

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

Вестник ВШОУЗ

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

Том 6, № 3 (21), 2020

HEALTHCARE MANAGEMENT:
news, views, education

Bulletin of VSHOUZ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Главный редактор

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Москва)

Редакционная коллегия

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

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца.

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

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

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

Ответственность за содержание рекламных материалов несут рекламодатели.

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

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

Подписной индекс:

93587 (каталог Агентства «Пресса России»)

Издатель

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

Верстка: Килимник А.И.

Корректор: Макеева Е.И.

Выпускающий редактор:

Попова Ольга, popova@geotar.ru

Подписано в печать 25.09.2020.

Тираж 1000 экземпляров.

Формат 70×100 ¹/₁₆.

Печать офсетная. Печ. л. 6.

Отпечатано в ООО «Фотоэксперт»:

115201, г. Москва, ул. Котляковская,

д. 3, стр. 13.

Заказ №

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВНОЕ

- 4 Реформа системы охраны здоровья граждан РФ: основные положения

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

- 30 *Мовсисян Н.К., Винчигерра М., Медина-Инохоса Х.Р., Лопес-Хименес Ф.*
Необходимость более тщательного мониторинга сердечно-сосудистой заболеваемости и научно обоснованной пропаганды здорового образа жизни в Центральной и Восточной Европе

АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ

- 44 *Обухова О.В., Ендовицкая Ю.В.*
Сколько стоит очередная попытка изменить систему оплаты труда медицинских работников

ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

- 53 *Матвеев М.О.*
Тонкости экспертизы

VIII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «ОРГЗДРАВ-2020. ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ» (25–26 МАЯ 2020 Г.)

- 59 **Тезисы VIII Международного онлайн-конгресса «ОРГЗДРАВ-2020. Эффективное управление в здравоохранении» (25–26 мая 2020 г.)**

CONTENTS

ABOVE ALL

- 4 **The major points of the Russian healthcare system reform**

INTERNATIONAL PRACTICE

- 30 *Movsisyan N.K., Vinciguerra M., Medina-Inojosa J.R., Lopez-Jimenez F.*
Cardiovascular diseases in Central and Eastern Europe: a call for more surveillance and evidence-based health promotion

ACTUALLY TODAY

- 44 *Obukhova O.V., Endovitskaya Yu.V.*
How much a next attempt is to change the payment system for medical workers

LEGAL ADVICE

- 53 *Matveev M.O.*
Subtleties of expertise

VIII INTERNATIONAL ONLINE CONGRESS "ORGZDRAV-2020. EFFECTIVE HEALTHCARE MANAGEMENT" (MAY 25–26, 2020)

- 59 **Abstracts of the VIII International online congress "ORGZDRAV-2020. Effective Healthcare Management" (May 25–26, 2020)**

Реформа системы охраны здоровья граждан РФ: основные положения*

Первая версия документа была обсуждена во время проведения Международного онлайн-конгресса «ОРГЗДРАВ-2020» (25–26 мая 2020 г.), ее одобрили более 7 тыс. участников. В текущую версию внесены дополнительные предложения (более 100 развернутых отзывов) от руководителей региональных органов управления здравоохранением, членов медицинского отделения РАН, членов Совета Национальной медицинской палаты, руководителей профессиональных медицинских и пациентских ассоциаций, практикующих врачей. Абсолютное большинство участников обсуждения поддерживают положения реформы. Обсуждение продолжается, просим вас присылать свои дополнения.

Для цитирования: Реформа системы охраны здоровья граждан РФ: основные положения // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2020. Т. 6, № 3. С. 4–29. DOI: <https://doi.org/10.24411/2411-8621-2020-13001>

Статья поступила 05.08.2020. Принята в печать 25.08.2020.

For citation: Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education.Bulletin of VSHOUZ]. 2020; 6 (3): 4–29. DOI: <https://doi.org/10.24411/2411-8621-2020-13001> (in Russian)

Никто, кроме нас, здесь и сейчас!

Цель. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) населения **до 78 лет к 2024 г. (к 2030 г. – до 80 лет)** и повышение удовлетворенности граждан доступностью и качеством медицинской помощи.

Введение. Здравоохранение, как и обобщающая характеристика здоровья населения – это основа **безопасности страны**. Обеспечение здоровья российских граждан **не может** финансироваться по остаточному принципу и базироваться на рыночных подходах. Сегодня российское здравоохранение **находится в перманентном кризисе**, который выражается в том, что резко снизилась доступность медицинской помощи, при этом медицинские работники не могут обеспечить ее в требуемых объемах и на установленном уровне качества. **Полумеры положения в отрасли не исправят.** Основа до-

ступной и качественной медицинской помощи – хорошо **подготовленный врач и медицинская сестра**, труд которых **высоко ценится и уважается в обществе**. От реализации продуманных реформ в отрасли зависит **наше будущее** – медицинских работников и, главное, **здоровье наших пациентов**.

Краткое содержание. Сегодня в РФ ключевая характеристика здоровья населения – ожидаемая продолжительность жизни – **на 4,8 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, близких к нашей стране по уровню экономического развития¹, а смертность трудоспособного населения **в 3 раза выше**, чем в среднем в странах ЕС. Такие неудовлетворительные показатели напрямую связаны с недостаточными мерами по охране здоровья граждан РФ на популяционном уровне (высокая распространенность табакокурения, потребление алкоголя, неблагоприят-

* Проект, подготовлен доктором медицинских наук Г.Э. Улумбековой, версия от 8 августа 2020 г.

¹ Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония.

ные экологические условия и условия труда на производстве), а также с системным кризисом в здравоохранении.

Критическое положение российского здравоохранения характеризуется: 1) **длительным недофинансированием** (в 1,9 раза ниже, чем в «новых-8» странах ЕС в расчете на душу населения); 2) **нетерпимым положением медицинских работников** (нищенские базовые оклады – у врачей **от 12 тыс. до 35 тыс. руб.**, а у медицинских сестер – **от 10 тыс. до 20 тыс. руб.**). Это усугубляется постоянными переработками, избыточными, невыполнимыми требованиями, излишними проверками и потребительским экстремизмом – все это является **причиной дефицита кадров** в отрасли; 3) **неэффективным управлением** – децентрализация в управлении региональным здравоохранением, рассредоточение ключевых функций по охране здоровья в разных ведомствах, масса противоречий в нормативной базе; 4) **неоптимальной для РФ, дорогостоящей страховой моделью финансирования здравоохранения** и рыночными подходами в компенсации затрат на оказание медицинской помощи («деньги следуют за пациентом»), которые привели к разрушению медицины в сельской местности и в малых городах; 5) **дефицитом** коечного фонда стационаров (обеспеченность коечным фондом **на 15% ниже**, чем в Германии), изношенностью материально-технической базы и непригодным состоянием **до 30%** зданий медицинских организаций.

Для обеспечения доступной, качественной и бесплатной медицинской помощи населению РФ, особенно в ситуации продолжения падения реальных доходов граждан (по прогнозам, **на 5–6%** в 2020 г.), необходимо незамедлительно реализовать следующие меры.

1. Изменить нетерпимое отношение к медицинским работникам: повысить оплату их труда с установлением на федеральном уровне минимального базового оклада в размере 4 МРОТ для врачей, 2 МРОТ для медсестер и 1,5 МРОТ для младшего медперсонала; обеспечить их профессиональную безопасность и благоприятные условия труда, которые предотвращают профессиональное выгорание.

2. Увеличить государственное финансирование здравоохранения до 6% валового внутреннего продукта (ВВП) (с 3,8 до 6,5 трлн руб. к 2022 г. в ценах 2019 г.). Для этого ежегодно дополнительно потребуется около 1 трлн руб. начиная с 2020 г. Одновременно необходимо перейти **на бюджетную модель финансирования** здравоохранения, подчинив фонды ОМС региональным органам управления здравоохранением и устранив частные страховые медицинские организации. Установить систему компенсации затрат медицинских организаций по смете, покрывающей их базовые расходы.

3. Создать централизованную систему управления здравоохранением с подчинением Минздраву России региональных органов управления здравоохранением, санитарно-эпидемиологической службы и других ведомств, отвечающих за охрану здоровья населения. Создать центр в Минздраве России по борьбе с эпидемиями и другими чрезвычайными ситуациями.

4. Убрать противоречия в нормативной базе здравоохранения, привести все контрольные проверки в единую систему, исключить дублирование отчетных документов, согласовать их и перевести в единый цифровой формат.

5. Внедрить систему всеобщего бесплатного лекарственного обеспечения населения рецептурными лекарственными препаратами.

6. Реализовать меры по повышению качества высшего медицинского и среднего профессионального образования, в том числе установить минимальные базовые оклады в зависимости от степени, занимаемой должности и уровня квалификации профессорско-преподавательского состава (ППС): для ППС медицинских вузов – от 4 до 8 минимальных размеров оплаты труда (МРОТ); для ППС медицинских колледжей – от 2 до 4 МРОТ, а также обновить программы обучения и учебную литературу в соответствии с лучшими мировыми стандартами; **создать условия для реализации системы непрерывного медицинского образования** (финансовые средства и выделенное оплачиваемое время – не менее 1 дня в 2 мес).

7. Увеличить финансирование медицинской науки в 3 раза – с 0,04 до 0,12% ВВП, раз-

работать и внедрить систему управления вложениями в научно-исследовательские работы (НИР), исходя из долгосрочных потребностей системы здравоохранения.

8. Создать при Правительстве РФ постоянно действующую межведомственную Комиссию по охране здоровья населения РФ с участием РАН. Комиссия в кратчайшие сроки должна разработать и утвердить масштабную Программу по общественному здоровью до 2030 г.

Оглавление

I. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ РЕФОРМЫ

- 1.1. Реализация права граждан на охрану и укрепление здоровья
- 1.2. Обеспечение доступности и качества медицинской помощи
 - 1.2.1. Восстановить централизованную модель управления здравоохранением и повысить эффективность управления в отрасли
 - 1.2.2. Увеличить государственные расходы на здравоохранение и заменить модель финансирования здравоохранения со страховой на бюджетную
 - 1.2.3. Ликвидировать дефицит и установить справедливую оплату труда медицинских работников
 - 1.2.4. Обеспечить реализацию Национальной лекарственной политики РФ и системы всеобщего лекарственного обеспечения
 - 1.2.5. Создать действенную систему управления качеством медицинской помощи
 - 1.2.6. Обеспечить эффективное развитие медицинского образования и науки
 - 1.2.7. Обеспечить постоянную готовность к эпидемиям и другим чрезвычайным ситуациям

II. ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО РЕФОРМЕ

- 2.1. Состояние здоровья населения РФ
- 2.2. Факторы, определяющие здоровье населения РФ

2.3. Состояние системы здравоохранения РФ

2.4. Положение медицинских работников в отрасли

2.5. Обострение проблем здравоохранения во время эпидемии

2.6. Состояние медицинской науки и образования

2.7. Меры, которые предлагались для управления ситуации в здравоохранении РФ до эпидемии

2.8. Меры, принятые в здравоохранении РФ в период эпидемии, в сравнении с другими странами

2.9. Социально-экономические и эпидемиологические прогнозы на 2020 г.

III. ПРИЛОЖЕНИЕ

3.1. Справка об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ и других странах (Великобритания, Германия, Китай, Норвегия, Тайвань, США и Южная Корея)

3.2. Использованные источники информации

3.3. Перечень писем и аналитических справок, подготовленных Г.Э. Улумбековой, которые в период 2010–2020 гг. были отправлены в Правительство РФ, Государственную Думу РФ, Совет Федерации РФ, Минздрав России, РАН, Национальную медицинскую палату, с предложениями по решению критических проблем российского здравоохранения

I. Основные положения реформы

1.1. Реализация права граждан на охрану и укрепление здоровья

Это направление включает экологическое и санитарно-эпидемиологическое благополучие, условия для занятия населения физической культурой и спортом, охрану окружающей среды, благоприятные условия труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производство и реализацию доброкачественных продуктов питания. Для реализации данного направления необходимо создать при Правительстве РФ

постоянно действующую межведомственную **Комиссию по охране здоровья населения РФ с участием РАН**. Комиссия в кратчайшие сроки должна разработать и утвердить соответствующую **Программу до 2030 г.** с конкретными целевыми **показателями и ответственными** за их достижение руководителями различных ведомств. Важнейшим блоком этой программы должны стать охрана здоровья **граждан трудоспособного возраста** путем реализации подпрограммы **производственной медицины (медицины труда)** на всех крупных и средних предприятиях страны², а также подпрограмма **по охране здоровья детей и подростков**, включая вопросы школьной медицины. Ежегодно должен публиковаться **государственный доклад** о ходе ее реализации, с заслушиванием на совместном заседании палат Федерального Собрания Российской Федерации.

1.2. Обеспечение доступности и качества медицинской помощи

1.2.1. Восстановить централизованную модель управления здравоохранением и повысить эффективность управления в отрасли

- Восстановить **централизованную** систему управления здравоохранением в стране во главе с Минздравом России (при этом уточнить место и роль муниципального здравоохранения). Подчинить Минздраву России **санитарно-эпидемиологическую службу**, выделив ее из структуры Роспотребнадзора, а также другие службы, отвечающие за безопасность здоровья населения, в том числе Всероссийский центр медицины катастроф «Защита».
- Разработать **«Программу развития здравоохранения до 2030 г.»**³ с целями по

улучшению здоровья населения и обеспечить ее необходимыми финансовыми ресурсами. Установить законодательную ответственность за выполнение этой Программы руководителей здравоохранения федерального и регионального уровня.

- Включить **главных внештатных специалистов** по основным (укрупненным) врачебным и сестринским специальностям **в штат** Минздрава России с ответственностью **по снижению** смертности, заболеваемости и инвалидности по своему профилю. Для обеспечения единых подходов в организации медицинской помощи в регионах специалист должен быть **только один** и находиться во главе **научно-практического Совета Минздрава и РАН** по соответствующему профилю. В Совет должны входить руководители НМИЦ и профессиональных НКО, специалисты из регионов и председатели учебно-методических комиссий, в нем также можно организовать секции по отдельным узким направлениям. Задача таких советов – **разработать подпрограммы** (составные части Программы развития здравоохранения до 2030 г.), направленные на снижение смертности, заболеваемости и инвалидности по соответствующему укрупненному профилю, **согласовывать междисциплинарные вопросы**, устранять противоречия и актуализировать нормативную базу, а также осуществлять **сопровождение и контроль** за реализацией подпрограмм в регионах.
- Подпрограммы, которые требуют первоочередной разработки дополнительно к имеющимся (борьба с онкологическими, сердечно-сосудистыми заболеваниями и развитие детского здравоохранения):

² Речь идет о производственно-цеховой медицине, которая сегодня сохранилась лишь в ОАО «РЖД», а не только о корпоративных программах общественного здоровья.

³ Действующая государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» действует до 2024 г., не содержит важнейших направлений и не обеспечена необходимыми ресурсами для достижения поставленных целей – ОПЖ 78 лет к 2024 г.

- борьба с инфекционными заболеваниями;
 - здоровье подростков;
 - профилактика стоматологических заболеваний;
 - охрана психического здоровья, борьба с наркологической и алкогольной зависимостью;
 - профилактика и лечение заболеваний ЛОР-органов;
 - медицинская реабилитация (с акцентом на раннюю реабилитацию);
 - сквозная подпрограмма по развитию **сестринского дела**.
- Убрать **противоречия** в нормативной базе здравоохранения, привести все контрольные проверки в единую систему, исключить **дублирование** отчетных документов, согласовать их и перевести в единый цифровой формат.
 - Обеспечить финансовые и материально-технические потребности медицинских организаций в объеме, который позволит им выполнять требования нормативных документов: стандарты медицинской помощи, порядок ее оказания, клинические рекомендации и критерии качества медицинской помощи.
 - Принимать решения в здравоохранении на основании **клинико-экономического обоснования** и обязательного, неформального экспертного обсуждения. Это касается оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и более комплексных решений.
 - Разработать **требования к кандидатуре, порядку назначения и снятия** с должности руководителей здравоохранения, включая главных врачей. Необходимо разработать типовые формы контрактов с ними, которые наряду с ответственно-
- стью за выполнение поставленных перед ними целей и задач будут защищать их от необоснованных подходов при снятии с должности.
- Максимально перейти на **цифровой документооборот** (с минимальным дублированием бумажного), который будет облегчать, а не усложнять работу медицинских работников. Для этого разработать **подпрограмму цифровизации** медицинских организаций, которая должна включать внедрение единых стандартов совместимости программного обеспечения; единые требования к кадровому, инфраструктурному и финансовому обеспечению медицинских организаций в части ИТ; тиражирование лучших программных продуктов (медицинских информационных систем).
 - Установить, что **строительство новых** и расширение мощностей существующих государственных медицинских организаций⁴ должно приниматься только после обоснования того, что планируемые дополнительные объемы медицинской помощи **невозможно оказать на долгосрочной основе и на должном уровне** (по объему, качеству и цене услуг) в уже существующих медицинских организациях по данному профилю (как государственных, так и частных). Строительство новых частных медицинских организаций, которые в дальнейшем будут претендовать на участие в программе государственных гарантий, должно происходить по согласованию с региональными органами управления здравоохранением исходя из потребности региона в этих дополнительных мощностях.
 - Установить, что участие частных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий должно

⁴ Речь **не идет** о капитальном ремонте и переоснащении имеющихся государственных медицинских организаций, речь идет о возможности **экономии государственных инвестиций** там, где это представляется возможным.

происходить **на долгосрочной основе**, с выполнением всех **требований и условий**, предъявляемых к государственным организациям, а также при условии, что эту помощь невозможно оказать в государственном секторе (по объему, стоимости и/или на требуемом уровне качества).

- Восстановить практику публикации **ежегодного государственного доклада** о доступности и качестве медицинской помощи по установленным показателям в динамике, в разрезе регионов РФ, а также в сравнении с развитыми странами; с заслушиванием этого доклада на совместном заседании палат Федерального Собрания Российской Федерации.

1.2.2. Увеличить государственные расходы на здравоохранение и заменить модель финансирования здравоохранения со страховой на бюджетную

- Поэтапно увеличить государственные расходы на здравоохранение **с 3,5 до 6% ВВП** (с 3,8 трлн до 6,5 трлн руб. к 2022 г. в ценах 2019 г.⁵). Для этого ежегодно дополнительно потребуется около **1 трлн руб.**, начиная с 2020 г. Из них:
 - $\frac{1}{3}$ – на **повышение оплаты труда** медицинских работников, ППС медицинских вузов и колледжей, а также на повышение их квалификации;
 - $\frac{1}{3}$ – на обеспечение большинства населения РФ бесплатными лекарствами в амбулаторных условиях или по рецепту врача (**система всеобщего лекарственного обеспечения**)⁶;
 - $\frac{1}{3}$ – на **компенсацию затрат** медицинских организаций по дополнительным

мерам инфекционной безопасности в условиях затянувшейся эпидемии, поэтапного обновления материально-технической базы медицинских организаций, а также на реализацию отдельных приоритетных подпрограмм, дополнительно к имеющимся.

- Восстановить **бюджетное финансирование** системы здравоохранения и установить ответственность бюджетов всех уровней за финансовое обеспечение медицинской помощи в соответствии с установленными нормативными требованиями по объему, срокам, качеству и условиям ее оказания. Для этого средства ОМС⁷, федерального и региональных бюджетов должны быть объединены у единого плательщика с последующим перераспределением в регионы.
- Устранить дробность финансирования различных видов и профилей медицинской помощи, включенных в Программу государственных гарантий, в зависимости от источника финансирования (ОМС, федеральный и региональные бюджеты) путем создания единого источника финансового обеспечения этой помощи (включая вопросы поставки в медицинские организации препаратов крови и ее заменителей).
- Исключить **частные страховые медицинские организации** из цепочки доведения государственных средств до медицинских организаций, а их функции распределить между государственными организациями. Территориальные отделения ФОМС сделать финансовыми **подразделениями** региональных органов управления здравоохранения.

⁵ Цены 2019 г. указаны специально, чтобы дополнительные средства, направленные на здравоохранение, не обесценивались инфляцией.

⁶ Сегодня бесплатно или с 50% скидкой лекарственные препараты в амбулаторных условиях доступны только ограниченному кругу граждан РФ: имеющим льготы федерального и/или регионального уровня либо страдающим отдельными заболеваниями. Это около 8 млн чел.

⁷ Вопрос о страховых взносах в систему ОМС как источника государственного финансирования здравоохранения требует отдельного обсуждения. Их наличие **не препятствует** созданию бюджетной модели финансирования.

ранением, изменив их функции (это означает упразднение самостоятельности системы ОМС).

- Восстановить **компенсацию расходов медицинских организаций по смете**, которая гарантированно покрывает их **базовые расходы** (установленные объемы помощи и себестоимость ее оказания в соответствии с клиническими рекомендациями и другими нормативными актами). Расположение и мощности этих организаций должны быть обоснованы исходя из потребностей населения в медицинской помощи, ее территориальной и транспортной доступности. Это позволит сохранить медицинские организации в сельской местности, малых городах, восстановить инфекционную службу и скорую медицинскую помощь. При этом выбор медицинскими организациями обоснованных критериев **по достижению показателей качества**, дополнительных объемов услуг и снижению непроизводительных затрат позволят создать необходимые мотивационные стимулы для повышения эффективности их деятельности.
- Необходимо четко **разделить** бесплатные медицинские услуги (помощь), гарантированные населению государством, и платные. При этом по мере увеличения государственного финансирования здравоохранения необходимо более четко регламентировать **оказание платных медицинских услуг** в государственных медицинских организациях.

