отделения, является обязательным». Однако норматив должности заведующего не приводился. В приказе № 1062н должность заведующего отделением, так же как и должность старшей медицинской сестры и сестры-хозяйки, устанавливается на 40 коек. При этом, как и в подавляющем числе современных нормативно-правовых документов, не указываются порядок и некоторые условия введения должности заведующего отделения.

Ранее в приказах Минздрава СССР в нормативной записи по должностям заведующих больничными отделениями приводились два показателя:

- минимальное число коек, при котором устанавливается должность заведующего;
- порядок или некоторые условия введения должности.

Например, должность заведующего инфекционным отделением в областных⁶ и город-

⁶ Приказ Министерства здравоохранения СССР от 31 мая 1979 г. № 560 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь областных, краевых и республиканских больниц для взрослых и детей».

ских⁷ больницах устанавливалась при минимальном числе коек, равном 40, при этом в отделениях до 60 коек должность заведующего вводилась вместо 0,5 должности врача, а два отделения с установлением должностей заведующих организовывались при наличии 90 и более коек соответствующего профиля. В районных и центральных районных больницах⁸ минимальное число коек для установления должности заведующего составляло 60. В зависимости от местных условий (планировка зданий и т.д.) должность заведующего инфекционным отделением могла вводиться при наличии в отделении не менее 40 коек вместо 0,5 должности врача.

Документы, в которых были приведены указанные нормы труда, в конце 2016 г. признаны не действующими на территории Российской Федерации⁹. В современных нормативно-правовых документах, т.е. в приказах о Порядках оказания медицинской помощи, нормативная запись должности заведующего отделением содержит лишь один показатель: число коек. Следовательно, по умолчанию должность заведующего вводится всегда, в том числе и в анализируемом приказе, сверх должностей врачей.

Приказом № 1062н сделана попытка исправить главные ошибки приказа № 198н, состоящие в рекомендациях по организации круглосуточной работы врача одной должностью и полному отсутствию указаний на необходимость круглосуточной работы среднего и младшего медицинского персонала. Однако авторы документа по непонятным причинам отказались

от традиционно принятой в здравоохранении нормативной записи для данного режима работы, которая устанавливает число коек на 1 круглосуточный пост. Приказом № 1062н приведена новая форма нормативной записи о круглосуточной работе: 1,0 должность на 1 круглосуточный пост на 20 коек в смену; 1,0 на 1 круглосуточный пост на 12 коек для проведения неинвазивной вентиляции легких в смену; 1,0 на 1 круглосуточный пост на 6 коек для проведения инвазивной вентиляции легких в смену и т.д.

Сочетание слов: «для проведения инвазивной вентиляции легких в смену» может иметь неоднозначное толкование, означающее либо применение этого норматива в подразделении, где проводится инвазивная вентиляция легких, либо применение этого норматива только в том случае, если в смену проводится инвазивная вентиляция легких. Аналогичная нормативная запись представлена и при неинвазивной вентиляции легких. Следовательно, возникает необходимость редакционной правки данного положения и перемещения слов «в смену» после упоминания должности, тогда норматив должен быть представлен следующим образом: 1,0 должность в смену на 1 круглосуточный пост на 20 коек; 1,0 должность в смену на круглосуточный пост на 12 коек при проведении неинвазивной вентиляции легких; 1,0 должность в смену на 6 коек при проведении инвазивной вентиляции легких.

Можно привести массу примеров того, к чему могут привести редакционные неточности нормативной записи. Один из свежих примеров –

⁷ Приказ Министерства здравоохранения СССР от 6 июня 1979 г. № 600 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь центральных городских, городских и детских городских больниц, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек».

⁸ Приказ Министерства здравоохранения СССР от 26 сентября 1978 г. № 900 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь центральных районных и районных больниц сельских районов, центральных районных поликлиник сельских районов, городских больниц и поликлиник (амбулаторий) городов и поселков городского типа с населением до 25 тыс. человек, участковых больниц, амбулаторий в сельской местности и фельдшерско-акушерских пунктов».

⁹ Приказ Минздрава России от 16 октября 2016 г. № 708 «О признании не действующими на территории Российской Федерации приказов Министерства здравоохранения СССР и признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения РСФСР от 4 января 1988 г. № 2 “О состоянии и перспективах развития патологоанатомической службы в РСФСР”».

Таблица 2. Штатные нормативы приемного отделения для пациентов с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 или с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в соответствии с приказом Минздрава России от 01.10.2020 № 1062н

Наименование должности	Количество должностей
Врач приемного отделения – врач-специалист	1,0 на 1 круглосуточный пост в смену
Медицинская сестра приемного отделения	1,0 на 1 круглосуточный пост в смену
Дезинфектор	Не менее 1,0 на организацию

это оплата труда работников скорой медицинской помощи по оказанию медицинской помощи больным коронавирусной инфекцией на первом этапе пандемии, когда из-за неточности в нормативной записи в ряде регионов пытались высчитывать минуты общения работников с больными коронавирусной инфекцией и оплачивать именно эти минуты.

Таким образом, при доработке приказа по штатной обеспеченности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с коронавирусной инфекцией, целесообразен переход на общепринятый и однозначно понимаемый и применяемый нормативный показатель по труду при организации круглосуточной работы: число коек на 1 круглосуточный пост. Число должностей для обеспечения работы круглосуточного поста рассчитывается по специально разработанной методике [4–6].

Приказом № 1062н введен норматив должности врача-стажера следующим образом: 1,0 должность на заведующего отделением; 1,0 должность на 1,0 врача-специалиста. Величина этого норматива вызывает большие сомнения. Дело в том, что в стране в настоящее время 554 врачей-стажеров¹⁰, которые с учетом коэффициента совместительства могут занять не более 750 должностей. Даже если всех врачей-стажеров мобилизовать на работу в больничных отделениях для больных коронавирусной инфекцией, то и в этом случае совершенно очевидно невыполнимость такого норматива.

Штатные нормативы приемного отделения, указанные в приказе № 1062н, приведены в табл. 2.

Основным нормативным показателем численности должностей медицинских работников приемного отделения является число коек в медицинской организации [7]. Эти данные, как видно из табл. 2, отсутствуют, следовательно, и в больнице на 100 коек, и в больнице, например, на 600 коек предлагаются одинаковые штаты приемного отделения, что, совершенно очевидно, приведет к разной нагрузке должностей. В штатно-нормативном обеспечении приемного отделения отсутствует должность заведующего, младшего медицинского персонала.

В штатных нормативах консультативно-диагностической группы приводится ряд должностей врачей вспомогательной лечебно-диагностической группы со следующей записью: «рассчитывается исходя из объема выполнения диагностических услуг...». Такая нормативная запись, указываемая и в других документах современной нормативно-правовой базы по труду, требует определенных разъяснений. Расчеты численности персонала по объему работы проводятся на основе использования затрат времени на единицу работы, т.е. на диагностические исследования, процедуры, манипуляции. Однако нормативно-правовые документы, утверждающие нормы времени на диагностические исследования, относятся к прошлому веку и не отражают современную оснащенность медицинских организаций оборудованием (табл. 3).

В последующие годы проводились отдельные разработки норм времени на диагностические исследования [8–11], но результаты этих исследований не утверждены на федеральном уровне. Таким образом, в настоящих условиях

¹⁰ Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. I часть. Медицинские кадры. Москва : ЦНИИОИЗ, 2020. С. 98.

Таблица 3. Перечень нормативно-правовых документов, устанавливающих нормы времени для врачей вспомогательной службы, указанных в приказе Минздрава России от 01.10.2020 № 1062н

№ п/п	Наименование должности	Дата утверждения и номера приказов, определяющих нормы времени
1	Врач клинической лабораторной диагностики	Приказ Минздрава РФ от 25.12.1997 № 380 «О состоянии и мерах по совершенствованию лабораторного обеспечения диагностики и лечения пациентов в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»
2	Врач-рентгенолог	Приказ Минздрава РСФСР от 02.08.1991 № 132 «О совершенствовании службы лучевой диагностики»; письмо Минздрава России «О нормировании труда работников флюорографических кабинетов» от 28.10.1992 № 21-01-983; приказ Минздравмедпрома России от 05.04.1996 № 128 «О дополнении к приказу Минздрава РСФСР № 132 от 02.08.1991 «О совершенствовании службы лучевой диагностики»»; приказ Минздрава России от 22.06.1998 № 198 «О дальнейшем развитии рентгенохирургических методов диагностики и лечения»; письмо Минздрава России от 31.08.2000 № 2510/9736-32 «О нормировании труда специалистов рентгеновских кабинетов»
3	Врач ультразвуковой диагностики	Приказ Минздрава РСФСР от 02.08.1991 № 132 «О совершенствовании службы лучевой диагностики»
4	Врач-эндоскопист	Приказ Минздравмедпрома России от 31.05.1996 № 222 «О совершенствовании службы эндоскопии в учреждениях здравоохранения Российской Федерации»

современного состояния нормативно-правовой базы по труду, в частности при наличии устаревших норм времени на лабораторные и инструментальные исследования, расчеты численности медицинских работников по объему работы не представляются возможными. Разработка указанных норм труда и их утверждение на федеральном уровне управления здравоохранением является одной из неотложных задач нормирования труда в здравоохранении, причем не только для соответствующего нормативного обе-

спечения больных коронавирусной инфекцией, но и для всех других медицинских организаций.

Следующим приказом, вносящим изменения к приказу № 198н, был приказ Минздрава России от 30.10.2020 № 1184 н¹¹. Данным приказом проведена замена должности дезинфектора, указанной в приказе № 1062н, на должность медицинского дезинфектора, что соответствует номенклатуре должностей¹². Кроме того, в штаты приемного отделения введена должность младшего медицинского персонала.

¹¹ Приказ Минздрава России от 30.10.2020 № 1184н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н "О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19"».

¹² Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н «Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих (раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»; приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских и фармацевтических работников».

Основные позиции формирования нормативной численности должностей медицинских работников и величины норм труда, установленные приказом № 198н со всеми последующими изменениями и представленные в данной публикации, вступают в противоречия с действующими нормативно-правовыми документами, в частности с приказами о Порядках оказания медицинской помощи при инфекционных заболеваниях¹³.

К настоящему времени для оказания медицинской помощи больным коронавирусной инфекцией в части норм труда требуют решения следующие вопросы:

- переход на общепринятый порядок определения численности медицинских работников при организации круглосуточной работы по оказанию медицинской помощи в больничных условиях;
- определение норм труда при организации круглосуточной работы по оказанию медицинской помощи больным коронавирусной инфекцией в амбулаторно-поликлинических условиях;
- организация и соответствующее нормативно-штатное обеспечение по медицинской реабилитации переболевших коронавирусной инфекцией, выделение групп наблюдения.

Заключение

Система нормирования труда в здравоохранении оказалась не способной ответить на вызовы эпидемиологической ситуации в стране – по истечении почти года со времени появления зарегистрированных случаев коронавирусной инфекции в России так и не сформировано штатно-нормативное обеспечение для лечения этих больных, соответствующее требованиям, предъявляемым к документам такого рода.

Уроки нормирования труда, выявленные при анализе нормативно-правовых документов в условиях заболеваемости коронавирусной инфекцией и представленные в данной публикации, состоят не только в необходимости правки конкретных документов и внесения в них изменений.

Оценка этих документов в очередной раз выявила системные недостатки в нормировании труда в здравоохранении, накапливающиеся в течение последних десятилетий. Теоретические положения нормирования труда, достаточно полно представленные в публикациях, не учитываются разработчиками штатных нормативов и специалистами, утверждающими эти документы. Такое положение связано прежде всего с отсутствием централизованной системы управления нормированием труда в здравоохранении.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

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

E-mail: vschipova@yandex.ru

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

Миргородская Ольга Владимировна (Olga V. Mirgorodskaya) – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Москва, Российская Федерация

E-mail: omirgorodskaya@mail.ru

<http://orcid.org/0000-0002-4327-148X>

¹³ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2012 № 69н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях»; приказ Минздравсоцразвития РФ от 05.05.2012 № 521н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями».

ЛИТЕРАТУРА

1. Гриневич В.Б., Губонина И.В., Дошчичин В.Л. и др. Особенности ведения коморбидных пациентов в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Национальный Консенсус 2020 // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020. Т. 19, № 4. DOI: <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2020-2630>
2. Шипова В.М., Берсенева Е.А. Пандемия COVID-19: уроки в нормировании труда медицинских работников // Бюллетень Национального Научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2020. № 3. С. 4–11.
3. Шипова В.М. Как рассчитать штаты в инфекционном отделении медорганизации [Электронный ресурс] // Экономика ЛПУ. 2020. URL: <https://vip.1elpu.ru/#/document/16/68027/>
4. Шипова В.М. Организация и технология нормирования труда в здравоохранении // под ред. Р.У. Хабриева. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 41–49.
5. Шипова В.М., Берсенева Е.А., Михайлов Д.Ю. Актуальные вопросы планирования численности должностей при разных режимах работы : учебное пособие. Москва : Светлица, 2020. 144 с.
6. Шипова В.М., Берсенева Е.А. Средние и младшие медицинские работники: нормативы численности, мето-

дики расчетов / под ред. Р.У. Хабриева. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. С. 64–68.

7. Шипова В.М. Как рассчитать штаты приемного отделения по новым требованиям Минздрава // Экономика ЛПУ. 2019. № 6. С. 71–74.

8. Шипова В.М., Берсенева Е.А., Кириллов К.В. и др. Расчет численности должностей медицинских работников вспомогательной лечебно-диагностической службы : учебное пособие. Москва : Светлица, 2019. 108 с.

9. Зарипов Р.А. Расчет и обоснование нормирования работы кабинетов РКТ и МРТ // Материалы Конгресса Российской ассоциации радиологов (Заседание профильной комиссии по лучевой диагностике Минздрава России, г. Казань). Москва, 2014. С. 56–61.

10. Шипова В.М., Юркин Ю.Ю. Разработка и применение нормативов по труду подразделений ультразвуковой диагностики : методические материалы. Москва : Национальный Научно-исследовательский институт общественного здоровья, 2016. 32 с.

11. Стародубов В.И., Сон И.М., Иванова М.А., Цыбикова Э.В., Люцко В.В. Затраты рабочего времени врачей-специалистов на выполнение работ, связанных с проведением эндоскопических исследований // Эндоскопическая хирургия. 2017. № 23 (1). С. 29–32.

REFERENCES

1. Grinevich V.B., Gubonina I.V., Doshchitsin V.L., et al. Management of patients with comorbidity during novel coronavirus (COVID-19) pandemic. National Consensus Statement 2020. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika [Cardiovascular Therapy and Prevention]. 2020; 19 (4). DOI: <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2020-2630> (in Russian)
2. Shipova V.M., Berseneva E.A. Covid-19 pandemics: lessons in health worker rationing. Byulleten' natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko [Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko]. 2020; (3): 4–11. (in Russian)
3. Shipova V.M. How to calculate the staffing in the infectious diseases ward of a healthcare facility. Ekonomika LPU [Economics of Health Care Facilities]. 2020. URL: <https://vip.1elpu.ru/#/document/16/68027/> (in Russian)
4. Shipova V.M. Organization and technology of labor rationing in health care. In: R.U. Khabriev. Moscow: GEOTAR-Media, 2018: 41–9. (in Russian)
5. Shipova V.M., Berseneva E.A., Mikhaylov D.Yu. Topical Issues of planning the number of positions in different models of work. Tutorial. Moscow: Svetlitsa', 2020: 144 p. (in Russian)
6. Shipova V.M., Berseneva E.A. Middle and Junior medical workers: staffing standards, calculation methods.

In: R.U. Khabriev. Moscow: GEOTAR-Media, 2020: 64–8. (in Russian)

7. Shipova V.M. How to calculate the staffing in the admission department for the new requirements of the Ministry of Health. Ekonomika LPU [Economics of Health Care Facilities]. 2019; (6): 71–4. (in Russian)

8. Shipova V.M., Berseneva E.A., Kirillov K.V., et al. Calculation of the number of positions of medical workers of the auxiliary medical and diagnostic service. Tutorial. Moscow: Svetlitsa, 2019: 108 p. (in Russian)

9. Zaripov R.A. Calculation and justification of the rationing of the work of offices RKT and MRI rooms. In: Materialy Kongressa Rossiyskoy assotsiatsii radiologov [Materials of the Congress of the Russian Association of Radiologists]. Moscow, 2014: 56–61. (in Russian)

10. Shipova V.M., Yurkin Yu.Yu. Development and application of labor standards for ultrasound diagnostics units. Methodical materials. Moscow: National'niy nauchno-issledovatel'skiy institut obshchestvennogo zdorov'ya, 2016: 32 p. (in Russian)

11. Starodubov V.I., Son I.M., Ivanova M.A., Tsybikova E.V., Lyutsko V.V. Working hours of health specialists for work related to endoscopic examinations. Endoskopicheskaya khirurgiya [Endoscopic Surgery]. 2017; 23 (1): 29–32. (in Russian)

«Выгорание» у медицинских работников: диагностика, лечение, особенности в эпоху COVID-19

Худова И.Ю.¹,
Улумбекова Г.Э.^{1, 2}

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

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

«Выгорание», по МКБ-11, – это синдром, возникающий в результате хронического стресса на рабочем месте, который не был успешно преодолен. Профессиональная деятельность медицинских работников связана с постоянным физическим и эмоциональным стрессом, вследствие этого риск «выгорания» у них намного выше, чем у работников других профессий. Еще до эпидемии COVID-19 доля «выгоревших» медицинских работников в РФ доходила до 70%, в США – до 50%. «Выгорание» крайне негативно влияет на профессиональную и личную жизнь врачей: возникает больше профессиональных ошибок, снижается удовлетворенность пациентов, у врачей возникают депрессия и тревожность, возможны суициды. Современным подходом в предотвращении «выгорания» считается создание благоприятной среды на рабочем месте: снижение переработок; адекватная нагрузке оплата труда; рациональное применение цифровых технологий, которое не обременяет деятельность; создание позитивной и поддерживающей организационной культуры, развитие неформального общения коллег; гибкий график и поддержка автономности в работе персонала.

В условиях эпидемии COVID-19 медицинские работники столкнулись с дополнительными стрессовыми факторами: нехватка средств индивидуальной защиты (СИЗ), беспокойство за семью и детей, физический стресс от работы в СИЗ, необходимость «рационализировать» (распределять) дефицитные ресурсы. В результате значительно увеличилась распространенность «выгорания». Так, деперсонализация медицинских работников в РФ достигла 93%. К сожалению, предлагаемые сегодня в РФ меры по предотвращению «выгорания» медицинских работников подготовлены психологами и психиатрами, а не организатора-

ми здравоохранения, и носят неконкретный характер. В этой связи крайне желательно доработать данные рекомендации с учетом международного опыта. Эти меры подразделяются на 3 основные группы. Первая – обязательное обеспечение базовых потребностей медицинских работников: обеспечение СИЗами, своевременным питанием, транспортом; забота о детях. Вторая – обеспечение комплексной психологической поддержки сотрудников: взаимная поддержка коллег, постоянная «горячая линия» с психологами, наличие плана действия руководства при смерти сотрудника или его родственника, а также четких инструкций по диагностике и действиям в случае крайней степени «выгорания». Третья – меры по активной, постоянной и позитивной коммуникации руководства с работниками: постоянные встречи руководства с сотрудниками и обратная связь с ними, создание благоприятной психологической обстановки в коллективе.

Ключевые слова:

«выгорание» медицинских работников, профессиональные последствия «выгорания», системные меры по предупреждению и лечению «выгорания», стрессовые факторы COVID-19

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Концепция и дизайн исследования – Худова И.Ю., Улумбекова Г.Э.; сбор и обработка материала, написание текста – Худова И.Ю.; научное руководство, составление выводов и практических рекомендаций, утверждение окончательного варианта статьи – Улумбекова Г.Э.

Для цитирования: Худова И.Ю., Улумбекова Г.Э. «Выгорание» у медицинских работников: диагностика, лечение, особенности в эпоху COVID-19 // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 1. С. 42–62. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-1-42-62>

Статья поступила в редакцию 02.02.2021. Принята в печать 01.03.2021.

Healthcare workers “burn-out”: diagnostic, treatment, particularities during epidemic of COVID-19

Khudova I.Yu.¹,
Ulumbekova G.E.^{1,2}

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

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

“Burn-out” by ICD-11 – it is a syndrome conceptualized as resulting from chronic workplace stress that has not been successfully managed. Profession of healthcare workers is related to constant physical and moral stress. Due to this factor the risk of “burn-out” for healthcare workers is much higher than for people of other professions. Even before COVID-19 epidemic share of “burnt-out” healthcare workers was in RF up to 70%, in USA up to 50%. “Burn-out” has very negative consequences for professional and personal life of physicians: more professional errors, less patients satisfaction, physicians suffer from depression and anxiety, even suicides become possible. Now, the most effective approach for

“burn-out” prophylaxis is creating good working environment: less extra-hours of work, adequate salary, rational use of digital technologies (which doesn't lead to additional burden), creation of positive and supportive organizational culture, development of non-formal colleagues' communication, flexible working hours and support of autonomy at work.

In the time of COVID-19 epidemic healthcare workers meets additional stress factors, as lack of PPE, concerns about children and relatives, physical stress from work in PPE, need of “rationing” hospital resources. As a result, incidence of “burn-out” is dramatically increased. For example, “depersonalization” of health care workers in RF is reached 93%. Unfortunately, proposed in RF measures are very non-specific and prepared by psychologists and psychiatrists (not by specialists in healthcare management). In relation to this situation, it is proposed to refine these recommendations taking into account international experience. These measures are divided into three main groups. First group is obligatory provision of healthcare workers by basic needs: PPE, food, transportation, children care and other needs. The second group of measures: provision of complex psychological support: support of colleagues, 24/7 “hot line” with psychologists, plan of actions in case of death of healthcare workers or his relative, guidance of management actions in case of extreme cases of “burn-out” (diagnostic and treatment). The third group of actions are measures for active, constant and positive communication of leaders with workers as: meeting with management constant feedback from workers, creation of positive communication environment in each department of hospital.

Keywords:

“burn-out” of health care workers, professional consequences of “burn-out”, system measures for “burn-out” prophylaxis and treatment, stress factors of COVID-19

Funding. The study had no sponsor support.

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

Contribution. Study conception and design – Khudova I.Yu., Ulumbekova G.E.; data collection and analysis, writing the manuscript – Khudova I.Yu.; academic advising, drawing up conclusions and practical recommendations, final approval of the version to be published – Ulumbekova G.E.

For citation: Khudova I.Yu., Ulumbekova G.E. Healthcare workers “burnout”: diagnostic, treatment, particularities during epidemic of COVID-19. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2021; 7 (1): 42–62. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-1-42-62> (in Russian)

Received 02.02.2021. **Accepted** 01.03.2021.

1. Распространенность «выгорания» среди медицинских работников

В настоящее время «выгорание» встречается среди представителей многих профессий, связанных с постоянными контактами с людьми, но у медицинских работников оно распространено очень высоко и признано «эпидемией»

[1, 2]. По разным оценкам, оно распространено **от 40 до 70%** среди всех медицинских работников [3–6, 7, 8].

Первое исследование в РФ было проведено в 2004 г. По опросам В.А. Винокура выявлено, что постоянное и достаточно высокое нервно-психическое напряжение отмечали **74% врачей и 82% медицинских сестер** [3]. С тех пор появились статьи по исследованию «выгорания»

врачей из разных регионов РФ (Омск, Санкт-Петербург, Архангельск), где подчеркивалась особая актуальность этой проблемы [4–6]. В 2016 г. в работе Н.В. Говорина и Е.А. Бодаговой по данным обследования 383 врачей в Забайкальском крае было обнаружено, что «выгорание» у медицинских работников встречается в **67%** случаев, и это значительно выше, чем в других странах [7].

В США в общенациональных исследованиях с 2011 по 2017 г. обнаружено, что распространенность «выгорания» среди американских врачей варьирует **от 40 до 54%** [8], среди медицинских сестер – **до 42%** [9]. В Канаде в 2009 г. проведен масштабный национальный почтовый опрос, в котором приняли участие 2536 терапевтов [10]. В качестве инструмента оценки использовался опросник «выгорания» Маслач¹. После обработки материалов анкет сделан вывод о наличии умеренного уровня «выгорания» среди канадских врачей.

В Европе большое исследование «выгорания» медиков было проведено в 2008 г. группой ученых «Европейская исследовательская группа по изучению эмоционального “выгорания” среди врачей общей практики» (European General Practice Research Network Burnout Study Group – EGPRN). В исследование были включены 1393 врача общей практики из разных европейских стран. По результатам анкетирования, только у трети докторов не выявлено признаков эмоционального «выгорания», у **43%** респондентов обнаружены признаки «выгорания» по шкале эмоционального истощения, у **35%** – по шкале деперсонализации, у **32%** – по шкале редукции личных достижений, у **12%** выявлены признаки «выгорания» по всем трем шкалам [12].

Классификация стадий «выгорания»

В 1981 г. С. Maslach и S. Jackson предложили трехфакторную модель «выгорания» (рис. 1) [11]:

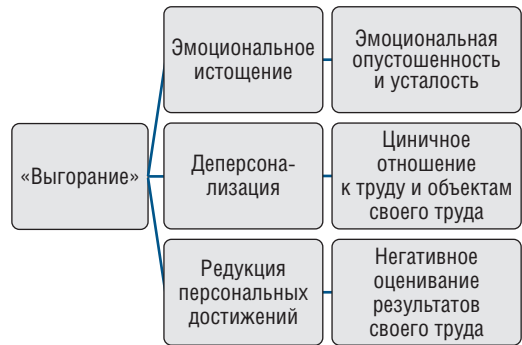


Рис. 1. Трехфакторная модель эмоционального «выгорания» (Maslach C., Jackson S.) (адаптировано по [11])

- 1) эмоциональное истощение** – чувство эмоциональной опустошенности и усталости;
- 2) деперсонализация** – эмоциональное отстранение и безразличие, формальное выполнение профессиональных обязанностей без личностной включенности и сопереживания, а в отдельных случаях – раздражительность, негативизм и циничное отношение к коллегам и пациентам;
- 3) редукция персональных достижений** – негативное оценивание себя, результатов своего труда и возможностей для профессионального развития.

М. Burisch в своей концепции выделяет несколько **основных фаз** в развитии синдрома «выгорания» (рис. 2) [13].

- 1) Предупреждающая фаза**, характеризуется чрезмерной активностью, отказом от потребностей, не связанных с работой, ограничением социальных контактов, а также истощением (чувство усталости, бессонница, угроза несчастных случаев).
- 2) Снижение уровня собственного участия:** потеря положительного восприятия коллег, приписывание вины за собствен-

¹ Maslach Burnout Inventory – MBI, тестовая методика, предназначенная для диагностики профессионального выгорания. Создана в 1981 г. Christina Maslach в соавторстве с Susan Jackson, в России адаптирована Н.В. Водопьяновой [11].