1.2.3. Ликвидировать дефицит и установить справедливую оплату труда медицинских работников

- Установить на федеральном уровне единые минимальные базовые оклады по основным квалификационным группам медицинских работников при работе на 1 ставку (младший медицинский пер-

сонал вернуть в категорию медицинских работников):

- для врачей – не менее **4 федеральных МРОТ⁸**, тогда начинающий врач после 6 лет обучения в вузе будет получать оплату труда около 50 тыс. руб. в месяц, столько же, сколько и выпускник военного училища после 4 лет обучения;
 - для средних медицинских работников – **не менее 2 МРОТ** с учетом уровня квалификации;
 - младшего медицинского персонала – **1–1,5 МРОТ**;
 - все остальные выплаты к базовому окладу (компенсационного и стимулирующего характера), их размер и порядок начисления должны устанавливаться **по единым федеральным требованиям**, при этом доля базового оклада должна составлять не менее **65%**, а переработки – оплачиваться в двойном размере;
 - система оплаты труда должна предусматривать **приоритет ликвидации дефицита кадров в первичном звене здравоохранения**, т.е. оплата труда в этом звене должна происходить опережающими темпами;
 - предусмотреть сбалансированность оплаты труда руководящих кадров в здравоохранении (в том числе работников органов управления здравоохранением) и других работников здравоохранения.
- Установить законодательно **обоснованные нормы трудовой нагрузки** для медицинских работников: по основной должности продолжительность рабочей недели не должна превышать **40 ч**, максимальное совместительство – не более **1,2 ставки**. Внедрение этих норм требует этапности, по мере привлечения дополнительных кадров в отрасль, в против-

⁸ Минимальный размер оплаты труда (МРОТ) в 2019 г. = 12,13 тыс. руб.

ном случае может получиться так, что им будут платить за работу 1,2 ставки, а объем работ будет выполняться на 1,5.

- Установить **особый правовой статус** гражданских медицинских работников и приравнять их по **льготам** к военнослужащим и работникам Росгвардии, включая назначение пенсии за выслугу лет, а также обеспечить медицинских работников полноценным страхованием профессиональных рисков, в том числе в связи с **профессиональными заболеваниями**.
- Предусмотреть все необходимые меры по **обеспечению безопасности** медицинских работников на рабочих местах (включая вопросы инфекционной безопасности) и постоянно осуществлять контроль за их исполнением.
- Создать для медицинских работников на рабочих местах **благоприятные условия и обстановку**, снижающие риски их **выгорания**: снижение ненужной административной работы, удобные в использовании информационные системы, оптимальный график дежурств, возможность свободного обсуждения проблем, привлечение психологов, организация комнат «разгрузки», поддержка в бытовых вопросах (например, организация отдыха детей и устройство их в детские сады).
- **Разграничить** в нормативных документах термины **«медицинская услуга»** и **«медицинская помощь»**, определить понятие «пациентоориентированный подход», исключив его использование как основание для дискриминации работников отрасли здравоохранения.
- Установить, что заявления о нарушениях в оказании медицинской помощи рассматриваются правоохранительными органами **только после** проведения профессиональной экспертизы ведомственным органом или профессиональным объединением врачей по аналогии с рассмотрением налоговых нарушений. Заменить уголовную ответственность медицинских работников на **административную**. Ис-

ключить из УК РФ и правоприменительной практики **уголовную ответственность** медицинских работников за преступления с неосторожной формой вины.

- Необходимо создать условия для активной и независимой деятельности профсоюзов, защищающих права медицинских работников.

1.2.4. Обеспечить реализацию Национальной лекарственной политики РФ и системы всеобщего лекарственного обеспечения

- РАН подготовить научное обоснование **Национальной лекарственной политики РФ до 2030 г.**, включая следующие вопросы:
 - внедрение программы **всеобщего лекарственного обеспечения** в РФ (с 2020 г.), которая предусматривает обеспечение бесплатными (или с 50% скидкой) лекарственными препаратами (ЛП) в амбулаторных условиях по рецепту врача **всего населения**, а не только отдельных категорий граждан (для чего потребуются дополнительное увеличение государственного финансирования на **250–300 млрд руб.** ежегодно);
 - обеспечение финансирования орфанных заболеваний из федерального бюджета и специального созданных для этого благотворительных фондов;
 - обоснование оптимальной доли расходов по основным группам ЛП, в том числе увеличение расходов на оказание **инновационных персонализированных** методов лечения с проведением персонализированных методов диагностики;
 - разработка регуляторных механизмов, обеспечивающих вывод на рынок ЛП с **доказанной эффективностью и безопасностью**;
 - оптимизация методики регистрации ЛП (устранение избыточных требований, внедрение ускоренных процедур) и их

ценообразования (обеспечение приемлемой маржинальности и внедрение новых схем закупки для инновационных лекарств);

- принятие мер, которые сбалансируют действующие меры поддержки закупки ЛП отечественных производителей («третий лишний») с необходимостью обеспечения пациентов качественными и безопасными ЛП;
- обеспечение мер **рационального и безопасного применения** ЛП в медицинских организациях, в том числе внедрение **формулярной системы** и решение вопросов применения ЛП off-label;
- принятие мер по разработке **отечественных субстанций**, поддержке обеспечивающих фармацевтическую промышленность отраслей – химической, производства лабораторного оборудования и др.;
- повышение качества подготовки и квалификации **фармацевтических кадров**;
- разработка методики **приоритизации** научных исследований исходя из среднесрочных и долгосрочных потребностей здравоохранения, а также **программы управления** Национальной лекарственной политикой – от инициации НИР до внедрения в практику.

1.2.5. Создать действенную систему управления качеством медицинской помощи

Разработать подпрограмму **«Управление качеством медицинской помощи (КМП) на уровне мировых стандартов»**, в том числе:

- организовать **единую систему** управления качеством медицинской помощи, основанную на профилактике дефектов, а не на санкциях, создать соответствующее структурное подразделение в Минздраве России;
- свести все показатели по контролю КМП до необходимого **минимума** (20–30), при-

вести их в соответствие с международно принятыми, включая методики измерения;

- создать в Росздравнадзоре **единый центр** по эффективному контролю КМП;
- формировать ежегодную **отчетность** по КМП, включая показатели удовлетворенности пациентов, с приведением сравнений с развитыми странами;
- организовать действенную систему **защиты** прав пациентов и оценки обратной связи от них.

1.2.6. Обеспечить эффективное развитие медицинского образования и науки

- Рекомендовать Минздраву России совместно с Минобрнауки России и РАН разработать подпрограммы, которые станут частями «Программы развития здравоохранения до 2030 г.»:

- **«Развитие высшего медицинского образования в РФ»;**
- **«Развитие сестринского образования в РФ»;**
- **«Развитие медицинской науки в РФ: от приоритетов до внедрения в практику».**

- Первоочередная мера для ликвидации дефицита и повышения уровня квалификации ППС медицинских вузов, НИИ и колледжей (вне зависимости от ведомственной подчиненности) – установление следующих **минимальных базовых окладов** в зависимости от степени, занимаемой должности и уровня квалификации:

- для ППС медицинских вузов – **от 4 до 8 МРОТ**;
- для ППС медицинских колледжей – **от 2 до 4 МРОТ**;
- для объективной оценки уровня квалификации ППС потребуются разработать новые требования.

- Внести в закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» следующие нормы:

- о восстановлении **интернатуры и субординатуры** как обязательных тре-

- бований для допуска к практической деятельности для всех медицинских специальностей;
- об условиях для обеспечения непрерывного медицинского образования – не менее **1 оплаченного рабочего дня в 2 мес** (50 ч в год, из них не менее 36 ч в образовательных организациях дополнительного профессионального образования), обязательное целевое финансирование и возможность самостоятельного выбора врачом и медицинской сестрой образовательной организации (по принципу «образовательный сертификат»).
 - При разработке **Программ по развитию высшего медицинского и сестринского образования** необходимо:
 - привести образовательные программы по основным дисциплинам в части содержания и количества часов к **уровню передовых медицинских вузов** мира;
 - разработать специальные программы для **повышения** квалификации ППС и предусмотреть возможность их беспрепятственной **практической деятельности** в медицинских организациях;
 - актуализировать **нормативы нагрузки** на ППС;
 - обновить **учебную литературу** с учетом лучших мировых стандартов, при этом написание учебников учитывать как критерий оценки эффективности работы ППС (а не только их публикации в научных журналах);
 - внедрить **единые стандарты** финансирования и материально-технического оснащения организаций вне зависимости от их ведомственной подчиненности, подготовить Положение о клинической базе вузов;
 - повысить требования к абитуриентам медицинских вузов, включая уровень ЕГЭ не менее **70 баллов**, а также результаты собеседования;
 - предусмотреть увеличение числа **бюджетных мест в ординатуре**, в том числе по подготовке **врачей общей практики**, а также удлинение сроков обучения в ординатуре по ряду специальностей (с предоставлением адекватной оплаты труда ординаторам);
 - **пересмотреть** модульный принцип обучения;
 - учесть необходимость расширения функциональных обязанностей медицинских сестер.
 - При разработке программы **«Развитие медицинской науки: от приоритетов до внедрения в практику»** необходимо:
 - увеличить ее финансирования в **3 раза** от существующего уровня – с **0,04 до 0,12% валового внутреннего продукта (ВВП)**; для справки: в развитых странах ее финансирование составляет 0,3–0,4% ВВП);
 - разработать методологию **управления** вложениями в НИР исходя из долгосрочных потребностей системы здравоохранения;
 - предусмотреть гранты на НИР по охране здоровья граждан, изучению негативного механизма воздействия на экологические цепочки, вплоть до человека, вредных факторов окружающей среды, в том числе антропогенного характера.

1.2.7. Обеспечить постоянную готовность к эпидемиям и другим чрезвычайным ситуациям

- Воссоздать под руководством Минздрава России систему заблаговременной готовности к чрезвычайным ситуациям (катастрофам, эпидемиям), в том числе:
 - создать единый **Центр управления чрезвычайными ситуациями** при Минздраве России;
 - разработать государственную **программу действий** при чрезвычайных ситуациях;
 - проводить **учения** и публиковать **государственный отчет** о готовности

системы здравоохранения к чрезвычайным ситуациям по установленным показателям;

- научно обосновать и сформировать **резервы** коечных мощностей, подготовленных медицинских кадров, которые можно быстро мобилизовать, а также запасов средств индивидуальной защиты (СИЗ) и других расходных материалов;
 - выделить специальное **финансирование** по этим статьям;
 - подготовить специалистов не из числа медицинских работников по отслеживанию контактов зараженных инфекционными заболеваниями граждан, требующих изоляции;
 - разработать **инструкции и протоколы** по организации медицинской помощи в различных ситуациях;
 - привлечь службу **Красного Креста** для обучения населения оказанию первой помощи, организации отслеживания контакта зараженных, организации санитарных постов.
- Оперативный **штаб по борьбе с эпидемиями должен находиться в Минздраве России** и иметь полномочия для ежедневного проведения оперативных совещаний в присутствии СМИ, а также координировать работу смежных ведомств (производство и поставки СИЗ, в том числе масок, разработка вакцин, диагностических тестов, фармацевтических препаратов и др.).

II. Обоснование предложений по реформе

2.1. Состояние здоровья населения РФ⁹

- В РФ в 2018 г. **ключевая характеристика здоровья** населения – ОПЖ (рассчитыва-

ется по смертности в различных возрастных группах) – **была на 4,8 года ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС, близких к нашей стране по уровню экономического развития, соответственно 72,9 и 77,7 года. При этом ОПЖ российских мужчин **на 6,1 года ниже**, чем в названных странах.

- В РФ в 2018 г. смертность детей (от 0 до 14 лет) была **в 1,6 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, смертность от болезней кровообращения (стандартизованный показатель – СКС) – **в 1,4 раза выше**, СКС от внешних причин – **в 2 раза выше**, а смертность от инфекционных болезней – **в 3,5 раза выше**, чем в названных странах. Высокий уровень смертности отмечается среди населения в трудоспособном возрасте – **в 3 раза выше**, чем в развитых странах.
- В РФ с 2014 по 2018 г. наблюдается **критическое** (на 20%) снижение рождаемости. В сочетании с высокой смертностью это привело к тому, что в 2018 г. число умерших в стране превысило число родившихся **на 225 тыс. чел.**, а в 2019 г. – **на 316 тыс. чел.**
- В РФ с 2012 г. общая заболеваемость населения растет на **1%, или 1,4 млн случаев ежегодно**, что ведет к увеличению потока заболевших, которым необходимо оказывать помощь. Особо следует отметить, что с 2005 по 2018 г. в состоянии здоровья детей и подростков в период обучения в школе наблюдается отрицательная динамика: распространенность функциональных отклонений выросла **на 15%**, а хронических болезней – **на 53%**, при этом имеет место существенный дефицит школьных штатных медицинских работников, и он нарастает¹⁰.

⁹ Здесь и далее основано на информации из официальных источников: Росстат, Счетная палата РФ, Минздрав России, Казначейство РФ, база данных ОЭСР.

¹⁰ Лонгитудинальное исследование по данным В.Р. Кучмы.

2.2. Факторы, определяющие здоровье населения РФ

Для РФ в целом обосновано, что ОПЖ определяется темпом роста ВВП, который определяет благосостояние граждан, – **на 37%**, образом жизни населения (потребление алкоголя) – **на 33%**, уровнем государственного финансирования здравоохранения – **на 30%**. Следует отметить, что для многих регионов РФ отрицательное воздействие на здоровье населения оказывают неблагоприятные физические факторы окружающей среды, в том числе загрязненный воздух. Отставание РФ по показателям здоровья от развитых стран связано со следующими причинами.

- Низкие доходы граждан – средняя заработная плата в РФ **в 1,5 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (по долл. паритета покупательной способности – \$ППС¹¹). Кроме того, в РФ **более половины** граждан живут на доходы менее чем **25 тыс. руб.** в месяц, за последние 6 лет реальные доходы граждан **снизились на 6%**.
- Высокое потребление алкоголя – **на 9% выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **на 35% выше**, чем в Канаде и США.
- Высокая распространенность курения – **в 1,4 раза выше**, чем в «новых-8» странах ЕС, и **в 2,5 раза выше**, чем в Канаде и США.
- **Существенное хроническое недофинансирование** здравоохранения из государственных источников – **в 1,9 раза ниже**, чем в «новых-8» странах ЕС (по \$ППС на душу населения). В РФ в доле ВВП эти расходы в 2018 г. составили **3,3% ВВП**, а в «новых-8» странах ЕС – **5% ВВП**. Именно объем государственных расходов на здравоохранение определяет доступность бесплатной помощи: ее объем, оплату труда медицинских работников и обеспеченность медицинскими кадрами, доступность современных лекарств, медицинского оборудования, состояние зданий и сооружений.

2.3. Состояние системы здравоохранения РФ

- В РФ с 2012 по 2018 г. и без того **недостаточные** государственные расходы на здравоохранение сократились еще **на 4%** в постоянных ценах. Большая часть действующих сегодня тарифов по оплате медицинской помощи **не покрывает и 2/3** от реальных затрат на нее.
- В РФ с 2012 по 2018 г. из-за сокращения финансирования произошло **критическое сокращение мощностей** системы здравоохранения. В этот период обеспеченность практикующими врачами в государственных и муниципальных медицинских организациях **снизилась на 12%** (на 46 тыс. чел.). В результате в РФ обеспеченность врачами оказалась на уровне «старых» стран ЕС и даже **на 14% ниже**, чем в Германии. При этом в нашей стране имеется значительно **большая потребность** в медицинской помощи, чем в названных странах, из-за худшего состояния здоровья, большой территории и низкой плотности населения. Обеспеченность стационарными койками с 2012 по 2018 г. сократилась **на 15%** (на 160 тыс.), в результате в РФ она стала **на 15% ниже**, чем в Германии.
- Особенно тяжелая ситуация сложилась в сельской местности, в малых и средних городах, а также в первичном звене здравоохранения, где врачей **в 1,5 раза меньше** необходимого (на 36 тыс.), средних медицинских работников – **в 1,8 раза меньше** (на 66 тыс. чел.), в том числе фельдшеров – **в 1,9 раза меньше** (на 20 тыс. чел.).
- В результате этих сокращений в РФ с 2012 по 2018 г. произошло снижение гарантированных государством объемов бесплатной медицинской помощи: число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений сократилось **на 12%**, госпитализаций – **на 6%**, вызовов скорой помощи – **на 3%**. Более того, в РФ доступ-

¹¹ В 2018 г. 1 \$ППС = 25,6 руб.

ность лекарств в амбулаторных условиях (одного из главных индикаторов доступности медицинской помощи) **в 2,8 раза меньше** на душу населения, чем в «новых-8» странах ЕС. Причем эти лекарства у нас получают только отдельные категории граждан, а за рубежом – **все, кому врач выписал рецепт.**

- Увеличение потока больных и сокращение числа медицинских работников привели к существенному **увеличению нагрузки** на медицинских работников. Именно поэтому повышение с 2013 по 2018 г. среднемесячной начисленной заработной платы в постоянных ценах (2013 г. = 100%) у врачей **на 25%**, а у среднего медицинского персонала — **на 8%** оказалось **крайне недостаточным.** Коэффициент совместительства (отношение занятых должностей к числу физических лиц), по данным Счетной палаты РФ, у врачей составляет **1,4**, а у средних медицинских работников – **1,3.** Но если учесть реальную нагрузку на врачей (ведь помощь необходимо оказать всем пациентам), то **намного выше.** Также необходимо понимать, что любые переработки медицинских работников опасны снижением качества медицинской помощи, именно поэтому во многих странах они **запрещены законом.**
- В подавляющем большинстве регионов РФ в 2019 г. **должностные оклады** (без компенсационных и стимулирующих выплат) у врачей составляли **от 12 тыс. до 35 тыс. руб.,** а у медицинских сестер – **от 10 тыс. до 20 тыс. руб.** Это включая 13% НДФЛ и при условии, что оклад составляет не менее 50% начисленной заработной платы (в реальности он может быть еще ниже)¹².

Это главная **причина дефицита** кадров в отрасли.

- Особо следует отметить **неудовлетворительное состояние психиатрической службы.** В РФ имеет место высокая распространенность психических заболеваний и расстройств поведения: в 2018 г. было зарегистрировано **609 тыс.** новых случаев, **6 млн** случаев составляет общая заболеваемость, **1,5 млн чел.** состоят на учете, у **10%** населения выявляется депрессия, у **20%** – нарушения пищевого поведения, растет инвалидность среди взрослых и детей. На этом фоне продолжают сокращаться мощности психиатрической службы. С 1995 по 2014 г. **на 22% сократилось** число стационарных коек, объемы амбулаторной помощи **не возросли,** имеется всего **8** общежитий-отделений для таких больных, число врачей-психиатров на сегодня составляет **12 тыс.** (на 30% ниже норматива), число детских психиатров – **1,4 тыс.** (на 40% ниже норматива), число врачей-психотерапевтов – **1,4 тыс.** (на 65% ниже норматива)¹³.
- Ответшали и находятся **в непригодном состоянии,** по данным Счетной палаты РФ, **14% зданий,** в которых оказывается медицинская помощь, **в 30%** зданий нет водопровода, в **51%** – горячего водоснабжения, в **41%** – отопления, в **35%** – канализации. Даже с учетом того, что в расчет могли быть взяты складские помещения (как утверждает Минздрав России), что не более 10% общего числа зданий, эти показатели – **катастрофические.** Около **90%** детских поликлиник расположено в непригодных помещениях, где нельзя разместить современное энергоемкое оборудование.

¹² Рассчитано по данным профсоюзов, в среднем по всем уровням профессиональных квалификационных групп врачей и средних медицинских работников, при условии, что должностной оклад в среднем составляет 50% произведенных выплат. http://www.przrf.ru/info/full/oplata_truda/Analiz-situacii-v-sfere-oplaty-truda-rabotnikov-zdravoohraneniya29/. Официальная статистика по размерам должностных окладов не ведется.

¹³ По данным член-корр. РАН Б.Д. Цыганкова и ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

- В отрасли сложилась **неэффективная, недействительная** в критической ситуации система компенсации затрат медицинских организаций. В системе ОМС она устроена **по рыночному принципу** «деньги следуют за пациентом», причем за разный диагноз предусмотрена разная цена (тариф). Самый выгодный пациент тот, за которого платят больше, а расходов по оказанию помощи для него меньше. И чем больше таких пациентов, тем лучше. А если пациентов мало (как, например, в инфекционной службе при отсутствии эпидемии или в сельской местности), да еще если и денег за пациентом «следует» недостаточно, то в учреждении формируется **дефицит средств**. Тогда оно вынуждено экономить – **сокращать медицинский персонал, стационарные койки или вообще закрываться**. Именно по этой причине было закрыто большинство маломощных медицинских организаций в сельской местности и малых городах, сокращены инфекционные и другие «экономически невыгодные» больницы. Тем самым население лишилось необходимой помощи, а здравоохранение – критически важных сегодня резервных мощностей. Этот рыночный способ оплаты неприемлем для системы здравоохранения, которая должна развиваться планомерно, сохраняя свои главные принципы: территориальную доступность, преемственность и координацию помощи пациентам.
- **Имеет место недостаточная координация действий между системой здравоохранения и службой санитарно-эпидемиологического надзора**. В советское время эта служба напрямую подчинялась министру здравоохранения, сегодня это отдельная структура – Роспотребнадзор, который вдобавок имеет множество других функций по защите прав потребителей, напрямую не связанных с защитой населения от инфекций и эпидемий. Сегодня и служба здравоохранения, и Роспотребнадзор формируют свои

приказы и статистику. Диагностические тесты во время эпидемии в основном производились в лабораториях, которые подчинялись Роспотребнадзору, информация оттуда в медицинские организации поступала зачастую с опозданием, происходили путаница и потери документов. Разработка вакцин также находится в ведении Роспотребнадзора, соответственно Минздрав повлиять напрямую на этот процесс не может. Подробно см. приложение 3.1.

- **У главных внештатных специалистов Минздрава России отсутствуют полномочия и ответственность по организации медицинской помощи в регионах**. В советское время ключевые главные специалисты были в штате Минздрава, у них был свой аппарат, который позволял им полноценно выполнять функции по организации медицинской помощи по своему профилю. Сегодня главные специалисты Минздрава России – внештатные; как правило, они являются руководителями крупных федеральных медицинских организаций, возглавляют кафедры, зачастую еще и общество по своей специальности. Естественно, в таких условиях они не могут напрямую отвечать за организацию медицинской помощи в регионах и формировать стратегию развития, которая была бы направлена на снижение смертности и заболеваемости по их профилю в стране. Их роль во время эпидемии свелась к разработке методических рекомендаций по лечению COVID-19 и управлению своим учреждением.
- **В нормативной базе здравоохранения накопились критические противоречия и недостатки**. Например, действующие нормы о порядке оказания медицинской помощи систематически не согласуются с нормативами, рассчитанными на основании других документов, нормативные сроки ожидания медицинской помощи не согласованы с нормативами трудозатрат врачей и с фактической обеспеченностью медицинскими кадрами. Установленные

показатели занятости койки в году (более 340 дней) и высокие нормативы обеспеченности средним медицинским персоналом (более 10 коек на 1 должность) опасны ростом внутрибольничной инфекции.

- Действующая нормативная база по вопросам управления качества медицинской помощи (КМП) – **неполная, противоречивая, избыточная**: действует более **14** несогласованных нормативных актов, установлено **2,4 тыс.** показателей по контролю КМП, согласно приказу Минздрава России № 203-н, в то время как в развитых странах для этих целей используется **не более 30**. Система управления КМП сконцентрирована преимущественно на контроле и **не соответствует** международным нормам. Как следствие, на ее базе нельзя создать единую систему обеспечения КМП в РФ. При этом контрольные требования **множатся**: например, добавлены новые проверки по исполнению целей национального проекта «Здравоохранение» и соответствию критериям «бережливого производства».
- В здравоохранении происходит нарастание и без того **избыточных требований**, зачастую неконкретных и невыполнимых в ситуации дефицита ресурсов. Например, приняты **невыполнимые планы** по диспансеризации и профилактическим осмотрам, что вынуждает медицинских работников проводить их формально; введено новое требование по осмотру пациентов, нуждающихся в длительном уходе на дому, на что у медицинских работников просто нет времени. Отрасль развивается непланомерно, в ситуации общего дефицита финансирования приоритетное развитие определенных направлений ущемляет права одних пациентов за счет других. Например, с 2011 г. дефицитные ресурсы здравоохранения направлялись на строительство центров высоких технологий, в том числе перинатальных центров, тем самым снизились расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи.

- **Многочисленная финансовая отчетность в системе ОМС** не представляет дополнительной ценности для лечения пациентов и отвлекает врачей от выполнения их основных обязанностей. Например, только по оплате медицинской помощи при онкологических заболеваниях используется 7 видов отдельных отчетных форм (оплата за посещение, оплата за диагностическое исследование – 2 вида, оплата за курс химиотерапии, оплата за госпитализацию, оплата по двум спискам ВМП и т.д.).
- Отдельно следует отметить крайне **неудовлетворительное состояние производственно-цеховой медицины**, которая разрушена практически на всех предприятиях страны (за исключением ОАО «РЖД», где эта служба сохранилась в полном объеме). Оценка состояния здоровья работающего населения в стране на системной основе **не ведется** ни работодателями, ни государственными органами. Так, данные по производственному травматизму, профессиональной заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) и оценке условий труда, которые предоставляют Роструд, Фонд социального страхования (ФСС), Роспотребнадзор и Росстат, **явно занижены, несопоставимы** между собой и с зарубежными показателями. **Нет** государственной программы, направленной на улучшение здоровья трудоспособного населения. И это при том, что смертность трудоспособного населения в нашей стране **в 3 раза выше**, чем в странах ЕС!

2.4. Положение медицинских работников в отрасли

К началу эпидемии наши медицинские работники оказались **униженными и бесправными заложниками нетерпимой ситуации** в отечественном здравоохранении, которая не позволяет им исполнять свой долг, а пациентам – получать необходимую помощь. Это проявлялось в следующем.

1. В повсеместном снижении доступности медицинской помощи (дефицит медицинских

работников, лекарств, устаревшее оборудование), которое произошло в результате губительных рыночных реформ и хронического нищеского финансирования здравоохранения.

2. В убогих должностных окладах медицинских работников, на которые невозможно прожить, что, в свою очередь, привело к массовому исходу кадров из отрасли и к огромным перегрузкам тех, кто остался. Многие буквально сгорают на работе.

3. В нарастающей травле медицинских работников, провоцируемой жалобами и потребительским экстремизмом, бесконечными проверками контролирующих органов, уголовными преследованиями. Во многом медицинские работники стали громом отводом для отчаявшихся пациентов.

4. В подмене понятий – вместо оказания медицинской помощи, направленной на спасение здоровья и жизни людей, медицинские работники стали оказывать пациентоориентированные услуги. Это не соответствует истинному смыслу профессии врача и медицинской сестры.

5. В том, что рыночные принципы оплаты медицинской помощи – «деньги следуют за пациентом туда, где ему оказали услугу по выбору» – разрушают плановый характер организации медицинской помощи, ее территориальную доступность и преемственность в оказании.

6. В нарастании избыточных требований, зачастую противоречивых и невыполнимых в ситуации дефицита кадров и ресурсов, что приводит к бессмысленному бумаготворчеству, отнимает время от лечения пациентов и провоцирует хаос в отрасли.

7. В том, что в здравоохранение приходят слабо подготовленные медицинские и руководя-

щие кадры. Это результат недофинансирования высших и средних медицинских образовательных организаций, отмены интернатуры, развала института наставничества.

8. В отсутствии базовых условий для непрерывного медицинского образования – времени и финансовых средств у медицинских работников.

9. В том, что главные врачи, ответственные за организацию медицинской помощи, не могут ее обеспечить на должном уровне из-за дефицита средств, кадров, бесконечных проверок, недовольства пациентов и медицинских работников, отсутствия единой планомерной стратегии развития отрасли и централизованного управления.

10. В том, что частная медицина не может подставить свое плечо в оказании помощи, так как подавляющее большинство граждан не могут оплатить ее из своего кармана. А гарантированная государством помощь не может быть направлена в частный сектор из-за нехватки средств и отсутствия долгосрочных правил взаимодействия.

2.5. Обострение проблем здравоохранения во время эпидемии

Самое неприемлемое, что в период эпидемии на медицинских работниках вновь решили сэкономить, несмотря на указание Президента РФ о выплате дополнительных стимулирующих выплат тем из них, кто был вовлечен в оказание помощи пациентам с COVID-19 (врачам – 80 тыс. руб., среднему медицинскому персоналу и врачам скорой медицинской помощи – 40 тыс. руб., младшему медицинскому персоналу, фельдшерам и водителям скорой медицинской помощи – 25 тыс. руб.), а также на выделенные федеральные средства (всего 57 млрд руб.¹⁴)¹⁵. Главы регионов и региональ-

¹⁴ Распоряжение Правительства РФ от 18 марта 2020 г. № 648-р «О выделении 11,8 млрд руб. из резервного фонда Правительства России на финансовую поддержку медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения такой инфекцией» и Распоряжение Правительства РФ от 12 апреля 2020 г. № 976-р «О выделении 45,7 млрд руб. из резервного фонда Правительства России субъектам Федерации на стимулирующие выплаты медицинским работникам, оказывающим помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция».

¹⁵ https://novayagazeta.ru/articles/2020/05/13/85354-dobavit-bolshe-nechego?utm_source=fb, http://www.ng.ru/economics/2020-05-13/4_7859_healthcare.html.

ные министры не установили за этим персональный контроль, предоставив все на самоотек. Просто **невозможно** себе представить, что кому-то могло прийти в голову считать минуты, проведенные врачами с пациентами, – это **явное свидетельство профессиональной непригодности** тех, кто это предложил. О том, что российские медицинские работники оказались недостаточно защищенными, свидетельствует непропорционально высокая смертность среди них. По данным Роспотребнадзора, в РФ на июнь 2020 г. умерли **500** медицинских работников (6% всех умерших), в США – по разным данным, от **400 до 1000** человек (0,4–0,8% всех умерших), в Италии – **169**¹⁶ человек (0,5% всех умерших).

Отсутствие централизованного управления привело к тому, что каждый регион и каждое учреждение разной ведомственной подчиненности действовали сами за себя, зачастую конкурируя друг с другом за дефицитные расходные материалы и действуя в соответствии с собственным пониманием ситуации. Минздрав России не обладал полномочиями управления санитарно-эпидемиологической службой, соответственно часть мероприятий, за которые отвечало это ведомство, например проведение диагностического тестирования, было не скоординировано с оказанием медицинской помощи.

Федеральное правительство на 13 апреля 2020 г. выделило дополнительные средства на борьбу с эпидемией в размере почти 163 млрд руб., что составляет всего 4% к уровню государственных расходов на здравоохранение в 2019 г. (3,8 трлн руб.). Эти средства были направлены на закупку автомобилей скорой медицинской помощи, аппаратов ИВЛ, СИЗ, лекарств, а также на стимулирующие выплаты медицинским работникам. Однако их оказалось недостаточно: многие медицинские организации лишились части финансирования в связи с отменой плановых госпитализаций и посещений пациентов. В результате часть из них остались без средств на оплату труда персонала и на оказание других

видов помощи. Более того, в период эпидемии избыточный документооборот и требования к медицинским организациям не снизились, а возросли, просто перешли в дистанционный формат. Все это только усугубило и без того крайне непростые условия труда и создало дополнительный стресс для медицинских работников в последние месяцы.

Такая ситуация говорит о том, что, к сожалению, сегодня у общества и у власти не произошло осознания масштабов катастрофы в здравоохранении, понимания роли медицинских работников в спасении жизни и здоровья людей и степени риска, которому они себя подвергают. Никакие полумеры здесь не помогут. Такая ситуация опасна и неизбежно приведет к краху системы здравоохранения страны.

2.6. Состояние медицинской науки и образования

- **Низкая оплата** труда ППС (ниже, чем у практикующих врачей) и **отстранение** в некоторых вузах клинических кафедр от курирования пациентов привели к оттоку высокопрофессиональных специалистов из высшей школы, увеличению нагрузки на преподавателей, снижению качества преподавания и, в целом, к **стагнации развития высшей медицинской школы**. Отмена интернатуры, отсутствие оплачиваемого института наставничества, недостаточные сроки обучения в ординатуре по ряду специальностей в сочетании с низкой оплатой труда ординаторов (15–20 тыс. руб. в месяц без надбавок) – все это крайне **отрицательно сказывается** на подготовке медицинских кадров в стране.
- Расходы государства и бизнеса на научные исследования в области здоровья человека (большая доля касается разработки лекарственных средств, ЛС) в РФ в **8–10 раз меньше**, чем в развитых странах, – соответственно **0,04** и **0,3–0,4%**

¹⁶ <https://portale.fnomceo.it/elenco-dei-medici-caduti-nel-corso-dellepidemia-di-covid-19>.

ВВП. Это приводит к существенному **отставанию РФ** от развитых стран в регистрации новых разработок, в том числе ЛС. Также в нашей стране четко **не определены** приоритетные направления в разработке инновационных лекарств и **не создана** единая государственная система управления этим процессом.

2.7. Меры, которые предлагались для исправления ситуации в здравоохранении РФ до эпидемии

Эти меры не помогут исправить ситуацию в отрасли и достичь национальных целей, поставленных Президентом РФ по увеличению продолжительности жизни граждан до 78 лет к 2024 г. и удовлетворению острейших запросов населения.

- Национальный проект «Здравоохранение» направлен преимущественно на строительство и обновление инфраструктуры медицинских организаций. Увеличение тарифов предусмотрено **только по одному виду медицинской помощи** – по борьбе с онкологическими заболеваниями. Мер, направленных на решение кадровой проблемы, в нацпроекте явно недостаточно, об этом свидетельствует продолжающийся отток кадров из отрасли, регистрируемый Счетной палатой РФ – за 2018 г. врачей стало еще **на 5,8 тыс. меньше**, а медицинских сестер – **на 32,7 тыс. меньше**.
- Целевая подготовка медицинских работников и обязательное распределение, на которые все уповают, по сути – **тиражирование бесправия** в нашей профессии, причем единственной из других профессий. Фактически речь идет о том, что молодых врачей заставляют за нищенские заработные платы отрабатывать обучение в вузе. В самой ближайшей перспективе это только **усугубит падение престижа медицинского работника и дефицит кадров**.

- Изменение структуры выплаты заработной платы в пользу должностного оклада **ничего не даст**, так как общий объем средств на оплату труда останется прежним. В результате еще **пострадают те**, кто имеет высокие компенсационные выплаты и работает с коэффициентом совместительства, так как эти средства будут перераспределены на увеличение должностных окладов.
- «Бережливое производство» (другими словами, экономное) в ситуации и без того тотального дефицита ресурсов, естественно, **не может** принести результатов. Обеспечить доступность медицинской помощи в сельской местности только выездом мобильных бригад **недостаточно** – населению эта помощь необходима постоянно.

2.8. Меры, принятые в здравоохранении РФ в период эпидемии, в сравнении с другими странами

Коронавирусная болезнь (COVID-19) – острое респираторное инфекционное заболевание с тяжелым респираторным дистресс-синдромом, которое вызывается коронавирусом – SARS-CoV-2. Это заболевание впервые было зарегистрировано в начале декабря 2019 г. в г. Ухань (Китай) и с тех пор распространилось по всему миру.

Одна из характеристик распространения вируса – это R_0 , или ожидаемое число случаев заражения, произведенных первичным зараженным за определенное время. Оно используется для оценки распространения эпидемии среди подверженной данной инфекции популяции (без применения противоэпидемических мер). Эффективное репродуктивное число R_t показывает время распространения эпидемии за определенное время при наличии контрольных мер и является индикатором для их оценки¹⁷. В начале эпидемии новой коронавирусной инфекции (в середине января) в Ухане R_t имел значение **от 3 до 4**. Другими словами, каждый зараженный передавал инфекцию еще 3–4 другим людям. Это очень большой показатель, для сравнения –

¹⁷ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765665>.

при обычном гриппе, который ежегодно возникает в мире, *Rt* варьирует от 1,4 до 1,7. С учетом того, что время удвоения SARS-CoV-2 составляет 5 дней (другими словами, через 5 дней будет заражено 4^2 , еще через 5 дней – $4^2 \times 4$ и т.д., через 30 дней число заражений составит 4^6) было очевидно, что эта эпидемия выйдет из-под контроля. Если же *Rt* для определенной болезни и в определенном месте снижается **менее 1**, это означает, что эпидемия может быть взята под контроль.

В РФ в борьбе с эпидемией были приняты меры, **близкие к тем, которые принимались во всех европейских странах**: социальная изоляция граждан, закрытие школ и бизнесов, отмена авиасообщения и общественных мероприятий. Системе здравоохранения РФ в течение 1 мес удалось развернуть **более 100 тыс. коек** для лечения пациентов с COVID-19¹⁸. Были приняты меры по расширению объемов диагностического тестирования: в мае их уже проводилось более **115 тыс. в день** (по данным Роспотребнадзора на начало мая 2020 г.).

В этой связи необходимо отметить опыт **правительства Китая**, которым 23 января были приняты меры по закрытию города Ухань (эпидемиологического центра эпидемии), введен полный контроль за передвижением и принудительное нахождение на карантине в специально отведенных для этого местах и другие жесткие меры социальной изоляции. Это позволило снизить *Rt* эпидемии менее 1 всего **за несколько недель**. Уже в течение апреля и мая в Китае наблюдались только спорадические случаи этой инфекции.

Успешным оказался в борьбе с эпидемией и **опыт Тайваня**¹⁹. Его главные характеристики следующие.

- **Готовность**: буквально с 1 января 2020 г. началась работа по предотвращению распространения инфекции. 20 января была активирована работа единого Центра по борьбе с эпидемиями во главе с министром здравоохранения (врачом по

образованию). Он имел полномочия координировать работу в регионах и муниципалитетах, а также других министерств – образования, торговли, экономики, труда, транспорта и др.

- **Централизация управления и своевременная мобилизация**: уже с 5 января были организованы медицинское наблюдение и изоляция на 14 дней граждан, прибывающих из Уханя. С 20 января по 7 февраля последовательно вводились меры по ограничению въезда граждан из Китая, Гонконга и Макао, а также оттуда были вывезены все туристические группы. Всем гражданам с подозрением на инфекцию проводилось обследование на **26 типов** вирусов. Все организации получили четкие инструкции по действиям в случае выявления подозрительных и/или подтвержденных случаев коронавируса. Был установлен жесткий контроль за мерами повышенной дезинфекции общественных мест и транспорта, запрещен выезд всех медицинских работников из страны.
- **Скоординированность действий**: на 27-й день от начала эпидемии были объединены базы данных медицинского страхования и миграционного контроля. Все больницы, врачи и аптеки получили доступ к информации о предшествующих заграничных передвижениях граждан с целью выявления возможных зараженных. Всем прибывшим из районов, опасных по эпидемиологической обстановке, выдавали государственные мобильные телефоны, устанавливалась обязательная изоляция на 14 дней и осуществлялся жесткий контроль за ее соблюдением.
- **Публичность**: уже с 20 января правительство Тайваня проводило ежедневные брифинги для населения, где выступали вице-президент (эпидемиолог по об-

¹⁸ <https://iz.ru/1007930/2020-05-06/v-rossii-dlia-lecheniia-pacientov-s-covid-19-razvernuto-126-tys-koek>.

¹⁹ https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/7/20-0574_article.

разованию), министр здравоохранения (врач по образованию) с разъяснением ситуации и рекомендациями. С первых же дней был установлен штраф в размере 100 тыс. \$США за дезинформацию, работала «горячая линия» для населения.

- **Централизация управления производством, закупками и распределением дефицитных ресурсов:** мобилизованы военные для производства медицинских масок, осуществлялся контроль за распределением дефицитных товаров (медицинских масок, дезинфицирующих средств и др.) по медицинским организациям и аптекам.

В результате на Тайване зарегистрированы всего **440** зараженных, **7** смертей (0,03 случая на 100 тыс. населения) и с 1 апреля практически не отмечается новых случаев.

Положительных результатов благодаря своевременным, централизованным и скоординированным действиям удалось добиться и правительству Норвегии²⁰. При этом было особо отмечено, что наличие единой централизованной системы оплаты за медицинскую помощь являлось ключевым успехом быстрого реагирования на эпидемию. На 13 мая в Норвегии в условиях массового тестирования было **8,1 тыс.** зараженных, **223 умерших** (4,3 случая на 100 тыс.).

2.9. Социально-экономические и эпидемические прогнозы на 2020 г.

Социально-экономические прогнозы

Эти прогнозы подготовлены акад. РАН Р.И. Нигматулиным, проф. Б.И. Нигматулиным.

Они характеризуют сегодняшний экономический кризис в РФ тремя показателями: 1) ростом инфляции; 2) потерей рабочих дней; 3) падением цен и спроса на наши экспортные товары, среди которых 90% занимают сырье и полусырье.

По базовому сценарию (\$27 за баррель) полное падение ВВП в 2020 г. составит **19% ВВП 2019 г.** (без учета компенсации, выделенной Правительством РФ), что равно 21 трлн руб.

в ценах 2019 г. Реальные денежные доходы населения **упадут на 10%** (при условии, что не будет компенсации).

Меры поддержки, принятые в РФ: полугодовая отсрочка по всем налогам (за исключением НДС), сокращение страховых взносов в 2 раза (с 30 до 15%), а также поддержка в виде минимальной оплаты труда потерявших доходы работников, что составляет 120 млрд руб. в месяц, начиная с 01.04.2020, итого около **1 трлн руб. до конца года.** Судя по высказываниям министров, в течение года предполагается выделить до **6 трлн руб.**, или около 6% ВВП. **Но этих средств будет недостаточно, чтобы существенно предотвратить падение ВВП.**

Государство за счет Фонда национального благосостояния (ФНБ) и других резервов должно компенсировать потерю **4% ВВП** «негосбюджетного» населения из-за 40 нерабочих дней и потерю **6% ВВП** (по базовому сценарию) консолидированного госбюджета. В сумме эта компенсация равна **10% ВВП, что составляет 11 трлн руб. в ценах 2019 г.**

Выделение 11 трлн руб. из ФНБ (75 тыс. руб. на душу населения) соответствует 150 млрд долларов по курсу ЦБ (\$1 = 73 руб. в ценах 2019 г.), или 430 млрд долларов по паритету покупательской способности (\$ППС = 25,5 руб. в ценах 2019 г.). Отметим для сравнения, что Германия (83 млн чел.), Великобритания (67 млн чел.), Франция (67 млн чел.) выделяют от 500 млрд до 1 трлн долларов, а США (331 млн чел.) – 3 трлн долларов. Это значит, что в данных странах на покрытие социально-экономических потерь государства выделяют от 6 тыс. до 9 тыс. долларов на душу населения, что по паритету покупательской способности соответствует от 150 тыс. до 230 тыс. руб., т.е. в сопоставимых **ценах в 2–3 раза больше**, чем в РФ (при условии, что будет выделено дополнительно 11 трлн руб.).

Эпидемические прогнозы распространения COVID-19

В ситуации, когда эффективная и безопасная вакцина против вируса SARS-CoV-2 только апро-

²⁰ <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0120>.

бируется, длительность иммунного ответа точно неизвестна, а также отсутствует эффективное этиотропное лечение против вируса (кроме лекарственных препаратов ремдесивир, который уменьшает длительность течения заболевания на 5 дней, и дексаметазон, который уменьшает летальность при тяжелом течении заболевания), санитарные ограничительные меры (включая закрытие предприятий и образовательных организаций, ограничение социальных контактов) являются единственно возможным способом борьбы с распространением вируса. Возможно, удастся добиться таких стратегий социальной изоляции, которые позволят экономике работать, а обществу вернуться к некоторому подобию нормальной жизни. Кроме закрытия школ и отмены массовых мероприятий, должна соблюдаться физическая дистанция (2 м), обязательно ношение масок в общественных местах, дистанционная работа там, где это возможно.

Если меры социальной изоляции соблюдаться не будут вообще, то SARS-CoV-2 может вернуть свою скорость распространения к январским показателям – с Rt от 2 до 4 и периодом удвоения – 5 дней. Это будет продолжаться до тех пор, пока значительная часть населения не приобретет иммунитет после болезни или вакцинации²¹.

Все это ставит систему здравоохранения в новые условия, когда будет необходимо не менее 1 года оказывать медицинскую помощь в условиях повышенной инфекционной безопасности.

III. Приложение

3.1. Справка об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ и других странах (Великобритания, Германия, Китай, Норвегия, Тайвань, США и Южная Корея): <https://www.vshouz.ru/news/vshouz/15103/>.

3.2. Использованные источники информации

1) Европейская база данных о смертности/WHO Mortality Database [Электронный

ресурс]. Режим доступа: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms>.