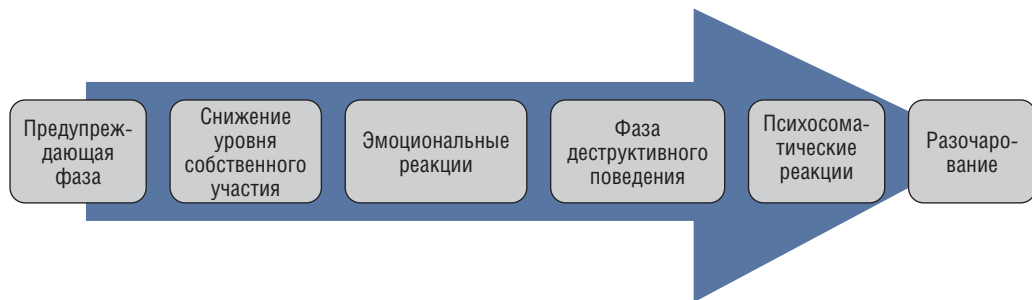


Рис. 2. Фазы развития синдрома профессионального «выгорания» (адаптировано по [13])

ные неудачи другим людям, проявление безразличия к окружающим, нежелание выполнять свои профессиональные обязанности, искусственное продление перерывов на работе, опоздания, уход с работы раньше времени, потеря жизненного идеала, концентрация внимания на собственных потребностях.

- 3) **Эмоциональные реакции**, такие как депрессия (чувство вины, снижение самооценки, апатия) и агрессия (подозрительность, конфликты с окружением).
- 4) **Фаза деструктивного поведения**. Данная фаза затрагивает у работника сферы интеллекта (снижение концентрации внимания, отсутствие способности к выполнению сложных заданий), мотивационную (отсутствие собственной инициативы) и эмоционально-социальную сферы (безразличие, отсутствие участия в жизни других людей).
- 5) **Психосоматические реакции**: снижение иммунитета, бессонница, повышение давления, тахикардия, головные боли, расстройства пищеварения, зависимость от никотина, кофеина, алкоголя.
- 6) **Разочарование**: отрицательная жизненная установка, чувство беспомощности и бессмысленности жизни.

2. Факторы, влияющие на «выгорание», и его последствия

«Выгорание» может быть более или менее выражено при наличии определенных факторов риска. Эти факторы подразделяют на **личностные** и **организационные**.

Личностные факторы. В некоторых психологических исследованиях изучалась связь личностных характеристик медицинских работников с «выгоранием». В 2018 г. В. Wiederhold и соавт. показали, что высокий уровень невротизма, меньшая способность принятия окружающих, интроверсия и высокий уровень негативной эмоциональности сочетаются с высоким индивидуальным риском развития «выгорания» у медицинских работников [14].

В настоящее время установлено, что в целом медицинские работники обладают более высокой «жизнестойкостью» (resilience) по сравнению с общей популяцией работающего населения [15]. Однако С.Р. West и соавт. выяснили, что даже самые «жизнестойкие» из них подвержены высокому риску «выгорания». В 2018 г. в США при опросе 1350 врачей с самыми высокими показателями «жизнестойкости» по шкале Connor-Davidson² у 392 из них (29%) оказался высокий уровень «выгорания».

² The Connor-Davidson Resilience Scale – шкала устойчивости или «жизнестойкости», где задаются вопросы типа: «Я могу справиться со всем, что мне встречается на пути», «Прошлые успехи придадут мне уверенность», «Под давлением я сохраняю концентрацию и четкость мыслей». Состоит из 25 пунктов; чем больше положительных утверждений, тем больше баллов по шкале «жизнестойкости» [16].

В этой связи большее внимание уделяется не только индивидуальной психологической работе с медицинскими работниками, но и созданию благоприятных организационных и социальных условий, снижающих «выгорание».

Организационные и социальные факторы [2, 17]:

- повышенная загруженность, изменяющееся расписание работы, дефицит персонала;
- излишняя, дублирующая административная и отчетная нагрузка;
- неадекватное применение информационных технологий;
- дефицит времени на отдых и недостаток времени на личную жизнь;
- моральный дистресс: например, тяжкие негативные эмоции, которые испытывают врачи, вынужденные продлевать страдания больных в паллиативном состоянии [18];
- негативная коммуникация и агрессия со стороны пациентов.

Факторы, которые уменьшают степень «выгорания» [2]:

- осознание высокого предназначения медицинского работника;
- позитивная и поддерживающая организационная культура учреждения;
- баланс ожиданий от работы и фактического состояния дел;
- контроль над содержанием работы, гибкость и автономность;
- денежное и моральное вознаграждение;
- профессиональное взаимодействие и социальная поддержка;
- баланс между работой и личной жизнью.

Например, в США в 2017 г. в исследовании Н. Таки и соавт. при опросе 1289 врачей было показано, что внутреннее ощущение своего высокого призвания и сохранение долгосрочных положительных отношений с пациентами ведут к более высокой оценке врачами своей значимости [19]. В Германии в 2016 г. В.С. Pantenburg и соавт. опросили 2300 молодых врачей: высокий уровень удовлетворенности рабочей обстановкой у врачей сочетался с меньшим цинизмом и эмоциональным истощением [20].

В США в 2016 г. при опросе 20 000 медицинских сестер из 425 больниц А. Kutney-Lee и соавт. получили следующие данные: чем больше медицинские сестры ощущают свое участие в принятии решений на уровне больниц и отделений, тем выше их удовлетворенность работой и удовлетворенность пациентов уровнем их лечения [21]. А в исследовании, проведенном в Нидерландах в 2016 г., показано, что у 247 медицинских сестер при лучшем сочетании графика работы с личной жизнью отмечался более низкий уровень эмоционального истощения [22].

С самого начала изучения «выгорания» психологи находили связь этого явления с негативными последствиями для работников, такими как депрессия и повышенный риск суицида. К примеру, в Австрии в 1996 г. на основании исследований G. Sonneck и соавт. было выявлено, что суициды встречаются у медицинских работников **в 2,5 раза чаще**, чем в среднем у населения [23]. В метаанализе 2019 г., проведенном F. Dutheil и соавт., в котором ученые обобщили данные из 61 исследования, показано, что суициды встречаются у медицинских работников в 1,4 раза чаще, чем в среднем у населения, при этом у женщин – в 2 раза чаще [24]. В США в 2016 г. С.Р. West и соавт. продемонстрировали, что у ординаторов с симптомами «выгорания» выше риск попасть в автомобильную аварию, чем у их коллег без «выгорания» [25]. Кроме того, отмечены такие важные негативные последствия «выгорания» для медицинских работников, как повышенный риск увольнения, уменьшение производительности труда, большое количество дней нетрудоспособности, проблемы во взаимоотношениях с друзьями и семьей, более ранний выход на пенсию. В США еще в 1995 г. в исследовании Р.А. Parker и соавт. было продемонстрировано, что у 73 медицинских сестер более высокий уровень «выгорания» сочетается с более частым отсутствием по причине заболеваний (ухода на больничный), а также более низкой профессиональной оценкой их руководством [26].

Помимо этого, существует серьезное негативное влияние «выгорания» **на все общество**, прежде всего на пациентов. В США в 2018 г.

в работе А.К. Windover и соавт. на примере одного большого медицинского центра, в котором работают 1145 врачей, показано, что у **35% из них** выявились признаки «выгорания» (согласно опроснику Maslach) [27]. Это коррелировало с **высоким уровнем жалоб пациентов** в службу качества медицинской помощи данного учреждения.

«Выгорание» также влияет на число профессиональных медицинских ошибок (неблагоприятных исходов при оказании медицинской помощи) [28–30]. В исследованиях подчеркивается, что сложно установить четкую связь между «выгоранием» и конкретной ошибкой медицинского работника. Однако в коллективах с высоким уровнем «выгорания» медицинских сестер отмечается более высокий уровень таких явлений, как травматизм больных и катетер-ассоциированные инфекции мочевых путей [2]. В США

в 2019 г. подсчитано, что негативный эффект «выгорания» медицинских работников (из-за более частой смены работы врачами и уменьшения часов работы) приводит к финансовым потерям в размере **4,6 млрд долл.** ежегодно (по курсу \$ППС 25,5 это 117 млрд руб.) [31].

В США в 2016 г. исследователи из клиники Мейо под руководством профессора Т. Shanafelt выделили негативные персональные и профессиональные последствия «выгорания» [17] (рис. 3).

3. Диагностика «выгорания»

Психологами предложены различные методики выявления «выгорания» для разных профессиональных групп, в том числе для медицинских работников. **Опросник «выгорания» Maslach** является «золотым стандартом» для



Рис. 3. Персональные и профессиональные последствия «выгорания» для врача (адаптировано по [17])

Таблица 1. Методики выявления эмоционального «выгорания» у медицинских работников

Методика	Описание
Опросник профессионального «выгорания» С. Maslach	Состоит из 22 пунктов, по которым можно вычислить значения трех шкал: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция профессиональных достижений». Заполнение опросника у медицинских сотрудников занимает 10–15 мин
Методика диагностики уровня эмоционального «выгорания» В.В. Бойко	Содержит 84 вопроса. В отличие от опросника Маслач, можно классифицировать «выгорание» по стадиям, однако занимает гораздо больше времени для заполнения и интерпретации
Опросник «Отношение к работе и «выгорание» В.А. Винокура	Содержит 137 утверждений, отражающих определенные эмоциональные реакции и стили отношения к работе. Оценку проводят по следующим шкалам: эмоциональное истощение, напряженность в работе, снижение удовлетворенности работой и оценка ее значимости, профессиональный перфекционизм, общая самооценка, самооценка качества работы, помощь и психологическая поддержка коллег в работе, профессиональное развитие и самоусовершенствование, состояние здоровья и общая адаптация. Применяется в России для академических целей
Фрайбургский личностный опросник	Состоит из 138 вопросов, содержит высказывания, касающиеся способов поведения, эмоциональных состояний, ориентации экстраверсия–интроверсия, отношения к жизненным трудностям и т.д. Имеет гораздо более широкий круг вопросов по характеристикам личности, чем диагностика «выгорания»

этих целей благодаря простоте его заполнения и интерпретации, что подтверждено в исследованиях на больших группах медицинских работников [11].

Методика данного опроса разработана в 1981 г. С. Maslach и S. Jackson, в России адаптирована Н.В. Водопьяновой в 2001 г. Опросник состоит из **22 пунктов**, по которым можно вычислить значения трех шкал: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация», «Редукция профессиональных достижений». Чем выше баллы по каждой шкале, тем выше выгорание сотрудника. Кроме опросника Maslach, за рубежом также используется Фрайбургский личностный опросник. Российскими исследователями В.В. Бойко и В.А. Винокуром разработаны собственные опросники по определению «выгорания», однако их пригодность для применения не подтверждена в международных исследованиях.

В табл. 1 приведены различные методики по выявлению «выгорания».

4. Профилактика и лечение «выгорания»

Несмотря на обилие литературы по методам диагностики «выгорания», рекомендации по мерам предупреждения и лечения данного состояния еще только разрабатываются. В настоящее время применяется системное рассмотрение проблемы «выгорания», которое включает как меры, направленные на конкретного работника, так и меры по изменению работы всех уровней системы здравоохранения [17].

Создание благоприятной среды для медицинских работников как основной принцип профилактики «выгорания». В США под руководством Национальной академии наук США³

³ Включает Академию медицины, Академию наук и Инженерную академию (Комитет трех академий наук США).

в 2017 г. был создан Комитет по созданию системных подходов по улучшению лечения пациентов путем создания благоприятной среды для медицинских работников (Committee on Systems Approaches to Improve Patient Care by Supporting Clinician Well-Being).

Первый отчет Комитета был опубликован в 2019 г., где описана концепция системного подхода к работе над психологическим здоровьем и самочувствием медицинских работников [2]. С точки зрения Комитета, важно сменить парадигму борьбы с «выгоранием»: от предотвращения негативных факторов к укреплению позитивного настроя врачей путем создания для них благоприятной среды. Это понятие получило название «психологическое благополучие медицинских работников» (worker well-being). Оно означает, что для них создана такая благоприятная среда, которая предоставляет все возможности для профессиональной реализации, и работа воспринимается медицинскими работниками позитивно [2, 25].

На рис. 4 представлена модель воздействия внешних и внутренних факторов на медицин-

ских работников, разработанная Национальной академией наук США. К внешним факторам относят воздействие на уровне отделения, учреждения и системы здравоохранения в целом. К личностным – темперамент работника, его устойчивость к стрессу и «жизнестойкость», а также межличностные отношения, наличие поддержки со стороны семьи и друзей. В результате взаимодействия всех этих факторов развивается или «психологическое благополучие», или, наоборот, «выгорание», что имеет важные последствия для всех участников системы, а также для пациентов и общества.

Меры по профилактике «выгорания» по рекомендации Национальной академии наук США [2]

На уровне отделения (в США называется «первая линия» – front line):

- составление такого расписания работы, которое исключает переработки сотрудников;
- организация совместной командной работы в коллективе «первой линии», включая

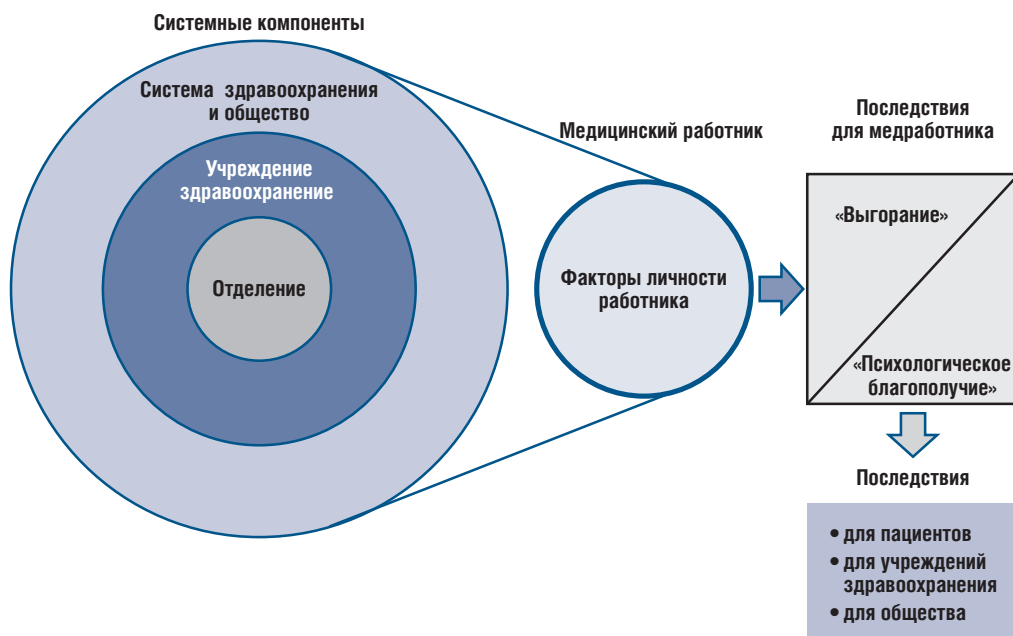


Рис. 4. Системная модель «выгорания» медицинских работников Национальной академии наук США (адаптировано по [2])

врачей, средний и младший, административный и технический персонал;

- поддержка сотрудников руководством отделения, для этого у руководителя должны быть навыки управления;
- установление руководством отделения системы позитивного взаимодействия с пациентами и родственниками;
- отсутствие излишней административной нагрузки и отчетности.

На уровне медицинского учреждения

также должна быть установлена поддерживающая и положительная культура управления. В США существует много примеров инициатив отдельных больниц и сети клиник по внедрению организационных мер по профилактике «выгорания» врачей. Например, Американская академия медицины начала в 2019 г. программу «Радость работы в медицине» (The Joy in Medicine Recognition Program) [32], в которой стимулирует медицинские организации проводить организационные изменения для профилактики «выгорания». Для этого приводятся критерии оценки учреждений:

- решительность действий по уменьшению «выгорания» врачей, наличие плана работы в этом направлении;
- оценка текущего уровня «выгорания» врачей;
- обучение администрации и руководителей отделений;
- оценка эффективности проведенных изменений;
- действия по улучшению поддержки персоналом друг друга, особенно молодых врачей.

Другой пример: 40 американских больниц в 2017 г. сформировали «Лидерский альянс» (The Leadership Alliance) с целью разработки совместной программы по уменьшению административной нагрузки на врачей [33]. Врачам задавали вопросы: «А что бы вы предложили для улучшения работы? Какие процессы надо изменить и какие административные барьеры надо устранить для улучшения лечения больных и вашей работы?». Далее на основании ответов были сформированы предложения.

В клинике Мейо, одном из наиболее старых и авторитетных медицинских центров США, в 2016 г. разработали программу «Девять стратегий для уменьшения “выгорания” врачей и их лучшего вовлечения в работу» (Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout) [17]. Руководителям медицинских организаций даны следующие рекомендации:

- понять причины «выгорания» и оценить его уровень в организации;
- задействовать лидеров для решения данной проблемы;
- разработать и применить меры для каждого конкретного отделения;
- развивать неформальное общение коллег;
- активно использовать поощрения и премии;
- уделять большое внимание развитию корпоративной культуры;
- стимулировать соблюдение баланса работы и личной жизни работниками;
- стимулировать развитие устойчивости врачей к стрессу и навыков психологической самопомощи;
- развивать исследования в области организации работы в данном учреждении.

Меры на уровне системы здравоохранения страны. В США Комитетом Национальной академии наук определены факторы, характеризующие систему здравоохранения, которые могут увеличить риски выгорания врачей, соответственно воздействие должно быть направлено на их нивелирование.

- «Индустриализация медицины», т.е. функционирование медицинских организаций как больших корпораций с жестким контролем затрат на лечение больных, стандартизацией, множественными уровнями подчинения и целями по производительности (объемам пациентов). Это может войти в конфликт с гуманистическими ценностями конкретного медицинского работника, снизить его уровень автономности и гибкости в принятии решений [34].
- Наличие огромного количества нормативных актов, проверок лицензирующих

организаций, регулирующих деятельность медицинских организаций.

- Сложный процесс профессионального лицензирования и страхования профессиональных обязанностей.

Для решения этих проблем в 2018 г. 6 профессиональных медицинских организаций, представляющих 560 000 врачей, обратились к Конгрессу США с просьбой уменьшить административную нагрузку на медицинских работников, при этом Национальная академия наук поддержала эту инициативу.

Создание благоприятной технологической среды (применение IT-технологий) для работы медицинского персонала. В последние годы все более увеличивается внедрение информационных (IT) технологий в систему здравоохранения. Однако новые IT-технологии могут вызвать увеличение нагрузки на медицинских сотрудников, потерю ими рабочего времени и последующее «выгорание». Для его профилактики в 2012 г. Институтом медицины США (Institute of Medicine) выработана концепция «IT для здоровья» (Health IT) в медицинском учреждении [35]. В ней установлены следующие требования к программному обеспечению:

- в нем не должно быть технических ошибок, оно должно легко устанавливаться на любые типы компьютеров;
- данные о пациентах, анализах, инструментальных исследованиях, заключения специалистов и т.д. должны быть представлены просто и доступно;
- его использованию можно легко обучиться;
- в нем должны быть встроены возможности для облегчения принятия клинических решений;
- оно должно увеличивать скорость всех рабочих процессов;
- оно не должно увеличивать интеллектуальную нагрузку на врача;
- не должно вызывать непредвиденных простоев в деятельности медицинских работников вследствие поломки и «зависания».

Индивидуальные меры по профилактике и лечению «выгорания» у врачей. В 1990–2000 гг. активно изучалось влияние групповых и индивидуальных психологических тренингов для врачей по профилактике и лечению «выгорания», среди них: техника осознанности, техника уменьшения восприятия стресса, когнитивно-поведенческие упражнения, тренинги по улучшению навыков коммуникации и «жизнестойкости», психодрама. Однако ученые до сих пор отмечают неоднородность исследований и неоднозначный результат мер по лечению профессионального «выгорания» у медицинских работников на индивидуальном уровне [14]. Одновременно стали появляться данные, что очень простые организационные изменения, такие как улучшение работы в команде, вовлечение врачей в принятие решений на уровне отделения, уменьшение административных требований к врачам, приводили к более существенному снижению уровня «выгорания» врачей по сравнению с мерами на индивидуальном уровне [1]. Следует отметить, что снижение уровня «выгорания» в большей мере связано с организационными стратегиями, а не с мерами, направленными на конкретного работника (показано в метаанализе, проведенном S. De Simone и соавт. 2019 г.) [36].

5. Особенности «выгорания» у медицинских работников в эпоху COVID-19

Сегодня вопрос борьбы с «выгоранием» приобрел огромную важность в связи с эпидемией новой коронавирусной инфекции COVID-19. Неблагоприятные психологические эффекты, воздействующие на медицинских работников, значительно усилились. Такое наблюдалось и ранее, в условиях оказания помощи при тяжелых инфекционных заболеваниях, например при эпидемии SARS, когда у врачей возникали депрессии, злоупотребление алкоголем и нарушения сна [37, 38]. При пандемии COVID-19 уже в начале апреля 2020 г. в ведущих мировых журналах стали появляться публикации, что медицинские работники подвергаются очень

высокому психологическому риску [39]. В этих работах определено 8 источников повышенного беспокойства врачей во время пандемии COVID-19 [39]:

- 1) нехватка СИЗ;
- 2) возможность заразить семью, коллег, пациентов, заразиться самому;
- 3) недоступность тестов, если есть симптомы заражения;
- 4) неуверенность, что их медицинское учреждение их поддержит, если они и их семья заболеют;
- 5) беспокойство за детей при увеличении рабочих часов медицинских работников в условиях закрытия школ и детских садов;
- 6) смогут ли они получать поддержку медицинского учреждения и общества, так как они будут нуждаться в отдыхе, большем потреблении воды, поездках на работу в условиях карантина;
- 7) неуверенность в собственной компетентности (работа в реанимации, работа в СИЗ);
- 8) неуверенность в доступе к полной и последней информации о лечении и профессиональных рисках, отсутствие специфического лечения.

Рекомендуемые меры представлены в табл. 2.

В конце мая 2020 г. С. Kröger в журнале «Психологическая травма» («Psychological Trauma») Американской психологической ассоциации опубликовал исследование по изучению глубоких психологических травм, которым подвергаются медицинские работники в эпоху пандемии COVID-19 [40]. Два вида психологических травм были подчеркнуты особо.

■ **Потеря медицинскими работниками своей социальной идентичности.** Например, заведующий отделением, столкнувшийся в отделении реанимации с больными COVID-19, в первое время не знал, как их лечить, хотя считал себя профессионалом. В другом случае медицинские работники видели своих коллег заболевшими и в критическом состоянии в отделении реанимации, хотя еще несколько недель назад они вместе спокойно работали.

■ **Тяжелые моральные травмы.** Например, врачам приходилось выбирать, кого из нуждающихся пациентов подключать к искусственной вентиляции легких.

Эта тяжелая этическая проблема описана американскими исследователями С.Р. Butler

Таблица 2. Психологические потребности медицинского работника в период COVID-19 и рекомендуемые меры медицинской организации

Психологическая потребность медицинского работника	Меры коррекции в медицинской организации
Быть услышанным	Создать условия для получения руководством обратной связи от врачей и специальные методы данной связи: почтовый ящик, собрания с руководством, горячая линия и др.
Быть защищенным	Обеспечить медицинских работников средствами индивидуальной защиты, представить им возможность пройти диагностическое тестирование, получить необходимую профессиональную информацию, организовать помещения для отдыха
Быть подготовленным	Обеспечить обучение, консультации экспертов. Создать обстановку четкого и позитивного общения в команде
Быть поддержанным	Оказывать всестороннюю поддержку по обеспечению физических, профессиональных и психологических потребностей медицинских работников. Например, помогать добираться до дома или обеспечивать гостиницами врачей после дежурств, помогать в покупке еды и товаров первой необходимости для семей врачей, организовать помощь по присмотру за детьми

и соавт. как «рационализация решений» (rationality) [41]. Врачи, принимавшие участие в лечении пациентов с COVID-19, подтвердили, что они не считают себя вправе принимать такие решения и что порядок действий при нехватке ресурсов для лечения всех пациентов должен быть описан в рекомендациях, подготовленных или руководством больницы, или профессиональными медицинскими ассоциациями.

Потеря социальной идентичности и тяжелые моральные травмы во время эпидемии могут привести к посттравматическому стрессовому расстройству, тяжелой депрессии и другим тяжелым долгосрочным последствиям для многих медицинских работников. В июле 2020 г. в РФ было опубликовано исследование А.Б. Холмогоровой и соавт. [42]. Они провели опрос 120 медицинских работников из НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского весной 2020 г. Средний и высокий уровень был выявлен у 50% опрошенных, которые отмечали эмоциональное истощение и редукцию профессиональных достижений⁴. Однако по шкале деперсонализации⁵ этот показатель составил 93%. Авторы статьи считают, что медицинские работники используют отстранение от происходящего как защиту от нервно-психического истощения во время эпидемии.

Близкие результаты получены и в зарубежных исследованиях. В апреле 2020 г. E. Giusti и соавт. при опросе 330 врачей из Италии показали, что около $\frac{2}{3}$ из них испытывали эмоциональное истощение и отмечали редукцию профессиональных достижений, однако деперсонализация встречалась только у $\frac{1}{4}$ медицинских работников [43]. В опросе, проведенном в мае 2020 г. L.A. Morgantini и соавт. у 2700 работников здравоохранения из 60 стран, «выгорание» было обнаружено более чем у половины [44].

В настоящее время во многих странах предлагаются меры, которые должны быть направлены на борьбу с «выгоранием» медицинских работников при COVID-19. В РФ опубликовано письмо Министерства здравоохранения РФ от 7 мая 2020 г. № 28-3/И/2-6111 «Рекомендации по психологическому сопровождению деятельности руководителей медицинских организаций и их структурных подразделений в условиях оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19» под редакцией главного внештатного специалиста по медицинской психологии Минздрава России доктора психологических наук Ю.П. Зинченко [45]. Также выпущено информационное письмо ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России [46]. Однако эти рекомендации подготовлены психологами и психиатрами и в основном содержат научную информацию по данному вопросу, предложений по созданию благоприятной рабочей обстановки в медицинской организации в них практически нет.

В этой связи необходимо обратить внимание на рекомендации Американской медицинской ассоциации, опубликованные в августе 2020 г., где предложена концепция «жизнестойкой организации» (resilient organization) [47]. Это подразумевает, что такая организация может поддерживать и **эффективную работу, и благополучие своих сотрудников в кризис**. Для этого необходимо готовиться заблаговременно, в том числе иметь в штате «**заместителя главного врача по благополучию врачей**» (Chief Wellness Officer) и план по организации работ в кризис. Все меры по предотвращению выгорания врачей предлагается делить на 3 группы:

- 1. Обязательное обеспечение базовых потребностей медицинских работников:** СИЗы, питание, питьевая вода, транспорт, жилье, забота о детях сотрудников, минимизация административной нагрузки.

⁴ Редукция профессиональных достижений – негативное оценивание себя, результатов своего труда и возможностей для профессионального развития.

⁵ Деперсонализация – эмоциональное отстранение и безразличие, формальное выполнение профессиональных обязанностей без личностной включенности и сопереживания, а в отдельных случаях – раздражительность, негативизм и циничные отношения к коллегам и пациентам.

2. Комплексная психологическая поддержка: поддержка коллег, 24/7 «горячая линия» психологов, план действий руководства при смерти сотрудника, экстренная помощь при экстремально высоком уровне «выгорания».

3. Коммуникация: ежедневная обратная связь внутри отделения между сотрудниками и заведующим отделением, еженедельная встреча сотрудников с руководством больницы, предоставление возможности сотрудникам внести свой вклад в улучшение организации работ с обратной связью по результатам.