2) ЕМИСС/база данных Росстата [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://fedstat.ru/>

3) Здоровье для всех/база данных ВОЗ [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://gateway.euro.who.int/ru/hfa-explorer>.

4) Росстат [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.gks.ru>.

5) Healthy People 2020 Database [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.healthypeople.gov/2020/data-search/About-the-Data>.

6) OECD.Stat / база данных ОЭСР [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://stats.oecd.org>.

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

3.3. Перечень писем и аналитических справок, подготовленных Г.Э. Улумбековой, которые в 2011–2020 гг. были отправлены в Правительство РФ, Государственную Думу РФ, Совет Федерации РФ, Минздрав России, РАН, Национальную медицинскую палату, с предложениями по решению критических проблем российского здравоохранения.

1) Письмо академиком РАН «О принятии ущербного закона “Об основах охраны здоровья граждан в РФ”» (26 октября 2011 г.).

2) Аналитическая справка «Как отвечает законопроект “Об основах охраны здоровья граждан в РФ” на вызовы системе здравоохранения» (2011).

3) Аналитическая справка «Здравоохранение РФ: итоги, вызовы и пути решения» (2012).

4) Письмо Президенту РФ В.В. Путину «О критической ситуации в здравоохранении» (10 сентября 2014 г.).

5) Краткая справка «О состоянии системы здравоохранения РФ. Программа развития отрасли на 2015–2018 гг.» (10 сентября 2014 г.).

²¹ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765665>.

6) Министру здравоохранения РФ В.И. Скворцовой «О критической ситуации в здравоохранении» (30 сентября 2014 г.).

7) Мэру Москвы С.С. Собянину «О критической ситуации в здравоохранении Москвы и сокращении коечного фонда» (20 октября 2014 г.).

8) Аналитическая справка «Анализ состояния здравоохранения г. Москвы: 2011–2014 гг.» (20 октября 2014 г.).

9) Министру здравоохранения РФ В.И. Скворцовой «О главных проблемах в отрасли здравоохранения» (24 октября 2014 г.).

10) Председателю Счетной палаты Т.А. Голиковой «О критической ситуации в финансировании здравоохранения» (10 декабря 2014 г.).

11) Президенту Национальной медицинской палаты Л.М. Рошалю «О критической ситуации в финансировании здравоохранения» (10 декабря 2014 г.).

12) Председателю Совета Федерации РФ В.И. Матвиенко «О критической ситуации в финансировании здравоохранения» (10 декабря 2014 г.).

13) Заместителю руководителя Аппарата Правительства РФ Н.Б. Найговзиной «О критической ситуации в финансировании здравоохранения» (12 декабря 2014 г.).

14) Критический анализ Справки «О мероприятиях по реорганизации медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы» (2014).

15) Аналитическая справка «Показатели и ресурсы системы здравоохранения в Москве (динамика с 2010 по 2014 г.), Санкт-Петербурге, России в среднем и в «старых» странах ЕС» (октябрь 2014 г.).

16) Справка «Дефицит финансового обеспечения программы госгарантий в 2015 г. составит 30% от планируемых расходов» (8 февраля 2015 г.).

17) Справка «Антикризисный план по управлению в здравоохранении» (8 февраля 2015 г.).

18) Справка «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете ФОМС на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг.» (12 марта 2015 г.).

19) Президенту РФ В.В. Путину о критической ситуации в здравоохранении» и Пояснительная записка к письму (30 июня 2015 г.).

20) Справка «Состояние здравоохранения РФ: Риски и пути решения проблем 2016–2017 гг.» (октябрь 2015 г.).

21) Справка «О кризисной ситуации в здравоохранении РФ. Первоочередные меры» (16 декабря 2015 г.).

22) Справка «Расчет дефицита финансирования программы госгарантий в 2015 г. и его последствия» (2015).

23) Справка «Расчет необходимого числа инфекционных коек для взрослых и детей в РФ и Москве» (2015).

24) Главам субъектов РФ «О мерах по снижению смертности в субъектах РФ и увеличению государственного финансирования здравоохранения» (15 июня 2015 г.).

25) Вице-премьеру по социальным вопросам Правительства РФ Т.А. Голиковой «Предложения по проектно-целевому управлению по достижению цели ОПЖ 78 лет» (17 мая 2018 г.).

26) Справка «Анализ Национального проекта «Здравоохранение» и предложения по его доработке в части обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)» (май 2019 г.).

27) Депутату Государственной Думы РФ Федерального Собрания РФ, первому заместителю председателя Комитета по охране здоровья, академику РАН Н.Ф. Герасименко о предложениях по развитию здравоохранения РФ (14 октября 2019 г.).

28) Депутату Государственной Думы РФ Федерального Собрания РФ, первому заместителю председателя Комитета по образованию и науке, академику РАН Г.Г. Онищенко о предложениях по развитию здравоохранения РФ (14 октября 2019 г.).

29) Главному эпидемиологу МЗ РФ, директору института общественного здоровья, заведующему кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, академику РАН Н.И. Брико о предложениях по развитию здравоохранения РФ (16 октября 2019 г.).

30) Директору ФГБУ «ВЦМК «Защита» Минздрава России, главному внештатному специалисту по медицине катастроф Минздрава России, академику РАН С.Ф. Гончарову о предложениях по развитию здравоохранения РФ (22 октября 2019 г.).

31) Президенту Союза «Национальная медицинская палата», д.м.н., профессору Л.М. Рошаля о предложениях по развитию здравоохранения РФ (25 октября 2019 г.).

32) Министру здравоохранения РФ М.А. Мурашко о неотложных мерах в здравоохранении РФ (23 января 2020 г.).

33) Председателю Правительства РФ М.В. Мишустину о дефиците медицинских кадров и путях решения проблемы (06 марта 2020 г.).

34) Председателю Счетной палаты РФ А.Л. Кудрину о неотложных мерах в здравоохранении РФ (11 марта 2020 г.).

35) Заместителю Председателя Счетной палаты РФ Г.С. Изотовой о программе неотложных мер в здравоохранении (13 марта 2020 г.).

36) Заместителю мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам социального развития А. В. Раковой о неотложных мерах в здравоохранении РФ и Москвы по борьбе с эпидемией нового коронавируса (1 апреля 2020 г.).

37) Министру здравоохранения РФ М.А. Мурашко о мерах по борьбе с коронавирусом, принимаемых в медицинских организациях США и которые могут быть применены в РФ (2 апреля 2020 г.).

38) Министру здравоохранения РФ М.А. Мурашко о предложениях по реформе здравоохранения РФ (4 июня 2020 г.).

39) Председателю Комитета Государственной Думы по охране здоровья Д.А. Морозову о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (5 июня 2020 г.).

40) Председателю Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам А.М. Макарову о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (5 июня 2020 г.).

41) Председателю партии «Справедливая Россия» С.М. Миронову о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (5 июня 2020 г.).

42) Председателю партии ЛДПР В.В. Жириновскому о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (5 июня 2020 г.).

43) Председателю ЦК КПРФ, руководителю фракции КПРФ в Государственной Думе РФ Федерального Собрания РФ Г.А. Зюганову о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (5 июня 2020 г.).

44) Председателю Всероссийской политической партии «ЕДИНАЯ РОССИЯ», заместителю председателя Совета Безопасности РФ Д.А. Медведеву о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (5 июня 2020 г.).

45) Заключение на письмо Минздрава России №29-0/И/1-25333 от 27.04.2020 в Российскую трехстороннюю комиссию по регулированию социально-трудовых отношений о ходе выполнения поручений Президента РФ по итогам совещания по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения (7 июня 2020 г.).

46) Президенту «Лиги пациентов», члену Экспертного совета при Правительстве РФ А.В. Савверскому о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (8 июня 2020 г.).

47) Рассылка губернаторам субъектов РФ о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (8 июня 2020 г.).

48) Председателю Государственной Думы Федерального Собрания РФ В.В. Володину о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (9 июня 2020 г.).

49) Руководителю фракции «ЕДИНАЯ РОССИЯ» С.И. Неверову о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (9 июня 2020 г.).

50) Председателю Совета Федерации Федерального Собрания РФ В.И. Матвиенко о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (9 июня 2020 г.).

51) Председателю Комитета Совета Федерации по социальной политике И.Ю. Святенко о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (9 июня 2020 г.).

52) Первому заместителю председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике И.Н. Каграманяну о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (9 июня 2020 г.).

53) Председателю Счетной палаты РФ А.Л. Кудрину о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (9 июня 2020 г.).

54) Рассылка министрам здравоохранения субъектов РФ 1-го проекта предложений по реформированию здравоохранения РФ (10 июня 2020 г.).

55) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Фаррахову А.З. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

56) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Герасименко Н.Ф. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

57) Заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Говорину Н.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

58) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Елыкомову В.А. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

59) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Кобзеву Ю.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

60) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Косяненко Е.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

61) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Куринному А.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

62) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Маграмову А.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

63) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Менделевичу Б.Д. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

64) Первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Натарову С.В. о предложениях по ре-

формированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

65) Заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Огулю Л.А. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

66) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Осадчому Н.И. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

67) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Петрову А.И. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

68) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Петрову А.П. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

69) Первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Саниной Н.П. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

70) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Соломатиной Т.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

71) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Третьяку В.А. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

72) Первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Тумусову Ф.С. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

73) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Фроловой Т.И. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

74) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Менделевичу Б.Д. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

75) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Цыбизовой Т.И. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

76) Члену Комитета Государственной Думы по охране здоровья Черняевой Н.А. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

77) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Авдееву А.А. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

78) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Белику Д.А. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

79) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Беспаловой М.П. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

80) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Бикбаеву И.З. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

81) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Бобрышеву Ю.И. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

82) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Бузилову В.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

83) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Ганзя В.А. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

84) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Гончару Н.Н. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

85) Первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Гусевой И.М. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

86) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Данчиковой Г.И. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

87) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Зубареву В.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

88) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Казанкову С.И. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

89) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Кармазиной Р.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

90) Первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Катасонову С.М. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

91) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Ковпаку Л.И. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

92) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Красноштанову А.Н. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

93) Заместителю председателя Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Максимовой Н.С. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

94) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Марьяш И.Е. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

95) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Носову А.А. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

96) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Ооржаку М.Д. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

97) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Резнику В.М. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

98) Первому заместителю председателю Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Ремезкову А.А. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

99) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Селиверстову В.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

100) Заместителю председателя Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Симановскому Л.Я. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

101) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Скругу В.С. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

102) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Федорову В.А. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

103) Первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Хору Г.Я. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

104) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Чижову С.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

105) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Шубину И.Н. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

106) Первому заместителю председателя Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Шурчанову В.С. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

107) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Щапову М.В. о предложе-

ниях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

108) Члену Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Юркову Д.В. о предложениях по реформированию здравоохранения РФ (11 июня 2020 г.).

109) Заключение по вопросу «Об основных характеристиках бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и на плановый период» (15 июня 2020 г.).

110) Председателю Правительства РФ М.В. Мишустину об отсутствии средств в бюджете ФОМС на решение неотложных проблем в здравоохранении РФ и на модернизацию первичного звена здравоохранения РФ (16 июня 2020 г.).

111) Справка об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ и в других странах (Великобритания, Германия, Китай, Норвегия, Тайвань, США и Южная Корея) (27 июня 2020 г.).

112) Рассылка министрам здравоохранения РФ 2-го проекта предложений по реформированию здравоохранения РФ (02 июля 2020 г.).

113) Президенту Союза «Национальная медицинская палата», д.м.н., профессору Л.М. Рощалю о предложениях по реформе здравоохранения РФ и об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ и других странах (Великобритания, Германия, Китай, Норвегия, Тайвань, США и Южная Корея) (13 июля 2020 г.).

Необходимость более тщательного мониторинга сердечно-сосудистой заболеваемости и научно обоснованной пропаганды здорового образа жизни в Центральной и Восточной Европе*

Мовсисян Н.К.¹,
Винчигерра М.¹,
Медина-Инохоза Х.Р.²,
Лопес-Хименес Ф.²

¹ Международный центр клинических исследований, Университетская больница Святой Анны, 656 91, г. Брно, Чешская Республика

² Клиника Мэйо, 55902, г. Рочестер, Миннесота, Соединенные Штаты Америки

Цель – идентификация приоритетных направлений укрепления сердечно-сосудистого здоровья в Центральной и Восточной Европе (ЦВЕ) – регионе с самым высоким показателем социально-экономического бремени сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в мире.

Методы. В данном обзоре рассмотрены рецензируемые публикации и оперативные базы данных, выбранные с помощью несистематического целенаправленного поиска.

Результаты. Несмотря на неуклонное снижение социально-экономического бремени ССЗ в Восточной Европе, по этому показателю сохраняются значительные различия с Западной Европой. Мероприятия по профилактике ССЗ в этом регионе проводились и проводятся весьма неравномерно. Финансирование научных исследований и мониторинг осуществляются неодинаково, не везде проводятся территориальные профилактические программы, а также существует ряд других проблем. Для их решения требуется комплексный подход, направленный на межотраслевое взаимодействие, повышение качества

* *Annals of Global Health*. 2020; 86 (1): 21. DOI: <https://doi.org/10.5334/aogh.2713>

Эта статья находится в открытом доступе в соответствии с условиями международной лицензии 4.0 Creative Commons Attribution License (CC-BY 4.0), которая разрешает неограниченное использование, распространение и распространение на любом носителе, при условии указания автора оригинальной работы и источника. Обратитесь по ссылке <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

© 2020 Коллектив авторов.

и доступности здравоохранения, а также необходима государственная политика, ориентированная на устранение неравенства в отношении обеспечения медицинского обслуживания и обоснованная результатами хорошо спланированных эпидемиологических исследований.

Заключение. В настоящее время в ЦВЕ проблеме эпидемии ССЗ уделяется недостаточно внимания. В этом регионе Европы с самой высокой заболеваемостью необходимо проведение дальнейших эпидемиологических исследований сердечно-сосудистого здоровья, более активный мониторинг и внедрение профилактических стратегий против ССЗ.

Финансирование. Данная работа проведена за счет национальной программы устойчивого развития II (MEYS CR) (№ LQ1605) и Европейского фонда регионального развития, проект ENOCH (№ CZ.02. 1.01/0.0/0.0/16_019/0000868).

Конфликт интересов. Авторы не заявили о конфликте интересов. Каждый автор берет на себя ответственность за все аспекты достоверности и свободен от предвзятости в отношении представленных данных и их обсуждаемой интерпретации. Все авторы в равной степени принимали участие в данной работе.

Cardiovascular diseases in Central and Eastern Europe: a call for more surveillance and evidence-based health promotion

Movsisyan N.K.¹,
Vinciguerra M.¹,
Medina-Inojosa J.R.²,
Lopez-Jimenez F.²

¹ St. Anne's University Hospital in Brno, 656 91,
Brno, Czech Republic
² Mayo Clinic, 55902, Rochester, MN, United
States of America

The paper **aims** to identify the priorities for cardiovascular health promotion research in Central and Eastern Europe (CEE), the region with the highest cardiovascular diseases (CVD) burden in the world.

Methods. This narrative review covered peer-reviewed publications and online databases using a nonsystematic purposive approach.

Results. In despite of a steady decrease in CVD burden in the region, the East-West disparities are still significant. There is minimal continuity in the past and current CVD prevention efforts in the region. Many challenges still exist, including an opportunity gap in research funding, surveillance and population-based preventive interventions. A comprehensive approach focusing on multi-sectoral cooperation, quality and accessibility of healthcare and equity-oriented public policies and supported by well-designed epidemiologic studies is needed to overcome these challenges.

Conclusion. The current level of effort is not adequate to address the magnitude of the CVD epidemic in CEE. It is imperative to strengthen the epidemiological base concerning cardiovascular health in the region, to foster surveillance and progress in implementation of CVD preventive strategies in the most affected populations of Europe.

Funding. This work was supported by the National Program of Sustainability II (MEYS CR) (no. LQ1605), and by the European Regional Development Fund - Project ENOCH (No. CZ.02.1.01/0.0/0.0/16_019/0000868).

Competing Interests. The Authors declared no conflict of interest, all authors take responsibility for all aspects of the reliability and freedom from bias of the data presented and their discussed interpretation. All authors contributed to this work.

Эпидемиологические предпосылки и динамика показателей

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной смертности в Европе, составляющей 45%. Ежегодно более 4 млн европейцев умирают от ССЗ, в первую очередь от ишемической болезни сердца (ИБС) и инсульта. Еще больше жителей попадают в больницы, при этом многие пациенты становятся инвалидами и нуждаются в пожизненном лечении [1]. ССЗ являются не только медицинской, но и значимой экономической проблемой Европы. Ежегодный экономический ущерб от ССЗ оценивается в 210 млрд евро. Эта сумма включает как непосредственные затраты на оказание медицинской помощи, так и косвенные – выплаты компенсаций по нетрудоспособности и неофициальный уход за пациентами с ССЗ [2]. Самая высокая сердечно-сосудистая смертность в мире зарегистрирована в странах Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ/СНГ) [3, 4].

В течение последних десятилетий в Европе наблюдается снижение смертности от ССЗ, однако скорость этого процесса в разных странах Европейского региона весьма неодинакова [5]. Европейский регион Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) включает 53 европейских государства с неодинаковой социальной, политической и экономической обстановкой. В этой статье рассматриваются 2 группы стран: 1) ЦВЕ, состоящая из 11 стран – членов социалистического лагеря, присоединившихся к ЕС в 2004 г. (Болгария, Хорватия, Чешская Республика, Эстония, Латвия, Литва, Венгрия, Польша, Румыния, Словения, Республика Словакия); 2) страны Содружества Независимых Государств (СНГ) – бывшие члены Советского Союза (Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Киргизия, Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Украина).

Самые высокие показатели сердечно-сосудистой смертности в Европе регистрируются в странах ЦВЕ. В частности, стандартизованный по возрасту показатель сердечно-сосудистой смертности (СВПС) в Латвии и Румынии в 2 раза выше, чем в среднем по Европе (соответственно

883 и 951 в сравнении с 373,6 на 100 тыс. жителей) [1, 6]. Имеется значительный разрыв по этому показателю между странами ЦВЕ и Францией, Испанией, Израилем и некоторыми странами за пределами Европы, где СВПС намного ниже (275,2; 292,4 и 255,0 для Франции, Испании и Израиля соответственно).

В странах ЦВЕ и СНГ выше показатели не только общей, но и ранней сердечно-сосудистой смертности. Преждевременная сердечно-сосудистая смертность у мужчин (<65 лет) в России и Беларуси более чем в 10 раз выше, чем в Швейцарии (соответственно 300 и 26 на 100 тыс.). У жителей некоторых стран СНГ (Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Россия и Украина) показатель сердечно-сосудистой смертности в возрасте 55–59 лет выше, чем у французов в возрасте 75–79 лет. Показатели преждевременной смертности у женщин в странах ЦВЕ и в других странах Европы ниже, чем у мужчин, но имеют сходную динамику [1, 2]. Значительный разрыв между странами Востока и Запада по сердечно-сосудистой смертности стал очевиден на фоне быстрого снижения этого показателя в Западной Европе [7]. Данное снижение объясняют воздействием нескольких факторов: изменением образа жизни, государственной политики и наличием новых, более эффективных методов лечения ССЗ [4, 8, 9]. Чтобы определить роль в уменьшении смертности каждого из этих факторов, Capewell и соавт. разработали модель ИБС IMPACT, в которую включены главные факторы риска и распространенные методы лечения этого заболевания [10]. Относительный вклад профилактических стратегий и медицинской помощи в разных странах неодинаков, однако модель IMPACT показала, что данное снижение сердечно-сосудистой смертности более чем наполовину вызвано ослаблением воздействия факторов риска и только во вторую очередь – применением научно обоснованных методов лечения [11–13].

После распада восточного блока в начале 1990-х гг. сердечно-сосудистая смертность постепенно снижалась в новых странах – членах Европы, в первую очередь в Словении, Чешской Республике и в Польше [7, 9]. Исследования показывают, что сердечно-сосудистая смертность

в Чешской Республике и в Польше, как и в странах Западной Европы, снижается за счет изменения образа жизни. Снижение смертности в этих странах ЦВЕ на 43 и 37% обусловлено внедрением новых методов лечения [14, 15]. В странах СНГ, наоборот, наблюдался значительный рост общей и сердечно-сосудистой смертности, который уда-

лось остановить только в 2010 г. [16]. При анализе базы данных ВОЗ «Здоровье для всех» за 2018 г. выявлены значимые различия по показателю сердечно-сосудистой смертности, стандартизованному по возрасту, между странами СНГ и ЦВЕ (на 100 тыс. населения): 582,5 на Украине и 78,4 в Словении в 2015 г. (см. таблицу).

Стандартизованные по возрасту показатели смертности от ишемической болезни сердца (на 100 тыс. населения) в странах Центральной и Восточной Европы и СНГ с разбивкой по стране и половой принадлежности

Страна	Последний год	Мужчины		Женщины		Все	
		стандартизованная по возрасту смертность, все возрасты	10-летнее изменение показателя смертности, %	стандартизованная по возрасту смертность, все возрасты	10-летнее изменение показателя смертности, %	стандартизованная по возрасту смертность, все возрасты	10-летнее изменение показателя смертности, %
Армения*	2016	337,9	Д/0	206,1	Д/0	263,2	Д/0
Беларусь*·†	2015	571,4	-9,5	255,6	-16,8	371,4	-12,6
Болгария	2014	140,9	-37,5	72,0	-43,6	102,4	-40,3
Хорватия	2016	171,9	-17,5	101,0	-18,5	132,6	-17,5
Чешская Республика	2016	177,1	-20,7	97,9	-24,2	132,1	-21,8
Эстония	2015	184,7	-51,8	88,3	-53,6	125,3	-52,0
Грузия*	2015	134,2	-40,3	73,0	-35,2	98,3	-36,7
Венгрия	2016	246,7	-22,7	139,2	-24,9	183,7	-23,7
Казахстан*	2015	152,0	-70,8	73,3	-74,4	105,1	-72,4
Киргизия*	2015	511,4	7,5	356,0	9,0	421,9	7,5
Латвия	2015	316,1	-29,8	156,0	-23,6	216,8	-26,6
Литва	2016	380,0	-18,3	196,1	-22,2	267,3	-20,6
Молдова*	2016	435,9	-31,7	292,6	-34,7	353,0	-32,6
Польша	2015	100,1	-38,8	44,9	-42,8	68,6	-40,3
Румыния	2016	198,0	-26,3	115,5	-31,7	152,2	-28,7
Россия*	2013	413,0	-31,3	210,6	-28,2	289,1	-29,9
Словакия	2014	241,3	-31,5	148,4	-33,5	187,4	-32,1
Словения	2014	78,4	-31,9	32,4	-44,5	52,5	-36,3
Туркменистан*	2013	365,7	-35,5	240,3	-37,4	295,1	-36,4
Украина*	2015	582,5	-21,0	340,0	-19,9	433,1	-20,3
Узбекистан*	2014	371,7	-13,7	257,6	-17,4	309,3	-15,6
Западная Европа**	2015	73,8	-33,9	33,0	-39,2	51,2	-35,5
Европейский регион***	2015	193,2	-28,4	106,9	-26,0	142,9	-27,1

Примечание. Д/о – данные отсутствуют; * – бывшие и нынешние страны – члены Содружества Независимых Государств, отсутствуют последние данные по Азербайджану и Таджикистану; † – в связи с нехваткой данных представлены показатели для Беларуси за 11 лет; ** – средние показатели смертности в странах Западной Европы; *** – средние показатели смертности в европейском регионе по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Источник: база данных ВОЗ «Здоровье для всех», 2018.

Используя методологию международного исследования социально-экономического бремени заболеваний 2015 г., Murthy и соавт. выявили приблизительно двукратное различие по бремени ССЗ между странами СНГ и ЦВЕ [17]. Несмотря на прогрессивное снижение сердечно-сосудистой смертности в этом регионе, различие между странами Востока и Запада сохраняется в первую очередь за счет отставания стран ЦВЕ/СНГ (рис. 1).

Улучшение сердечно-сосудистого здоровья – сложная, но не неразрешимая задача, что подтверждено в ряде стран, предпринимающих успешные попытки по снижению ССЗ. Опыт этих стран показал, что остановить распространение эпидемии ССЗ возможно, причем за относительно короткий промежуток времени, как, например, в финском проекте в Северной Карелии [18].

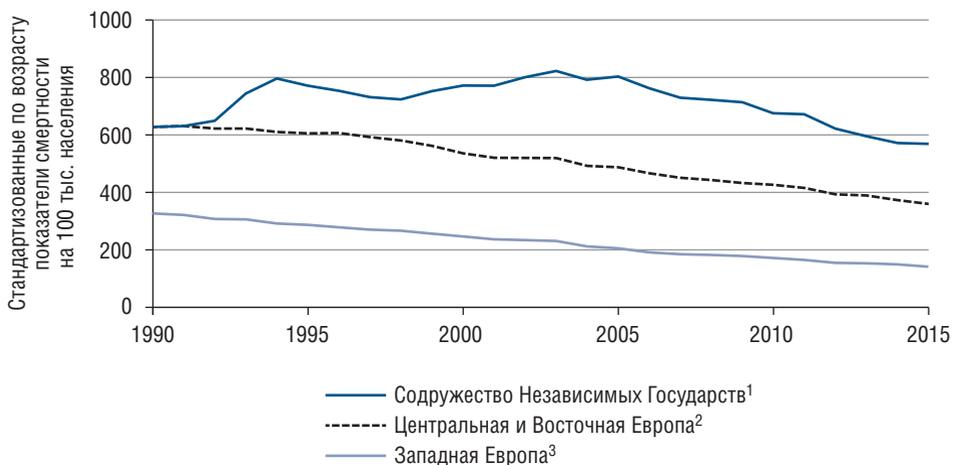
В данной статье обобщен опыт использования предшествующих и современных подходов к укреплению сердечно-сосудистого здоровья и предлагаются приоритетные направления исследований для специалистов по общественному здравоохранению в ЦВЕ/СНГ. Мы надеемся, что

это будет способствовать укреплению ССЗ в Европе, охваченной «сердечно-сосудистой эпидемией». Важно, что данные усилия необходимо предпринимать с учетом ограниченных ресурсов, а также интересов и приоритетов, конкурирующих на региональном и национальном уровне.

Методы

Поиск публикаций

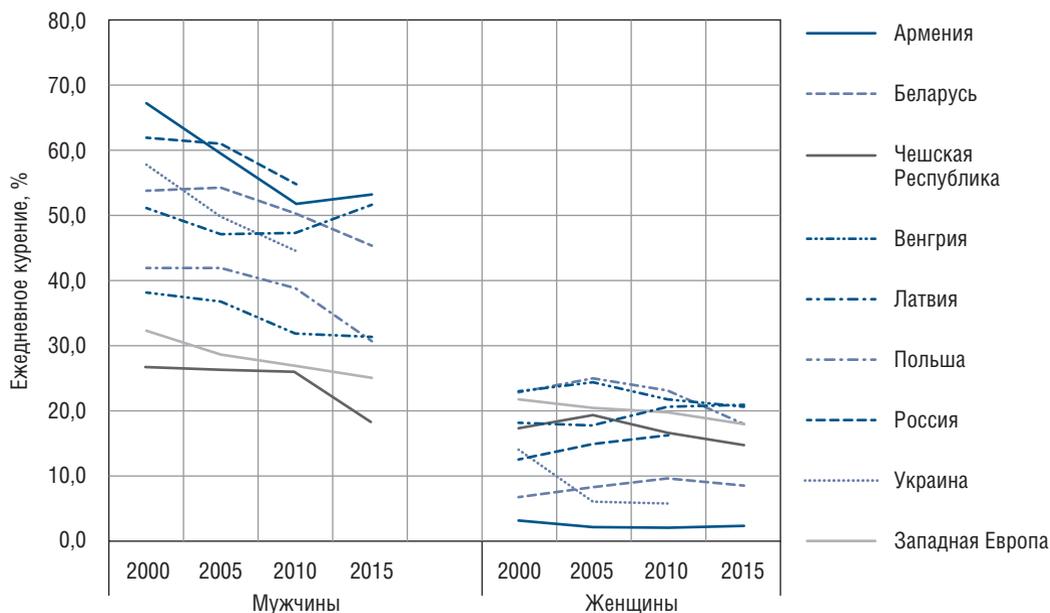
С помощью инструмента поиска PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) найдены статьи, опубликованные в научных базах данных, в первую очередь MEDLINE, по следующим ключевым словам и их сочетаниям: Центральная и Восточная Европа, Восточная Европа, бывший Советский Союз, сердечно-сосудистая смертность, сердечно-сосудистое здоровье, кардиоваскулярная профилактика, укрепление сердечно-сосудистого здоровья, профилактика ССЗ, популяционное исследование, территориальный. Данные о сердечно-сосудистой смертности и распространенности факторов риска получены



Источник: база данных ВОЗ «Здоровье для всех», 2018 г.

Рис. 1. Смертность от болезней системы кровообращения в Европе по группам стран, 1990–2015 гг.

¹ Включены Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Киргизия, Молдова, Россия, Туркменистан, Украина, Узбекистан. ² Включены Болгария, Хорватия, Чешская Республика, Эстония, Латвия, Литва, Венгрия, Польша, Румыния, Словения, Республика Словакия. ³ Включены Австрия, Бельгия, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Ирландия, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Испания, Швеция, Великобритания.



Источник: база данных ВОЗ «Здоровье для всех», 2018.

Рис. 2. Динамика распространенности ежедневного курения у жителей и жительниц некоторых стран Европы, 2000–2015 гг.

Примечание. Ежедневное курение у лиц в возрасте ≥ 15 лет, 2000–2015 гг. Данные для России и Украины после 2010 г. не представлены.

из базы данных ВОЗ «Здоровье для всех» и сайта Eurostat. Также выполнен тематический поиск всех эпидемиологических исследований, проведенных в этом регионе, на сайте ClinicalTrials.gov. Проведен дополнительный поиск вручную непосредственно по ссылкам из идентифицированных статей.

Результаты: основные положения

Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний

Во Фремингемском исследовании выявлены следующие традиционные или главные факторы риска ССЗ: возраст, пол, липидный спектр крови, высокое артериальное давление, сахарный диабет, ожирение, курение, а также базовые факторы риска – недостаточная физическая активность и неправильное питание. Позднее к их числу были отнесены некоторые поведенческие, психо-

социальные, социально-экономические факторы и условия окружающей среды, в том числе стресс, депрессия, недостаток социальной поддержки и загрязнение воздуха [19]. В обширных эпидемиологических исследованиях выявлены новые факторы риска: клиническое и субклиническое системное воспаление, микроальбуминурия, повышенный уровень липопротеина А и факторы, ведущие к повышению свертываемости крови. Однако на популяционном уровне повышенный риск ИБС более чем на 80% обусловлен традиционными факторами риска [19]. Существуют прогностические модели ССЗ, позволяющие выявлять лиц, которым необходимы более активная профилактика и лечение. Большинство главных факторов риска поддаются частичной или полной коррекции с помощью стратегий, направленных на укрепление здоровья и реализуемых на индивидуальном или популяционном уровне [20].

Подтверждена более высокая распространенность сердечно-сосудистых факторов риска

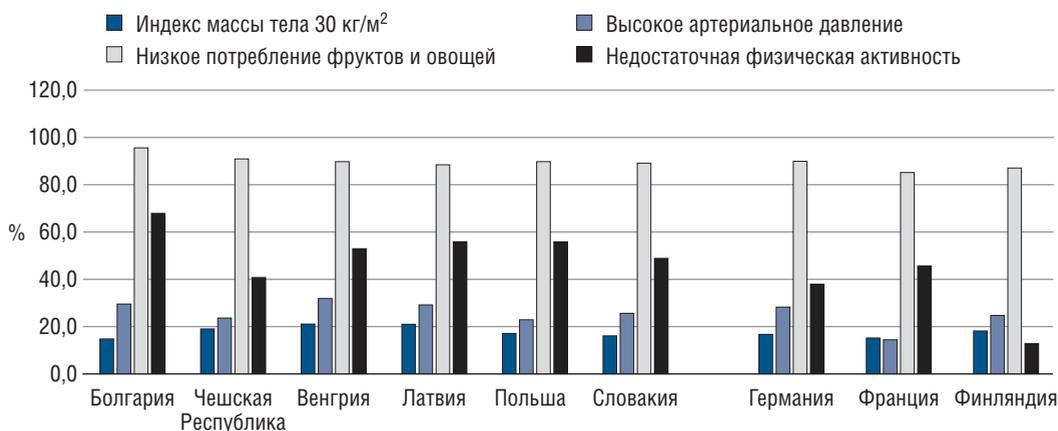
в регионе ЦВЕ/СНГ по сравнению с другими странами Европы и мира, в частности курения у мужчин и употребления больших количеств алкоголя [21]. Основные причины заболеваемости ССЗ в ЦВЕ/СНГ и Европе – артериальная гипертензия и неправильное питание [1]. Считается, что самая высокая в мире СВПС в странах ЦВЕ/СНГ обусловлена частым сочетанием высокой артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии, гипергликемии и повышенного индекса массы тела [22]. Распространенность гиперхолестеринемии уменьшается в европейском регионе в целом, но не в странах ЦВЕ/СНГ, где заболеваемость сахарным диабетом и ожирением (у мужчин) растет [22].

В недавнем систематическом обзоре показано стабильное уменьшение потребления фруктов в странах ЦВЕ/СНГ в сравнении со странами Западной Европы, однако потребление овощей сохраняется на примерно одинаковом уровне [23]. Мониторинг уровней физической активности в этом регионе проводится неравномерно, однако распространенность занятий физкультурой в ЦВЕ, по-видимому, невысока (рис. 3). Отме-

чается снижение физической активности у детей. Кроме того, по-видимому, имеется разнонаправленная зависимость между уровнем образования и физической активностью. Зафиксировано, что менее образованные жители Болгарии и Румынии ведут более активный образ жизни, в Чешской Республике и Словакии – наоборот, более образованные люди физически активнее. [24]. Употребление умеренных количеств алкоголя сопровождается снижением ССЗ, избыточных количеств – ее повышением. Во многих странах ЦВЕ наблюдается рост тяжелого пьянства [21]: у мужчин в Болгарии и Чехословакии – соответственно 25,8 и 59,4%, у женщин в Эстонии и Венгрии – соответственно 4,0 и 16,0%. Безусловно, алкоголь является не единственной причиной повышения ССЗ в ЦВЕ [17, 25].

Концепция идеального сердечно-сосудистого здоровья

Представление о профилактике незаметно, но радикально изменилось, и теперь это понятие подразумевает не только отсутствие заболевания, но и наличие положительного здоровья [26].



Источники: «Исследование здоровья европейцев методом интервью», 2014 г. Eurostat; опрос «Специальный Евробарометр 472: Спорт и физическая активность», 2017 г.

Рис. 3. Распространенность ожирения, высокого артериального давления, низкого потребления фруктов и овощей и недостаточной физической активности в некоторых странах Европы

Примечание. Принятое определение ожирения – индекс массы тела (ИМТ) $\geq 30 \text{ кг/м}^2$. Высокое артериальное давление обнаружено самостоятельно в течение последних 12 мес. Низкое потребление фруктов и овощей – употребление менее чем 5 рекомендованных порций фруктов и овощей ежедневно. Недостаточная физическая активность – отсутствие в анамнезе занятий спортом или физических упражнений.

Положительное здоровье – в первую очередь оптимальное состояние здоровья при отсутствии заболеваний физической, психической и эмоциональной сфер; это достояние, ресурс для благополучия и процветания. В данной трактовке это понятие выходит за рамки профилактической помощи и включает так называемую базовую профилактику – предотвращение возникновения факторов риска через изменение образа жизни, что будет подробно обсуждаться ниже. Существует тесная взаимосвязь положительного здоровья с концепцией идеального сердечно-сосудистого здоровья, выдвинутой Американской сердечно-сосудистой ассоциацией (АНА) [27]. Идеальное сердечно-сосудистое здоровье во многом соответствует положительному здоровью и определяется комбинацией 7 компонентов, куда входят несколько типов здорового поведения и медицинских факторов при отсутствии ССЗ. Следующие 7 критериев идеального сердечно-сосудистого здоровья обязательны: отсутствие курения в течение предыдущего года, целевой уровень физической активности, здоровое питание, способствующее нормальному функционированию сердца, ИМТ <25 кг/м², общий холестерин <200 мг/дл, артериальное давление 120/80 мм рт.ст. и глюкоза крови натощак <100 мг/дл без лекарственных препаратов. Концепция идеального сердечно-сосудистого здоровья имеет некоторые ограничения, но может быть использована при проведении обследований и установлении стратегических целей [28, 29].

Сравнение базовых и терапевтических стратегий укрепления сердечно-сосудистого здоровья

Различие между укреплением сердечно-сосудистого здоровья и профилактикой ССЗ четко обозначено Labarthe, который противопоставил цели этих стратегий [30]. Задача профилактики ССЗ – снижение заболеваемости сердца и сосудов путем уменьшения распространенности факторов риска на первичном (коррекция имеющихся факторов риска), вторичном (предотвращение рецидива заболевания), третичном (предотвращение инвалидности и смерти)

клинических уровнях и на уровне популяции в целом. Клинический (лица с высоким риском) и популяционный (лица с низким риском) подходы направлены на ослабление воздействия уже имеющихся факторов риска ССЗ. Данные стратегии согласуются с основной концепцией профилактики ССЗ, согласно которой небольшое уменьшение риска во всей популяции может привести к более выраженному снижению заболеваемости, нежели более значительное уменьшение в небольшой группе пациентов высокого риска [31]. Эти стратегии являются терапевтическими и отличаются от базовых стратегий, которые направлены на укрепление здоровья, т.е. в первую очередь на предотвращение возникновения факторов риска ССЗ [30, 32]. Примечательно, что пропаганда физической активности и здоровое питание – методы, направленные на изменение поведения для более активной коррекции таких факторов риска, как сахарный диабет, ожирение, артериальная гипертензия и дислипидемия, также очень действенны в рамках базовой профилактики. Это поведенческие методы, которые позволяют не только *контролировать*, но и *предотвращать* заболевание. Накопление факторов риска может происходить уже в детстве, поэтому профилактические мероприятия необходимо начинать в младенчестве и проводить в течение всей жизни.

Популяционные стратегии укрепления сердечно-сосудистого здоровья

В отличие от клинических стратегий, сфокусированных на здоровье отдельного пациента, популяционные профилактические стратегии обращены к населению в целом или отдельным его сегментам, конкретному окружению (рабочие места, школы) или политике на местном, государственном и международном уровнях. Они основываются на признании роли общественных факторов в формировании здоровья или социально-экономических факторов, определяющих уровень здоровья [33]. К этим стратегиям можно отнести законы об ограничении курения табака, торговые запреты, создание условий, благоприятствующих здоровому образу жизни (например,

транспортная инфраструктура, велосипедные дорожки), налоговые меры (налог на продажу вредных продуктов питания) и предоставление более выгодных предложений. Под выгодными предложениями имеются в виду рентабельные или малозатратные вмешательства, которые рекомендованы ВОЗ для более широкого внедрения в различных условиях и популяциях с целью снижения неинфекционной заболеваемости [34]. Так, принятие первого международного соглашения в сфере общественного здравоохранения – Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака – способствовало снижению распространенности курения в ЦВЕ и во многих других странах [35]. Существуют и другие стратегические инициативы: Директива ЕС по табачным продуктам, Инициатива ЕС по ожирению, Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя ВОЗ и Глобальная стратегия в области режима питания, физической активности и здоровья ВОЗ. В настоящее время неинфекционные заболевания (НИЗ) признаны значимой угрозой стабильному развитию и включены в повестку дня ООН с целью сократить преждевременную смертность от НИЗ на треть к 2030 г. [36].

Итоги территориальных программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний

Ранее считалось, что большинство целей профилактики ССЗ труднодостижимы. Несмотря на достаточное финансирование, в подавляющем большинстве ранних территориальных профилактических проектов наблюдалось весьма умеренное снижение ССЗ [37]. Невысокая эффективность таких проектов объясняется методологическими недостатками, недостаточной продолжительностью профилактических мероприятий и долговременными тенденциями [38]. Возможно, самая известная и упоминаемая профилактическая программа проведена в Северной Карелии, где мероприятия по уменьшению распространенности курения, артериальной гипертензии и потребления насыщенных жиров привели к снижению сердечно-сосудистой смертности на 73% с 1970-х гг. по 1995 г. [18,

39]. Этот успех побудил ВОЗ к запуску Общественно-национальной интегрированной программы по профилактике неинфекционных заболеваний (CINDI). Один из выводов программы CINDI заключается в том, что проведение длительных крупномасштабных профилактических программ зависит не только от доступных ресурсов, но и от желания политиков их мобилизовать [40].

Недавно АНА предложила подробную модель укрепления сердечно-сосудистого здоровья для реализации на территориальном уровне [41]. В нее включены мониторинг, обучение и средства массовой информации, партнерские объединения, создание медицинских служб и обеспечение их доступности, а также изменение окружающей среды и общественной политики. Основная роль в модели АНА отведена участию и взаимодействию на территориальном уровне, однако в ней отсутствуют конкретные рекомендации по устранению различий состояния здоровья в малообеспеченных группах.

Проект ВОЗ MONICA по мониторингу эпидемии сердечно-сосудистых заболеваний в Европе

Для изучения 10-летней динамики смертности, заболеваемости и факторов риска в 38 популяциях 21 страны в 1980-х гг. ВОЗ инициировала Международный проект мониторинга тенденций и основных факторов риска ССЗ (Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease, MONICA) [8, 39]. Исследование выявило значительные различия по исходам ССЗ в различных группах. Показатели общей и сердечно-сосудистой смертности у мужчин во всех популяциях выше, чем у женщин. В большинстве популяций наблюдалось снижение годовой заболеваемости ИБС, которое оказалось максимальным среди мужчин в Финляндии (на 6,5% ежегодно в течение 10 лет) [39, 42]. Обратная тенденция наблюдалась среди мужского населения стран Восточной Европы (России, Польши, Литвы, Югославии), а также Китая, Каталонии и Бельгии. Распространенность курения, повышенного систолического артериального давления и холестерина уменьшалась у мужчин и женщин большинства групп

исследования. Однако тенденции к уменьшению распространенности ежедневного курения среди мужчин оказались статистически достоверными только в Польше и в Чешской Республике. В большинстве стран Европы обнаружено увеличение числа курящих женщин, наиболее выраженное в северных и восточных популяциях, где ранее оно было невысоким: в Испании, Польше и России [42]. В большинстве популяций наблюдается умеренное снижение распространенности гиперхолестеринемии и систолической гипертензии. Выявлено повышение ИМТ в западных популяциях и снижение в восточных. Наличие разнонаправленных тенденций указывает на необходимость непрерывного мониторинга факторов риска ССЗ в европейских регионах.

Проблемы и возможности укрепления сердечно-сосудистого здоровья в ЦВЕ/СНГ

С 1990-х годов страны этого региона развиваются в различных направлениях, что резко отразилось на показателях здоровья населения. Политика в области здравоохранения и информационные медицинские системы в новых странах – членах ЕС были приведены в соответствие с законодательными актами и нормативами ЕС [43]. Эти страны также получили возможности усовершенствовать теоретическую и практическую медицину, используя ресурсы ЕС и другие источники финансирования, а также участвовать в европейских профилактических программах. Несмотря на это проведение длительной реформы здравоохранения финансируется по-прежнему недостаточно [44]. Благодаря деятельности Фондов открытого общества и Ассоциации школ общественного здравоохранения, направленной на наращивание резервов и оказание технической помощи, в Европе введена концепция научно обоснованного общественного здравоохранения [45, 46]. Два десятилетия спустя многие проблемы остаются нерешенными. В одних странах наряду с сердечно-сосудистым здоровьем сохраняется большая актуальность проблем охраны здоровья матери и ребенка и инфекционных заболеваний, в других странах здравоохранение может зависеть от направлений деятельности больших организаций-доноров.

В рассматриваемом регионе сохраняется сильное влияние международных производителей табачных изделий, питания и алкогольных напитков, что также затрудняет проведение профилактики. Во всем мире, в том числе в ЦВЕ, зарегистрированы случаи вмешательства табачных компаний в государственную политику [47].