Несколько крупных центров за рубежом опубликовали свой опыт по предотвращению и лечению «выгорания» врачей в эпоху эпидемии COVID-19. Учреждение здравоохранения Университета Раш (Rush University System for Health) в США опубликовало свой опыт уже в июне этого года [48]. Руководство центра пошло по пути создания «психологического

благополучия» (Wellness) для сотрудников. Так, были определены новые обязанности администрации, выделены помещения и созданы специальные службы. Введена должность **«заместитель главного врача по благополучию врачей»** (Chief Wellness Officer). Эти дополнительные обязанности взял на себя вице-президент медицинского центра. Он создал специальную группу, включающую 30 человек: представители отделений, психологи, священники, социальные работники, волонтеры. Эта группа собирала и систематизировала проблемы и потребности медицинского персонала больницы, вырабатывала и осуществляла меры по их решению.

Были организованы **«обходы и команды»** для оценки «психологического благополучия» сотрудников (Wellness Rounds). В каждом отделении на регулярной основе проводили занятия в дискуссионных группах для выявления проблем сотрудников и помощи им. Занятие проводил психолог с помощью социального работника.



Рис. 5. Алгоритм выявления опасных психологических изменений у медицинского работника (адаптировано по [48])

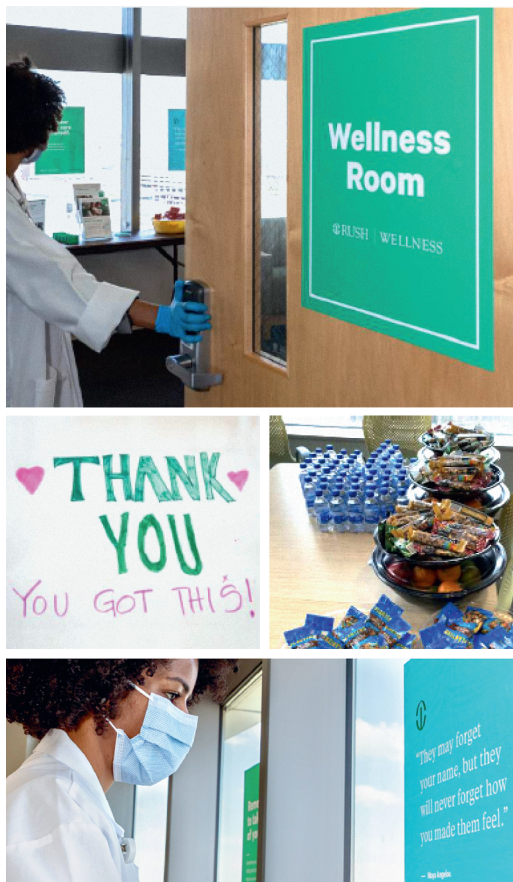


Рис. 6. Комнаты помощи и отдыха в медицинском центре «Учреждение здравоохранения Университета Раш», Чикаго (США) (адаптировано по [49])



Рис. 7. Врачи в комнате психологической разгрузки в медицинском центре Маунт Синай, Нью-Йорк (США), <https://www.mountsinai.org>

Работал **консультационный центр** (Wellness Consult Service), в который мог обратиться каждый медицинский работник для оказания ему помощи.

Работал отдел **«Особая консультация»** (Wellness PLUS Consult Service) – центр, куда могут обращаться работники, которые отмечают у себя или у коллег резкие психологические отклонения в состоянии, тяжелое «выгорание», требующие немедленного вмешательства поддерживающей команды. К таким состояниям в данном центре относили **признаки суицидального поведения, агрессии по отношению к другим, симптомы употребления алкоголя и психоактивных препаратов**. При данном состоянии был определен алгоритм поведения консультанта, когда он должен был оказать немедленную помощь для выявления опасных психологических отклонений медицинского работника по определенному алгоритму (рис. 5).

Кроме того, были выделены помещения под **комнаты помощи и отдыха** (Wellness Rooms). Это были специально организованные помещения с едой, напитками, релаксирующей обстановкой, гигиеническими принадлежностями и душевыми (рис. 6) [49]. Эти комнаты регулярно посещали психолог и социальный работник для оказания поддержки медицинским работникам.

Руководители данного центра отмечали, что, с одной стороны, они специально постарались не перегружать сотрудников в такое тяжелое время еще и оценкой этой программы, и опросами. С другой стороны, они видели, что в начале программы большинство сотрудников говорили: «У меня все хорошо» («I'm fine») и не пользовались созданными комнатами и группами, но постепенно все стали активно пользоваться ими.

Авторы программы отметили простой факт: 5 комнат отдыха в первые дни посещали не более 5 работников в день, а концу месяца их уже было до 30 в день.

По этим же принципам была организована программа помощи сотрудникам в группе больниц Маунт Синай (Mount Sinai) в Нью-Йорке [50] (рис. 7). В частности, в каждой из 5 больниц для

персонала администрацией разработаны и применяются специальные обучающие тренинги для заведующих отделениями, например «Помощь при возникновении утраты» [51]. В нем описаны действия руководителя отделения, например в случае смерти сотрудника, вплоть до таких нюансов, как руководитель должен сообщать об этом ближайшим коллегам. В пособии также даны контакты внешних организаций, которые круглосуточно могут оказать психологическую, социальную и религиозную помощь родственникам умершего и его коллегам.

Выводы

1. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в МКБ-11 (11-й пересмотр Международной классификации болезней) «выгорание» определено как «синдром, возникающий в результате хронического стресса на рабочем месте, который не был успешно преодолён». Наиболее распространенным инструментом для оценки выгорания в настоящее время является опросник «выгорания» Maslach (Maslach Burnout Inventory – MBI).
2. Профессиональная деятельность медицинских работников всегда связана с постоянным физическим и эмоциональным стрессом, вследствие этого риск «выгорания» у них намного выше, чем у работников других профессий. Так, до эпидемии COVID-19 «выгорание» среди американских врачей варьировало от 40 до 54%, среди медицинских сестер – до 42%, в РФ его распространенность была еще выше – более 70%.
3. В настоящее время главное значение в лечении «выгорания» среди медицинских работников придается созданию благоприятных условий на рабочих местах, а не только индивидуальной психологической поддержке, как раньше:
 - снижение переработок путем ликвидации дефицита персонала;
 - снижение излишней административной нагрузки;

- рациональное применение цифровых технологий, которое не обременяет деятельность медицинских работников;
 - создание позитивной и поддерживающей организационной культуры в медицинской организации;
 - развитие неформального общения коллег;
 - создание гибкого графика и поддержка автономности в работе персонала;
 - своевременное денежное и моральное вознаграждение за дополнительные нагрузки и высокие показатели работы;
 - помощь в профессиональном взаимодействии и социальной поддержке;
 - контроль за тем, чтобы у медицинских работников сохранялся баланс между работой и личной жизнью;
 - снижение воздействия отрицательных социальных факторов, и главным из них является агрессия со стороны пациентов.
4. Во время эпидемии COVID-19 неблагоприятные факторы, влияющие на выгорание медицинских работников, значительно усилились. К ним относятся нехватка СИЗ, беспокойство за семью и детей, физический стресс от работы в СИЗ, неуверенность в собственной компетентности, необходимость «рационализировать» дефицитные ресурсы.
 5. К сожалению, предлагаемые в РФ меры по предотвращению выгорания медицинских работников (*письмо Минздрава России от 7 мая 2020 г. № 28-3/И/2-6111 и Информационное письмо ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России*) подготовлены психологами и психиатрами, а не организаторами здравоохранения, и носят слишком общий характер.
 6. В этой связи крайне желательно доработать эти документы с учетом международного опыта, в том числе мер, предложенных Национальной медицинской академией США и реализованных в ряде крупнейших медицинских учреждений. Эти меры подразделяются на 3 группы:
 - обязательное обеспечение базовых потребностей медицинских работников;

- обеспечение комплексной психологической поддержки сотрудников;
- меры по активной, постоянной и позитивной коммуникации руководства с персоналом;
- четкие рекомендации по выявлению опасного уровня «выгорания» медицинских работников, при котором они пред-

ставляют опасность для себя и пациентов (например, появление признаков суицидального поведения, агрессии по отношению к другим, симптомов употребления алкоголя и психоактивных препаратов), с последующим срочным отстранением таких сотрудников от работы и предоставлением им необходимой помощи.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Худова Ирина Юрьевна (Irina Yu. Khudova) – кандидат медицинских наук, MBA Университета Дарема (Дарем, Великобритания), ведущий аналитик Высшей школы организации и управления здравоохранением, Москва, Российская Федерация
E-mail: i71@list.ru

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Patel R.S., Sekhri S., Bhimanadham N.N. et al. A review on strategies to manage physician burnout [Electronic resource] // Cureus. 2019. Vol. 11, N 6. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6682395/>
2. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine USA. Taking action against clinician burnout: a systems approach to professional well-being [Electronic resource]. Washington, DC : The National Academies Press, 2019. URL: <https://www.nap.edu/catalog/25521/taking-action-against-clinician-burnout-a-systems-approach-to-professional>
3. Винокур В.А., Рыбина О.В. Клинико-психологические характеристики синдрома профессионального «выгорания» у врачей // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. 2004. № 1. С. 73–75.
4. Семенова Н.В., Вьяльцин А.С., Авдеев Д.Б. и др. Эмоциональное выгорание медицинских работников / Омский государственный медицинский университет [Электронный ресурс]. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26209>
5. Балахонов А.В., Белов В.Г., Пятибрат Е.Д. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылки астенизации и психосоматической патологии / Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalnoe-vygoranie-u-meditsinskih-rabotnikov-kak-predposylka-astenizatsii-i-psichosomaticheskoy-patologii>
6. Корехова М.В., Соловьев А.Г., Киров М.Ю. и др. Синдром профессионального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов // Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2016. Т. 13, № 3. С. 19–28. DOI: <https://doi.org/10.21292/2078-5658-2016-13-3-19-28>
7. Говорин Н.В., Бодагова Е.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2016. № 1. С. 98–106.
8. Shanafelt T.D., West C.P., Sinsky C. et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general U.S. working population between 2011 and 2017 [Electronic resource] // Mayo Clin. Proc. 2019. Vol. 94, N 9. P. 1681–1694. URL: [https://www.mayo-clinicproceedings.org/article/S0025-6196\(18\)30938-8/fulltext](https://www.mayo-clinicproceedings.org/article/S0025-6196(18)30938-8/fulltext)
9. Moss M., Good V.S., Gozal D. et al. An official Critical Care Societies Collaborative statement: Burnout syndrome in critical care healthcare professionals: a call for action // Crit. Care Med. 2016. Vol. 44, N 7. P. 1414–1421.
10. Leiter M.P., Frank E., Matheson T.J. Demands, values, and burnout: relevance for physicians // Can. Fam. Physician. 2009. Vol. 55, N 12. P. 1224–1225.
11. Maslach C., Jackson S. The measurement of experienced burnout // J. Occup. Behav. 1981. Vol. 2. P. 99–113.

12. Soler J.K., Yaman H., Esteva M. et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study // *Fam. Pract.* 2008. Vol. 25, N 4. P. 245–265.
13. Burisch M. *Das Burnout-Syndrom*. 4th ed. Heidelberg: Springer, 2010.
14. Wiederhold B., Cipresso P., Pizzioli D. et al. Intervention for physician burnout: a systematic review // *Open Med.* 2018. Vol. 13. P. 253–263.
15. West C.P., Dyrbye L.N., Sinsky C. et al. Resilience and burnout among physicians and the general US working population // *JAMA Netw. Open.* 2020. Vol. 3, N 7. Article ID e209385. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.9385>
16. The Connor-Davidson Resilience Scale [Electronic resource]. URL: <http://www.connordavidson-resiliencescale.com/>
17. Shanafelt T., Noseworthy J. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout [Electronic resource] // *Mayo Clin. Proc.* 2017. Vol. 92, N 1. P. 129–146. URL: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(16\)30625-5/pdf](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(16)30625-5/pdf)
18. Campbell S.M., Ulrich C.M., Grady C. A broader understanding of moral distress // *Am. J. Bioeth.* 2016. Vol. 16, N 12. P. 2–9.
19. Tak H.J., Curlin F.A., Yoon J.D. Association of intrinsic motivating factors and markers of physician well-being: a national physician survey // *J. Gen. Intern. Med.* 2017. Vol. 3, N 7. P. 739–746.
20. Pantenburg B., Lupp M., Kunig H.H., Riedel-Heller S.G. Burnout among young physicians and its association with physicians' wishes to leave: results of a survey in Saxony, Germany // *J. Occup. Med. Toxicol.* 2016. Vol. 11, N 1. P. 2.
21. Kutney-Lee A., Germack H., Hatfield L. et al. Nurse engagement in shared governance and patient and nurses outcomes // *J. Nurs. Adm.* 2016. Vol. 46, N 11. P. 605–612.
22. Peters, V., De Rijk A., Engels J., Heerkens Y., Nijhuis F. A new typology of work schedules: evidence from a cross-sectional study among nurses working in residential elder care // *Work.* 2016. Vol. 54, N 1. P. 21–33.
23. Sonneck G., Wagner R. Suicide and burnout of physicians // *OMEGA J. Death Dying.* 1996. Vol. 33, N 3. P. 255–263.
24. Dutheil F., Aubert C., Pereira B. et al. Suicide among physicians and health-care workers: a systematic review and meta-analysis // *PLoS One.* 2019. Vol. 14, N 12. Article ID e0226361. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>
25. West C.P., Tan A.D., Shanafelt T.D. Association of resident fatigue and distress with occupational blood and body fluid exposures and motor vehicle incidents // *Mayo Clin. Proc.* 2012. Vol. 87, N 12. P. 1138–1144.
26. Parker P.A., Kulik J.A. Burnout, self- and supervisor-rated job performance, and absenteeism among nurses // *J. Behav. Med.* 1995. Vol. 18, N 6. P. 581–599.
27. Windover A.K., Martinez K., Mercer M.B. et al. Correlates and outcomes of physician burnout within a large academic medical center // *JAMA Intern. Med.* 2018. Vol. 178, N 6. P. 856–858.
28. Holden R. J., Scanlon M.C., Patel N.R. et al. A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life // *BMJ Qual. Saf.* 2011. Vol. 20, N 1. P. 15–24.
29. Lu D.W., Dresden S., McCloskey C. et al. Impact of burnout on self-reported patient care among emergency physicians // *West. J. Emerg. Med.* 2015. Vol. 16, N 7. P. 996–1001.
30. Tawfik D.S., Profit J., Morgenthaler T.I. et al. Physician burnout, well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors // *Mayo Clin. Proc.* 2018. Vol. 93, N 11. P. 1571–1580.
31. Han S., Shanafelt T.D., Sinsky C.A. et al. Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States // *Ann. Intern. Med.* 2019. Vol. 170, N 11. P. 784–790.
32. The Joy in Medicine Recognition Program [Electronic resource]. URL: <https://www.ama-assn.org/system/files/2020-04/joy-award-brochure.pdf>
33. Berwick D.M., Loehrer S., Gunther-Murphy C. Breaking the rules for better care // *JAMA.* 2017. Vol. 317, N 21. P. 2161–2162.
34. Casalino L.P. The Medicare Access and CHIP Reauthorization Act and the corporate transformation of American medicine // *Health Aff. (Millwood).* 2017. Vol. 36, N 5. P. 865–869.
35. Institute of Medicine. Health IT and Patient Safety: Building Safer Systems for Better Care [Electronic resource]. Washington, DC: The National Academies Press, 2012. DOI: <https://doi.org/10.17226/13269>
36. De Simone S., Vargas M., Servillo G. Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis // *Aging Clin. Exp. Res.* 2019. Oct 9. P. 1–12. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01368-3>
37. Bai Y., Lin C.C., Lin C.Y. et al. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak // *Psychiatr. Serv.* 2004. Vol. 55, N 6. P. 1055–1057.
38. Wu P., Liu X., Fang Y. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak // *Alcohol Alcohol.* 2008. Vol. 43, N 6. P. 706–712.
39. Shanafelt T., Ripp J., Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic [Electronic resource] // *JAMA.* 2020. Vol. 323, N 21. P. 2133–2134. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>
40. Kröger C. Shattered social identity and moral injuries: work-related conditions in health care professionals during the COVID-19 pandemic [Electronic resource] // *Psychol. Trauma.* 2020. Vol. 12, suppl. 1. P. S156–S158. DOI: <http://doi.org/10.1037/tra0000715>
41. Butler C.R., Wong S.P.Y., Wightman A.G., O'Hare A.M. US clinicians' experiences and perspectives on resource limitation and patient care during the COVID-19 pandemic // *JAMA Netw. Open.* 2020. Vol. 3, N 11. Article ID e2027315. DOI: <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.27315>
42. Холмогорова А.Б., Петриков С.С., Суроегина А.Е., Микита О.Ю., Рахманина А.А., Рой А.П. Профессиональное выгорание и его факторы у медицинских работников, участвующих в оказании помощи больным COVID-19 на

разных этапах пандемии // Неотложная медицинская помощь. Журнал имени Н.В. Склифосовского. 2020. Т. 9, № 3. С. 321–337. DOI: <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2020-9-3-321-337>

43. Giusti E.M., Pedrolì E., D'Aniello G.E. et al. The psychological impact of the COVID-19 outbreak on health professionals: a cross-sectional study // Front. Psychol. 2020. Vol. 11. P. 1684. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01684>

44. Morgantini L.A., Naha U., Wang H. et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: a rapid turnaround global survey // PLoS One. 2020. Vol. 15, N 9. Article ID e0238217. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>

45. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 7 мая 2020 г. № 28-3/И/2-6111 «О направлении для использования в работе рекомендаций по вопросам организации психологической и психотерапевтической помощи в связи с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19» [Электронный ресурс]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73951272/>

46. Психологическая помощь медикам, работающим с пациентами с наличием COVID-19. Информационное письмо ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Серб-

ского» [Электронный ресурс]. URL: <https://serbsky.ru/wp-content/uploads/2020/05>

47. Shanafelt T., Ripp J., Brown M., Sinsky C. Creating a resilient organization. Caring for health care workers during crisis [Electronic resource]. American Medical Association. URL: <https://www.ama-assn.org/practice-management/sustainability/creating-resilient-organization-health-care-workers-during>

48. Adibe B., Perticone K., Hebert C. Creating Wellness in a Pandemic: A Practical Framework for Health Systems Responding to Covid-19 – NEJM Catalyst. 2 June 2020. Massachusetts Medical Society, 2020.

49. Toolkit. Creating Wellness in a Pandemic: A Practical Framework for Health Systems Responding to Covid-19 [Electronic resource]. Massachusetts Medical Society, June 2020. URL: <https://www.rush.edu/sites/default/files/creating-wellness-pandemic-toolkit.pdf>

50. Well-Being Staff Resources During COVID-19 [Electronic resource]. URL: <https://www.mountsinai.org/about/covid19/staff-resources/well-being>

51. A Bereavement Toolkit for MSBI Managers and Department Heads [Electronic resource]. URL: <https://www.mountsinai.org/files/MSHealth/Assets/HS/About/Coronavirus/BV-Toolkit-MSBI-Managers-and-Dept-Heads.pdf>

REFERENCES

1. Patel R.S., Sekhri S., Bhimanadham N.N., et al. A review on strategies to manage physician burnout [Electronic resource]. Cureus. 2019; 11 (6). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6682395/>

2. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine USA. Taking action against clinician burnout: a systems approach to professional well-being [Electronic resource]. Washington, DC: The National Academies Press, 2019. URL: <https://www.nap.edu/catalog/25521/taking-action-against-clinician-burnout-a-systems-approach-to-professional>

3. Vinokur V.A., Rybina O.V. Clinical and psychological characteristics of the syndrome of professional «burnout» in doctors. Novye Sankt-Peterburgskie vrachebnye vedomosti [New Saint Petersburg Medical Bulletins]. 2004; (1): 73–5. (in Russian)

4. Semenova N.V., Vyal'tsin A.S., Avdeev D.B., et al. Emotional burnout of medical workers. In: Omsk State Medical University [Electronic resource]. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=26209> (in Russian)

5. Balakhonov A.V., Belov V.G., Pyatibrat E.D. Emotional burnout in medical workers as a prerequisite for asthenization and psychosomatic pathology. In: St. Petersburg State University, Faculty of Medicine. [Electronic resource]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalnoe-vygoranie-u-meditsinskih-rabotnikov-kak-predposylka-astenizatsii-i-psihosomaticheskoy-patologii> (in Russian)

6. Korekhova M.V., Solov'ev A.G., Kirov M.Yu., et al. The syndrome of professional burnout in anesthesiologists and resuscitators. Vestnik anesteziologii i reanimatologii [Bulletin of Anesthesiology and Resuscitation]. 2016; 13 (3):

19–28. DOI: <https://doi.org/10.21292/2078-5658-2016-13-3-19-28> (in Russian)

7. Govorin N.V., Bodagova E.A. The emotional burnout syndrome of doctors. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VShOUZ [ORGZDRAV: News, Opinions, Training. Bulletin of VShOUZ]. 2016; (1): 98–106. (in Russian)

8. Shanafelt T.D., West C.P., Sinsky C., et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general U.S. working population between 2011 and 2017 [Electronic resource]. Mayo Clin Proc. 2019; 94 (9): 1681–94. URL: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(18\)30938-8/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(18)30938-8/fulltext)

9. Moss M., Good V.S., Gozal D., et al. An official Critical Care Societies Collaborative statement: Burnout syndrome in critical care healthcare professionals: a call for action. Crit Care Med. 2016; 44 (7): 1414–21.

10. Leiter M.P., Frank E., Matheson T.J. Demands, values, and burnout: relevance for physicians. Can Fam Physician. 2009; 55 (12): 1224–25.

11. Maslach C., Jackson S. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav. 1981; 2: 99–113.

12. Soler J.K., Yaman H., Esteva M., et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Fam Pract. 2008; 25 (4): 245–65.

13. Burisch M. Das Burnout-Syndrom. 4th ed. Heidelberg: Springer, 2010.

14. Wiederhold B., Cipresso P., Pizzioli D., et al. Intervention for physician burnout: a systematic review. Open Med. 2018; 13: 253–63.

15. West C.P., Dyrbye L.N., Sinsky C., et al. Resilience and burnout among physicians and the general US working

population. JAMA Netw Open. 2020; 3 (7): e209385. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.9385>

16. The Connor-Davidson Resilience Scale [Electronic resource]. URL: <http://www.connordavidson-resiliencescale.com/>

17. Shanafelt T., Noseworthy J. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout [Electronic resource]. Mayo Clin Proc. 2017; 92 (1): 129–46. URL: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(16\)30625-5/pdf](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(16)30625-5/pdf)

18. Campbell S.M., Ulrich C.M., Grady C. A broader understanding of moral distress. Am J Bioeth. 2016; 16 (12): 2–9.

19. Tak H.J., Curlin F.A., Yoon J.D. Association of intrinsic motivating factors and markers of physician well-being: a national physician survey. J Gen Intern Med. 2017; 3 (7): 739–46.

20. Pantenburg B., Luppä M., König H.H., Riedel-Heller S.G. Burnout among young physicians and its association with physicians' wishes to leave: results of a survey in Saxony, Germany. J Occup Med Toxicol. 2016; 11 (1): 2.

21. Kutney-Lee A., Germack H., Hatfield L., et al. Nurse engagement in shared governance and patient and nurses outcomes. J Nurs Adm. 2016; 46 (11): 605–12.

22. Peters, V., De Rijk A., Engels J., Heerkens Y., Nijhuis F. A new typology of work schedules: evidence from a cross-sectional study among nurses working in residential elder care. Work. 2016; 54 (1): 21–33.

23. Sonneck G., Wagner R. Suicide and burnout of physicians. OMEGA J Death Dying. 1996; 33 (3): 255–63.

24. Duthell F., Aubert C., Pereira B., et al. Suicide among physicians and health-care workers: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2019; 14 (12): e0226361. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>

25. West C.P., Tan A.D., Shanafelt T.D. Association of resident fatigue and distress with occupational blood and body fluid exposures and motor vehicle incidents. Mayo Clin Proc. 2012; 87 (12): 1138–44.

26. Parker P.A., Kulik J.A. Burnout, self- and supervisor-rated job performance, and absenteeism among nurses. J Behav Med. 1995; 18 (6): 581–99.

27. Windover A.K., Martinez K., Mercer M.B., et al. Correlates and outcomes of physician burnout within a large academic medical center. JAMA Intern Med. 2018; 178 (6): 856–8.

28. Holden R. J., Scanlon M.C., Patel N.R., et al. A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life. BMJ Qual Saf. 2011; 20 (1): 15–24.

29. Lu D.W., Dresden S., McCloskey C., et al. Impact of burnout on self-reported patient care among emergency physicians. West J Emerg Med. 2015; 16 (7): 996–1001.

30. Tawfik D.S., Profit J., Morgenthaler T.I., et al. Physician burnout, well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors. Mayo Clin Proc. 2018; 93 (11): 1571–80.

31. Han S., Shanafelt T.D., Sinsky C.A., et al. Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States. Ann Intern Med. 2019; 170 (11): 784–90.

32. The Joy in Medicine Recognition Program [Electronic resource]. URL: <https://www.ama-assn.org/system/files/2020-04/joy-award-brochure.pdf>

33. Berwick D.M., Loehrer S., Gunther-Murphy C. Breaking the rules for better care. JAMA. 2017; 317 (21): 2161–2.

34. Casalino L.P. The Medicare Access and CHIP Reauthorization Act and the corporate transformation of American medicine. Health Aff (Millwood). 2017; 36 (5): 865–9.

35. Institute of Medicine. Health IT and Patient Safety: Building Safer Systems for Better Care [Electronic resource]. Washington, DC: The National Academies Press, 2012. DOI: <https://doi.org/10.17226/13269>

36. De Simone S., Vargas M., Servillo G. Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. Aging Clin Exp Res. 2019; Oct 9: 1–12. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01368-3>

37. Bai Y., Lin C.C., Lin C.Y., et al. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. Psychiatr Serv. 2004; 55 (6): 1055–7.

38. Wu P., Liu X., Fang Y. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. Alcohol Alcohol. 2008; 43 (6): 706–12.

39. Shanafelt T., Ripp J., Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic [Electronic resource]. JAMA. 2020; 323 (21): 2133–4. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>

40. Kröger C. Shattered social identity and moral injuries: work-related conditions in health care professionals during the COVID-19 pandemic [Electronic resource]. Psychol Trauma. 2020; 12 (suppl 1): S156–8. DOI: <http://doi.org/10.1037/tra0000715>

41. Butler C.R., Wong S.P.Y., Wightman A.G., O'Hare A.M. US clinicians' experiences and perspectives on resource limitation and patient care during the COVID-19 pandemic. JAMA Netw Open. 2020; 3 (11): e2027315. DOI: <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.27315>

42. Kholmogorova A.B., Petrikov S.S., Suroegina A.Y., Mikita O.Y., Rakhmanina A.A., Roy A.P. Burnout and its factors in healthcare workers involved in providing health care for patients with COVID-19 at different stages of the pandemic. Neotlozhnaya meditsinskaya pomoshch'. Zhurnal imeni N.V. Sklifosovskogo [Emergency Health Care. The journal named after N.V. Sklifosovskiy]. 2020; 9 (3): 321–7. DOI: <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2020-9-3-321-337> (in Russian)

43. Giusti E.M., Pedrolì E., D'Aniello G.E., et al. The psychological impact of the COVID-19 outbreak on health professionals: a cross-sectional study. Front Psychol. 2020. Vol. 11. P. 1684. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01684>

44. Morgantini L.A., Naha U., Wang H., et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: a rapid turnaround global survey. PLoS One. 2020; 15 (9): e0238217. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>

45. Letter of the Ministry of Health of the Russian Federation of May 7, 2020 No. 28-3/1/2-6111 «On the direction for use in the work of recommendations on the organization of psycho-logical and psychotherapeutic assistance in connection with the spread of the new corona-viral infection

COVID-19» [Electronic resource]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73951272/> (in Russian)

46. Psychological assistance to physicians working with patients with COVID-19. Information letter from the FSBI «National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky» [Electronic resource]. URL: <https://serbsky.ru/wp-content/uploads/2020/05> (in Russian)

47. Shanafelt T., Ripp J., Brown M., Sinsky C. Creating a resilient organization. Caring for health care workers during crisis [Electronic resource]. American Medical Association. URL: <https://www.ama-assn.org/practice-management/sustainability/creating-resilient-organization-health-care-workers-during>

48. Adibe B., Perticone K., Hebert C. Creating Wellness in a Pandemic: A Practical Framework for Health Systems

Responding to Covid-19 – NEJM Catalyst. 2 June 2020. Massachusetts Medical Society, 2020.

49. Toolkit. Creating Wellness in a Pandemic: A Practical Framework for Health Systems Responding to Covid-19 [Electronic resource]. Massachusetts Medical Society, June 2020. URL: <https://www.rush.edu/sites/default/files/creating-wellness-pandemic-toolkit.pdf>

50. Well-Being Staff Resources During COVID-19 [Electronic resource]. URL: <https://www.mountsinai.org/about/covid19/staff-resources/well-being>

51. A Bereavement Toolkit for MSBI Managers and Department Heads [Electronic resource]. URL: <https://www.mountsinai.org/files/MSHealth/Assets/HS/About/Coronavirus/BV-Toolkit-MSBI-Managers-and-Dept-Heads.pdf>

Финансовое обеспечение территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2020–2021 гг.

Альвианская Н.В.

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

В 2019 г. основным направлением государственной политики в области здравоохранения являлось содействие достижению национальных целей развития. На этом направлении были сконцентрированы управленческие и финансовые ресурсы на всех уровнях публичной власти, выстроена система мониторинга реализации соответствующих мероприятий, в том числе национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография».

В 2020 г. в связи с глобальной пандемией новой коронавирусной инфекции условия осуществления указанной политики принципиально изменились. Главной задачей для здравоохранения стало сглаживание пиков заболеваемости новой коронавирусной инфекцией в целях минимизации рисков «перегрузки» его мощностей и сохранение, несмотря на все шоковые изменения внешней среды, основных параметров функционирования здравоохранения как по объемам оказываемой населению медицинской помощи, так и по его финансовому обеспечению. Это определило исходные условия формирования и реализации в 2020 и 2021 гг. территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

В настоящей статье анализируются основные показатели финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий субъектов РФ в 2020 и 2021 гг. Главное внимание уделяется преемственности основных показателей финансирования здравоохранения по указанным программам в 2020 и 2021 гг. по отношению к 2019 г., предшествующему году возникновения глобальной пандемии.

Ключевые слова:

глобальная пандемия, территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи субъек-

ектов РФ, особенности финансирования здравоохранения в условиях распространения коронавирусной инфекции и реализации мер по смягчению ее последствий

Финансирование. Данная статья не имела спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Альвианская Н.В. Финансовое обеспечение территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2020–2021 гг. // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 1. С. 63–79. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-1-63-79>

Статья поступила в редакцию 15.02.2021. **Принята в печать** 05.03.2021.

Financial support of territorial programs of state guarantees of free provision of medical care to citizens in 2020–2021

Alvianskaya N.V.

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

In 2019, the main thrust of public health policy was to promote the achievement of national development goals. In this direction, management and financial resources were concentrated at all levels of public authority, a system for monitoring the implementation of relevant measures, including the national projects “Healthcare” and “Demography”, was built.

In 2020, in connection with the global pandemic of the new coronavirus infection, the conditions for the implementation of this policy have fundamentally changed. The main tasks for healthcare were to smooth out the peaks in the incidence of new coronavirus infection in order to minimize the risks of overloading its capacities and to maintain, despite all the shock changes in the external environment, the main parameters of the functioning of healthcare, both in terms of the volume of medical care provided to the population and its financial support. This determined the initial conditions for the formation and implementation in 2020 and 2021 of territorial programs of state guarantees of free medical care.

This article analyzes the main indicators of the financial support of territorial programs of state guarantees of the constituent entities of the Russian Federation in 2020 and 2021. The main attention is paid to the continuity of the main indicators of health financing for these programs in 2020 and in 2021 in relation to 2019, preceding the year of the onset of the global pandemic.

This article, in its essence, is a continuation of analytical studies of the features of the financial support of territorial programs of state guarantees for free provision of medical care to citizens, starting with the territorial programs approved for 2018 and the planning period of 2019 and 2020.

Keywords:

global pandemic, territorial programs of state guarantees for free provision of medical care to citizens of the Russian Federation, peculiarities

of healthcare financing in the context of the spread of coronavirus infection and the implementation of measures to mitigate its consequences.

Funding. This article was not sponsored.

Conflict of interests. The author declare no conflict of interests.

For citation: Alvianskaya N.V. Financial support of territorial programs of state guarantees of free provision of medical care to citizens in 2020–2021. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2021; 7 (1): 63–79. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-1-63-79> (in Russian)

Received 15.02.2021. **Accepted** 05.03.2021.

В 2020–2021 гг. формирование террито-
риальных программ государственных га-
рантий осуществлялось в соответствии
с постановлениями Правительства Российской
Федерации от 10 декабря 2018 г. № 1403
«О программе государственных гарантий бес-
платного оказания гражданам медицинской
помощи на 2019 год и плановый период 2020

Таблица 1. Средние нормативы объема медицинской помощи, оказываемой за счет средств соот-
ветствующих бюджетов, по программам государственных гарантий РФ в 2019–2021 гг.

Вид и условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	Объем медицин- ской помощи в расчете на 1 жителя, ед.			Прирост (+), уменьшение (-) объема, %	
		2019	2020	2021	2020/ 2019	2021/ 2019
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	Посещение с профилактическими и иными целями, в том числе	0,73	0,73	0,73	0,0	0,0
	посещение при оказании паллиа- тивной медицинской помощи, в том числе на дому	0,008	0,0085	0,026	6,3	225,0
	посещение при оказании паллиа- тивной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами	0,001	0,0015	0,0062	50,0	520,0
	обращение по поводу заболевания	0,144	0,144	0,144	0,0	0,0
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	Случай госпитализации	0,0146	0,0146	0,0146	0,0	0,0
Медицинская помощь в условиях дневного ста- ционара	Случай лечения, включая оказание паллиативной медицинской помощи	0,004	0,004	0,004	0,0	0,0
Паллиативная медицин- ская помощь в стацио- нарных условиях	Койко-день	0,092	0,092	0,092	0,0	0,0

Таблица 2. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой за счет средств соответствующих бюджетов, по программам государственных гарантий РФ в 2019–2021 гг.

Вид и условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	Стоимость единицы объема медицинской помощи, руб.			Прирост (+), уменьшение (-) стоимости, %	
		2019	2020	2021	2020/ 2019	2021/ 2019
Скорая медицинская помощь, не включенная в территориальную программу обязательного медицинского страхования	Случай оказания медицинской помощи при санитарно-авиационной эвакуации воздушными судами	6111,3	6343,5	6578,2	3,8	7,6
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	Посещение с профилактическими и иными целями, в том числе	440,5	457,2	474,1	3,8	7,6
	посещение при оказании паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому	396,0	411,0	426,2	3,8	7,6
	посещение при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами	1980,0	2055,2	2131,2	3,8	7,6
	обращение по поводу заболевания	1277,3	1325,8	1374,9	3,8	7,6
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	Случай госпитализации	75 560,8	78 432,1	81 334,1	3,8	7,6
Медицинская помощь в условиях дневного стационара	Случай лечения, включая оказание паллиативной медицинской помощи	13 045,5	13 541,2	14 042,2	3,8	7,6
Паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях	Койко-день	2022,9	2099,8	2519,8	3,8	24,6

и 2021 годов», от 7 декабря 2019 г. № 1610 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов», от 28 декабря 2020 г. № 2299 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и плановый период 2022

и 2023 годов» [1–3]. Установленные вышеуказанными программами государственных гарантий на 2019, 2020, 2021 гг. средние нормативы объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи представлены в табл. 1– 4.

Анализ перечня и состава вышеуказанных средних нормативов, применяемых при форми-

Таблица 3. Средние нормативы объема медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования, по программам государственных гарантий РФ в 2019–2021 гг.

Вид и условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	Средний норматив объема медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, ед.			Прирост (+), уменьшение (-) объема, %		
		2019	2020	2021	2020/2019	2021/2019	2021/2019
Скорая медицинская помощь вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию	Вызов	0,3	0,29	0,29	-3,3	-3,3	-3,3
	Посещение с профилактическими и иными целями, в том числе посещение для проведения профилактических медицинских осмотров	2,88	×	2,93	×	×	1,7
	Посещение с профилактическими и иными целями, в том числе посещение для проведения профилактических медицинских осмотров	0,79	×	×	×	×	×
	Посещение с профилактическими и иными целями, в том числе посещение для проведения профилактических медицинских осмотров	×	0,2535	0,26	×	×	×
	Посещение с профилактическими и иными целями, в том числе посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний	0,16	0,181	0,261	13,1	63,1	63,1
	Посещение с иными целями	×	2,4955	2,48	×	×	×
	Посещение в неотложной форме	0,56	0,54	0,54	-3,6	-3,6	-3,6
	Обращение по поводу заболевания, включая проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований	1,77	1,77	1,7877	0,0	1,0	1,0
	Исследование в связи с проведением компьютерной томографии	×	0,0275	0,02833	×	×	×
	Исследование в связи с проведением магнитно-резонансной томографии	×	0,0119	0,01226	×	×	×
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	Исследование ультразвуковое сердечно-сосудистой системы	×	0,1125	0,11588	×	×	×
	Исследование эндоскопическое диагностическое	×	0,0477	0,04913	×	×	×
	Исследование молекулярно-генетическое для диагностики онкологических заболеваний	×	0,0007	0,001184	×	×	×
	Исследование гистологическое для выявления онкологических заболеваний	×	0,0501	×	×	×	×
	Исследование гистологическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	×	×	0,01431	×	×	×
	Исследование гистологическое для выявления онкологических заболеваний	×	0,0501	×	×	×	×
	Исследование гистологическое для выявления онкологических заболеваний	×	0,0501	×	×	×	×
	Исследование гистологическое для выявления онкологических заболеваний	×	0,0501	×	×	×	×
	Исследование гистологическое для выявления онкологических заболеваний	×	0,0501	×	×	×	×
	Исследование гистологическое для выявления онкологических заболеваний	×	0,0501	×	×	×	×

Окончание табл. 3

Вид и условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	Средний норматив объема медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, ед.				Приrost (+), уменьшение (-) объема, %	
		2019	2020	2021		2020/ 2019	2021/ 2019
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	x	x	0,12441	x	x	x
	Случай госпитализации, в том числе	0,17443	0,17671	0,17671	1,3	1,3	1,3
	для оказания федеральными медицинскими организациями	x	x	0,011118	x	x	x
	для оказания медицинскими организациями, за исключением федеральных	x	x	0,165592	x	x	x
	случай госпитализации по профилю «Онкология», в том числе	0,0091	0,01001	0,010576	10,0	16,2	
	для оказания федеральными медицинскими организациями	x	x	0,00109	x	x	x
Медицинская помощь в условиях дневного стационара	для оказания медицинскими организациями за исключением федеральных	x	x	0,00949	x	x	x
	случай госпитализации по медицинской реабилитации, в том числе	0,004	0,005	0,005	25,0	25,0	25,0
	для оказания федеральными медицинскими организациями	x	x	0,00056	x	x	x
	для оказания медицинскими организациями за исключением федеральных	x	x	0,00444	x	x	x
	Случай лечения, в том числе	0,062	0,06296	0,063255	1,5	2,0	
	для оказания федеральными медицинскими организациями	x	x	0,002181	x	x	x
Медицинская помощь при экстракорпоральном оплодотворении	для оказания медицинскими организациями, за исключением федеральных	x	x	0,061074	x	x	x
	случай лечения по профилю «Онкология», в том числе	0,00631	0,006941	0,007219	10,0	14,4	
	для оказания федеральными медицинскими организациями	x	x	0,000284	x	x	x
	для оказания медицинскими организациями за исключением федеральных	x	x	0,006935	x	x	x
Медицинская помощь при экстракорпоральном оплодотворении	Случай экстракорпорального оплодотворения, в том числе	0,000478	0,000492	0,000509	2,9	6,5	
	для оказания федеральными медицинскими организациями	x	x	0,000059	x	x	x
	для оказания медицинскими организациями за исключением федеральных	x	x	0,00045	x	x	x

Таблица 4. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования, по программам государственных гарантий РФ в 2019–2021 гг.

Вид и условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	Стоимость единицы объема медицинской помощи, руб.			Прирост (+), уменьшение (–) стоимости, %	
		2019	2020	2021	2020/2019	2021/2019
Скорая медицинская помощь вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию	Вызов	2314,0	2428,6	2713,4	5,0	17,3
	Посещение с профилактическими и иными целями, в том числе посещение для проведения профилактических медицинских осмотров	473,8	x	571,6	x	20,6
	Посещение с целью выявления онкологических заболеваний, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний	1021,5	x	x	x	x
	Посещение с целью выявления онкологических заболеваний	x	1782,2	1896,5	x	x
	Посещение с целью выявления онкологических заболеваний, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний	1185,6	2048,7	2180,1	72,8	83,9
	Посещение с иными целями	x	272,9	309,5	x	x
	Посещение в неотложной форме	601,4	631,0	671,5	4,9	11,7
	Посещение по поводу заболевания, включая проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований	1314,8	1414,0	1505,1	7,5	14,5
	Исследование в связи с проведением компьютерной томографии	x	3539,9	3766,9	x	x
	Исследование в связи с проведением магнитно-резонансной томографии	x	3997,9	4254,2	x	x
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	Исследование ультразвуковое сердечно-сосудистой системы	x	640,5	681,6	x	x
	Исследование эндоскопическое	x	880,6	937,1	x	x
	Исследование молекулярно-генетическое для диагностики онкологических заболеваний	x	15 000,0	9879,9	x	x
	Исследование гистологическое для выявления онкологических заболеваний	x	575,1	x	x	x
	Патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	x	x	2119,8	x	x
	Исследование в связи с проведением компьютерной томографии	x	3539,9	3766,9	x	x
	Исследование в связи с проведением магнитно-резонансной томографии	x	3997,9	4254,2	x	x
	Исследование ультразвуковое сердечно-сосудистой системы	x	640,5	681,6	x	x
	Исследование эндоскопическое	x	880,6	937,1	x	x
	Исследование молекулярно-генетическое для диагностики онкологических заболеваний	x	15 000,0	9879,9	x	x

Окончание табл. 4

Вид и условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	Стоимость единицы объема медицинской помощи, руб.			Прирост (+), уменьшение (-) стоимости, %	
		2019	2020	2021	2020/2019	2021/2019
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	x	x	584,0	x	x
	Случай госпитализации, в том числе	32 082,2	34 713,7	37 382,3	8,2	16,5
	для оказания федеральными медицинскими организациями	x	x	56 680,9	x	x
	для оказания медицинскими организациями за исключением федеральных	x	x	36 086,5	x	x
	случай госпитализации по профилю «Онкология», в том числе	76 708,5	100 848,9	107 824,1	31,5	40,6
	для оказания федеральными медицинскими организациями	x	x	90 958,4	x	x
	для оказания медицинскими организациями, за исключением федеральных	x	x	109 758,2	x	x
	Случай госпитализации по медицинской реабилитации, в том числе	34 656,6	36 118,8	38 617,0	4,2	11,4
	для оказания федеральными медицинскими организациями	x	x	55 063,4	x	x
	для оказания медицинскими организациями, за исключением федеральных	x	x	36 555,1	x	x
Медицинская помощь в условиях дневного стационара	Случай лечения, в том числе	19 266,1	20 454,4	22 261,5	6,2	15,5
	для оказания федеральными медицинскими организациями	x	x	25 617,3	x	x
	для оказания медицинскими организациями, за исключением федеральных	x	x	22 141,7	x	x
	Случай лечения по профилю «Онкология», в том числе	70 586,6	77 638,3	83 365,5	10,0	18,1
	для оказания федеральными медицинскими организациями	x	x	50 752,1	x	x
	для оказания медицинскими организациями, за исключением федеральных	x	x	84 701,1	x	x
Медицинская помощь при экстракорпоральном оплодотворении	Случай экстракорпорального оплодотворения, в том числе	113 907,5	118 713,5	124 728,5	4,2	9,5
	для оказания федеральными медицинскими организациями	x	x	124 728,5	x	x
	для оказания медицинскими организациями, за исключением федеральных	x	x	124 728,5	x	x

ровании территориальных программ государственных гарантий, свидетельствует о дальнейшем расширении федерального нормативного регулирования объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения для субъектов РФ в 2020–2021 гг.

Установление средних нормативов объема и финансовых затрат по тестированию на выявление COVID-19, конечно, является необходимым дополнением в перечне указанных средних нормативов, так же как увеличение объемных и финансовых нормативов почти по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, на фоне резкого повышения заболеваемости населения и принятия неотложных мер по укреплению системы здравоохранения в рамках противодействия распространению новой коронавирусной инфекции.

Однако, помимо этого, значительное расширение перечня средних нормативов объемов и финансовых затрат на оказание медицинской помощи при формировании территориальных программ государственных гарантий на 2021 г. было вызвано необходимостью реализации законодательных изменений ч. 3.2 ст. 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», с установлением средних нормативов объема и финансовых затрат на оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, для федеральных медицинских организаций.

Таким образом, при формировании субъектами РФ ТПГГ на 2021 г., перечень средних нормативов объемов и финансовых затрат на оказание медицинской помощи оказался значительно расширен по сравнению с 2019 г., более чем в 2 раза (до 79 нормативов).

Что касается других изменений, при формировании территориальных программ на 2020 и 2021 гг., обеспечиваемых за счет средств бюджетов субъектов РФ, на 7,6% были увеличены нормативы финансовых затрат по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, за исключением паллиативной медицин-

ской помощи в стационарных условиях, средний норматив финансовых затрат по которой был увеличен на 24,6%. Средние нормативы объемов предоставляемой медицинской помощи по указанному разделу территориальной программы остались в течение 2020–2021 гг. неизменными, кроме первичной паллиативной медицинской помощи. Средний норматив объема посещений при оказании паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому, увеличился в 2021 г. по сравнению с 2019 г. в 2,3 раза, а в условиях оказания указанной медицинской помощи выездными патронажными бригадами – в 5,2 раза.

При формировании территориальных программ, финансируемых за счет средств ОМС, помимо установления средних нормативов объемов и финансовых затрат, обеспечивающих распределение специализированной медицинской помощи, включая высокотехнологичную медицинскую помощь, между федеральными медицинскими организациями и остальными медицинскими организациями, участвующими в реализации программ государственных гарантий на территории соответствующего субъекта, а также, помимо установления новых нормативов для проведения тестирования на COVID-19, были существенно увеличены размеры всех финансовых нормативов при оказании различных видов медицинской помощи. По сравнению с 2019 г. в 2021 г. был обеспечен значительный прирост нормативов финансовых затрат при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, – на 17,3%, по посещениям с профилактическими и иными целями – на 20,6%, по комплексным посещениям для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, – на 83,9%, по посещениям в неотложной форме – на 11,7%, по обращениям по поводу заболевания, включая проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, – на 14,5%, по специализированной медицинской помощи в стационарных условиях – на

Таблица 5. Подушевые нормативы финансирования по программам государственных гарантий РФ в 2019–2021 г.

Источник финансового обеспечения	В расчете	Средний подушевой норматив финансирования, руб.			Прирост (+), уменьшение (-) норматива, %	
		2019	2020	2021	2020/ 2019	2021/ 2019
За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов	На 1 жителя	3488,6	3593,3	3726,3	3,0	6,8
За счет средств обязательного медицинского страхования, в том числе	На 1 застрахованное лицо	11 800,2	12 699,2	13 764,6	7,6	16,6
на оказание медицинской помощи федеральными медицинскими организациями	На 1 застрахованное лицо	×	×	686,0	×	×
на оказание медицинской помощи медицинскими организациями за исключением федеральных	На 1 застрахованное лицо	×	×	13 078,6	×	×

16,5%, в том числе по профилям «Онкология» – на 40,6% и «Медицинская реабилитация» – на 11,4%, по специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара – на 18,1%, в том числе по профилю «Онкология» на 9,5%.

Изменение в 2020–2021 гг. средних нормативов объемов и финансовых затрат по видам и условиям оказания медицинской помощи сопровождалось соответствующими изменениями средних подушевых нормативов финансирования территориальных программ, как за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, так и за счет средств ОМС. Средние подушевые нормативы финансирования по программам государственных гарантий 2019–2020 гг. (без учета средств федерального бюджета) представлены в табл. 5.

В 2020 и 2021 гг. размеры средних подушевых нормативов финансирования увеличились. Подушевой норматив финансирования по территориальным программам государственных гарантий за счет бюджетных ассигнований в 2021 г. составил 3726,3 руб., и увеличился к уровню 2019 г. на 6,8%. Подушевой норматив

финансирования по указанным территориальным программам за счет средств ОМС увеличился к 2021 г. – на 16,6% и составил 13 764,6 руб. При этом в 2021 г. в составе подушевого норматива финансирования по программам ОМС, с учетом ранее указанных законодательных изменений в ч. 3.2 ст. 35 Федерального закона 326-ФЗ, были выделены подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями и подушевой норматив на оказание медицинской помощи другими медицинскими организациями, принимающими участие в реализации территориальной программы государственных гарантий соответствующего субъекта РФ.

В целом суммарный размер среднего подушевого норматива финансирования территориальных программ государственных гарантий (без учета средств федерального бюджета) к 2021 г. по сравнению с 2019 г. увеличился на 14,4% и составил 17 490,9 руб.

Сводная стоимость утвержденных территориальных программ государственных гарантий субъектов РФ в 2019–2021 гг., общая динамика

Таблица 6. Динамика и структура финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ) в 2019– 2021 гг. по источникам финансирования расходов

Наименование показателей	Год реализации ТПГГ	Сводная стоимость территориальных программ	Средства консолидированных бюджетов	Средства обязательного медицинского страхования
Объемы финансового обеспечения, млрд руб.	2019	2909,0	763,3	2145,7
	2020	3138,2	837,2	2301,1
	2021	3261,4	874,6	2386,8
Прирост (+), уменьшение (-) объемов финансового обеспечения, %	2020/2019	7,9	9,7	7,2
	2021/2019	12,1	14,6	11,2
Структура финансового обеспечения ТПГГ по источникам, %	2019	100,0	26,2	73,8
	2020	100,0	26,7	73,3
	2021	100,0	26,8	73,2

Примечание. Здесь и в табл. 7–10: рассчитано автором на основе свода утвержденных ТПГГ субъектов РФ на 2019, 2020, 2021 гг. (включая соответствующие плановые периоды), опубликованных в открытом доступе на сайтах органов государственной власти субъектов РФ, органов управления здравоохранением субъектов РФ, на сайтах территориальных органов ОМС.

объемов финансового обеспечения и их структура по источникам финансирования расходов представлены в табл. 6.

Сводная стоимость территориальных программ государственных гарантий субъектов РФ в 2021 г. составила 3261,4 млрд руб. и увеличилась по сравнению с 2019 г. на 352,4 млрд руб., или на 12,1%. Однако большая часть этого прироста (7,9%) была обеспечена в 2020 г. В 2021 г. темпы прироста объемов финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий снизились: прирост сводной стоимости территориальных программ в 2021 г. по сравнению с 2020 г. составил только 3,9%.

В разрезе источников финансирования территориальных программ государственных гарантий изменение объемов финансового обеспечения характеризовалось той же тенденцией: общим приростом объемов финансового обеспечения в течение 2020–2021 гг. с замедлением темпов прироста в 2021 г.

Объемы финансового обеспечения территориальных программ за счет средств консолидированных бюджетов субъектов РФ возросли в 2021 г., по сравнению с 2019 г. – на 111,3 млрд руб., или на 14,6%, в том числе

за счет прироста объемов финансового обеспечения территориальных программ по указанному источнику в 2020 г. по отношению к 2019 г. – на 9,7%. Аналогично объемы финансового обеспечения территориальных программ за счет средств ОМС в 2021 г., по сравнению с 2019 г., возросли – на 241,2 млрд руб., или на 11,2%, в том числе за счет прироста объемов финансового обеспечения по указанному источнику в 2020 г. – на 7,2%.

В 2020 и 2021 гг. темпы прироста сводной стоимости территориальных программ государственных гарантий за счет средств консолидированных бюджетов субъектов РФ опережали аналогичные темпы прироста за счет средств ОМС. В итоге в 2021 г., несмотря на значительное превышение абсолютных размеров средств ОМС по сравнению со средствами консолидированных бюджетов субъектов РФ, в общем объеме финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий доля средств консолидированных бюджетов субъектов РФ увеличилась, составив 26,8%. Соответственно, доля средств ОМС в финансовом обеспечении территориальных программ государственных гарантий субъектов РФ к 2021 г. уменьшилась до 73,2%.

Таблица 7. Динамика объемов финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ) в 2019–2021 гг. по видам и условиям оказания медицинской помощи за счет средств соответствующих бюджетов

Показатель ТПГГ	Объем финансового обеспечения, тыс. руб.			Прирост (+), уменьшение (-) объемов финансового обеспечения, %	
	2019	2020	2021	2020/ 2019	2021/ 2019
Скорая медицинская помощь	19 348 207,4	20 394 184,1	22 741 530,2	5,4	17,5
Посещения с профилактической и иными целями	54 154 574,8	56 658 170,2	60 981 117,1	4,6	12,6
Обращения в связи с заболеваниями	35 275 590,3	37 798 331,3	40 342 685,4	7,2	14,4
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	186 922 088,3	194 931 192,3	207 832 747,8	4,3	11,2
Высокотехнологичная медицинская помощь	35 857 170,8	38 242 899,1	43 022 718,5	6,7	20,0
Медицинская помощь в условиях дневного стационара	9 737 000,5	10 231 456,1	10 462 721,0	5,1	7,5
Паллиативная медицинская помощь	27 078 127,1	39 468 212,4	28 774 574,0	45,8	6,3
Иные государственные работы и услуги	358 018 918,2	370 188 899,1	410 655 946,4	3,4	14,7
Приобретение медицинского оборудования	36 936 642,5	69 240 248,3	49 616 718,4	87,5	34,3
Всего	763 328 319,9	837 153 592,9	874 590 775,5	9,7	14,6

В 2020–2021 гг. за счет средств консолидированных бюджетов субъектов РФ был обеспечен прирост финансирования расходов по всем видам и условиям оказания медицинской помощи. В части средств ОМС прирост финансирования был обеспечен также по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, однако за исключением специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара по иным профилям, кроме профиля «Онкология».

Сводные объемы и структура финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий 2019–2021 гг. по видам и

условиям оказания медицинской помощи в разрезе его источников, а также по другим включаемым в территориальные программы расходам представлены в табл. 7 и 10.