Показано увеличение сердечно-сосудистой смертности в странах с выраженным социальным неравенством. Социально-экономическая реструктуризация, проведенная после крушения коммунистического строя, стала причиной значительной разницы доходов населения и тем самым, возможно, способствовала повышению ССЗ [9]. Далее, недостаточное финансирование здравоохранения в странах СНГ (<5% ВВП) препятствует проведению медицинской профилактики (например, контролю артериальной гипертензии) и сокращению огромных расходов на неотложную кардиологию. Кроме того, территория некоторых стран ЦВЕ/СНГ представляет собой обширную сельскую местность, где условия проживания и доступность современных методов лечения и медицинских технологий значительно отличаются от городских условий [48].

Изучение опыта предыдущих программ профилактики ССЗ ограничено из-за недостатка публикаций и общедоступных данных [45]. В Словении и Литве организации, занимающиеся профилактической медициной, принадлежат правительству, в то время как в Польше ресурсы для борьбы с табакокурением мобилизовали именно граждане [49]. Совсем недавно стартовало несколько общенациональных профилактических программ в Российской Федерации, Казахстане и Беларуси [50]. Долгосрочная результативность этих программ в отношении укрепления сердечно-сосудистого здоровья пока остается неопределенной [51].

Мониторинг и эпидемиологические исследования сердечно-сосудистых заболеваний в ЦВЕ/СНГ

После завершения исследования MONICA были проведены эпидемиологические «Исследование здоровья европейцев методом интервью» (European Health Interview Survey)

и «Исследование здоровья европейцев при объективном осмотре» (European Health Examination Survey), частью которых являлся стандартизованный сбор медицинских данных. Однако результаты этих исследований трудно сравнивать из-за малого числа стран-участниц [52]. Есть положительные стороны: увеличилось число стран – участниц популяционных реестров ССЗ, и большинство стран ЦВЕ/СНГ в настоящее время предоставляют информацию в один или несколько специализированных реестров Европейского общества кардиологов. Недавно стартовал совместный проект по улучшению лечения и ускорению оказания помощи при инсульте (Enhancing and Accelerating Stroke Treatment, ESO-EAST), задачей которого является улучшение исходов инсульта именно в ЦВЕ [53]. В других инициативах, в частности EUROASPIRE, принимают участие члены профессиональных сообществ ЦВЕ [54]. Эти исследования позволяют наблюдать за изменением практики лечения диагностированных ССЗ, но, к сожалению, не позволяют получить информацию о ССЗ, смертности и тенденциях распространения факторов ее риска. Анализ этих тенденций и оценка способствующих факторов и исходов ССЗ проводятся лишь в немногих проспективных когортных популяционных исследованиях, которые ниже описаны более подробно.

В России, Польше и в Чешской Республике проводится крупное проспективное исследование HAPIEE (The Health, Alcohol and Psychosocial factors In Eastern Europe – «Здоровье, алкоголь и психосоциальные факторы в Восточной Европе»), в котором участвуют приблизительно 36 тыс. жителей [55]. В исследовании подтверждена роль основных факторов риска, а также обнаружена взаимосвязь социально-экономического положения, питания, употребления алкоголя, социальной поддержки, депрессии с сердечно-сосудистой смертностью [21, 56]. Однако данные наблюдения не объясняют высокую сердечно-сосудистую смертность в России по сравнению с Польшей и Чешской Республикой [55].

В настоящее время в 34 центрах, 4 из них расположены на территории ЦВЕ/СНГ, проводится крупномасштабное исследование PURE (The

Prospective Urban Rural Epidemiology Study – «Проспективное эпидемиологическое исследование городского и сельского населения») [57]. Последние результаты показывают, что регулярные и нерегулярные занятия физкультурой приводят к снижению частоты осложнений ССЗ, в то время как на фоне диеты с высоким содержанием углеводов наблюдается увеличение общей смертности, возможно, из-за недостаточного разнообразия рациона [58].

В Брно, втором по численности городе Чешской Республики, проводится проспективное кардиологическое исследование когорты из 2160 жителей Kardiovizie Brno 2030 [59]. В этом исследовании использованы данные предыдущего исследования MONICA, полученные в Чешской Республике, однако проводится анализ более широкого спектра факторов риска ССЗ, в том числе сердечно-лодыжечного сосудистого индекса, толщины комплекса интима–медиа, распределения жировой ткани и генетических факторов [60]. В нем недавно подтверждено, что исходная распространенность (19,1%) идеального или почти идеального сердечно-сосудистого здоровья среди его участников является низкой [61]. Артериальная гипертензия диагностирована у ~66,0% участников, гиперхолестеринемия – у 68,8%, <27% употребляли фрукты и овощи ежедневно. Данные результаты предварительные, они подчеркивают необходимость повышения информированности о здоровом питании.

Обсуждение: проблемы и направления дальнейших исследований

В странах ЦВЕ проводится недостаточно исследований, посвященных укреплению сердечно-сосудистого здоровья [62]. Исследования, проводимые в Западной Европе, финансируются более активно, в том числе из многочисленных внутренних источников, в то время как в странах ЦВЕ, где заболеваемость наиболее высока, количество исследований сравнительно небольшое [63]. Различия в финансировании исследований можно охарактеризовать двояко: как недостаточное финансирование и недостаточное привлечение участников.

Благодаря этническому разнообразию Европейский регион считается «природной лабораторией эпидемиолога», где можно получить ответы на самые разнообразные вопросы [16]. И все же кардиологическую заболеваемость в ЦВЕ/СНГ вряд ли можно снизить только путем адаптации известных эффективных программ, поскольку в этом регионе тенденции показателей смертности и распространенности факторов риска значительно различаются и сохраняется нехватка информации [64]. Для улучшения сердечно-сосудистого здоровья в регионе нужны новые передовые методы, при адаптации которых необходимо принять во внимание местные условия, особенности, традиции, социальные факторы и неодинаковую доступность ресурсов здравоохранения [65]. Требуется детальная стратегия, сбалансированно сочетающая индивидуальный и популяционный подходы, которая состоит из межотраслевых программ, направленных как на систему здравоохранения, так и на социальные источники заболеваний [64]. В фокусе такой детальной стратегии должна быть базовая профилактика факторов риска ССЗ, осуществляемая в течение всей жизни. Однако чтобы добиться максимального улучшения сердечно-сосудистого здоровья у лиц с высоким риском или диагностированным заболеванием, в нее также должна быть включена первичная и вторичная профилактика [30]. Вместо финан-

сирования отдельных дорогостоящих методов лечения, имеющих ограниченные показания, следует отдать предпочтение экономически выгодным стратегиям вторичной профилактики.

В дальнейшем также необходимо проведение продольных эпидемиологических исследований в регионе [66]. Эти исследования можно сделать гораздо более информативными за счет участия в европейских и международных консорциумах, которое позволит улучшить взаимодействие и обмен идеями между учеными в сфере внедрения профилактических стратегий.

Различие между Востоком и Западом по сердечно-сосудистой смертности указывает, что данная проблема остается нерешенной. Необходимо в кратчайшие сроки улучшить мониторинг заболеваемости ССЗ и распространенности факторов риска, повысить осведомленность политиков на местном уровне и общества в целом об этой проблеме, сделать приоритетом финансирование программ профилактики ССЗ и внедрить программы снижения уровня ССЗ на популяционном уровне. Если эти проблемы не будут решены в кратко- и среднесрочной перспективе, расходы на здравоохранение возрастут многократно, что исчерпает ограниченные экономические ресурсы и создаст порочный круг. В конечном итоге недостаточное финансирование профилактики ССЗ обойдется странам ЦВЕ дороже всего.

АВТОР ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ

Лопес-Хименес Франсиско (Francisco Lopez-Jimenez) – MD, MSc, подразделение профилактической кардиологии, отделение сердечно-сосудистой медицины, Клиника Мэйо, Рочестер, Миннесота, Соединенные Штаты Америки

E-mail: lopez@mayo.edu

<https://orcid.org/0000-0001-5788-9734>

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. *Eur Heart J.* 2016; 37 (42): 3232–45. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw334>.
2. European Cardiovascular Disease Statistics 2017. European Heart Network Brussels, 2017.
3. Global and regional patterns in cardiovascular mortality from 1990 to 2013. *Circulation.* 2015; 132 (17): 1667–78. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.008720>.
4. The contributions of risk factor trends and medical care to cardiovascular mortality trends. *Nat Rev Cardiol.* 2015; 12 (9): 508–30. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2015.82>.
5. Dynamics of cardiovascular and all-cause mortality in Western and Eastern Europe between 1970 and 2000. *Eur Heart J.* 2006; 27 (1): 107–13. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi511>.

6. Health in the European Union – facts and figures. Online publications 2017. URL: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Health_in_the_European_Union_%E2%80%93_facts_and_figures. (date of access February 26, 2018)
7. East-West mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. *BMJ*. 1996; 312(7028): 421–5. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7028.421>.
8. Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. *Lancet*. 2000; 355 (9205): 675–87. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)11180-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)11180-2).
9. Trends in mortality from ischemic heart disease and cerebrovascular disease in Europe: 1980 to 2009. *Circulation*. 2016; 133 (20): 1916–26. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018931>.
10. Coronary heart disease policy models: a systematic review. *BMC Public Health*. 2006; 6: 213. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-213>.
11. Explaining the decrease in coronary heart disease mortality in Italy between 1980 and 2000. *Am J Public Health*. 2010; 100 (4): 684–92. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.147173>.
12. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales between 1981 and 2000. *Circulation*. 2004; 109 (9): 1101–7. DOI: <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000118498.35499.B2>.
13. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in Finland between 1982 and 1997. *Am J Epidemiol*. 2005; 162 (8): 764–73. DOI: <https://doi.org/10.1093/aje/kwi274>.
14. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in the Czech Republic between 1985 and 2007. *Eur J Prev Cardiol*. 2014; 21 (7): 829–39. DOI: <https://doi.org/10.1177/2047487312469476>.
15. Decline in mortality from coronary heart disease in Poland after socioeconomic transformation: modeling study. *BMJ*. 2012; 344: d8136. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.d8136>.
16. The epidemiological transition in Eastern and Western Europe: a historic natural experiment. *Eur J Public Health*. 2017; 27: 4–8. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx158>
17. Ischaemic heart disease in the former Soviet Union 1990–2015 according to the Global Burden of Disease 2015 Study. *Heart*. 2018; 104 (1): 58–66. DOI: <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2016-311142>.
18. Changes in premature deaths in Finland: successful long-term prevention of cardiovascular diseases. *Bull World Health Organ*. 1998; 76 (4): 419–25.
19. Assessing risk for coronary heart disease: beyond Framingham. *Am Heart J*. 2003. 146 (4): 572–80. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0002-8703\(03\)00500-3](https://doi.org/10.1016/S0002-8703(03)00500-3).
20. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur J Prev Cardiol*. 2016; 23 (11): NP1–96.
21. Alcohol, drinking pattern and all-cause, cardiovascular and alcohol-related mortality in Eastern Europe. *Eur J Epidemiol*. 2016; 31 (1): 21–30. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10654-015-0092-8>.
22. Cardiovascular disease, chronic kidney disease, and diabetes mortality burden of cardio-metabolic risk factors between 1980 and 2010: Comparative risk assessment. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2014; 2 (8): 634–47. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(14\)70102-0](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(14)70102-0).
23. Stefler D., Bobak M. Does the consumption of fruits and vegetables differ between Eastern and Western European populations? Systematic review of cross-national studies. *Arch Public Health (Archives Belges de Sante Publique)*. 2015; 73 (1): 29–9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13690-015-0078-8>.
24. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 2012; 380 (9838): 247–57. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60646-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60646-1).
25. Alcohol increases circulatory disease mortality in Russia: acute and chronic effects or misattribution of cause? *Int J Epidemiol*. 2010; 39 (5): 1279–90. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyq102>.
26. From cardiovascular disease to cardiovascular health: a quiet revolution? *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2012; 5(6): e86–92. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.111.964726>
27. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association’s strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation*. 2010; 121 (4): 586–613. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192703>.
28. The Pursuit of Ideal Cardiovascular Health: An Individual and Societal Challenge. *Mayo Clin Proc*. 2012; 87 (10): 929–31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.08.008>.
29. Using the concept of ideal cardiovascular health to measure population health: a review. *Curr Opin Cardiol*. 2015; 30 (5): 518–24. DOI: <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000210>.
30. Global cardiovascular health promotion and disease prevention: 2011 and beyond. *Circulation*. 2012; 125 (21): 2667–76. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.087726>.
31. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1981; 282 (6279): 1847–51. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.282.6279.1847>.
32. Reflections on cardiovascular diseases. *Interdiscip Sci Rev*. 1978; 3(3): 225–30. DOI: <https://doi.org/10.1179/030801878791925921>.
33. The unequal health of Europeans: successes and failures of policies. *Lancet*. 2013; 381 (9872): 1125–34. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62082-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62082-0).
34. Are WHO «best buys» for non-communicable diseases effective in low-income and lower-middle-income countries? A systematic review. *Lancet Global Health*. 2017; 5 (1): S17. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30124-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30124-9).
35. Implementation of key demand-reduction measures of the WHO Framework Convention on Tobacco Control and change in smoking prevalence in 126 countries: an association study. *Lancet Public Health*. 2017; 2 (4): e166–74. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30045-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30045-2).

36. NCD Countdown 2025: accountability for the 25 × 25 NCD mortality reduction target. *Lancet*. 2014; 384 (9938): 105–7. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61091-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61091-6).
37. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 1: CD001561. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001561.pub3>.
38. Merzel C., D’Afflitti J. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *Am J Public Health*. 2003; 93 (4): 557–74. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.4.557>.
39. WHO MONICA project: what have we learned and where to go from here? *Public Health Rev*. 2011; 33: 373–96. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF03391642>.
40. A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action: The CINDI vision. Copenhagen, 2004.
41. American Heart Association Guide for Improving Cardiovascular Health at the Community Level, 2013 update: a scientific statement for public health practitioners, healthcare providers, and health policy makers. *Circulation*. 2013; 127 (16): 1730–53. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31828f8a94>.
42. Trends in coronary risk factors in the WHO MONICA project. *Int J Epidemiol*. 2001; 30: S35–40. DOI: https://doi.org/10.1093/ije/30.suppl_1.S35.
43. Health law and policy in the European Union. *Lancet*. 2013; 381 (9872): 1135–44. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62083-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62083-2).
44. Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. *Lancet*. 2009; 374 (9696): 1186–95. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61334-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61334-9).
45. Public Health Education in Central and Eastern Europe, and Central Asia. *Public Health Rev*. 2011; 33: 105–33. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF03391623>.
46. Fifty years of serving public health: the Association of Schools of Public Health in the European Region moving forward to the next half-century. *Int J Public Health*. 2016; 61 (6): 631–2. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0824-x>.
47. Tobacco and transition: an overview of industry investments, impact and influence in the former Soviet Union. *Tobacco Control*. 2004; 13 (2): 136–42. DOI: <https://doi.org/10.1136/tc.2002.002667>.
48. How has the management of acute coronary syndrome changed in the Russian Federation during the last 10 years? *Health Policy*. 2017; 121 (12): 1274–9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.018>.
49. The significance and impact of the Polish Anti-Tobacco Law. *J Health Inequal*. 2016; 2 (1): 32–5. DOI: <https://doi.org/10.5114/jhi.2016.61417>.
50. Comprehensive program for the prevention of non-communicable diseases: planning, implementation and evaluation. *J Prev Med*. 2012; 1.51. The recent mortality decline in Russia: beginning of the cardiovascular revolution? *Popul. Dev. Rev*. 2014; 40 (1): 107–29. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2014.00652.x>.
52. Health indicators in Europe: availability and data needs. *Eur J Public Health*. 2012; 22 (5): 716–21. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr195>.
53. European Society of Cardiology: Registries & Surveys. 2018. URL: <https://www.escardio.org/Research/Registries-&-surveys/Participate-in-a-registry>. (date of access March 7, 2018)
54. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J Prev Cardiol*. 2019; 26 (8): 824–35. DOI: <https://doi.org/10.1177/2047487318825350>.
55. Psychosocial and socioeconomic determinants of cardiovascular mortality in Eastern Europe: a multi-centre prospective cohort study. *PLoS Med*. 2017; 14 (12): e1002459. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002459>.
56. Socioeconomic inequalities in all-cause mortality in the Czech Republic, Russia, Poland and Lithuania in the 2000s: findings from the HAPIEE Study. *J Epidemiol Community Health*. 2014; 68 (4): 297–303. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech-2013-203057>.
57. The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study: examining the impact of societal influences on chronic noncommunicable diseases in low, middle, and high-income countries. *Am Heart J*. 2009; 158 (1): 1–7.e1. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2009.04.019>.
58. Associations of fats and carbohydrate intake with cardiovascular disease and mortality in 18 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. *Lancet*. 2017; 390 (10 107): 2050–62.
59. Kardiovizie Brno 2030, a prospective cardiovascular health study in Central Europe: methods, baseline findings and future directions. *Eur J Prev Cardiol*. 2018; 25 (1): 54–64. DOI: <https://doi.org/10.1177/2047487317726623>.
60. Association of dietary patterns with metabolic syndrome: results from the Kardiovizie Brno 2030 Study. *Nutrients*. 2018; 10 (7): 898. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu10070898>.
61. Prevalence of ideal cardiovascular health in a Central European community: results from Kardiovizie Brno 2030. In: EuroPrevent. Ljubljana, Slovenia, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/2047487319834875>.
62. Mapping health research capacity in 17 countries of the former Soviet Union and southeastern Europe: an exploratory study. *Eur J Public Health*. 2016; 26 (2): 349–54. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv186>.
63. Chronic Non-Communicable Diseases Research Activities and their Impact: Final Report. European Commission, Community Research and Development Information Service (CORDIS), 2015. URL: http://cordis.europa.eu/result/rcn/184843_en.html.
64. Towards a comprehensive global approach to prevention and control of NCDs. *Global Health*. 2014; 10: 74. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12992-014-0074-8>.
65. The prevention paradox or the inequality paradox? *Eur J Public Health*. 2008; 18 (3): 215. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn048>.
66. Chronic disease research in Europe and the need for integrated population cohorts. *Eur J Epidemiol*. 2017; 32 (9): 741–9. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0315-2>.

Сколько стоит очередная попытка изменить систему оплаты труда медицинских работников

Обухова О.В.,
Ендовицкая Ю.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 127254, г. Москва, Российская Федерация

Авторами актуализированы и статистически обоснованы основные проблемы системы оплаты труда медицинских работников, заключающиеся в значительном разбросе размеров должностных окладов как между субъектами Российской Федерации, так и внутри одной территории между медицинскими организациями, низкой доле должностного оклада в структуре заработной платы. Проведен расчет финансовой потребности для доведения окладов медработников до 55% в структуре заработной платы. Сформулированы предложения по совершенствованию системы оплаты труда медицинских работников.

Ключевые слова:

заработная плата, система оплаты труда медицинских работников, должностной оклад, стимулирующие выплаты, компенсационные выплаты

Финансирование. Данная статья не имела спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Обухова О.В., Ендовицкая Ю.В. Сколько стоит очередная попытка изменить систему оплаты труда медицинских работников // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2020. Т. 6, № 3. С. 44–52. DOI: 10.24411/2411-8621-2020-13002

Статья поступила 29.04.2020. **Принята в печать** 01.09.2020.

How much a next attempt is to change the payment system for medical workers

*Obukhova O.V.,
Endovitskaya Yu.V.*

Public Health at the Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russia, 127254, Moscow, Russian Federation

The authors actualized and statistically substantiated the main problems of the system of remuneration of medical workers, consisting in a significant spread in the sizes of official salaries both between the subjects of the Russian Federation

and within the same territory between medical organizations, and a low share of official salaries in the structure of wages. The financial need was calculated to bring salaries of health workers up to 55% in the structure of wages. The proposals on improving the system of remuneration of medical workers are formulated.

Keywords:

system of remuneration of medical workers, official salary, incentive payments, compensation payments

Funding. This article was not sponsored.

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

For citation: Obukhova O.V., Endovitskaya Yu.V. How much a next attempt is to change the payment system for medical workers. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2020; 6 (3): 44–52. DOI: 10.24411/2411-8621-2020-13002 (in Russian)

Received 29.04.2020. **Accepted** 01.09.2020.

Целью деятельности утвержденной в феврале 2020 г. внутриотраслевой рабочей группы при Министерстве здравоохранения РФ является разработка предложений по установлению требований к отраслевой системе оплаты труда медицинских работников, включая подходы к формированию должностных окладов, выплат компенсационного и стимулирующего характера, и условий их осуществления, структуры заработной платы.

Задача совершенствования отраслевой системы оплаты труда медицинских работников была актуализирована в связи с прокатившейся в 2019 г. волной протестных акций среди медицинского профессионального сообщества. Так, во II квартале 2019 г. прошло 49 акций трудового протеста среди медиков, выразившихся в виде итальянских забастовок, митингов, сходов и обращений, реже – массовых увольнений и забастовок¹.

По данным Центра социально-трудовых прав, трудовой протест медиков в 2019 г. был спровоцирован прежде всего низким уровнем зарплаты,

высокой трудовой нагрузкой и зарплатным неравенством между регионами. Основными претензиями медиков стало то, что незначительное повышение заработной платы осуществлялось за счет повышения окладов при непропорциональном сокращении надбавок, доплат за сверхурочные и т.п. Особенно серьезные проблемы отмечены в отношении медицинских работников скорой помощи.

На основе исследования материалов из средств массовой информации², доступных источников литературы [1–3], нами выделены следующие проблемы в системе оплаты труда медицинских работников:

- средняя зарплата врача по России привязана к среднему доходу по региону, который у разных субъектов сильно отличается;
- выявляется значительная разница в размере базового (должностного) оклада;
- отмечается различный перечень надбавок к заработной плате в субъектах Российской Федерации;

¹ Доклад о протестной активности россиян в четвертом квартале 2019 г. Электронный ресурс: URL: <http://trudprava.ru/news/protestnews/2182> (дата обращения: 20.04.2020).