Как уже отмечалось выше, финансовое обеспечение территориальных программ государственных гарантий за счет средств консолидированных бюджетов субъектов РФ характеризовалось приростом его объемов на 14,6% за 2019–2021 годы. Более высокими темпами прироста характеризовалось финансирование по таким направлениям данного раздела территориальных программ, как оказание скорой медицинской помощи – 17,5%, оказание высоко-

Таблица 8. Структура финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ) в 2019–2021 гг. по видам и условиям оказания медицинской помощи за счет средств соответствующих бюджетов

Показатель ТПГГ	Объем финансового обеспечения, тыс. руб.			Структура финансово- го обеспе- чения, %		Изме- нение струк- туры, %
	2019	2020	2021	2019	2021	2021/ 2019
Скорая медицинская помощь	19 348 207,4	20 394 184,1	22 741 530,2	2,5	2,6	0,1
Посещения с профилактической и иными целями	54 154 574,8	56 658 170,2	60 981 117,1	7,1	7,0	-0,1
Обращения в связи с заболеваниями	35 275 590,3	37 798 331,3	40 342 685,4	4,6	4,6	0,0
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	186 922 088,3	194 931 192,3	207 832 747,8	24,5	23,8	-0,7
Высокотехнологичная медицинская помощь	35 857 170,8	38 242 899,1	43 022 718,5	4,7	4,9	0,2
Медицинская помощь в условиях дневного стационара	9 737 000,5	10 231 456,1	10 462 721,0	1,3	1,2	-0,1
Паллиативная медицинская помощь	27 078 127,1	39 468 212,4	28 774 574,0	3,5	3,3	-0,3
Иные государственные работы и услуги	358 018 918,2	370 188 899,1	410 655 946,4	46,9	47,0	0,1
Приобретение медицинского оборудования	36 936 642,5	69 240 248,3	49 616 718,4	4,8	5,7	0,8
Всего	763 328 319,9	837 153 592,9	874 590 775,5	100,0	100,0	x

технологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, – 20%, иные государственные работы и услуги – 14,7%, приобретение медицинского оборудования – 34,3%. Несколько ниже среднего уровня был прирост объемов финансирования на посещения с профилактическими и иными целями – 12,6%, обращения в связи с заболеваниями – 14,4%, оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях – 11,2%.

Различия в динамике прироста объемов финансового обеспечения по видам и условиям оказания медицинской помощи обусловили соответствующие изменения его структуры.

По сравнению с 2019 г. в 2021 г. в общем объеме финансирования медицинской помощи за счет средств консолидированных бюджетов РФ увеличилась доля специализированной стационарной медицинской помощи на 0,7%, высокотехнологичной медицинской помощи – на 0,2%, расходов на иные государственные работы и услуги – на 0,1%, расходов на приобретение медицинского оборудования – на 0,8%. Одновременно снизилась доля расходов на посещения с профилактическими и иными целями, по обращениям в связи с заболеваниями, на медицинскую помощь в условиях дневного стационара и паллиативную медицинскую помощь.

Таблица 9. Динамика объемов финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ) в 2019–2021 гг. по видам и условиям оказания медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования

Показатель ТПГГ	Объем финансового обеспечения, тыс. руб.			Прирост (+) уменьшение (-) объемов финансового обеспечения, %	
	2019	2020	2021	2020/2019	2021/2019
Скорая медицинская помощь	130 252 088,5	131 567 714,5	146 514 781,1	1,0	12,5
Посещения с профилактической и иными целями	252 235 005,7	272 447 035,2	298 226 851,9	8,0	18,2
Посещения в неотложной форме	58 213 984,2	57 411 764,7	61 348 701,6	-1,4	5,4
Обращения в связи с заболеваниями	445 049 159,4	478 036 484,0	508 391 914,2	7,4	14,2
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях, в том числе	1 033 339 044,6	1 118 616 046,1	1 105 694 217,2	8,3	7,0
специализированная медицинская помощь в стационарных условиях по профилю «Онкология»	123 578 997,4	178 572 372,6	182 104 838,3	44,5	47,4
специализированная медицинская помощь в стационарных условиях по другим профилям	771 201 475,9	791 573 774,6	752 787 734,5	2,6	-2,4
высокотехнологичная медицинская помощь	114 584 151,9	117 599 253,7	140 327 869,7	2,6	22,5
медицинская реабилитация в стационарных условиях	23 974 419,4	30 870 645,2	30 473 774,7	28,8	27,1
Медицинская помощь в условиях дневного стационара, в том числе	204 231 559,4	218 731 712,5	241 558 574,3	7,1	18,3
медицинская помощь в условиях дневного стационара по профилю «Онкология»	76 644 056,0	96 924 592,5	114 563 669,5	26,5	49,5
медицинская помощь в условиях дневного стационара по другим профилям	127 587 503,4	121 807 120,0	126 994 904,8	-4,5	-0,5
Паллиативная медицинская помощь	1 507 487,4	2 033 166,9	2 289 909,8	34,9	51,9
Затраты на ведение дела страховых медицинских организаций	19 751 763,3	21 605 962,2	21 881 864,3	9,4	10,8
Всего	2 145 674 438,1	2 301 082 518,3	2 386 827 870,2	7,2	11,2

Таблица 10. Структура финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ) в 2019–2021 гг. по видам и условиям оказания медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования

Показатель ТПГГ	Объем финансового обеспечения, тыс. руб.				Структура финансового обеспечения, %		Изменение структуры, %
	2019	2020	2021		2019	2021	
Скорая медицинская помощь	130 252 088,5	131 567 714,5	146 514 781,1		6,1	6,1	0,1
Посещения с профилактической и иными целями	252 235 005,7	272 447 035,2	298 226 851,9		11,8	12,5	0,7
Посещения в неотложной форме	58 213 984,2	57 411 764,7	61 348 701,6		2,7	2,6	-0,1
Обращения в связи с заболеваниями	445 049 159,4	478 036 484,0	508 391 914,2		20,7	21,3	0,6
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях, в том числе	1 033 339 044,6	1 118 616 046,1	1 105 694 217,2		48,2	46,3	-1,8
специализированная медицинская помощь в стационарных условиях по профилю «Онкология»	123 578 997,4	178 572 372,6	182 104 838,3		5,8	7,6	1,9
специализированная медицинская помощь в стационарных условиях по другим профилям	771 201 475,9	791 573 774,6	752 787 734,5		35,9	31,5	-4,4
высокотехнологичная медицинская помощь	114 584 151,9	117 599 253,7	140 327 869,7		5,3	5,9	0,5
медицинская реабилитация в стационарных условиях	23 974 419,4	30 870 645,2	30 473 774,7		1,1	1,3	0,2
Медицинская помощь в условиях дневного стационара, в том числе	204 231 559,4	218 731 712,5	241 558 574,3		9,5	10,1	0,6
медицинская помощь в условиях дневного стационара по профилю «Онкология»	76 644 056,0	96 924 592,5	114 563 669,5		3,6	4,8	1,2
медицинская помощь в условиях дневного стационара по другим профилям	127 587 503,4	121 807 120,0	126 994 904,8		5,9	5,3	-0,6
Паллиативная медицинская помощь	1 507 487,4	2 033 166,9	2 289 909,8		0,1	0,1	0,0
Затраты на ведение дела страховых медицинских организаций	19 751 763,3	21 605 962,2	21 881 864,3		0,9	0,9	0,0
Всего	2 145 674 438,1	2 301 082 518,3	2 386 827 870,2		100,0	100,0	×

Динамика объемов финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий, финансируемых за счет средств ОМС, в 2019–2021 гг. как по объему средств, так и по структуре, также характеризовалась изменениями, но более значительными по сравнению с разделом территориальных программ, обеспечиваемым за счет средств консолидированных бюджетов субъектов РФ.

Финансовое обеспечение территориальных программ государственных гарантий за счет средств ОМС характеризовалось приростом его объемов в 2019–2021 гг. на 11,2%. Однако уровень этого показателя по расходам на оказание специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара по профилю «Онкология» был многократно выше. Прирост объемов финансового обеспечения оказания специализированной медицинской помощи по профилю «Онкология» в 2021 г. по сравнению с 2019 г. составил 47,4%, в условиях дневного стационара – 49,5%. В то же время, в целом, по специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, указанный прирост составил только 7%, а в условиях дневного стационара – 18,3%. Прирост объемов финансового обеспечения оказания скорой медицинской помощи составил 12,5%, посещений с профилактическими и иными целями – 18,2%, посещений в неотложной форме – 5,4%, обращений в связи с заболеваниями – 14,2%, высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, – 22,5%, медицинской реабилитации – 27,1%.

Различия в динамике прироста финансирования по видам и условиям оказания медицинской помощи, обеспечиваемой за счет средств ОМС в 2019–2021 гг., также обусловили изменение соответствующей структуры финансового обеспечения. В 2021 г. по сравнению с 2019 г. в общем объеме финансирования в наибольшей степени увеличилась доля специализированной медицинской помощи по профилю «Онкология» в стационарных условиях – на 1,9 % и в условиях дневного стационара – на 1,2%. При этом доля финансирования специализированной

медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара по иным профилям, кроме профиля «Онкология», уменьшилась на 4,4%.

В целом, в 2019–2021 гг. доля стационарной медицинской помощи в общем объеме финансового обеспечения медицинской помощи, финансируемой за счет средств ОМС, уменьшилась на 1,2%. Одновременно увеличилась доля финансового обеспечения оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях. И хотя доля финансового обеспечения посещений в неотложной форме за 2019–2021 гг. сократилась на 0,1%, по другим видам амбулаторной медицинской помощи она увеличилась. Доля финансового обеспечения посещений с профилактической и иной целями возросла на 0,7%, обращений в связи с заболеваниями – на 0,6%. Наконец, также за счет уменьшения доли финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, в 2019–2021 гг. увеличилась на 0,1% доля финансового обеспечения скорой медицинской помощи.

Выводы

В 2020–2021 гг., несмотря на шоковые воздействия внешней среды, обусловленные глобальной эпидемией новой коронавирусной инфекции, основные параметры финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи, предоставляемой на основе территориальных программ государственных гарантий, сложившиеся до начала пандемии, были сохранены и даже увеличены:

1. Сводная стоимость территориальных программ государственных гарантий субъектов РФ в 2021 г. по сравнению с 2019 г. увеличилась на 12,1% и составила 3261,4 млрд. руб.
2. За счет более высоких темпов прироста объемов финансового обеспечения из средств консолидированных бюджетов субъектов РФ, их доля в сводной стоимости территориальных программ государственных гарантий в 2021 г., по сравнению с 2019 г., увеличилась – на 0,6% и составила 26,8%.

3. Средние подушевые нормативы финансирования ТПГГ за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов в 2021 г. по сравнению с 2019 г. выросли на 6,8% – до 3726,3 руб., за счет средств ОМС – на 16,6%, до 13 764,6 руб.
4. Средние нормативы финансовых затрат по видам и условиям оказания медицинской помощи, финансируемой как за счет средств консолидированных бюджетов субъектов РФ, так и за счет средств ОМС, в 2020–2021 гг. увеличились в среднем на 9,8%.
5. При формировании ТПГГ за счет средств консолидированных бюджетов РФ на 2021 г. наиболее высокие темпы прироста, по сравнению с 2019 г., запланированы по скорой медицинской помощи – 17,5%, по обращениям в связи с заболеванием – 14,4, по высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, – 20%, на приобретение медицинского оборудования – 34,3%.
6. При формировании ТПГГ за счет средств ОМС на 2021 г. наиболее высокие темпы прироста финансирования, по сравнению с 2019 г., запланированы по скорой медицинской помощи – 12,5%, по посещениям с профилактической и иными целями – 18,2%, по специализированной медицинской помощи по профилю «Онкология», оказываемой в условиях круглосуточного стационара, – 47,4%, оказываемой в условиях дневного стационара – 49,5%, по высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, – 22,5%, по медицинской реабилитации в условиях круглосуточного стационара – 27,1%.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Альвианская Нелли Владиславовна (Nelli V. Alvianskaya) – кандидат экономических наук, заслуженный экономист РФ, руководитель аналитического центра Высшей школы организации и управления здравоохранением, Москва, Российская Федерация

E-mail: alvianskaya@vshouz.ru

<https://orcid.org/0000-0003-1472-9663>

ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства РФ от 10 декабря 2018 года № 1403 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов».

2. Постановление Правительства РФ от 07 декабря 2019 года № 1610 «О программе государственных

гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов».

3. Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2020 года № 2299 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и плановый период 2022 и 2023 годов».

REFERENCES

1. Decree of the Government of the Russian Federation of December 10, 2018 No. 1403 «On the program of state guarantees for free provision of medical care to citizens for 2019 and the planning period of 2020 and 2021».

2. Decree of the Government of the Russian Federation of December 7, 2019 No. 1610 «On the program of state

guarantees for free provision of medical care to citizens for 2020 and the planning period of 2021 and 2022».

3. Decree of the Government of the Russian Federation of December 28, 2020 No. 2299 «On the program of state guarantees for free provision of medical care to citizens for 2021 and the planning period of 2022 and 2023».

Динамика объемов потенциальных источников финансирования частных медицинских организаций с 2012 по 2019 г.

Петрачков И.В.¹,
Улумбекова Г.Э.^{1,2}

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

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

В статье проведен анализ динамики объемов государственных и личных (частных) расходов на здравоохранение в РФ с 2012 по 2019 г. В структуре этих расходов выделены статьи, которые потенциально являются доходными источниками оплаты медицинских услуг в частных медицинских организациях (МО): средства обязательного медицинского страхования (ОМС), направляемые в частные МО, и платные медицинские услуги (ПМУ). За этот же период проанализирована динамика выручки крупных частных МО.

Выявлено, что в РФ с 2012 по 2019 г. общий объем государственного финансирования на здравоохранение увеличился на 7% (с 2283 до 2439 млрд руб.) в постоянных ценах (2012 г. = 100%). При этом средства ОМС выросли на 49% (с 932 до 1391 млрд руб.) в постоянных ценах. Из них объем средств, направляемый в частные МО, вырос в 4,4 раза (с 12 до 53 млрд руб.). В 2019 г. эти средства составили 3,8% в общем объеме средств ОМС (83 от 2190 млрд руб.). Частные расходы на здравоохранение за этот период выросли на 28% (с 1008 до 1295 млрд руб.) в постоянных ценах, из них ПМУ – на 39% (с 334 до 465 млрд руб.).

Общий объем потенциальных источников финансирования частных МО с 2012 по 2019 г. вырос на 50% (с 346 до 519 млрд руб.) в постоянных ценах (2012 г. = 100%). В 2019 г. общий объем этих источников составил 806 млрд руб., из них 90% – доля ПМУ, 10% приходится на ОМС. За этот же период среднегодовой темп прироста выручки крупных частных МО (с объемом выручки более 900 млн руб. в год) составил от 4 до 29% в постоянных ценах.

Авторы делают следующие выводы. За период с 2012 по 2019 г. более высокий темп роста средств ОМС, направляемых в частные МО, по сравнению с темпом роста всех расходов по ОМС свидетельствует о том, что частные МО постепенно увеличивают свою долю в этом секторе рынка за счет государственных МО. Более высокий темп роста объемов ПМУ в целом на рынке, чем темп роста выручки крупных частных МО, говорит о том, что государственный сектор более активно увеличивает свою долю на этом рынке. Для того чтобы одновременно увеличить доступность медицинской помощи (т.е. ее объемы) и при этом сбалансировать интересы частных и государственных МО, необходимо поэтапно увеличивать государственное финансирование здравоохранения и направлять дополнительные средства в те МО, вне зависимости от формы собственности, которые будут оказывать медицинскую помощь необходимого профиля и качества. Для поэтапного устранения ПМУ из государственных МО также потребуется дополнительное финансирование, чтобы компенсировать им выпадающие доходы.

Ключевые слова:

частные (личные) расходы на здравоохранение, государственные расходы на здравоохранение, платные медицинские услуги, обязательное медицинское страхование, частные медицинские организации

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Научное руководство исследованием – Улумбекова Г.Э.; сбор и обобщение статистических материалов, интерпретация полученных результатов – Петрачков И.В.

Для цитирования: Петрачков И.В., Улумбекова Г.Э. Динамика объемов потенциальных источников финансирования частных медицинских организаций с 2012 по 2019 г. // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 1. С. 80–91. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-1-80-91>
Статья поступила в редакцию 03.02.2021. Принята в печать 03.03.2021.

Dynamics of volumes of potential sources of financing of private medical organizations from 2012 to 2019

*Petrachkov I.V.¹,
Ulumbekova G.E.^{1,2}*

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

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

The article analyzes the dynamics of the volume of public and personal (private) healthcare expenditures in the Russian Federation from 2012 to 2019. The structure of these expenditures includes items that are potentially profitable sources of payment for medical services in private medical organizations (MO): compulsory funds medical insurance (CMI) sent to private medical institutions,

and paid medical services (PMS). During the same period, the dynamics of revenue of large private medical organizations was analyzed.

It was revealed that in the Russian Federation from 2012 to 2019, the total amount of state funding for health care increased by 7% (from 2283 to 2439 billion rubles) in constant prices (2012 = 100%). At the same time, compulsory medical insurance funds grew by 49% (from 932 to 1391 billion rubles) in constant prices. Of these, the amount of funds channeled to private municipalities increased 4.4 times (from 12 to 53 billion rubles). In 2019, these funds accounted for 3.8% of the total amount of CMI funds (83 from 2190 billion rubles). Private spending on healthcare during this period increased by 28% (from 1008 to 1295 billion rubles) in constant prices, of which PMS – by 39% (from 334 to 465 billion rubles).

The total volume of potential sources of financing for private medical organizations from 2012 to 2019 increased by 50% (from 346 to 519 billion rubles) in constant prices (2012 = 100%). In 2019, the total volume of these sources amounted to 806 billion rubles, of which 90% is the share of PMS, 10% falls on the compulsory medical insurance. Over the same period, the average annual growth rate of revenue of large private medical organizations (with a revenue of more than 900 million rubles per year) ranged from 4 to 29% in constant prices.

The authors draw the following conclusions. For the period from 2012 to 2019, the higher growth rate of CMI funds allocated to private MOs compared to the growth rate of all CMI expenses indicates that private MOs are gradually increasing their share in this market sector at the expense of state MOs. The higher growth rate of PMS volumes in the market as a whole, than the growth rate of revenue of large private medical organizations, indicates that the public sector is more actively increasing its share in this market. In order to simultaneously increase the availability of medical care (i.e., its volume) and at the same time balance the interests of private and public health care providers, it is necessary to gradually increase public funding for health care and direct additional funds to those health care organizations, regardless of the form of ownership, which will provide medical care required profile and quality. For the phased elimination of PMS from state-owned MOs, additional funding will also be required to compensate them for lost income.

Keywords:

private (personal) health care expenditures, public health care expenditures, paid medical services, compulsory health insurance, private medical organizations

Funding. The study had no sponsor support.

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

Contribution. Scientific supervision of the research – Ulumbekova G.E.; collection and generalization of statistical materials, interpretation of the results obtained – Petrachkov I.V.

For citation: Petrachkov I.V., Ulumbekova G.E. Dynamics of volumes of potential sources of financing of private medical organizations from 2012 to 2019. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2021; 7 (1): 80–91. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-1-80-91> (in Russian)

Received 03.02.2021. **Accepted** 03.03.2021.

Проведен анализ динамики объемов государственных и личных (частных) расходов на здравоохранение в РФ с 2012 по 2019 г. Задача исследования – поиск ответов на следующие вопросы.

- 1) Насколько в период с 2012 по 2019 г. темп роста частных расходов на здравоохранение отличался от темпов роста государственных расходов?
- 2) Как в период с 2012 по 2019 г. менялась динамика потенциально доходных источников частных медицинских организаций (МО) [платные медицинские услуги (ПМУ) и средства обязательного медицинского страхования (ОМС), направляемые в частные МО]?
- 3) Как в период с 2012 по 2019 г. менялся темп прироста выручки крупнейших частных МО?

При анализе использованы следующие источники информации: база данных ЕМИСС; данные Федерального фонда обязательного медицинского страхования; данные ресурсов официальных сайтов частных медицинских организаций¹; консультационно-аудиторское товарищество «Авдеев и Ко»².

1. Анализ динамики объемов государственных и частных расходов на здравоохранение в период с 2012 по 2019 г.

Государственные расходы на здравоохранение складываются из федеральных и региональных налогов, которые собираются в федеральном бюджете и консолидированных бюджетах

субъектов РФ, а также взносов в систему ОМС [на работающее население 5,1% взносы в фонд оплаты труда (ФОТ) уплачивают работодатели, на неработающее население – взносы регионов], которые аккумулируются в Федеральном фонде ОМС [1, 5]. Все эти средства направляются преимущественно на финансирование медицинской помощи, оказываемой в государственных МО. Из средств ОМС небольшая часть также направляется в частные МО. В 2019 г. их доля составила **3,8%** всех средств ОМС (83 от 2190 млрд руб.).

Частные (личные) расходы на здравоохранение складываются из взносов населения и работодателей, уплачиваемых в систему добровольного медицинского страхования (далее – ДМС), а также личных средств населения, из которых оплачиваются медицинские и санаторно-курортные услуги, лекарственные средства и изделия медицинского назначения, используемые в амбулаторных условиях [2]. Объем услуг, оказанный по полисам ДМС, учитывается в составе ПМУ³ (приказ Росстата от 29.09.2017 № 643 «Об утверждении официальной статистической методологии формирования официальной статистической информации об объеме платных услуг населению в разрезе видов услуг»).

В таблице представлена динамика государственных и частных расходов на здравоохранение в РФ с 2012 по 2019 г. в текущих и постоянных ценах (2012 г. = 100%). Видно, что общий объем государственного финансирования на здравоохранение **вырос на 66%** (с 2283 до 3790 млрд руб.) в текущих ценах, однако в постоянных ценах (2012 г. = 100%) – только **на 7%** (с 2283 до 2439 млрд руб.). Из них средства ОМС **увеличились в 2,3 раза** (с 932 до 2190 млрд руб.)

¹ <https://medsi.ru/>, <http://www.mcclinics.ru/>, <https://www.emcmos.ru/>, <https://www.medicina.ru/>, <https://klinikabudzdorov.ru/>, <https://avapeter.ru/>, <https://newhospital.ru/>, <https://www.medswiss.ru/>, <https://familydoctor.ru/>, <https://www.smclinic.ru/>, <https://alfazdrav.ru/>, <https://ldc.ru/>, <https://www.sogaz-clinic.ru/>, <https://www.clinic23.ru/>, <https://semeynaya.ru/>

² <https://www.audit-it.ru/>

³ Платные медицинские услуги – предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»).

Динамика государственных и частных расходов на здравоохранение в РФ

Показатель	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2019/ 2012 гг., %
Государственные расходы на здравоохранение, всего ¹									
Государственные расходы на здравоохранение, всего (в текущих ценах), млрд руб.	2283	2318	2533	2861	3124	2821	3316	3790	+66
Государственные расходы на здравоохранение, всего (в ценах 2012 г.), млрд руб.	2283	2177	2137	2137	2214	1951	2199	2439	+7
Из них: расходы бюджета ФОМС ²									
Расходы бюджета ФОМС (в текущих ценах), млрд руб.	932	1049	1269	1639	1590	1655	1989	2190	+135
Расходы бюджета ФОМС (в ценах 2012 г.), млрд руб.	932	985	1069	1224	1126	1144	1318	1391	+49
Частные (личные) расходы на здравоохранение ³									
Частные расходы на здравоохранение (в текущих ценах), млрд руб.	1008	1161	1319	639	692	1766	1910	2012	+100
Частные расходы на здравоохранение (в ценах 2012 г.), млрд руб.	1008	1090	1113	477	491	1221	1267	1295	+28
Общий объем потенциальных источников финансирования частных МО (ОМС, платные медицинские услуги) ⁴									
Потенциальные источники финансирования (в текущих ценах), млрд руб.	346	438	506	570	624	689	750	806	+133
Потенциальные источники финансирования (в ценах 2012 г.), млрд руб.	346	411	427	426	442	476	497	519	+50
Из них: платные медицинские услуги (в том числе ДМС) ⁵									
Платные медицинские услуги (в текущих ценах), млрд руб.	334	416	474	528	572	627	678	723	+116
Платные медицинские услуги (в ценах 2012 г.), млрд руб.	334	391	400	394	405	434	450	465	+39
Средства ОМС ⁶									
Средства ОМС в частных МО (в текущих ценах), млрд руб.	12	22	32	42	52	62	72	83	+592
Средства ОМС в частных МО (в ценах 2012 г.), млрд руб.	12	21	27	31	37	43	48	53	+342

Примечание. Точные данные по показателям средств ОМС, направляемых в частные МО, в свободном доступе за 2013–2018 гг. отсутствуют, поэтому темп роста этих расходов с 2012 по 2019 г. был заложен нами равномерно по годам. ¹ Казначейство РФ. Расчет ВШОУЗ-КМК; ² Минфин РФ. Расчет ВШОУЗ-КМК; ³ Расчет ВШОУЗ-КМК; ⁴ Расчет ВШОУЗ-КМК; ⁵ Росстат. Расчет ВШОУЗ-КМК; ⁶ Расшифровка аббревиатур дана в тексте.



Рис. 1. Динамика объема государственных и частных (личных) расходов на здравоохранение в РФ с 2012 по 2019 г.

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

в текущих ценах, а в постоянных ценах – **на 49%** (с 932 до 1391 млрд руб.). Из них объем средств, направляемый в частные МО, **вырос в 4,4 раза** (с 12 до 53 млрд руб.) в постоянных ценах.

Частные расходы на здравоохранение за данный период **увеличились на 100%** (с 1008 до 2012 млрд руб.) в текущих ценах, однако в постоянных – только **на 28%** (с 1008 до 1295 млрд руб.). Из них ПМУ **выросли в 2,2 раза** (с 334 до 723 млрд руб.) в текущих ценах, тогда как в постоянных – **на 39%** (с 334 до 465 млрд руб.).

На рис. 1 представлен рассчитанный среднегодовой тем роста государственных и частных расходов на здравоохранение в постоянных ценах. Видно, что темп роста частных расходов был **в 4 раза выше**, чем государственных, – соответственно **4 и 1%**. Это говорит, что за данный период медленный рост реального финансирования бесплатной медицинской помощи вынудил население оплачивать ее из своего кармана. Так, с 2012 по 2018 г. государственные

расходы на здравоохранение в постоянных ценах вообще сократились **на 4%** (они выросли только в 2019 г.), численность практикующих врачей **уменьшились на 8%** и обеспеченность коечным фондом сократилась **на 15%** [1]. При этом реальные доходы населения в период с 2013 по 2018 гг. **снизились на 6,9%** (А.Г. Аганбегян⁴) [3]. Более того, в РФ в 2019 г. **более 50%** населения проживало на доходы **менее 27 тыс. руб. в месяц**, а количество бедных было **более 20 млн чел.**⁵. Все это существенно увеличило нагрузку на бюджеты российских семей.

2. Анализ динамики потенциально доходных источников частных медицинских организаций с 2012 по 2019 г.

Доходные источники по оплате медицинской помощи государственных и частных МО схема-

⁴ Аганбегян Абел Гезевич – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий завкафедрой экономической теории и политики Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ.

⁵ Росстат.