² Реальные цифры: зарплаты медиков. Электронный ресурс: URL: http://www.przrf.ru/info/full/osnovy_ohrany_zdorovya_grazhdan/Realnye-tsifry-zarplaty-medikov/ (дата обращения: 23.04.2020); Справедлив ли разрыв в зарплатах врачей и руководителей медучреждений? Электронный ресурс: URL: <https://regnum.ru/news/polit/2743258.html> (дата обращения: 23.04.2020) и др.

- налицо сильная дифференциация в оплате труда рядового медицинского персонала и главных врачей.

Цель настоящего исследования – обосновать низкий уровень должностных окладов и оценить финансовую потребность в доведении уровня должностного оклада до 55% заработной платы

Объектом исследования является система оплаты труда медицинских работников. **Предмет** исследования – элементы структуры заработной платы.

Материал и методы

Для исследования использованы данные:

- о размерах должностных окладов и численности работников по каждой квалификационной группе по всем субъектам Российской Федерации, собранные Министерством здравоохранения Российской Федерации по специальному запросу на 2020 г.;
- итоги федерального статистического наблюдения численности и заработной платы работников по категориям в орга-

низациях социальной сферы и науки за январь-декабрь 2019 г. с сайта Росстата.

Данные предварительно были верифицированы на предмет достоверности. Полученные результаты обработаны статистически, в том числе с применением математических методов в среде Excel.

Результаты

Анализ размеров должностных окладов (с учетом территориальных коэффициентов) показал значительный разброс по профессиональным квалификационным уровням между субъектами Российской Федерации (табл. 1).

Наименьшие значения должностных окладов по всем профессионально-квалификационным группам отмечены в основном в Республике Алтай, наибольшие размеры должностных окладов практически по всем профессиональным квалификационным группам (ПКГ), и это ожидаемо, – в г. Москве.

Такая же ситуация с разбросами значений размеров должностных окладов отмечается более чем в половине субъектов Российской Федерации, где параметры оплаты труда до сегод-

Таблица 1. Разброс значений должностных окладов работников медицинских организаций по профессиональным квалификационным группам и уровням

Профессиональная квалификационная группа	Профессиональный квалификационный уровень	Размер оклада, руб.	
		min	max
Медицинский и фармацевтический персонал 1-го уровня	1-й	1650,00	37 500,00
Средний медицинский и фармацевтический персонал	1-й	2158,00	48 000,00
	2-й	1088,00	49 000,00
	3-й	2588,00	54 000,00
	4-й	2805,00	59 000,00
	5-й	3020,00	141 450,00
Врачи и провизоры	1-й	3769,00	32 769,00
	2-й	4311,00	85 000,00
	3-й	4111,00	85 000,00
	4-й	4454,00	4454,00
Руководители структурных подразделений учреждений с высшим медицинским и фармацевтическим образованием (врач-специалист, провизор)	1-й	4822,00	110 000,00
	2-й	3000,00	90 000,00

Таблица 2. Разброс значений должностных окладов работников медицинских организаций по профессиональным квалификационным группам и уровням на примере Рязанской области

Профессиональная квалификационная группа	Профессиональный квалификационный уровень	Размер оклада, руб.	
		min	max
Медицинский и фармацевтический персонал 1-го уровня	1-й	3770,00	14 600,00
Средний медицинский и фармацевтический персонал	1-й	4777,90	15 130,00
	2-й	4760,00	18 084,00
	3-й	4970,00	19 668,00
	4-й	5190,00	18 150,00
	5-й	6689,09	21 528,00
Врачи и провизоры	1-й	12 696,00	20 000,00
	2-й	7720,00	28 877,00
	3-й	8089,00	30 128,00
	4-й	8390,00	29 417,00
Руководители структурных подразделений учреждений с высшим медицинским и фармацевтическим образованием (врач-специалист, провизор)	1-й	8424,00	35 000,00
	2-й	9688,00	37 000,00

нынешнего дня утверждаются на уровне каждой медицинской организации. Пример такой ситуации по Рязанской области приведен в табл. 2.

Как видим, значения максимального размера должностного оклада почти в 3 раза превосходят минимальные.

В одной из последних своих работ мы подробно разбирали вопрос о минимальном размере должностного оклада и доказали, что данный показатель должен быть установлен на уровне не ниже официально утверждаемого минимального размера оплаты труда. Как известно, в соответствии с Трудовым кодексом³, минимальный размер оплаты труда (МРОТ) не может быть ниже величины прожиточного минимума трудоспособного населения. В свою очередь, величина прожиточного минимума представляет собой стоимостную оценку потребительской корзины⁴. На 2020 г. МРОТ утвержден в размере 12 130 руб.⁵.

Нами проведен анализ численности медицинских работников, должностной оклад у которых менее МРОТ. Результаты показали, что практически у 60% медицинских работников размер должностного оклада ниже значения МРОТ.

Поэтому считаем вполне обоснованным в качестве базового или минимального оклада установить размер утверждаемого Правительством Российской Федерации МРОТ на соответствующий год с ежегодной индексацией. Такой же позиции придерживается Федерация независимых профсоюзов России (ФНПР), предложив внести уточнение в Трудовой кодекс об определении минимального размера оплаты труда как наименьшей возможной зарплаты «неквалифицированного работника, полностью отработавшего норму рабочего времени при выполнении простых работ в нормальных условиях труда,

³ Ст. 133 Трудового кодекса Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ.

⁴ Федеральный закон от 24 октября 1997 г. № 134-ФЗ «О прожиточном минимуме в Российской Федерации».

⁵ Федеральный закон от 27.12.2019 № 463-ФЗ «О внесении изменений в статью 1 Федерального закона "О минимальном размере оплаты труда"».

Таблица 3. Субъекты Российской Федерации с минимальным и максимальным значением доли должностного оклада в структуре заработной платы по основным категориям медицинских работников

Субъект Российской Федерации	Доля оклада в зарплате, %	В том числе по основным категориям медицинского персонала		
		врачи	средний медперсонал	младший медперсонал
Карачаево-Черкесская Республика	более 50%	48,65	50,81	51,00
Тамбовская область		43,76	53,41	44,38
Пензенская область		35,04	50,29	44,35
Белгородская область		48,52	50,94	44,19
Республика Ингушетия		50,75	49,71	44,06
Тюменская область		21,53	50,87	19,02
Еврейская автономная область	менее 10%	9,17	17,31	14,64
Ненецкий автономный округ		8,71	13,03	11,12
Красноярский край		8,92	10,90	10,90
Мурманская область		9,24	12,07	10,32
Приморский край		9,40	12,37	10,30
Магаданская область		9,66	12,54	10,11
Ямало-Ненецкий автономный округ		9,59	13,05	9,56
Чукотский автономный округ		8,14	9,56	9,12
Камчатский край		9,02	13,14	8,81
Республика Алтай		7,36	8,85	6,02

в величину которого не включаются компенсационные и стимулирующие выплаты»⁶.

Важным предметом исследования является доля должностного оклада в размере заработной платы. Для исследования нами были рассчитаны средние значения должностных окладов по основным ПКГ (врачам, среднему и младшему медперсоналу) по всем субъектам Российской Федерации. На основании данных с сайта Росстата⁷ нами рассчитаны долевые соотношения должностного оклада и прочих выплат в разрезе основных категорий медицинских работников по всем субъектам Российской Федерации (табл. 3).

Как видим, размер должностного оклада составляет в среднем менее 30%, а в ряде субъектов (Республика Алтай, Чукотский и Ненецкий автономные округа, Красноярский и Камчатский край, Еврейская автономная область, Мурманская область, Приморский край, Ямало-Ненецкий автономный округ, Магаданская область) – ниже 10% в зарплате врачей, в Республике Алтай и Чукотском автономном округе – в зарплате среднего медперсонала, в Республике Алтай, Камчатском крае, Чукотском и Ямало-Ненецком автономных округах – в зарплате младшего медперсонала.

⁶ Профсоюзы предложили установить бюджетникам базовые оклады. Электронный ресурс: URL:<http://www.przrf.ru/news/full/inform/Profsoyuzu-predlozhili-ustanovit-byudzhetnikam-bazovye/> (дата обращения: 24.04.2020).

⁷ Итоги федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за январь-декабрь 2019 г. Росстат. Электронный ресурс: URL: <https://www.gks.ru/storage/mediabank/itog-monitor05-19.htm> (дата обращения: 23.04.2020).

Таблица 4. Предлагаемая структура должностных окладов медицинских работников

Профессиональная квалификационная группа	Профессиональный квалификационный уровень	Плановый оклад (должностной оклад), руб.	Тарифный коэффициент, %
Медицинский и фармацевтический персонал	1-й	12 130,00	1,00
	2-й	12 300,00	1,01
Средний медицинский и фармацевтический персонал	1-й	12 430,00	1,02
	2-й	13 630,00	1,12
	3-й	14 630,00	1,21
	4-й	15 630,00	1,29
	5-й	16 630,00	1,37
Врачи и провизоры	1-й	18 630,00	1,54
	2-й	21 130,00	1,74
	3-й	23 130,00	1,91
	4-й	24 630,00	2,03
Руководители структурных подразделений учреждений с высшим медицинским и фармацевтическим образованием (врач-специалист, провизор)	1-й	25 630,00	2,11
	2-й	27 630,00	2,28

Более 50% размера должностного оклада в заработной плате медработников отмечено лишь в Республике Ингушетия (врачи и младший медперсонал), в Тамбовской, Белгородской, Пензенской областях, а также в Тюменской области и в Карачаево-Черкесской Республике (средний медперсонал).

Данные показали, что ни в одном субъекте Российской Федерации нет медицинских работников, у которых размер должностного оклада был бы $\geq 55\%$ среднемесячной заработной платы.

Для оценки потребности средств, необходимых для доведения уровня должностного оклада медицинских работников до размера 55% среднемесячной заработной платы, проведен расчет по следующей формуле:

$$Do_{\text{МРОТ}} = \sum_i (Do_{\text{факт}} - 3p_{\text{факт}} \times 0,55) \times 12 / 1\ 000\ 000\ 000,$$

где i – данные по субъекту Российской Федерации, $Do_{\text{МРОТ}}$ – объем средств, необходимый для

доведения должностного оклада соответствующей категории медицинских работников (врачей и среднего медперсонала) до размера 55% средней заработной платы, млрд руб.; $Do_{\text{факт}}$ – средний размер должностного оклада соответствующей категории медицинских работников, руб.; $3p_{\text{факт}}$ – среднемесячная заработная плата соответствующей категории медицинских работников, руб.

Проведенные нами расчеты показали, что для решения данной задачи ежегодно требуется порядка 300 млрд руб.

Нами разработана структура обновленной системы оплаты труда в части должностного оклада с учетом следующих условий.

- Предлагаемая система оплаты труда должна наследовать лучшие практики существующей системы оплаты труда: структуру ПКГ, включая профессиональные квалификационные уровни, учитывающие в том числе уровень квалификации, стаж работы, тарифные коэффициенты по подобию единой тарифной сетки.

Таблица 5. Результаты расчета дополнительной потребности в финансовых средствах для доведения размеров окладов до уровня не ниже плановых значений

Профессиональная квалификационная группа	Профессиональный квалификационный уровень	Плановый оклад (должностной оклад), руб.	Количество медработников с окладом менее планового	До ^{факт} медработников с окладом менее планового, руб.	Фонд оплаты труда, план* (без компенсационных и стимулирующих), млрд руб.	Дополнительная потребность, млрд руб.
Медицинский и фармацевтический персонал 1-го уровня	1-й	12 130,00	148 167	8 018,14	35,94	12,18
	2-й**	12 300,00	-	-	-	-
Средний медицинский и фармацевтический персонал	1-й	12 430,00	58 271	8114,15	14,49	5,03
	2-й	13 630,00	51 602	9096,24	14,07	4,68
	3-й	14 630,00	507 332	9769,13	148,44	49,32
	4-й	15 630,00	265 362	10 158,06	82,95	29,04
	5-й	16 630,00	83 023	10 935,44	27,61	9,45
Врачи и провизоры	1-й	18 630,00	1515	12 658,30	0,56	0,18
	2-й	21 130,00	156 483	13 957,17	66,13	22,45
	3-й	23 130,00	110 280	14 817,59	51,01	18,33
	4-й	24 630,00	65 839	15 836,05	32,43	11,58
Руководители структурных подразделений учреждений с высшим медицинским и фармацевтическим образованием (врач-специалист, провизор)	1-й	25 630,00	40 626	16 842,57	20,82	7,14
	2-й	27 630,00	13 095	17 303,65	7,24	2,70
Итого					501,68	172,09

Примечание. * ФОТ рассчитан с учетом начислений на оплату труда (1,302), значения среднего коэффициента территориальной дифференциации (1,28). ** На момент проведения исследования данные о фактической численности медперсонала по данному профессионально-квалификационному уровню отсутствовали.

- В качестве минимального должностного оклада по первой ПКГ «Медицинский и фармацевтический персонал 1-го уровня» необходимо использовать размер МРОТ на соответствующий год.
- Шаг значения должностного оклада по каждой следующей ПКГ по каждой квалификационной группе должен учитывать специфику трудовой деятельности категорий медицинского персонала, сгруппированных в ПКГ.
- При установлении значений должностного (минимального) оклада должны учитываться соотношения между ПКГ среднего медперсонала и врачей в соответствии с Указом Президента 2012 г.⁸ исходя из условия, что должностной оклад в заработной плате составляет 55% заработной платы [усредненные должностные (минимальные) оклады: врачи – 23 тыс. руб., средний медперсонал – 14,9 тыс. руб., младший медперсонал – 12,5 тыс. руб.].

⁸ Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

Предлагаемая структура должностных окладов, включая предложенные размеры тарифных коэффициентов (шагов), приведена в табл. 4.

Результаты расчета потребности в увеличении окладов до уровня не ниже приведенного в табл. 4, представлены в табл. 5.

Таким образом, ежегодная финансовая потребность в увеличении окладов до уровня не ниже планового может составить порядка 172,1 млрд руб.

Заключение

Предложения о совершенствовании отраслевой системы оплаты труда в части должностных окладов медицинских работников должны предусмотреть единую структуру заработной платы на всей территории Российской Федерации; нормативы минимального должностного оклада медицинского работника.

Новая система оплаты труда, на наш взгляд, должна объединить существующую систему профессиональных квалификационных групп, расширив количество квалификационных уровней, и единую тарифную сетку.

В результате исследования сформулированы следующие предложения совершенствования системы оплаты труда медицинских работников в части должностных окладов:

1. Для изменения структуры заработной платы в сторону увеличения доли оклада до 55% следует значительно (минимум в 2 раза относительно фактических значений) увеличить оклады в разрезе ПКГ.

2. Переход на обновленную систему оплаты труда выполнять поэтапно:

- установить минимальный должностной оклад в размере не менее федерального утвержденного размера МРОТ с условием установления размеров должностных окладов в субъектах Российской Федерации не менее федерально установленных по каждой квалификационной группе и не менее установленных в настоящее время в субъекте Российской Федерации значений окладов;

- по каждой ПКГ в разрезе квалификационных категорий установить значения должностного (минимального) оклада с соблюдением соотношений между ПКГ среднего медперсонала и врачей в соответствии с Указом Президента 2012 г. исходя из условия, что должностной оклад в заработной плате составляет 55% заработной платы [усредненные должностные (минимальные) оклады: врачи – 32 тыс. руб., средний медперсонал – 16,5 тыс. руб., младший медперсонал – 15,5 тыс. руб.], уровень заработной платы по ПКГ по каждому субъекту Российской Федерации сохраняется на уровне 1 января 2020 г. с последующей ежегодной индексацией.

3. Ежегодная финансовая потребность в увеличении окладов до уровня не ниже планового, может составить порядка 172,1 млрд руб.

Выработанные предложения полностью соотносятся с предложениями ФНПР по установлению базовых окладов для бюджетников, в том числе по квалификационным уровням⁹. Такая инициатива должна усилить социальные гарантии медработников по оплате труда и снизить зарплатное неравенство между регионами.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Обухова Ольга Валерьевна (Olga V. Obukhova) – кандидат политических наук, заведующая отделением экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

E-mail: obuhova@mednet.ru

<https://orcid.org/0000-0002-2745-8383>

⁹ Профсоюзы предложили установить бюджетникам базовые оклады. Электронный ресурс: URL: <http://www.przrf.ru/news/full/inform/Profsoyuzy-predlozhili-ustanovit-byudzhetnikam-bazovye/> (дата обращения: 24.04.2020).

Ендовицкая Юлия Владимировна (Yuliya V. Endovitskaya) – младший научный сотрудник отделения экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, Москва, Российская Федерация
E-mail: kuftova@mednet.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 «О мерах по реализации государственной социальной политики».
2. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ.
3. Федеральный закон от 24 октября 1997 г. № 134-ФЗ «О прожиточном минимуме в Российской Федерации».
4. Федеральный закон от 27.12.2019 № 463-ФЗ «О внесении изменений в статью 1 Федерального закона “О минимальном размере оплаты труда”».
5. Власова О.В. Динамика заработных плат в здравоохранении и в других отраслях народного хозяйства // Региональный вестник. 2020. № 1 (40). С. 63–65.
6. Чистякова Е.А. Оплата труда в медицинских учреждениях: состояние и перспективы // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6, № 1. С. 193.
7. Долженкова Ю.В., Полевая М.В., Руденко Г.Г. Новая система оплаты труда в бюджетном здравоохранении: анализ практики и проблемы внедрения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019. Т. 27, № 4. С. 452–458.
8. Доклад о протестной активности россиян в четвертом квартале 2019 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://trudprava.ru/news/prottestnews/2182>. (дата обращения: 20.04.2020)
9. Реальные цифры: зарплаты медиков [Электронный ресурс]. URL: http://www.przrf.ru/info/full/osnovy_ohrany_zdorovya_grazhdan/Realnye-tcifry-zarplaty-medikov/ (дата обращения: 23.04.2020); Справедлив ли разрыв в зарплатах врачей и руководителей медучреждений? [Электронный ресурс] URL: <https://regnum.ru/news/polit/2743258.html>. (дата обращения: 23.04.2020) и др.
10. Профсоюзы предложили установить бюджетникам базовые оклады [Электронный ресурс]. URL: <http://www.przrf.ru/news/full/inform/Profsoyuzy-predlozhili-ustanovit-byudzhetsnikam-bazovye/> (дата обращения: 24.04.2020)
11. Итоги федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за январь–декабрь 2019 г. Росстат [Электронный ресурс]. URL: <https://www.gks.ru/storage/mediabank/itog-monitor05-19.htm> (дата обращения: 23.04.2020)

REFERENCES

1. Decree of the President of the Russian Federation of May 7, 2012 No. 597 «On measures for the implementation of state social policy». (in Russian)
2. The Labor Code of the Russian Federation dated December 30, 2001 No. 197-FZ. (in Russian)
3. Federal Law of October 24, 1997 No. 134-FZ «On the Living Wage in the Russian Federation». (in Russian)
4. Federal Law of December 27, 2019 No. 463-FZ «On Amendments to Article 1 of the Federal Law “On the Minimum Wage”». (in Russian)
5. Vlasova O.V. The dynamics of wages in health care and in other sectors of the economy. Regional'nyy vestnik [Regional Bulletin]. 2020; 1 (40): 63–5. (in Russian) (in Russian)
6. Chistyakova EA Remuneration in medical institutions: status and prospects. Byulleten' meditsinskikh internet-konferentsiy [Bulletin of Medical Internet Conferences]. 2016; 6 (1): 193. (in Russian) (in Russian)
7. Dolzhenkova Yu.V., Polevaya M.V., Rudenko G.G. A new wage system in budgetary health care: analysis of practice and implementation problems. Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdoravookhraneniya i istorii meditsiny [Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine]. 2019; 27 (4): 452–8. (in Russian) (in Russian)
8. Report on the protest activity of Russians in the fourth quarter of 2019 [Electronic resource]. URL: <http://trudprava.ru/news/prottestnews/2182> (date of access April 20, 2020) (in Russian)
9. Real numbers: salaries of doctors [Electronic resource]. URL: http://www.przrf.ru/info/full/osnovy_ohrany_zdorovya_grazhdan/Realnye-tcifry-zarplaty-medikov/ (date of access April 23, 2020); Is the pay gap between doctors and heads of medical institutions fair? [Electronic resource]. URL: <https://regnum.ru/news/polit/2743258.html>. (date of access April 23, 2020), etc. (in Russian)
10. Trade unions proposed to establish basic salaries for state employees [Electronic resource]. URL: <http://www.przrf.ru/news/full/inform/Profsoyuzy-predlozhili-ustanovit-byudzhetsnikam-bazovye/> (date of access April 24, 2020) (in Russian)
11. The results of federal statistical monitoring in the field of remuneration of certain categories of workers in the social sphere and science for January – December 2019. Rosstat [Electronic resource]. URL: <https://www.gks.ru/storage/mediabank/itog-monitor05-19.htm>. (date of access April 23, 2020) (in Russian)

Тонкости экспертизы

Матвеев М.О.

Адвокатское агентство «Альянс» коллегии адвокатов
«Московский юридический центр», 105120, г. Москва,
Российская Федерация

В статье рассматривается значение активной роли адвоката при проведении экспертиз в уголовном деле при преследовании медицинских организаций и работников. Освещаются вопросы, возникающие на каждом этапе данного процесса, тонкости назначения, проведения экспертизы и ознакомления с заключением эксперта. Автор касается темы оценки заключения эксперта как с процессуальной точки зрения, так и с точки зрения специальных познаний. Рассмотрены наиболее часто встречающиеся ошибки в экспертных заключениях.

Ключевые слова:

судебно-медицинская экспертиза, причинно-следственные связи, экспертное заключение

Финансирование. Данная статья не имела спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Матвеев М.О. Тонкости экспертизы // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2020. Т. 6, № 3. С. 53–58. DOI: 10.24411/2411-8621-2020-13003

Статья поступила 12.02.2020. **Принята в печать** 01.09.2020.

Subtleties of expertise

Matveev M.O.

“Alliance Lawyers” of the Bar Association “Moscow legal center”, 105120, Moscow, Russian Federation

The article explores the active role of legal counsel in carrying out expert examination in criminal cases that involve criminal prosecution of medical organizations and workers. It illuminates the questions that come up in each step of the process: details of appointment, carrying out expert examination, and familiarizing with the expert’s conclusion. The author deals with the topic of assessing the expert’s conclusion, both from a procedural point of view, and from the point of view of special knowledge. The most common mistakes in expert opinions are also discussed.