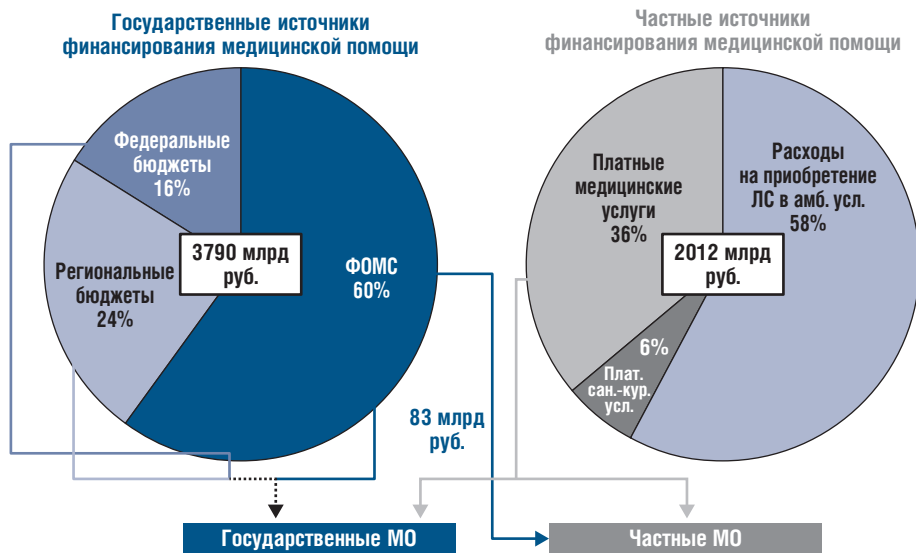


Рис. 2. Доходные источники государственных и частных медицинских организаций в РФ в 2019 г.

точно представлены на рис. 2. Отметим, что ПМУ могут оказываться как в частных, так и в государственных МО. При этом объемы внебюджетных услуг (поступлений в государственные МО

от ПМУ) в свободном доступе отсутствуют. Также не ведется сводного официального учета доходов всех частных МО.

Как показано в таблице, в РФ в 2019 г. общий объем потенциальных источников финансирования частных МО (оказанных за счет средств ПМУ и ОМС, направляемых в частные МО) составил **806 млрд руб.** Видно, что большую долю на этом рынке занимают ПМУ (90%) и ОМС в частных МО (10%) (рис. 3).

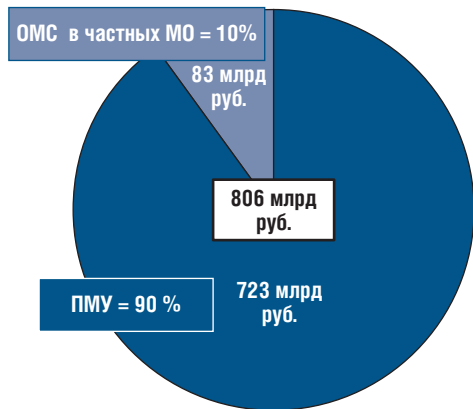


Рис. 3. Рынок платных медицинских услуг и обязательного медицинского страхования в частных медицинских организациях в РФ в 2019 г.

Динамика платных медицинских услуг

За период с 2012 по 2019 г. среднегодовой темп роста объема ПМУ в текущих ценах составил **12%**, тогда как в постоянных – всего **5%** (рис. 4).

Динамика рынка ДМС

Хотя выплаты по договорам ДМС⁶ учитываются в составе ПМУ, тем не менее мы решили показать отдельно, как менялась динамика этой статьи доходов МО. С 2012 по 2019 г. объем вы-

⁶ Добровольное медицинское страхование – вид личного страхования, которое осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования за счет средств работодателей и населения. В РФ в основном он представлен за счет работодателей, так как у населения нет денежных средств.

Объем платных медицинских услуг, млрд руб.



Источник: ЕМИСС. Расчет: ВШОУЗ-КМК.

Рис. 4. Динамика объемов платных медицинских услуг в РФ

плат по договорам ДМС вырос в **1,5 раза** в текущих ценах (с 82 до 126 млрд руб.). Однако в постоянных ценах (2012 г. = 100%) этот рынок остался практически на **прежнем уровне** (рис. 5). Среднегодовой темп роста за данный период составил **6%** в текущих ценах, а в постоянных ценах – **минус 0,4%**. Отсутствие роста рынка ДМС связано с низкой маржинальностью этого бизнеса (среднегодовой темп роста страховых премий в постоянных ценах составил **минус 1%**, среднегодовой темп роста выплат – **минус 2%**⁷), а также с отсутствием средств у населения, для того чтобы самостоятельно осуществлять страхование по ДМС.

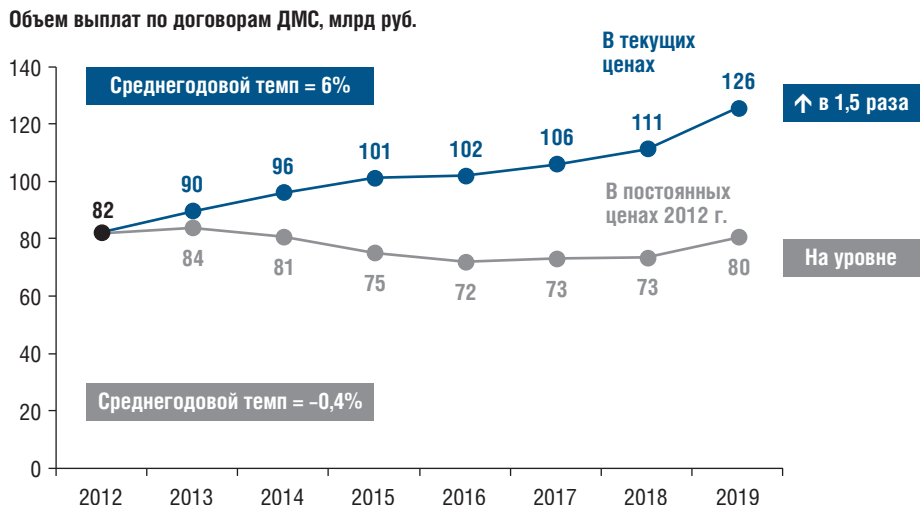
Средства ОМС, направляемые в частные МО

В настоящее время медицинскую помощь по программам ОМС могут осуществлять как государственные МО, так и частные (Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»). Согласно данным ФОМС, количество частных МО, работающих в системе ОМС, продолжает

динамично возрастать [4]. Так, с 2012 по 2018 г. количество медицинских организаций **выросло в 2,7 раза**, – с 1029⁸ до 2782⁹. А средства ОМС, направляемые в частные МО, за период с 2012 по 2019 г. выросли в **7 раз** в текущих ценах, в постоянных ценах – в **4,4 раза**. Среднегодовой темп роста в текущих ценах составил **32%**, в постоянных – **24%** (рис. 6).

Включение частных МО в систему ОМС, с одной стороны, привело к расширению возможности выбора медицинских организаций для населения, но, с другой стороны, в отсутствие дополнительного государственного финансирования здравоохранения (государственные средства на здравоохранение за период с 2012 по 2018 г. **сократились на 4%** в постоянных ценах) – к оттоку финансовых средств от государственных к частным МО. Соответственно реально доступность медицинской помощи не увеличилась, а произошло только перераспределение средств: за необходимые объемы помощи, не оплаченные государством, гражданам пришлось заплатить самостоятельно.

⁷ Росстат. Расчет ВШОУЗ-КМК.⁸ <https://iz.ru/610013/elina-khetagurova/tret-besplatnykh-uslug-okazyvaet-chastnyi-sektor>⁹ https://1prime.ru/state_regulation/20181204/829506248.html



Источник: ЕМИСС. Расчет: ВШОУЗ-КМК.

Рис. 5. Динамика объемов выплат по договорам добровольного медицинского страхования в РФ

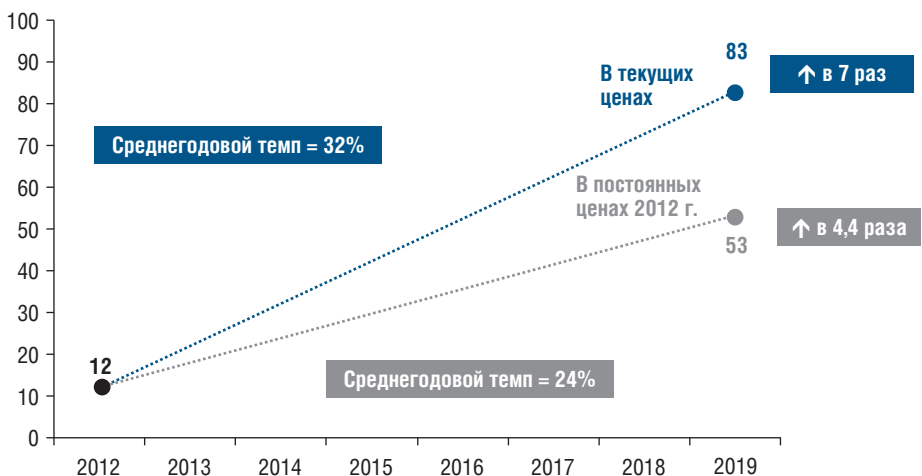
3. Динамика объема выручки частных медицинских организаций с 2012 по 2019 г.

Нами выбраны 15 крупных частных МО с выручкой (валовыми доходами) более 900 млн руб. в год. На рис. 7 видно, что лидерами по данному

показателю стали «Медси», «Мать и дитя», «Европейский медицинский центр» с годовой выручкой 17,9; 16,2 и 14,9 млрд руб. соответственно.

С 2012 по 2019 г. динамика прироста выручки частных МО составила с **4 до 29%**. В числе первых по данному показателю были клиники «Екатерининская», «Семейная» и «Европейский МЦ» (соответственно 29, 29 и 26%) (рис. 8).

Объемы финансирования частных МО по ОМС, млрд руб.



Источники: ЕМИСС. Расчет: ВШОУЗ-КМК.

Рис. 6. Динамика объемов обязательного медицинского страхования, направленных в частные медицинские организации

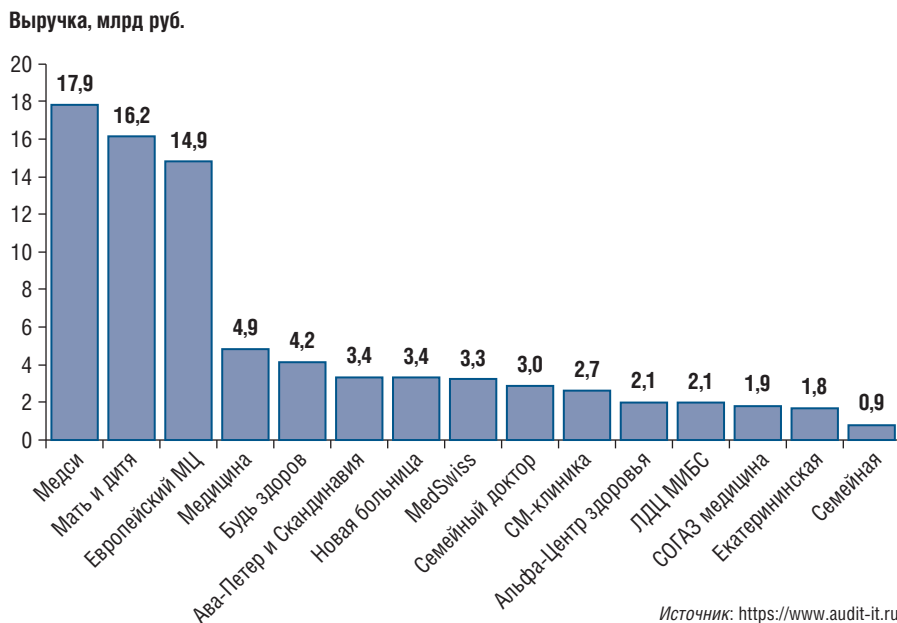


Рис. 7. Выручка крупных частных медицинских организаций за 2019 г. в РФ

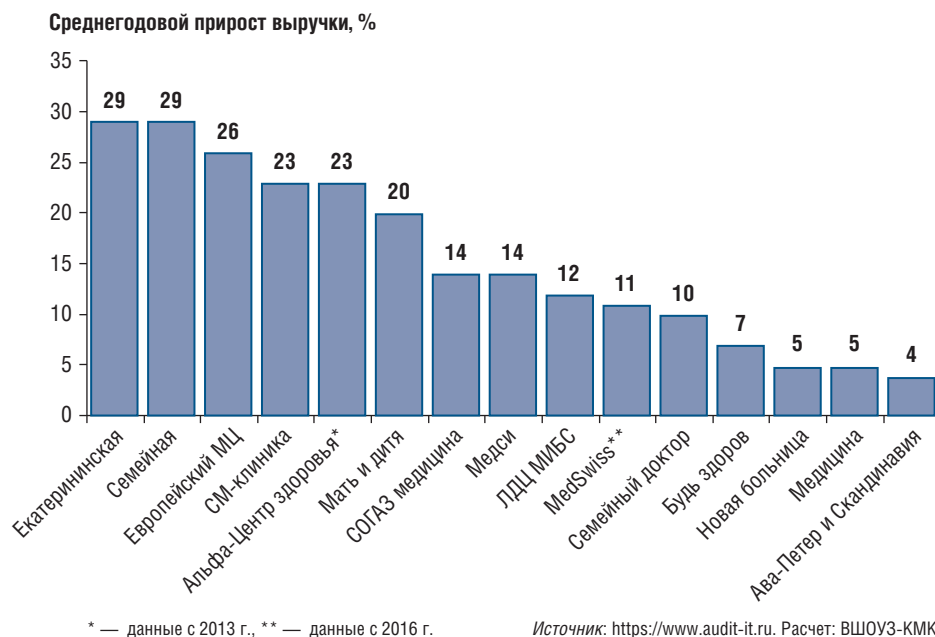


Рис. 8. Среднегодовой прирост выручки в крупных частных медицинских организаций за 2012–2019 гг.

Выводы

1. В период с 2012 по 2019 г. среднегодовой темп роста частных расходов на здравоохранение был **в 4 раза выше**, чем в государственном секторе (соответственно 4 и 1%). При этом в постоянных ценах государственные расходы с 2012 по 2018 г. вообще сократились **на 4%** и лишь в 2019 г. незначительно выросли. Это говорит о том, что сокращение реального финансирования бесплатной медицинской помощи вынудило население оплачивать ее из своего кармана. В ситуации снижения реальных доходов граждан за данный период это значительно увеличило нагрузку на бюджеты российских семей.
2. В период с 2012 по 2019 г. объем ПМУ **увеличился в 1,3 раза** в постоянных ценах (2012 г. = 100%), а ОМС, направленных в частные МО, – **в 4,4 раза**. Общий объем средств потенциальных источников финансирования частных МО в 2019 г. составил 806 млрд руб., из них ПМУ – **90%**.
3. За период с 2012 по 2019 г. более высокий темп роста средств ОМС, направляемых в частные МО (**в 4,4 раза**), по срав-

нению с темпом роста всех расходов по ОМС **(+49%)** свидетельствует о том, что частные МО постепенно увеличивают свою долю в этом секторе рынка за счет государственных МО.

4. В период с 2012 по 2019 г. среднегодовой темп прироста выручки крупных частных МО (с объемом выручки более 900 млн руб. в год) составил **от 4 до 29%** в постоянных ценах, тогда как темп роста объемов ПМУ в целом на рынке – **39%**. Это говорит о том, что государственный сектор более активно увеличивает свою долю на этом рынке.
5. С целью увеличения доступности медицинской помощи для населения необходимо поэтапно увеличивать государственное финансирование здравоохранения и направлять дополнительные средства в те МО, которые будут оказывать медицинскую помощь необходимого профиля и качества вне зависимости от формы собственности. Для поэтапного устранения ПМУ из государственных МО также потребуется дополнительное финансирование, чтобы компенсировать им выпадающие доходы.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Петрачков Иван Валерьевич (Ivan V. Petrachkov) – ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского центра по анализу деятельности системы здравоохранения Высшей школы организации и управления здравоохранением, Москва, Российская Федерация

E-mail: 1923to@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4110-0430>

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

E-mail: vshouz@vshouz.ru

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019–2024 гг. 3-е изд. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 416 с.

2. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. 2-е изд. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 704 с.

3. Аганбегян А.Г. О преодолении стагнации, рецессии и достижении пятипроцентного роста // Экономическое возрождение России. 2019. № 2 (60). С. 17–24. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-preodolenii-stagnatsii-retsessii-i-dostizhenii-pyatiprotsentnogo-rosta>

4. Кравченко Е.В., Залилова З.А. Развитие рынка медицинских услуг в России на основе государственно-част-

ного партнерства // Российский электронный научный журнал. 2018. № 3. С. 105–114.

5. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В., Альвианская Н.В. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.). Факты и предложения // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 4. С. 4–19.

REFERENCES

1. Ulumbekova G.E. Healthcare of Russia. What to do. Status and offers: 2019–2024. 3rd ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2019: 416 p. (in Russian)

2. Ulumbekova G.E. Healthcare of Russia. What to do. 2nd ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2015: 704 p. (in Russian)

3. Aganbegyan A.G. On overcoming stagnation, recession and achieving five percent growth. Ekonomicheskoe vrozozhdenie Rossii [Economic Revival of Russia] 2019; 2 (60): 17–24. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-preodolenii-stagnatsii-retsessii-i-dostizhenii-pyatiprotsentnogo-rosta> (in Russian)

4. Kravchenko E.V., Zalilova Z.A. Development of the market of medical services in Russia on the basis of public-private partnership. Rossiyskiy elektronniy nauchniy zhurnal [Russian Electronic Scientific Journal]. 2018; (3): 105–14. (in Russian)

Ulumbekova G.E., Ginoyan A.B., Kalashnikova A.V., Alvianskaya N.V. Healthcare financing in Russia (2021–2024). Facts and suggestions. Vestnik VSHO UZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2019; 5 (4): 4–19. doi: 10.24411/2411-8621-2019-14001 (in Russian)

Всемирный день безопасности пациентов: повышение осведомленности граждан о вопросах качества и безопасности медицинской деятельности

Иванов И.В.^{1, 2},
Швабский О.Р.¹,
Минулин И.Б.¹,
Матыцин Н.О.^{2, 3},
Щеблыкина А.А.¹,
Таут Д.Ф.¹,
Мартовицкая А.Д.¹

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный институт качества» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, 109074, г. Москва, Российская Федерация

² Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», 117198, г. Москва, Российская Федерация

³ Федеральное медико-биологическое агентство России, 123182, г. Москва, Российская Федерация

Статья посвящена организации Всемирного дня безопасности пациентов в Российской Федерации. Основопологающей целью проведения мероприятий в рамках Всемирного дня безопасности является повышение осведомленности населения о проблеме обеспечения безопасности пациентов во всем мире, вовлечение общественности в улучшение качества и повышение безопасности оказания медицинской помощи. Всемирная организация здравоохранения в 2020 г. рассматривает проблему безопасности медицинских работников и пациентов комплексно. В рамках международной кампании в РФ при поддержке Министерства здравоохранения РФ и Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения второй год проводятся мероприятия, посвященные обеспечению безопасности пациентов на федеральном и региональном уровнях.

Ключевые слова:

безопасность пациентов, безопасность медицинских работников, медицинская помощь, культура безопасности в медицинской организации

Финансирование. Данная статья опубликована без финансовой поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Идея, подготовка и реализация первоначального проекта, концептуализация, просмотр и редактирование – Иванов И.В.; сбор данных, концептуализация, просмотр и редактирование, внесение необходимых правок – Швабский О.Р.; обработка и анализ полученных данных – Минулин И.Б.; подготовка и реализация первоначального проекта, внесение необходимых правок – Матыцин Н.О.; анализ зарубежной и отечественной литературы, сбор и обработка первичных данных, написание работы, подготовка и представление иллюстративной части работы – Щеблыкина А.А.; анализ зарубежной и отечественной литературы, подготовка описательной и аналитической частей работы – Таут Д.Ф., Мартовицкая А.Д.

Для цитирования: Иванов И.В., Швабский О.Р., Минулин И.Б., Матыцин Н.О., Щеблыкина А.А., Таут Д.Ф., Мартовицкая А.Д. Всемирный день безопасности пациентов: повышение осведомленности граждан о вопросах качества и безопасности медицинской деятельности // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 1. С. 92–100. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-1-92-100>

Статья поступила в редакцию 16.02.2021. Принята в печать 03.03.2021

World Patient Safety Day: raising awareness of citizens about the quality and safety of medical activity

*Ivanov I.V.^{1,2},
Shvabskiy O.R.¹,
Minulin I.B.¹,
Matytsin N.O.^{2,3},
Shcheblykina A.A.¹,
Taut D.F.¹,
Martovitskaya A.D.¹*

¹ National Quality Institute, 109074, Moscow, Russian Federation
² Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), 117198, Moscow, Russian Federation
³ Federal Medical and Biological Agency of Russia, 123182, Moscow, Russian Federation

The article is dedicated to the organization of World Patient Safety Day in the Russian Federation. The main purpose of the World Safety Day events is to raise public awareness of the problem of patient safety around the world, to increase public participation in improving the quality and safety of medical care. The World Health Organization considers the safety of health workers and patients in 2020 in a comprehensive manner. Within the framework of an international company, events dedicated to patient safety are being held in the Russian Federation for the second year at federal and regional levels with the support of the Ministry of Health of the Russian Federation and the Federal Service for Surveillance in Healthcare.

Keywords:

patient safety, safety of health care worker, health care, safety culture in a medical organization

Funding. This article was published without financial support.

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

Contribution. Idea, preparation and implementation of the initial project, conceptualization, review and editing – Ivanov I.V.; data collection, conceptualization, viewing and editing, making the necessary corrections – Shvabskiy O.R.; processing and analysis of the data obtained – Minulin I.B.; preparation and implementation of the initial project, making the necessary corrections – Matytsin N.O.; analysis of foreign and domestic literature, collection and processing of primary data, writing a work, preparation and presentation of the illustrative part of the work – Shcheblykina A.A.; analysis of foreign and domestic literature, preparation of descriptive and analytical parts of the work – Taut D.F., Martovitskaya A.D.

For citation: Ivanov I.V., Shvabskiy O.R., Minulin I.B., Matytsin N.O., Shcheblykina A.A., Taut D.F., Martovitskaya A.D. World patient safety day: raising awareness of citizens about the quality and safety of medical activity. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2021; 7 (1): 92–100. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-1-92-100> (in Russian)

Received 16.02.2021. Accepted 03.03.2021

Приоритетным направлением развития здравоохранения в мире является обеспечение безопасности пациентов. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в связи с нежелательными событиями, наступающими во время лечения, ежегодно умирают более 2,6 млн пациентов, особо высокому риску подвергаются пациенты в странах с низким и средним уровнем доходов в связи с небезопасным оказанием медицинской помощи [1]. Международные исследования показывают, что при оказании первичной и амбулаторной помощи вред причиняется 40% пациентов, однако в 8 из 10 случаев причинение вреда пациенту при оказании медицинской помощи можно предотвратить. Причинение вреда пациентам зачастую связано с ошибками медицинских работников. Наиболее критичными могут быть ошибки при постановке диагноза и назначении лекарственных препаратов [2].

Обеспечение максимального уровня безопасности здравоохранения – актуальная задача национального масштаба, для решения которой требуется объединение усилий всех заинтересованных сторон, включая государственные, ведомственные, общественные (в том числе пациентские) организации.

В мае 2019 г. на 72-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была принята резолюция WHA72.6 «Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов» [3] и учрежден Всемирный день безопасности пациентов. Мероприятия в рамках этого дня проводятся на регулярной основе.

Основопологающей целью проведения мероприятий, посвященных безопасности пациентов, является повышение осведомленности населения о проблеме обеспечения безопасности пациентов во всем мире, уровня участия общественности в улучшении качества и повышении безопасности оказания медицинской помощи.

Мероприятия в рамках Всемирного дня безопасности пациентов направлены на развитие открытости и прозрачности системы здравоохранения при участии всех заинтересованных сторон. Именно таким образом формируется культура безопасности в медицинской органи-

зации, подразумевающая создание условий, при которых особое значение придается ценностям и установкам, связанным с безопасностью, и при которых подобные ценности и установки разделяются и поддерживаются всеми членами коллектива медицинской организации [4].

В подготовке и проведении мероприятий, приуроченных ко Всемирному дню безопасности пациентов, активно принимали участие представители стран на всех континентах. С 2019 г. Российская Федерация участвует в глобальной кампании ВОЗ и ведет работу по повышению осведомленности пациентов о проблемах безопасности.

Проведение Всемирного дня безопасности пациентов в 2019 г.

План проведения мероприятий первого Всемирного дня безопасности пациентов на территории Российской Федерации был разработан Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения. В реализации плана мероприятий, посвященных Всемирному дню безопасности пациентов, принимали участие медицинские организации, высшие медицинские учебные заведения, средние специальные учебные заведения, а также центры медицинской профилактики, медицинской профилактики, медицинской аналитики и информационных технологий, пациентские организации, региональные отделения общественных организаций по защите прав пациентов.

Всего было проведено 9186 мероприятий. Из них особого внимания заслуживают брифинги и пресс-конференции, открытые лекции, интерактивные мастер-классы. Мероприятия проводились с участием руководителей территориальных органов Росздравнадзора, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, ведущих медицинских организаций. На мероприятиях Всемирного дня безопасности пациентов в 2019 г. в отдельных регионах была возможность ознакомиться с проблемами профилактики и лечения ряда заболеваний, научиться оказывать доврачебную помощь, получить информацию об опасности для здоровья самостоятельно, без на-

значения врача принимать лекарственные средства. Проведен всероссийский интерактивный опрос пациентов и медицинских работников. Для пациентов и медицинских работников были разработаны опросники по проблемам приема лекарственных препаратов, взаимодействия пациентов и медицинского персонала, информированности пациентов о планах и ходе лечения, случаев неблагоприятных событий при лечении.

Всего в мероприятиях в 2019 г. участие приняли более 40,5 тыс. человек (по данным, полученным от территориальных органов Росздравнадзора), результаты Всемирного дня безопасности пациентов широко освещались в средствах массовой информации.

Проведение Всемирного дня безопасности пациентов в 2020 г.

Актуальные проблемы в сфере здравоохранения, в том числе масштабное распространение вирусных и инфекционных заболеваний, пандемия новой коронавирусной инфекции вызвали заинтересованность со стороны медицинского сообщества обеспечением безопасности медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности.

ВОЗ в 2020 г. активно призвала правительства стран и представителей органов управления здравоохранением принимать меры по устранению факторов, систематически представляющих угрозу для здоровья и безопасности медицинских работников и пациентов. ВОЗ была разработана Хартия о безопасности медицинских работников [5]. В Хартии освещены 5 действий, которые необходимы для обеспечения безопасности медицинских работников:

- защита медицинского персонала от насилия;
- укрепление их психического здоровья;
- защита их от источников физической и биологической опасности;
- реализация национальных программ в сфере безопасности медицинского персонала;
- рассмотрение безопасности медицинских работников и пациентов как единого комплекса [6].

По мнению ВОЗ, обеспечение безопасности пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи напрямую связано с безопасностью медицинских работников. Работа в стрессовых и некомфортных условиях, представляющих угрозу для жизни и здоровья медицинского персонала, таких как ограниченный доступ к средствам индивидуальной защиты, низкий уровень эпидемиологической безопасности, увеличенная продолжительность рабочих смен, повышают риски для медицинских работников: распространение инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, совершение медицинских ошибок, которые могут нанести вред и пациентам, и медицинским работникам [3].

В 2020 г. значительно увеличилось количество, уровень и масштаб проводимых мероприятий с участием как пациентов, так и медицинских работников. В мероприятиях Всемирного дня безопасности пациентов на территории Российской Федерации приняли участие представители всех 85 субъектов.

Информационная кампания

Для освещения плана предстоящих мероприятий, целей и актуальных проблем в преддверии Всемирного дня безопасности пациентов 11 сентября 2020 г. в Информационном телеграфном агентстве России (ИТАР-ТАСС) была проведена пресс-конференция с участием директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации Каракулиной Е.В., координатора неинфекционных заболеваний офиса ВОЗ в Российской Федерации Юрасовой Е.Д., руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Самойловой А.В., президента Российской ассоциации медицинских сестер Саркисовой В.А., сопредседателя Всероссийского союза общественных объединений пациентов Жулёва Ю.А., генерального директора ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора Иванова И.В. (рис. 1).

Для оказания методической поддержки субъектам Российской Федерации при организации в проведении мероприятий в рам-



Рис. 1. Пресс-конференция 11 сентября 2020 г. в Информационном телеграфном агентстве России (ИТАР-ТАСС)

ках Всемирного дня безопасности пациентов с 10 августа 2020 г. на постоянной основе начал свою работу контакт-центр на базе ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора. Информацию о предстоящих мероприятиях в каждом субъекте и необходимые методические материалы можно было получить, воспользовавшись интерактивной картой Всемирного дня безопасности пациентов в Российской Федерации.

В специально созданных разделах на сайтах территориальных органов Росздравнадзора и органов управления в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, а также в социальных сетях и мессенджерах различных медицинских, образовательных, общественных организаций распространялись тематические информационные материалы: видеообращения министра здравоохранения Российской Федерации М.А. Мурашко и руководителя Росздравнадзора А.В. Самойловой, письма, тематические плакаты и буклеты, информационные презентации для медицинских работников и пациентов. Методические материалы помогали пациентам и медицинским работникам ближе познакомиться с проблемами обеспечения безопасности при оказании медицинской помощи, международными статистическими данными по частоте возникновения нежелательных событий, причинами их возникновения, а также с информацией об особенностях приема лекарственных препаратов, их взаимодействии с организмом пациента и рекомендациями по пре-

дотвращению возможных рисков. Материалы для медицинских работников содержали информацию о наиболее высокорискованных направлениях медицинской деятельности и инструментах предотвращения данных рисков. Для пациентов были подготовлены отдельные материалы, в которых излагалась информация о повышении уровня доверия и взаимодействия пациентов и членов их семей с персоналом медицинской организации при оказании помощи. Информационные материалы были доступны для изучения в электронном и печатном виде, содержали сведения о мероприятиях Всемирного дня безопасности пациентов в различных регионах Российской Федерации (ссылки на социальные сети, QR-коды, доступ для скачивания на сайте nqi-russia.ru, контактные данные).

В рамках мероприятий, посвященных Всемирному дню безопасности пациентов, министр здравоохранения Российской Федерации М.А. Мурашко прочитал лекцию для студентов и ординаторов ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (рис. 2). Он рассказал будущим врачам об основах обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в России. Также в ходе выступления были освещены вопросы лицензирования, кадрового обеспечения, управления ресурсами и стандартизации.

Всероссийская олимпиада по безопасности в здравоохранении

17 сентября 2020 г. впервые состоялась Всероссийская олимпиада по безопасности в здравоохранении для медицинских работников, которая проводилась в дистанционном формате.

Всероссийская олимпиада по безопасности в здравоохранении состояла из 30 вопросов разной степени сложности с выбором правильного варианта ответа, на которые требовалось ответить в течение 45 мин. Вопросы были составлены по тематикам качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях. Всего в олимпиаде принял участие 13 071 медицинский работник из 80 субъектов Российской Федерации. Максимальное количество баллов (100 баллов) набрал 91 участник олимпиады.

По результатам анализа ответов участников наибольшее количество ошибок было сделано при ответах на вопросы:

- о показателях оценки процесса оказания помощи в медицинской организации;
- об определении доли предотвратимых нежелательных событий при осуществлении медицинской деятельности;
- о наиболее распространенных нежелательных событиях при осуществлении медицинской деятельности в стационарных условиях;
- о критериях оценки качества медицинской помощи;
- об информированном добровольном согласии пациента и предоставлении информации медицинским работником.

Наибольшее количество правильных ответов было дано на вопросы, определяющие знание медицинских специализированных терминов.

Интерактивный опрос пациентов и медицинских работников

В 2020 г. была продолжена практика проведения интерактивных опросов пациентов и медицинских работников. Интерактивный опрос проводился с 9 по 21 сентября и представлял собой ряд вопросов, направленных на изучение мнения граждан по вопросам качества и безопасности медицинской деятельности. В интерактивном опросе приняли участие более 53 тыс. человек, из них более 13 тыс. пациентов и 40 тыс. медицинских работников. Анализ ответов медицинских работников в ходе интерактивного опроса позволил сделать ряд выводов, необходимых для дальнейшего развития системы здравоохранения, а также для улучшения схемы взаимодействия медицинских работников и пациентов при оказании медицинской помощи.

По результатам опроса медицинских работников можно сделать вывод о наличии барьера в общении между пациентами и медицинским персоналом. Также было выявлено, что медицинские работники не рассматривают пациента как полноправного партнера, с которым возможно конструктивное обсуждение процесса лечения



Рис. 2. Открытая лекция для студентов и ординаторов ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

и совместное принятие клинических решений. При этом медицинские работники отмечают, что в большинстве случаев предоставляют пациентам информацию о лечении в полном объеме, но нет уверенности в том, что пациенты верно воспринимают предоставленную информацию.

Неблагоприятные события медицинские работники связывают с организационными проблемами, а именно с неэффективным управлением медицинской организацией, неблагоприятными условиями труда. Отдельно следует отметить существующие барьеры между медицинским персоналом и управленческим звеном в медицинских организациях. Четверть респондентов ответили, что не могут проявить инициативу, донести свои предложения по развитию и совершенствованию деятельности медицинской организации в связи с отсутствием подобной возможности и интереса со стороны руководства.

Однако отмечается общий достаточный уровень осведомленности медицинских работников в вопросах учета и анализа нежелательных событий, идентификации пациентов. Это может быть связано с осознанием необходимости внедрения системы управления качеством, изменениями нормативного правового регулирования вопросов контроля качества и безопасности медицинской деятельности (приказ Минздрава

России № 381н от 07.06.2019), а также сложными условиями работы системы здравоохранения во время пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Ответы пациентов указывают на то, что, несмотря на высокие достижения в медицине, возможны осложнения при лечении. Большинство опрошенных пациентов не сталкивались с осложнениями после операций. Вероятность возникновения осложнений пациенты в основном связывают с наличием рисков в медицине. Как показал опрос, медицинские работники не всегда предоставляют пациентам и их семьям подробную и понятную информацию о ходе лечения и возможных рисках осложнений. Пациенты указали, что нуждаются в более детальной и понятной информации о возможных осложнениях.

Мероприятия в субъектах Российской Федерации

В каждом регионе в мероприятиях, посвященных Всемирному дню безопасности пациентов, принимали участие медицинские организации, высшие и средние специальные учебные заведения, Центры медицинской профилактики, медицинской аналитики и информационных технологий; пациентские организации; региональные отделения общественных организаций по защите прав пациентов.

По информации, предоставленной территориальными органами Росздравнадзора, в субъектах Российской Федерации проводились лекции, вебинары, онлайн-беседы, конференции, мастер-классы. Мероприятия в связи со сложной эпидемиологической стране проводились преимущественно в дистанционном формате.

Информация о мероприятиях размещена на сайтах региональных органов управления здравоохранением.

Так, Министерством здравоохранения Республики Бурятия, Бурятской республиканской организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации и Медицинской палатой Республики Бурятия в рамках Всемирного дня безопасности был организован конкурс видеороликов «День безопасности

пациента – 2020» среди сотрудников медицинских организаций республики. Конкурс был организован по 3 номинациям:

- «Эпидемиологическая безопасность»;
- «Профилактика пролежней и падений»;
- «Лекарственная безопасность и хранение лекарственных средств».

Проводились интерактивные лекции о безопасности пациентов и медицинского персонала в период пандемии COVID-19. В условиях пандемии данная тема заслуживала особого внимания при организации мероприятий как на уровне отдельных медицинских организаций, так и в региональном масштабе.

Среди наиболее активных регионов следует отметить Свердловскую область, где во всех муниципальных образованиях были проведены мероприятия разных форматов для различных целевых групп. Для участников мероприятий младше 18 лет проводились виртуальные уроки здоровья. Были организованы беседы для заинтересованных групп по качеству и безопасности медицинской помощи и лекарственной безопасности. Пациенты приняли участие в специализированных мастер-классах. Для медицинских работников были организованы специализированные лекции: по использованию средств индивидуальной защиты, лекарственной безопасности и безопасному использованию медицинских изделий, профилактике заболеваний.

Стоит отметить, что эффективной организации и проведению мероприятий способствовало подробное заблаговременное планирование мероприятий в соответствии с актуальными целями Всемирного дня безопасности пациентов в 2020 г.

Заключение

Проведенные в 2019 и 2020 гг. мероприятия, рост количества участников показали высокую заинтересованность медицинского и пациентского сообщества в вопросах обеспечения безопасности пациентов и медицинских работников на всех этапах оказания медицинской помощи. ФГБУ «Национальный институт качества» Рос-

здравнадзора при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, региональных органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и других заинтересованных участников запланированы и проведены мероприятия, направленные на повышение уровня вовлеченности медицинских работников и пациентов при решении проблем обеспечения безопасности во время осуществления медицинской деятельности.

Вопросы взаимодействия медицинских работников и пациентов требуют более углублен-

ного изучения. Необходимо вовлекать пациентов, обсуждая вопросы диагностики и лечения и принимая совместные решения, учитывающие их интересы.

В 2021 г. планируется разработка полномасштабной информационной кампании, учитывающей последние технологические возможности и вызовы, стоящие перед мировым и отечественным здравоохранением. Результаты Всероссийской олимпиады по безопасности в здравоохранении и проведенного интерактивного опроса пациентов и медицинских работников будут использованы при формировании тематик и форматов проведения будущих мероприятий.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Иванов Игорь Владимирович (Igor V. Ivanov) – кандидат медицинских наук, генеральный директор ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, заведующий кафедрой инновационных технологий управления здравоохранением факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института ФГАОУ ВО РUDН, Москва, Российская Федерация
E-mail: ivi1976@bk.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0971-853X>

Швабский Олег Рудольфович (Oleg R. Shvabsky) – заместитель генерального директора ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, Москва, Российская Федерация
E-mail: shvabo@yandex.ru

Минулин Ильдaр Булатович (Ildar B. Minulin) – начальник отдела управления качеством и оценки медицинской деятельности ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, Москва, Российская Федерация
E-mail: ibminulin@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-2617-6410>

Матыцин Никита Олегович (Nikita O. Matytsin) – кандидат медицинских наук, заместитель начальника Управления медицинского обеспечения конверсионных и экстремальных работ и службы крови ФМБА России, доцент кафедры инновационных технологий управления здравоохранением факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института ФГАОУ ВО РUDН, Москва, Российская Федерация
E-mail: n.matytsin@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-1255-1128>

Щеблыкина Александра Андреевна (Aleksandra A. Shcheblykina) – эксперт отдела управления качеством и оценки медицинской деятельности ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, Москва, Российская Федерация
E-mail: a.shchebl@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-5405-3138>

Таут Дильяра Фаязовна (Dilyara F. Taut) – заместитель начальника отдела управления качеством и оценки медицинской деятельности ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, Москва, Российская Федерация
E-mail: dylya80@yandex.ru
<https://orcid.org/0000-0002-5405-3138>

Мартовицкая Анастасия Дмитриевна (Anastasia D. Martovitskaya) – специалист отдела управления качеством и оценки медицинской деятельности ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора, Москва, Российская Федерация
E-mail: anastas.mart.dm@gmail.com

ЛИТЕРАТУРА

1. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington, DC : The National Academies Press, 2018. URL: <https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide> (date of access July 26, 2019)
2. Slawomirski L., Auraaen A., Klazinga N. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind. Paris : OECD, 2018 URL: <http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf> (date of access July 23, 2019)
3. Резолюция WHA72.6 «Глобальные действия по обеспечению безопасности пациентов» [Электронный ресурс]. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-ru.pdf?ua=1 (дата обращения: 19.11.2020)
4. Workplace Health and Safety Queensland. Understanding safety culture. Brisbane : The State of Queensland, 2013. URL: https://www.worksafe.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0004/82705/understanding-safety-culture.pdf (date of access July 26, 2019)
5. Health worker safety: a priority for patient safety // Charter. World Patient Safety Day, 17 September 2020 [Electronic resource]. URL: https://www.who.int/docs/default-source/world-patient-safety-day/health-worker-safety-charter-wpsd-17-september-2020-3-1.pdf?sfvrsn=2cb6752d_2 (date of access November 25, 2020)
6. ВОЗ: для обеспечения безопасности пациентов необходимо обеспечить безопасность медицинского персонала. Всемирная организация здравоохранения [Официальный сайт]. URL: <https://www.who.int/ru/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who> (дата обращения: 20.11.2020)

REFERENCES

1. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington, DC: The National Academies Press, 2018. URL: <https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide> (date of access July 26, 2019)
2. Slawomirski L., Auraaen A., Klazinga N. The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind. Paris: OECD, 2018 URL: <http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf> (date of access July 23, 2019)
3. Resolution WHA72.6 Global action on patient safety. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-ru.pdf?ua=1 (date of access November 19, 2020) (in Russian)
4. Workplace Health and Safety Queensland. Understanding safety culture. Brisbane: The State of Queensland, 2013. URL: https://www.worksafe.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0004/82705/understanding-safety-culture.pdf (date of access July 26, 2019)
5. Health worker safety: a priority for patient safety. In: Charter. World Patient Safety Day, 17 September 2020 [Electronic resource]. URL: https://www.who.int/docs/default-source/world-patient-safety-day/health-worker-safety-charter-wpsd-17-september-2020-3-1.pdf?sfvrsn=2cb6752d_2 (date of access November 25, 2020)
6. WHO: to provide patient safety it is necessary to secure the safety of medical personnel. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/ru/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who> (date of access November 20, 2020) (in Russian)

Организация расширения двигательного режима пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой на основании оценки толерантности к физической нагрузке в категориях Международной классификации функционалирования

Новоселова И.Н.,
Понина И.В.,
Мачалов В.А.,
Валиуллина С.А.

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Научно-исследовательский институт
неотложной детской хирургии и травматологии»
Департамента здравоохранения города Москвы,
119180, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность организации расширения двигательного режима детей с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ) обусловлена отсутствием четких критериев, обосновывающих выбор объема, интенсивности и режима двигательной нагрузки при составлении программы комплексной реабилитации на I этапе.

Цель – исследовать ответ функциональных систем на пассивную работу и определить оценочные критерии к расширению физической нагрузки, применимые в общеклинической практике. На основании оценки толерантности к физической нагрузке в категориях Международной классификации функционирования (МКФ) организовать расширение двигательного режима у детей с ПСМТ на раннем этапе реабилитации.

Материал и методы. В исследование был включен 61 ребенок в возрасте от 8 до 18 лет с изолированной ПСМТ ниже уровня C_5 , поступивший в НИИ НДХиТ в 2018–2020 гг. для проведения курса ранней реабилитации. Все пациенты участвовали в 25-дневной программе двигательной реабилитации. Перед составлением программы всем детям проводили тестирование толерантности к физической нагрузке методом эргоспирометрии. Общую физическую выносливость (b4550 по МКФ) оценивали с помощью 4-ступенчатого теста с повышением физической нагрузки, аэробный резерв (b4551) определяли при проведении кардиореспираторного тестирования на основании пикового потребления O_2 (пик VO_2)

и достижения анаэробного порога, утомляемость (b4552) оценивали по показателям респираторного эквивалента (RQ) в покое и по динамике величины пик VO_2 при повторном тестировании.

Результаты и обсуждение. По результатам тестирования со ступенчатым возрастанием физической нагрузки все дети были разделены на 3 группы по уровню прохождения теста. Лишь 24 (39,3%) ребенка прошли 4-ступенчатый тест при первичном тестировании. На основании полученных результатов тестирования составляли индивидуальные программы двигательной реабилитации с учетом персональных возможностей пациента. При повторном проведении тестирования 54 (94%) ребенка прошли тест с 4-ступенчатым повышением нагрузки. Оценка аэробного резерва к концу курса реабилитации показала повышение пик VO_2 на 51%, что свидетельствует о повышении толерантности к физической нагрузке вследствие адекватно организованной программы двигательной реабилитации.

Заключение. Адекватно составленная программа двигательной реабилитации на основании результатов тестирования общей физической выносливости, аэробного резерва и утомляемости позволяет увеличить толерантность к физической нагрузке и грамотно организовать двигательный режим пациента с ПСМТ.

Ключевые слова:

позвоночно-спинномозговая травма, дети, двигательная реабилитация, толерантность к физической нагрузке, эргоспирометрия, кардиореспираторное тестирование, общая физическая выносливость, аэробный резерв, утомляемость

Финансирование. Данное исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Концепция и дизайн, анализ полученных данных, написание текста, редактирование – Новоселова И.Н.; проведение исследования, предоставление и анализ полученных данных – Понина И.В.; проведение исследования, занятий ЛФК, анализ полученных данных – Мачалов В.А.; редактирование, утверждение окончательного варианта статьи – Валиуллина С.А.

Для цитирования: Новоселова И.Н., Понина И.В., Мачалов В.А., Валиуллина С.А. Организация расширения двигательного режима пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой на основании оценки толерантности к физической нагрузке в категориях Международной классификации функционирования // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 1. С. 101–111. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-1-101-111>

Статья поступила 20.12.2020. **Принята в печать** 05.02.2021.

Development of extended motor regime in patients with spinal cord injury based on the tolerance parameter to physical load in categories of the International classification of functioning

*Novoselova I.N., Ponina I.V.,
Machalov V.A., Valiullina S.A.*

Clinical and Research Institute
of Emergency Pediatric Surgery and Trauma,
119180, Moscow, Russian Federation

Background. To organize an extended motor regime for children with spinal cord injury (SCI) is an actual task because of the lack of clear criteria justifying the choice

of volume, intensity and regime of motor loading when developing a comprehensive program for rehabilitation at Stage I.

Aim – to study the response of functional systems to passive work and to define assessment criteria for extended physical activity which are applicable in clinical practice. To use the defined tolerance criteria in ICF categories for extending the motor regime in children with SCI at an early rehabilitation stage.

Material and methods. 61 children, aged 8–18, with isolated SCI below level C₅ who were admitted to the Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST) in 2018–2020 had a course of early rehabilitation. All patients were taken into a 25-day motor rehabilitation program. Before enrolling into the study, all children were tested for physical tolerance with the ergospirometry technique. A total physical tolerance (b4550 by ICF) was assessed with a four-step test having an increasing physical load; aerobic reserve (b4551) was defined by cardiorespiratory testing with O₂ peak consumption (peak VO₂); anaerobic threshold, fatigue (b4552) were assessed at a repeated test with the respiratory equivalent (RQ) at rest and at dynamics based on VO₂ peak value.

Results and discussion. All children were divided into three groups depending on the results of their testing with stepped physical load increase. At the initial testing, only 24 (39.3%) children passed a four-step test. Given these findings and individual patient's potential, a personalized motor rehabilitation program was developed for each patient. At the repeated testing, 54 (94%) children passed the same test with a four-step load increase. Aerobic reserve at the end of rehabilitation course showed an increase of VO₂ peak by 51%. It clearly indicates an improved tolerance to physical loading due to a properly developed program of motor rehabilitation.

Conclusion. A properly developed program for motor rehabilitation which takes into account indexes of physical tolerance, aerobic reserve and fatigue can improve physical tolerance and can promote the developed of a proper program for motor regime in patients with SCI.

Keywords:

spinal cord injury, children, motor rehabilitation, tolerance to physical loading, ergospirometry, cardiorespiratory testing, total physical tolerance, aerobic reserve, fatigue

Funding. The study had no sponsor support.

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

Contribution. Concept and design, analysis of the data obtained, text writing, editing – Novoselova I.N.; research, provision and analysis of the data obtained – Ponina I.V.; research, exercise therapy classes, analysis of the data obtained – Machalov V.A.; editing, approval of the final version of the article – Valiullina S.A.

For citation: Novoselova I.N., Ponina I.V., Machalov V.A., Valiullina S.A. Development of extended motor regime in patients with spinal cord injury based on the tolerance parameter to physical load in categories of the International classification of functioning. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2021; 7 (1): 101–111. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2021-7-1-101-111> (in Russian)

Received 20.12.2020. **Accepted** 05.02.2021.

Несмотря на большое количество публикаций по восстановлению пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ),

не описано четких критериев с позиций доказательной медицины, обосновывающих выбор объема, интенсивности и режима двигательной

нагрузки при составлении программы комплексной реабилитации. Пациентам с травмой спинного мозга, как взрослым, так и детям, требуется специализированная медицинская помощь и длительная реабилитация. Для детей с ПСМТ, имеющих множество специфических и уникальных особенностей, связанных с незрелостью органов и систем организма, постоянным физическим ростом и развитием, это особенно актуально [1]. Реабилитация в остром, раннем и промежуточном периодах направлена на стимуляцию и усиление нейровосстановительных процессов, максимальное спонтанное восстановление утраченных функций, профилактику вторичных осложнений и создание оптимальных условий для дальнейшего роста и развития ребенка [2].

Существующие оценочные шкалы не позволяют провести системный анализ состояния здоровья пациента [3]. Для этого разработана универсальная Международная классификация функционирования, ограничения деятельности и здоровья (МКФ), применяемая для описания не только состояния здоровья, но и реабилитационного профиля пациента с помощью набора категорий здоровья и категорий, связанных со здоровьем, позволяющая судить об эффективности реабилитации по динамике основных категорий, являющихся единицами классификации [4].

Программа двигательной реабилитации пациента с ПСМТ составляется с учетом толерантности к физической нагрузке и переносимости тренировок на каждом этапе реабилитации. По рекомендации МКФ, толерантность к физической нагрузке оценивается по трем основным категориям: b4550 – общая физическая выносливость; b4551 – аэробный резерв; b4552 – утомляемость.

Общая физическая выносливость по праву считается одним из наиболее важных двигательных качеств человека и определяется как способность организма человека преодолевать наступающее утомление. Она в значительной мере определяет общую физическую работоспособность и является основной базой развития двигательных навыков. Постепенное увеличение объема и интенсивности занятий позволяет избежать перетренированности и утомления. Критерием расширения двигательной активности пациента служит повышение его физи-

ческой работоспособности в сравнении с предшествующим уровнем, одним из инструментов оценки физической работоспособности является нагрузочное тестирование [5].

Кардиореспираторное нагрузочное тестирование, или эргоспирометрия, дает возможность одновременно оценивать функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, одной из основных функций которых является газообмен между организмом и окружающей средой (аэробная работоспособность). Этот метод позволяет количественно оценить предел выполняемой нагрузки; определить адекватность функционирования различных составляющих в единстве легочного и клеточного газообмена. Исходя из того что любая физическая нагрузка требует адекватной реакции дыхательной и сердечно-сосудистой систем для поддержания метаболического ответа, необходимого для выполнения нагрузки, измерение газообмена является основополагающим фактором для понимания механизмов, лимитирующих работоспособность [6, 7]. Аэробный резерв, или пиковое поглощение кислорода (пик $\dot{V}O_2$), является маркером доставки и утилизации кислорода в организме. Анализ изменений этих показателей позволяет определить общую физическую работоспособность, аэробную и анаэробную производительность организма, анаэробный порог и другие параметры, позволяющие прогнозировать долгосрочную функциональную активность и разрабатывать рекомендации по коррекции тренировочных нагрузок. Частота сердечных сокращений (ЧСС) и потребление кислорода возрастают линейно по отношению к потребностям физической работы. Кроме того, отношение производства CO_2 к потреблению O_2 – коэффициент дыхательного обмена (RQ) превышает 1,0 при увеличении интенсивности работы и значительном увеличении энергии, получаемой в результате анаэробного метаболизма. При максимальной работоспособности $\dot{V}O_2$ достигает плато, а RQ принимает значения выше 1,1 – это и является косвенным показателем достижения максимальных аэробных возможностей испытуемого. У здоровых людей при увеличении физической нагрузки частота сердечных сокращений (ЧСС) увеличивается вследствие активации симпатической нервной системы и выброса адреналина и норадреналина.

Это приводит к увеличению ударного объема и сердечного выброса. У пациентов с ПСМТ выше Th_{1-4} вследствие нарушения симпатической иннервации возникают аритмии [8], поэтому достоверной корреляционной зависимости между увеличением ЧСС и достижением анаэробного порога у пациентов с ПСМТ не обнаружено, единственным методом определения порога анаэробного обмена (ПАНО) у них является кардиореспираторное нагрузочное тестирование [9–11].

Утомление – процесс временного снижения функциональных возможностей организма под влиянием интенсивной или длительной работы, проявляющийся ухудшением количественных и качественных показателей этой работы (снижением работоспособности), дискоординацией физиологических функций. Обычно утомление сопровождается ощущением усталости и характеризуется уменьшением силы и выносливости мышц, нарушением координации движений, увеличением энергозатрат для выполнения одной и той же работы, нарушением памяти, скорости переработки информации, сосредоточения и т.д. [12, 13].

В литературе встречаются единичные сообщения об исследованиях, посвященных проблеме своевременного выявления признаков перетренированности и утомления в детском возрасте, поскольку достаточно сложно оценить первые проявления этого состояния у ребенка [14]. Кардиореспираторное тестирование с определением $пикVO_2$ в динамике и дыхательного коэффициента позволяет своевременно выявить признаки формирования усталости [15].

Адекватная оценка острых реакций на физическую нагрузку и долгосрочных адаптаций к ней является ключом к пониманию того, какой эффект на общее состояние здоровья (положительный или отрицательный) будет иметь физическое вме-

шательство. «Золотым стандартом» для измерения физической подготовленности пациента является измерение $пикVO_2$ во время теста с максимальной нагрузкой в динамике. Уменьшение показателей $пикVO_2$ при повторном тестировании служит маркером снижения толерантности к физической нагрузке и, как следствие, показателем формирования синдрома усталости и перетренированности. Кроме того, для проведения кардиореспираторного тестирования требуется дорогостоящее оборудование и высококвалифицированный персонал, что не всегда доступно в современных условиях.

Цель – исследовать ответ функциональных систем на пассивную работу и определить оценочные критерии к расширению физической нагрузки, применяемые в общеклинической практике. На основании оценки толерантности к физической нагрузке в категориях МКФ организовать расширение двигательного режима у детей с ПСМТ на раннем этапе реабилитации.

Материал и методы

В исследование был включен 61 ребенок в возрасте от 8 до 18 лет с изолированной ПСМТ ниже уровня C_5 , поступивший в НИИ НДХ и Т в 2018–2020 гг. для проведения курса ранней реабилитации: 35 (57,4%) мальчиков и 26 (42,6%) девочек. Уровень и тяжесть поражения спинного мозга оценивал врач невролог-реабилитолог по шкале ASIA «Стандарт неврологической классификации травмы спинного мозга Американской ассоциации спинальной травмы» [16] (табл. 1).

Все пациенты участвовали в 25-дневной программе двигательной реабилитации. Исследование толерантности к физической нагрузке проводили дважды: перед назначением реабилитационных

Таблица 1. Характеристика пациентов по тяжести поражения спинного мозга (ASIA) и двигательному дефициту

Двигательный дефицит	Тяжесть поражения спинного мозга								Всего детей	
	А		В		С		D			
Тетраплегия (-парез)	12	19,7%	9	14,7%					21	34,4%
Параплегия (-парез)	23	37,7%	12	19,7%	3	4,9%	2	3,3%	40	65,6%
Всего	35	57,4%	21	34,4%	3	4,9%	2	3,3%	61	100%

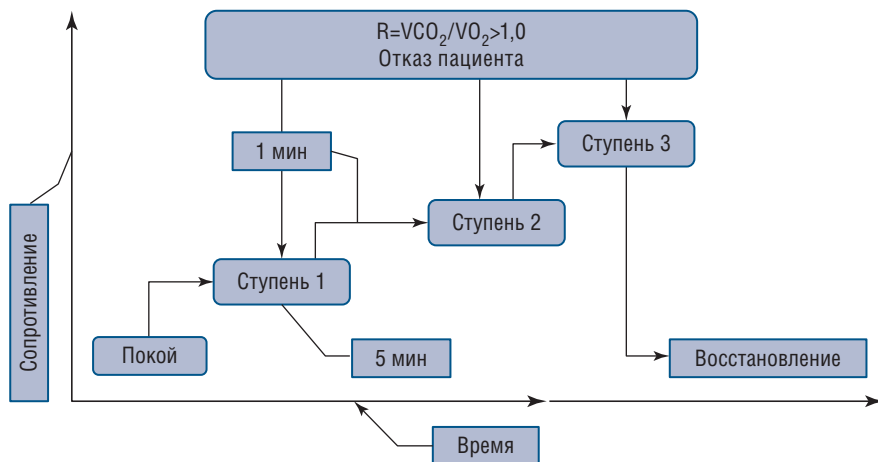


Рис. 1. Тестирование общей физической выносливости

мероприятий и перед выпиской пациента через 23 дня под контролем кардиореспираторного тестирования с использованием газоанализатора «Quark RMR CPET». В исследовании оценивали величину пикVO_2 в миллилитрах на килограмм в минуту и дыхательный коэффициент (RQ), ЧСС в покое, при достижении пикVO_2 и на фоне ступенчатого повышения нагрузки. Учитывая разный возраст пациентов, массу тела и физическую подготовку, для объективного анализа полученных данных мы использовали показатели потребления кислорода в миллилитрах на килограмм в минуту. Перед каждым исследованием, согласно инструкции производителя, проводили калибровку модуля.

Перед тестированием пациентов просили воздержаться от еды и питья чая или кофе в течение не менее 2 ч до исследования. Обязательным условием начала теста было опорожнение мочевого пузыря во избежание boosting-синдрома (от англ. *boosting* – повышение давления, стимулирование).

Тестирование общей физической выносливости проводилось с помощью теста с 4-ступенчатым увеличением нагрузки с использованием отягощения [5, 11]. Для проведения тестирования предлагались упражнения на верхние конечности: «на счет раз – согнуть руки в локтевых суставах ладонями к плечам, на счет два – разогнуть руки в локтевых и плечевых суставах перед грудью, на счет три – согнуть руки в плечевых и локтевых суставах ладонями к плечам, на счет четыре – разогнуть руки

в локтевых суставах и вернуться в исходное положение». Пациенту давалась словесная инструкция выбрать для себя комфортный темп выполнения упражнения. Во время выполнения первой ступени использовали утяжелители массой 0,5 кг, закрепленные на запястьях ребенка, затем каждую ступень отягощение увеличивали на 0,5 кг, вплоть до 2 кг на четвертой ступени. Выполнение каждой ступени нагрузочного тестирования длилось 4 мин, отдых между ступенями составлял 1 мин (рис. 1). Условием прекращения тестирования являлось достижение анаэробного порога (дыхательный коэффициент $RQ = \text{VCO}_2/\text{VO}_2 > 1,1$) и/или депрессия ЧСС при увеличении нагрузки либо отказ пациента от дальнейшей работы.

Определение аэробного резерва проводилось на основании определения пикV02. Пациенту предлагалось упражнение «сгибание и разгибание верхних конечностей в плечевых суставах» с максимально возможной для него скоростью (рис. 2) до достижения ПАНО или отказа пациента, во время проведения теста параллельно фиксировали изменения ЧСС.

Условием прекращения тестирования являлось достижение анаэробного порога (дыхательный коэффициент $RQ = VCO_2 / \dot{V}O_2 > 1,1$) или отказ пациента от дальнейшей работы. На основании полученных данных во время тестирования (пик $\dot{V}O_2$ и времени достижения анаэробного порога) рассчитывались режимы работы и отдыха.

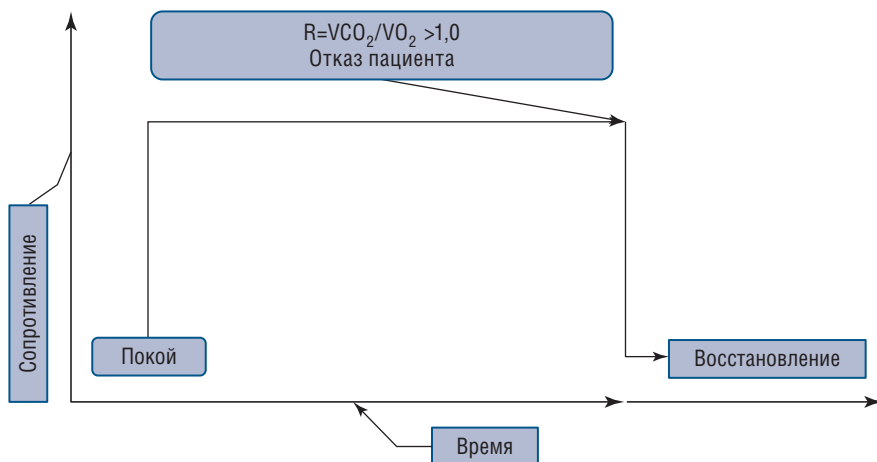


Рис. 2. Определение аэробного резерва

Маркерами утомления или перетренированности являлись снижение величины пик VO_2 в повторных тестах и/или $RQ > 1,1$ при тестировании в покое.

Исследование реакции функциональных систем на пассивную работу проводили с помощью механотренажера Moto-med со ступенчатым увеличением электродвигателя скорости движения педалей на 5 оборотов в минуту каждые 2,5 мин в течение 10 мин в исходном положении лежа на спине (рис. 3).

Статистическую обработку данных проводили с помощью компьютерной программы Statistica v.6.0 Stat.Soft.Inc. Использовали вычислительные и графические возможности редактора электронных таблиц Excel. Данные проверяли на соответствие нормальному закону распределения с помощью тестов Лиллиефорса и Шапиро–Уилкса. Применяли дисперсионный анализ, t -критерий Стьюдента, непараметрические тесты: критерий знаков и парный тест Вилкоксона. При всех видах статистического анализа различия считались до-

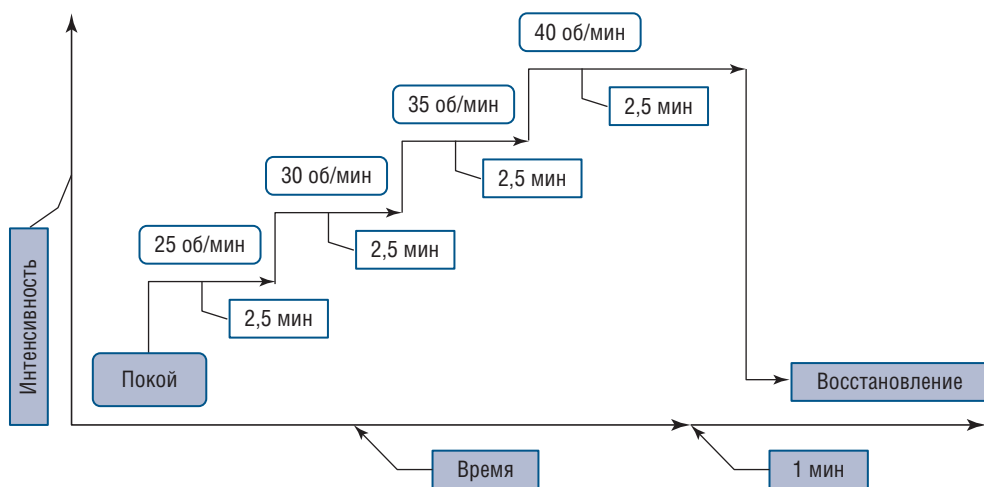


Рис. 3. Диаграмма тестирования пассивной нагрузки

Таблица 2. Разделение детей на группы по уровню прохождения ступенчатого теста

Группа	Количество пациентов	Увеличение частоты сердечных сокращений, %	Пик VO_2
I	24	24,9±13,27	9,43±2,82
II	14	17±7,75	8±1,35
III	19	27,25±13,33	9,5±3,01

стоверными на уровне значимости $p < 0,05$. Данные представлены в виде средних значений $\pm$ стандартное отклонение.

Результаты и обсуждение

Из 61 пациента, принятого в исследование, 2 ребенка отказались от проведения теста с увеличением физической нагрузки. У 2 других пациентов при тестировании в покое определен $RQ > 1,1$, что, на наш взгляд, считается маркером утомления, программа двигательной реабилитации у этих детей на 80% состоял из пассивной нагрузки.

При оценке результатов тестирования общей выносливости оставшиеся 57 детей были разделены на 3 группы в зависимости от уровня прохождения 4-ступенчатого теста (табл. 2).

В I группе 24 (39,3%) ребенка прошли 4-ступенчатое увеличение нагрузки без достижения анаэробного порога. У всех детей отмечалось увеличение ЧСС на $24,9 \pm 13,27\%$ от величины в покое на 1-й минуте со снижением впоследствии до значений покоя при прохождении каждой из 4 ступеней. Дыхательный коэффициент (RQ) не превышал значений $0,8 \pm 0,033$. Во II группе 14 (22,9%) детей прошли 3 ступени тестирования с ростом ЧСС на $17 \pm 7,75\%$ на каждой ступени. При увеличении отягощения на 4-й ступени отмечалось $RQ > 1,1$. У 19 пациентов III группы (31,1%) уже при прохождении 2-й ступени тестирования отмечалось $RQ > 1,1$. При тестировании на 1-й ступени также регистрировалось компенсаторное увеличение ЧСС на $27,25 \pm 13,33\%$. У 1-го ребенка при прохождении второй ступени отмечалось снижение ЧСС на 10%, что расценено нами как истощение компенсаторных возможностей.

При тестировании пассивной нагрузки с применением механотренажеров с электродвигателем достоверного увеличения потребления кис-

лорода не отмечалось, VO_2 в покое составляло $4,52 \pm 0,66$ мл/кг в минуту, а на фоне пассивной нагрузки – $5,27 \pm 1,32$ мл/кг в минуту. Это свидетельствует о неравнозначности пассивной и активной нагрузок, что позволило нам использовать пассивную нагрузку у пациентов с утомлением как составляющую активного отдыха.

Структура отдельных занятий зависит от чередования применяемых средств и методов лечебной физической культуры, а также предусматривает использование определенных объемов и интенсивности физических нагрузок. Тестирование, проводимое в начале курса, определяет адаптационный потенциал пациента и дает возможность регулировать периоды работы и отдыха как внутри одного упражнения, так и в течение всего занятия с учетом энергообеспечения движения. Учитывая полученные данные тестирования, мы смогли определить необходимую и достаточную долю активной и пассивной нагрузки как в течение занятия, так и в течение дня и недели. Исходя из полученных данных составлялся план тренировочных занятий на неделю, имеющих одно- или двухвершинный цикл нагрузки в соответствии с реабилитационными возможностями ребенка.

Пациентам I группы, прошедшим 4-ступенчатый тест увеличения нагрузки без достижения анаэробного порога, выстраивался двухвершинный тип недельной физической нагрузки – с 2 днями максимальной нагрузки, умеренно-интенсивной в середине недели, средней в начале недели и низкой в конце (рис. 4).

Пациентам II группы, освоившим 3 ступени нагрузочного тестирования, выстраивался одновершинный тип недельной нагрузки – с постепенным повышением и снижением нагрузки на протяжении каждого отдельно взятого недельного цикла с 1 максимумом в середине недели и отдыхом (рис. 5).

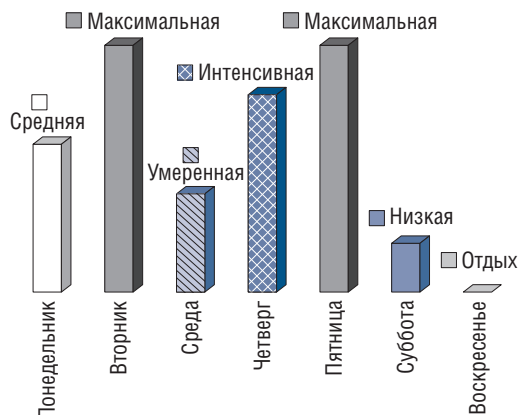


Рис. 4. Двухвершинное распределение недельной нагрузки



Рис. 5. Одновершинное распределение недельной нагрузки

Пациентам III группы выстраивалась программа двигательной реабилитации с максимально возможным преобладанием пассивной нагрузки над активной (примерно 80 к 20%).

По мере роста функциональных возможностей пациента изменялась моторная плотность занятий за счет увеличения активной работы. Количество и качество исходных положений изменилось в сторону увеличения активного сопротивления гравитации, уменьшения площади опоры, постурального контроля (сидя, коленно-ладонная стойка, стойка на коленях у опоры, стоя в коленном упоре с самостоятельным удержанием корпуса). Пассивная часть представляла собой сенсомоторную стимуляцию на роботизированных комплексах с биологической обратной связью (Locomat, Pablo, Amadeo) и CPN тренировку с помощью прикроватного тренажера с электродвигателем 30 мин 2 раза в день, утром и вечером.

При повторном проведении ступенчатого теста на 23-е сутки 54 пациента прошли 4 ступени без достижения ПАНО, что подтверждает адекватность составления программы реабилитации. 3 ребенка отказались от повторного тестирования.

При исследовании аэробного резерва на 23-е сутки среднее значение пикVO_2 возросло до $12,11 \pm 1,34$ мл/кг в минуту (51%; $p < 0,0013$), что было расценено нами как увеличение толерантности к физической нагрузке вследствие проведенных реабилитационных мероприятий (рис. 6).

При обработке результатов исследования мы не получили достоверной зависимости между изменением ЧСС и достижением ПАНО у наших пациентов, из чего было сделано заключение о том, что показатели ЧСС не могут служить маркерами достижения ПАНО (аэробного резерва) у пациентов с ПСМТ.

Выводы

1. На сегодняшний день кардиореспираторное нагрузочное тестирование остается единственным достоверным методом для определения аэробного резерва у детей с ПСМТ.

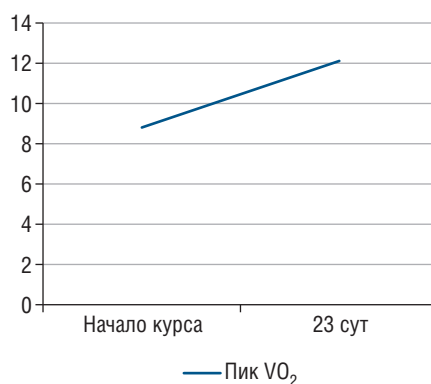


Рис. 6. Динамика показателей пикVO_2 после проведения курса реабилитации

2. При тестировании общей физической выносливости с помощью тестов с постепенно возрастающей нагрузкой компенсаторное увеличение ЧСС более чем на 10% может служить маркером адекватной переносимости нагрузки и быть использовано как оценочный критерий к расширению физической нагрузки в общеклинической практике.

3. Пассивная работа не является эквивалентом активной, может быть рекомендована в качестве

активного отдыха и широко применяться у пациентов с признаками утомления.

4. Адекватно составленная программа двигательной реабилитации на основании результатов тестирования общей физической выносливости, аэробного резерва и утомляемости позволяет увеличить толерантность к физической нагрузке и расширить двигательный режим пациента с ПСМТ.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Новоселова Ирина Наумовна (Irina N. Novoselova) – кандидат медицинских наук, врач-невролог, врач ЛФК, заведующая отделением физической реабилитации ГБУЗ НИИ НДХИТ ДЗМ, Москва, Российская Федерация
E-mail: i.n.novoselova@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0003-2258-2913>

Понина Ирина Витальевна (Irina V. Ponina) – врач-педиатр отдела реабилитации ГБУЗ НИИ НДХИТ ДЗМ, Москва, Российская Федерация

E-mail: ponina.irina@mail.ru

<http://orcid.org/0000-0002-0060-7895>

Мачалов Владислав Алексеевич (Vlagislav A. Machalov) – инструктор-методист ЛФК, научный сотрудник отделения двигательной реабилитации ГБУЗ НИИ НДХИТ ДЗМ, Москва, Российская Федерация

E-mail: vmachalov@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0003-4680-2044>

Валиуллина Светлана Альбертовна (Svetlana A. Valiullina) – доктор медицинских наук, профессор, первый заместитель директора, руководитель отдела реабилитации ГБУЗ НИИ НДХИТ ДЗМ, главный внештатный детский специалист ДЗМ по реабилитации и санаторно-курортному лечению, Москва, Российская Федерация

E-mail: vsa64@mail.ru

<http://orcid.org/0000-0002-1622-0169>

ЛИТЕРАТУРА

1. The management of children with spinal cord injuries. Advice for major trauma network and SCI center on the development of joint protocols. Approved by CR Gin Spinal Cord Injuries 26 June 2014.

2. Mazwi N.L., Adeletti K., Hirschberg R.E. Traumatic spinal cord injury: recovery, rehabilitation, and prognosis // Curr. Trauma Rep. 2015. Vol. 1. P. 182–192. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40719-015-0023-x>

3. Иванова Г.Е., Мельникова Е.В., Шамалов Н.А., Бодрова Р.А., Шмонин А.А., Суворов А.Ю. и др. Использование МКФ и оценочных шкал в медицинской реабилитации // Вестник восстановительной медицины. 2018. № 3. С. 14–20.

4. Бодрова Р.А., Аухадеев Э.И., Тихонов И.В. Опыт применения международной классификации функционирования в оценке эффективности реабилитации пациентов с последствиями поражения ЦНС // Практическая медицина. 2013. № 1 (66). С. 98–100.

5. Понина И.В., Новоселова И.Н., Валиуллина С.А., Мачалов В.А., Лукьянов В.И. Персонализированный подход к составлению программы ранней двигательной реабилитации детей с позвоночно-спинномозговой травмой с учетом толерантности к физической нагрузке // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2019. Т. 96, № 4. С. 25–35. DOI: <https://doi.org/10.17116/kurort20199604125>

6. Никитина Л.Ю., Петровский Ф.И., Соодаева С.К. Параметры эргоспирометрии при бронхоспазме физической нагрузки, взаимосвязь показателей кардиореспираторного тестирования с фракцией NO в выдыхаемом воздухе у лыжников и биатлонистов // Фундаментальные исследования. 2004. № 10 (ч. 8). С. 1540–1545.

7. Preisser A.M., Velasco Garrido M., Bittner C., Harnett E., Harth V. Gradual versus continuous increase of load in ergometric tests: are the results comparable? // Adv. Exp. Med. Biol. 2015. Vol. 840. P. 51–58. DOI: https://doi.org/10.1007/5584_2014_15

8. Bizzarini E., Saccavini M., Lipanjanje F., Magrin P., Malisan C., Zampa A. Exercise prescription in subjects with spinal cord injuries // Arch. Phys. Med. Rehabil. 2005. Vol. 86. P. 1170–1175.

9. Chin L.M.K., Chan L., Woolstenhulme J.G., Christensen E.J., Shenouda C.N., Keyser R.E. Improved cardiorespiratory fitness with aerobic exercise training in individuals with traumatic brain injury // J. Head Trauma Rehabil. Author manuscript; available in PMC 2016 Nov 1.

10. Published in final edited form as: J. Head Trauma Rehabil. 2015. Vol. 30, N 6. P. 382–390. DOI: <https://doi.org/10.1097/HTR.000000000000062> PMID: PMC4685937 NIHMSID: NIHMS742768 PMID: 24901330.

11. Новоселова И.Н., Понина И.В., Валиуллина С.А., Мачалов В.А., Лукьянов В.И. Оценка толерантности к физической

нагрузке методом эргоспирометрии на этапе ранней реабилитации у детей с позвоночно-спинномозговой травмой // Вестник восстановительной медицины. 2018. № 2. С. 73–80.

12. Young P., Finn B.C., Bruetman J. et al. The chronic asthenia syndrome: a clinical approach // *Medicina* (B. Aires). 2010. Vol. 70, N 3. P. 284–292.

13. Арансон М.В., Озолин Э.С., Шустин Б.Н. Методические рекомендации по исключению риска перенапряжения, перетренировки и получения травм в ходе подготовки московских спортсменов из спортивного резерва. Москва : ФГБУ ФНЦ ВНИИФК, 2015. 32 с.

14. Pedersen E.S.L., Ardura-Garcia C., de Jong C.C.M. et al. Diagnosis in children with exercise-induced respiratory symptoms: a multi-centre study // *medRxiv*. 2020. Jan 16. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.01.10.20016956>

15. Бадтиева В.А., Павлов В.И., Шарыкин А.С., Хохлова М.Н., Пачина А.В., Выборнов В.Д. Синдром перетренированности как функциональное расстройство сердечно-сосудистой системы, обусловленное физическими нагрузками // *Российский кардиологический журнал*. 2018. Т. 23, № 6. С. 180–190. DOI: <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2018-6-180-190>

16. Белова А.Н., Прокопенко С.В. Нейрореабилитация. Москва, 2010. С. 823–924.

REFERENCES

1. The management of children with spinal cord injuries. Advice for major trauma network and SCI center on the development of joint protocols. Approved by CR Gin Spinal Cord Injuries 26 June 2014.

2. Mazwi N.L., Adeletti K., Hirschberg R.E. Traumatic spinal cord injury: recovery, rehabilitation, and prognosis. *Curr Trauma Rep*. 2015; 1: 182–92. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40719-015-0023-x>

3. Ivanova G.E., Mel'nikova E.V., Shamalov N.A., Bodrova R.A., Shmonin A.A., Suvorov A.Yu., et al. Use of ICF and rating scales in medical rehabilitation. *Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny* [Bulletin of Restorative Medicine]. 2018; (3): 14–20. (in Russian)

4. Bodrova R.A., Aukhadeev E' .I., Tixonov I.V. The experience of using the international classification of functioning in assessing the effectiveness of rehabilitation of patients with the consequences of CNS damage. *Prakticheskaya meditsina* [Practical Medicine]. 2013; 1 (66): 98–100. (in Russian)

5. Ponina I.V., Novosyolova I.N., Valiullina S.A., Machalov V.A., Luk'yanov V.I. Personalized approach to the development of an early motor rehabilitation program for children with spinal cord injury, taking into account exercise tolerance. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoy fizicheskoy kul'tury* [Problems of Balneology, Physiotherapy and Therapeutic Physical Culture]. 2019; 96 (4): 25–35. DOI: <https://doi.org/10.17116/kurort20199604125> (in Russian)

6. Nikitina L.Yu., Petrovsky F.I., Soodaeva S.K. Parameters of ergospirometry in case of bronchospasm of physical activity, the relationship of cardiorespiratory testing indicators with the fraction of NO in the exhaled air in skiers and biathletes. *Fundamental'nye issledovaniya* [Fundamental Researches]. 2004; 10 (pt 8): 1540–5. (in Russian)

7. Preisser A.M., Velasco Garrido M., Bittner C., Hampel E., Harth V. Gradual versus continuous increase of load in ergometric tests: are the results comparable? *Adv Exp Med Biol*. 2015; 840: 51–8. DOI: https://doi.org/10.1007/5584_2014_15

8. Bizzarini E., Saccavini M., Lipanje F., Magrin P., Malisan C., Zampa A. Exercise prescription in subjects with spinal cord injuries. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005; 86: 1170–5.

9. Chin L.M.K., Chan L., Woolstenhulme J.G., Christensen E.J., Shenouda C.N., Keyser R.E. Improved cardiorespiratory fitness with aerobic exercise training in individuals with traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. Author manuscript; available in PMC 2016 Nov 1.

10. Published in final edited form as: *J Head Trauma Rehabil*. 2015; 30 (6): 382–90. DOI: <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000062> PMID: 24901330

11. Novosyolova I.N., Ponina I.V., Valiullina S.A., Machalov V.A., Luk'yanov V.I. Assessment of exercise tolerance by ergospirometry at the stage of early rehabilitation in children with spinal cord injury. *Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny* [Bulletin of Restorative Medicine]. 2018; (2): 73–80. (in Russian)

12. Young P., Finn B.C., Bruetman J., et al. The chronic asthenia syndrome: a clinical approach. *Medicina* (B Aires). 2010; 70 (3): 284–92.

13. Aranson M.V., Ozolin E.S., Shustin B.N. Methodological recommendations for eliminating the risk of overstrain, overtraining and injury in the course of training Moscow athletes from the sports reserve. Moscow: FGBU FNTS VNIIFK, 2015: 32 p. (in Russian)

14. Pedersen E.S.L., Ardura-Garcia C., de Jong C.C.M., et al. Diagnosis in children with exercise-induced respiratory symptoms: a multi-centre study. *medRxiv*. 2020; Jan 16. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.01.10.20016956>

15. Badtieva V.A., Pavlov V.I., Sharykin A.S., Khokhlova M.N., Pachina A.V., Vybornov V.D. Overtraining syndrome as a functional disorder of the cardiovascular system due to exercise. *Rossiyskiy kardiologicheskii zhurnal* [Russian Journal of Cardiology]. 2018; 23 (6): 180–90. DOI: <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2018-6-180-190> (in Russian)

16. Belova A.N., Prokopenko S.V. Neurorehabilitation. Moscow, 2010: 823–924. (in Russian)



ХIII ВСЕРОССИЙСКИЙ
НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

МЕДИЦИНСКАЯ
ДИАГНОСТИКА

2021

25-27 МАЯ

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ

МВЦ «КРОКУС ЭКСПО»,
3 ПАВИЛЬОН, 4 ЭТАЖ, 20 ЗАЛ,
МЕТРО МЯКИНИНО

В РАМКАХ ФОРУМА

XV ЮБИЛЕЙНЫЙ
ВСЕРОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС
ЛУЧЕВЫХ ДИАГНОСТОВ И ТЕРАПЕВТОВ
«РАДИОЛОГИЯ - 2021»



ОЧНО

10-й МОСКОВСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ КУРС
ПОД ЭГИДОЙ ISUOG И РАСУДМ
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ
ДИАГНОСТИКИ В МЕДИЦИНЕ МАТЕРИ И ПЛОДА»



ОНЛАЙН

XIV НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ОНКОРАДИОЛОГОВ



ОЧНО

XIII ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА - 2021»



ОЧНО

XIII МЕЖДУНАРОДНАЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА
«МЕДФАРМДИАГНОСТИКА - 2021»



ОЧНО

Регистрация участников
и загрузка тезисов
Николай Скибин
reg@mediexpo.ru
+7 (495) 721-88-66 (111)
+7 (929) 646-51-66

Участие компаний в выставке
«МедФармДиагностика - 2021»
Менеджер проекта
Светлана Ранская
svetlana@mediexpo.ru
+7 (495) 721-88-66 (108)
+7 (926) 610-23-74

Конгресс-оператор
ООО «МЕДИ Экспо»
expo@mediexpo.ru
mediexpo.ru
+7 (495) 721-88-66

Бронирование гостиниц,
заказ авиа и ж/д билетов,
экскурсии
Елена Лазарева
hotel@medievent.ru
+7 (495) 721-88-66 (119)
+7 (926) 095-29-02

Аккредитация СМИ
Менеджер по рекламе и PR
Ольга Еремеева
pr@mediexpo.ru
+7 (495) 721-88-66 (125)
+7 (926) 611-23-59