Keywords:

forensic medical examination, causal relationships, expert opinion

Funding. This article was not sponsored.

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

For citation: Matveev M.O. Subtleties of expertise. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2020; 6 (3): 53–58. DOI: 10.24411/2411-8621-2020-13003 (in Russian)

Received 12.02.2020. **Accepted** 01.09.2020.

1. Роль судебно-медицинской экспертизы в уголовных делах при защите медицинских работников

На данный момент многим медицинским организациям различных форм собственности приходится принимать участие в гражданско-правовых судебных разбирательствах в связи с исками пациентов, которые остались неудовлетворенными предоставленной помощью или результатами проверок надзорных и следственных органов, оцениваемыми как неблагоприятные этими органами либо пациентами. Руководители медицинских учреждений вынуждены регулярно взаимодействовать с судебными и следственными органами из-за внимания общественности, обращенного на врачебные ошибки, посредством средств массовой информации и инициатив Следственного комитета РФ. Проведение судебно-медицинских экспертиз (СМЭ) позволяет рассмотреть вопросы качества оказания медицинской помощи, ее объема и причинно-следственные связи между действиями или бездействиями врачей, что без их проведения невозможно. Роль СМЭ в делах о врачебных ошибках в конечном счете сложно переоценить. Впрочем, речь в данной статье пойдет о правах, возможностях и обязанностях адвоката защиты по медицинскому праву.

2. Стадия назначения экспертиз и выбора экспертного учреждения

Назначение и производство СМЭ регулируется главой 27 Уголовно-процессуального кодекса (УПК) РФ. Причиной отказа в производстве экспертизы в предложенном следствием экспертном учреждении может стать отсутствие специалистов требуемого профиля. Законодательство не ограничивает следователя в выборе экспертных учреждений кругом только государственных экспертных учреждений, что может быть основанием для смены организации, в которой назначена экспертиза. Также необходимо внимательно относиться при назначении экспертизы и выборе учреждения к стажу эксперта, назначенного следствием, так как это может стать аргументом в выборе и эксперта, и учреждения. Законодатель однозначно определил случаи обязательного назначения СМЭ, такие как:

- 1) установление причины смерти;
- 2) характер и степень вреда, причиненного здоровью;
- 3) психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда возникает сомнение в его вменяемости либо способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном судопроизводстве; при этом определяется:
 - психическое состояние подозреваемого, обвиняемого в совершении в возрасте старше 18 лет преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего возраста 14 лет, для решения вопроса о наличии или об отсутствии у него расстройства сексуального предпочтения (педофилии);
 - психическое или физическое состояние подозреваемого, обвиняемого, когда имеются основания полагать, что он является больным наркоманией;
- 4) психическое или физическое состояние потерпевшего, когда возникает сомнение в его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать показания;
- 5) возраст подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего, когда это имеет значение для уголовного дела, а документы, подтверждающие его возраст, отсутствуют или вызывают сомнение.

Важным моментом является тот факт, что на стадии назначения экспертизы защита имеет право на постановку вопросов и выбор учреждения, в котором будет проведена экспертиза (ст. 195, 198 УПК РФ). При постановке вопроса экспертом определяется не только установление обстоятельств преступления, но и сама возможность определения данных обстоятельств. Не стоит оставлять без внимания ответ «не представляется возможным (НПВ)»; на первый взгляд, столь малосодержательный ответ является свидетельством отсутствия объективной возможности установления факта, значимого для

расследования преступления, однако это значит и невозможность вменения данного факта подзащитному.

3. Ознакомление с результатами проведенной экспертизы. Типичные ошибки

Исследование заключения эксперта или экспертной комиссии и его правовая оценка являются важным моментом. Исследование выступает доказательством, часто единственным, в уголовном деле, при законности и прозрачности методики исследования оно должно соответствовать требованиям относимости, достоверности и допустимости. Сторона обвинения, т.е. должностное лицо, осуществляющее расследование, обязано руководствоваться законом и оценить экспертное заключение в совокупности с другими материалами уголовного дела всесторонне, полно и объективно. Заключение эксперта необходимо оценивать по правилам, предусмотренным для всех видов доказательств, но на практике часто возникают трудности, так как заключение выносится на основе специальных знаний, которыми следователь не обладает. Индивидуальный подход, предусмотрительность, внимание к тонкостям дела и опыт адвоката позволяют и обязывают тщательно изучить и проследить все детали для соблюдения прав и интересов доверителя.

Адвокат обязан проверить и оценить экспертное заключение на всех стадиях защиты по уголовному делу.

1. Соблюдены ли закон и права доверителя на стадии назначения судебной экспертизы?
2. Достаточно ли компетентности конкретного эксперта и соблюдены ли границы его компетентности?

Выбор эксперта является прерогативой следствия или суда, и на этой стадии адвокат должен приложить все усилия, чтобы убедиться в его компетентности.

Сомнения в компетентности эксперта могут появиться не только в момент назначения, но и позже, при ознакомлении с его заключением, что кардинально изменит ситуацию. В судебно-экспертном учреждении выбор эксперта дела-

ет руководитель учреждения, по этой причине убедиться в компетентности эксперта возможно только при оценке заключения. Затруднительно установить уровень компетентности негосударственных экспертов. Законным основанием для отвода эксперта будет являться отсутствие у него высшего образования по специальности «Судебная экспертиза» и квалификации «Судебный эксперт».

3. Соответствует ли лицо, проводящее экспертизу, процессуальным требованиям об отводе эксперта [ст. 70 УПК РФ; ст. 18 Гражданско-процессуального кодекса (ГПК) РФ; ст. 25.12 Кодекса об административных нарушениях (КоАП) РФ]?
4. Соблюдались ли лицом, назначившим экспертизу, и лицом, проводящим экспертизу, права участников процесса при ее назначении и производстве (ст. 79, 84, 327, 358 ГПК РФ; ст. 198, 206, 283, 365 УПК РФ; ст. 26.4 КоАП РФ)?
5. Был ли соблюден процессуальный порядок получения образцов для сравнительного исследования и каким образом этот порядок отражен в протоколе получения этих образцов (ст. 81 ГПК РФ; ст. 166, 167, 202 УПК РФ; ст. 26.5, 27.10 КоАП РФ)?
6. Соответствует ли процессуальному закону форма экспертного заключения, присутствуют ли все требуемые законом реквизиты (ст. 86 ГПК РФ; ст. 204 УПК РФ; ч. 5 ст. 26.4 КоАП РФ)? Отсутствие какой-либо части заключения эксперта порой делает невозможным либо затруднительным проведение правовой оценки.

Если защитник свободно ориентируется в методиках, используемых для получения экспертного заключения и знаком с альтернативными экспертными методиками, то при ознакомлении с заключением сможет выполнить свою обязанность по проверке на подлинность и достаточность образцов и вещественных доказательств, годности материалов для исследования.

Поскольку экспертные методики постоянно обновляются, зачастую новые противоречат старым, рекомендации различных ведомств не соответствуют друг другу, ориентированность

в применяемых методиках при производстве экспертиз может сыграть решающую роль. Следователи и судьи обычно не обладают достаточным временем, чтобы вникнуть в разнообразие и оценить преимущества одной из предложенных методик. Поэтому глубокие познания защиты в этом вопросе могут стать решающим моментом при назначении повторной или дополнительной экспертизы в случае, если заключение не удовлетворяет защите, не содержит ответов на поставленные вопросы либо содержит расплывчатые неконкретные формулировки.

Наиболее значимыми для дела являются ошибки, приводящие к неправильным выводам эксперта. Также следует сказать о разнице между ошибками в экспертизе и заведомо ложным заключением: разница заключается в умышленных действиях эксперта, направленных на искажение результатов исследования, игнорирование фактов и свойств объекта экспертизы. Заведомо ложное заключение может состоять в осознанных неверных действиях по проведению экспертизы, умышленно неверном применении или выборе методики экспертного исследования, заведомо неправильной их оценке. Заведомо ложное заключение эксперта является преступлением, предусмотренным ст. 307 Уголовного кодекса (УК) РФ и в зависимости от обстоятельств может повлечь наказание от штрафа до лишения свободы сроком до 5 лет. Поскольку эксперт подписывает уведомление об ответственности на первых страницах экспертного заключения, новой информацией это для него не будет.

Для устранения сомнений следствием или судом назначаются повторные и комиссионные экспертизы, которые также подлежат оценке. Некоторые вопросы могут быть урегулированы с помощью допросов экспертов. Защитник вправе ходатайствовать об участии в проводимых экспертизах как самому, так и вместе со специалистом со стороны защиты. Разрешение на такое участие остается прерогативой следователя, однако всесторонние познания на стадии постановки вопросов и активная позиция помогают получить соответствующее разрешение.

При оценке комплексной экспертизы защитник должен убедиться в правильном применении актуальных методик одной экспертизы, на которой базируются последующие экспертные задания, и активно использовать права на своевременное ознакомление с заключением. Нередко следователи предъявляют защите и подзащитному готовый результат последовательно проведенных экспертных исследований, в данном случае, по моему мнению, имеет место нарушение права на защиту, поскольку пропускается стадия проверки промежуточного и назначения последующего исследования, где весь вышеуказанный цикл от выбора учреждения, проверки компетентности эксперта, качества первичного исследования адвокату необходимо провести заново.

При проверке экспертного заключения на его полноту и всесторонность адвокату нужно обратить внимание на такие аспекты, как:

- 1) все ли представленные на экспертизу объекты исследованы экспертом и выявлены ли необходимые и достаточные для формулирования ответов диагностические и идентификационные признаки;
- 2) использованы ли актуальные, рекомендованные наукой и судебно-экспертной практикой методы и методики;
- 3) содержит ли экспертное заключение полные понятные сторонам научно обоснованные ответы на все поставленные в постановлении о назначении экспертизы вопросы;
- 4) в случае отказа эксперта обоснован отказ законодательно, фактическими обстоятельствами или вызван некомпетентностью назначенного эксперта;
- 5) в заключении эксперта должны быть полностью изложены и детально описаны ход и результаты исследования, в некоторых случаях ход исследования должен быть проиллюстрирован.

При ознакомлении с экспертным заключением адвокат должен оценить его логическую обоснованность и соответствие выводов ходу исследования. Как правило, это осуществляется путем анализа всех стадий исследования, логи-

ческой взаимосвязью последовательности, логической обоснованностью выводов результатами промежуточных исследований.

Главные логические ошибки, чаще всего встречающиеся в заключениях экспертов:

- а) вывод не является логическим следствием проведенного экспертом исследования;
- б) выводы экспертов по одному и тому же предмету противоречат друг другу;
- в) сделано внутренне противоречивое заключение;
- г) выводы эксперта основываются на внутреннем убеждении, «опыте», не мотивированы и не подкреплены конкретными исследованиями, относящимися к данному делу.

Проверка относимости результатов экспертизы к конкретному делу является важнейшим моментом. Как доказательство экспертиза должна соответствовать правилам, закрепленным в ст. 88 УПК РФ. Необходимо выяснить, позволяют ли выводы эксперта установить факт и входит ли этот факт в предмет доказывания. На практике по уголовным делам проводятся экспертизы «на случай изменения показаний», что ведет к затруднению в продвижении уголовного дела.

В момент ознакомления с материалами уголовного дела адвокат обязан убедиться в соответствии выводов эксперта с другими имеющимися доказательствами.

Современный темп роста и развитие методик, новые научные достижения ведут к усложнению экспертных исследований и затруднению оценивания компетентности лиц, проводящих экспертизы. В некоторых случаях и звание эксперта, и ученая степень, и стаж экспертной деятельности не могут гарантировать компетентность в данном исследовании. Судье или следователю, назначающему экспертизу, также бывает сложно оценить компетентность эксперта.

Постановка эксперту правовых вопросов при назначении экспертизы является типичной ошибкой. Согласно ч. 1 ст. 57 УПК РФ, эксперт – лицо, обладающее специальными знаниями и назначенное в порядке, установленном настоящим кодексом, для производства судебной

экспертизы и дачи заключения. Из вышеизложенного следует, что эксперт не вправе делать выводы о наличии причинно-следственной связи между действиями (бездействиями) подозреваемого или обвиняемого и наступившими последствиями.

Еще одной типичной ошибкой, допускаемой следствием и судом, является назначение повторной экспертизы лишь в связи с тем, что результат экспертизы не устраивает суд либо следствие или по форме (вероятностные выводы), или на том основании, что «не соответствует» версии, которой придерживается сторона обвинения.

Вероятностная форма выводов (не исключено) не является причиной назначения повторной экспертизы, кроме случаев обоснованных сомнений в научном подходе и компетентности эксперта. Противоречия между выводами эксперта и версией обвинения при отсутствии других оснований для назначения повторной экспертизы должны разрешаться, на мой взгляд, заменой или корректировкой версии. С точки зрения адвоката, хотелось бы подчеркнуть, что в соответствии с презумпцией невиновности все неразрешимые сомнения толкуются в пользу обвиняемого, и вероятностный вывод может быть использован как подтверждение версии защиты.

4. Роль защитника при проведении экспертиз

Права защитника в уголовном деле регламентированы ст. 53 УПК РФ. Защитник имеет те же права, что и его доверитель, и, я убежден, он обязан их активно использовать. Адвокат не вправе возложить на своего доверителя часть работы при назначении судебной экспертизы по постановке вопросов, выбору экспертной организации, поскольку эта деятельность хоть и нуждается в специальных познаниях в той области медицины, где ведет свою деятельность доверитель, но и требует познаний в области логики, уголовного процесса, права, обязанностей и прав эксперта, руководителя экспертного учреждения. Активно используя свои права, правильно применяя информацию, сообщенную доверителем, пользуясь помощью специалиста со стороны защиты, ад-

вокат может «удержать баланс», часто нарушаемый следователями, когда ответы эксперта на правовые вопросы становятся тем самым краеугольным камнем, на котором держится обвинение. Индивидуальный подход, опыт в защите по уголовным делам, где проводится много экспертиз, оспаривания экспертных заключений, опыт

работы со специалистами со стороны защиты в сочетании с активной позицией защитника могут стать неоценимой поддержкой доверителю, а порой они приводят к желаемым результатам, таким как прекращение уголовного преследования или перекалфикация обвинения на менее тяжкий состав.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Матвеев Михаил Олегович (Mikhail O. Matveev) – адвокат агентства «Альянс» коллегии «Московский юридический центр», Москва, Российская Федерация

E-mail: advocat2111@gmail.com

ИСТОЧНИКИ

- Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 02.08.2019).
- Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации от 18.12.2001 № 174-ФЗ (ред. от 02.08.2019).
- Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации от 14.11.2002 № 138-ФЗ (ред. от 26.07.2019) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.10.2019).
- Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 02.08.2019).
- Федеральный закон от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 мая 2010 г. № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».
- Судебная экспертиза: типичные ошибки. Под ред. докт юрид. наук, проф. Е.Р. Россинской. Москва : Проспект, 2012. 544 с.
- Россинская Е.Р., Галяшина Е.И. Настольная книга судьи: судебная экспертиза. Москва : Проспект, 2010. 464 с.

ТЕЗИСЫ

VIII Международного онлайн-конгресса

«ОРГЗДРАВ-2020.

Эффективное управление в здравоохранении»

(25–26 мая 2020 г.)

Арзамасов К.М., Дроговоз В.А., Демкина А.Е., Шутов Д.В.

Технология дистанционного обучения и повышения квалификации на примере телеУЗИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения г. Москвы», 109029, г. Москва, Российская Федерация

Организация дистанционного обучения и повышения квалификации врачей ультразвуковой диагностики актуальна для удаленных регионов и для врачей, которые в силу дефицита специалистов не могут получить помощь коллег на рабочем месте. Для практической реализации данной задачи может быть применена технология дистанционного ультразвукового исследования (телеУЗИ). В данной работе предложен способ бюджетной реализации телеУЗИ при помощи смартфона и подключенного к нему устройства видеозахвата.

Цель настоящего исследования – разработать методику повышения качества подготовки и квалификации специалистов ультразвуковой диагностики на основе дистанционного ультразвукового исследования (телеУЗИ).

Материал и методы. В настоящем исследовании для реализации телеУЗИ использовали УЗ-сканер SonoAce-8000, устройство видеозахвата Gembird UVG-002 на базе чипсета UTV007, сервер телеУЗИ реализован на смартфоне Redmi Note4 (8 ядер CPU, 2 ГГц; 3Гб RAM) под управлением OS Android 7.0. В качестве клиента использовали ноутбук на базе AMD E-450 APU, 8 Гб RAM, 64-bit OS Windows 7. Сервер и клиент были подключены к локальной сети посредством Wi-Fi (72 Мбит/с). На сервере использовалось ПО USB Camera, версия 9.7.9 (<https://www.shenyaosp.com>). На клиенте для просмотра исследований использовался браузер Google Chrome.

УЗИ проводили на 2 добровольцах поочередно одним из трех сертифицированных на проведение УЗИ специалистов, в то время как 2 других специалиста удаленно оценивали качество проводимого исследования.

Выполняли УЗИ сосудов шеи. Сканирование с каждой стороны шеи считалось как отдельный сеанс телеУЗИ, сопровождающийся установкой и последующим разрывом соединения.

Результат. Удалось успешно провести 8 сеансов телеУЗИ. Регистрация УЗ-изображения при помощи устройства видеозахвата проводилась с разрешением 720×576 пикселей и частотой 24 кадра в секунду. Изображение регистрировалось и передавалось в цвете, кодировалось в формате H.264, без изменений разрешения и частоты кадров. Передача изображения осуществлялась по протоколу HTTP. Доступ к видеопотоку осуществлялся через браузер. Контроль доступа проводился по имени пользователя и паролю. Скорость потока данных при передаче изображения составляла $5,2 \pm 0,3$ Мбит/с. При тестировании в условиях статического расположения сервера и клиента технических сбоев не выявлено. При перемещении клиента между кабинетами выявлены технические сбои (ухудшение качества УЗ-изображения, разрывы соединения). Предположительно эти сбои были обусловлены особенностью распространения радиоволн в помещениях, в которых проводилось тестирование. Все 8 исследований были корректно оценены удаленно расположенными экспертами.

По результатам телеУЗИ удаленным экспертом формировалось заключение, которое сопоставлялось с заключением специалиста, проводившего исследование. Также была изучена возможность параллельного использования на сервере видеосвязи интернет-мессенджера для передачи данных о положении УЗ-датчика. Установлено, что использование видеосвязи увеличило поток данных от сервера не более чем на 1,6 Мбит/с. Вычислительной мощности сервера оказалось достаточно для нормальной работы двух параллельно запущенных процессов передачи аудио-/видеоданных (загрузка процессора сервера не превышала 35%).

Обсуждение. В результате проведенного исследования мы подтвердили возможность реализации бюджетной системы телеУЗИ при помощи смартфона. Данная технология актуальна для проведения не только дистанционных консультаций, но и для обучения, контроля качества и повышения квалификации врачей УЗИ.

Практическая реализация данной модели для обучения и повышения квалификации видится нам следующим образом: врач-эксперт проводит исследование пациента, транслируя изображение с УЗ-сканера удаленно расположенным слушателям-врачам, параллельно комментируя УЗ-картину и акцентируя внимание на ключевых моментах. Трансляция голоса возможна при подключении микрофона к имеющемуся аудиовходу устройства видеозахвата.

Данная технология подходит для проведения лекционных занятий. Для реализации обратной связи от слушателей могут быть использованы установленные на смартфоне средства коммуникации (интернет-мессенджеры с возможностью видеосвязи). Также в процессе обучения может потребоваться организация дополнительного видеоканала для передачи слушателям данных о положении и перемещении УЗ-датчика. Для этих целей также могут быть использованы вышеприведенные средства коммуникации. Для реализации учебного процесса можно ограничиться смартфоном с подключенным к нему устройством видеозахвата.

Настоящий проект позволяет существенно расширить возможности дистанционной подготовки и повышения квалификации врачей ультразвуковой диагностики за счет расширенной обратной связи. Так, при наличии аналогичного программно-аппаратного комплекса у слушателя появляется возможность оперативно корректировать ошибки и повышать качество проводимого УЗИ.

Стоимость используемого в настоящем исследовании комплекта для реализации телеУЗИ менее 1000 руб. (без учета стоимости смартфона). Возможность подключения к любому оборудованному видеовыходом УЗ-сканеру в совокупности с низкой стоимостью дают большой потенциал для данной технологии.

Заключение. Благодаря применению смартфонов телеУЗИ способно стать мобильной методикой, позволяя в случае необходимости организовать трансляцию исследования за считанные секунды. Применение технологии телеУЗИ позволит повысить эффективность обучения и качество проводимых исследований.

Грицанчук А.М., Кучиц С.С.

Совершенствование организации оказания медицинской помощи в многопрофильном московском стационаре пациентам с инфарктом миокарда путем создания мультидисциплинарных бригад

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва, Российская Федерация; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения г. Москвы», 124489, г. Москва, Российская Федерация

Совершенствование медицинской помощи (МП) пациентам с инфарктом миокарда (ИМ) – одна из главных задач руководителей. Один из путей ее решения – создание мультидисциплинарных бригад (МДБ). В нашей работе представлен анализ деятельности Регионального сосудистого центра многопрофильного стационара по основным индикативам: оперативная активность, время «дверь–проводник», средняя фракция выброса у пациента после перенесенного ИМ, летальность, средний койко-день, до и после внедрения МДБ.

Совершенствование оказания МП в любом стационаре пациентам с ИМ является одной из главных задач, стоящей перед администрацией.

В основе улучшения оказания МП пациентам лежат 3 составляющих: непрерывное развитие медицинского персонала, оснащение стационара современным оборудованием и расходными материалами и грамотное использование всего вышесказанного путем создания алгоритмов и схем взаимодействия во время выполнения медицинского процесса.

Как известно из европейской и российской практики, важнейшими составляющими успеха в лечении пациента с острым ИМ являются оперативное лечение (реканализация инфаркт-связанной артерии) и время от момента развития ИМ до оперативного вмешательства, что, в свою очередь, влияет на размер пораженного миокарда, скорость процесса восстановления после состоявшегося ИМ и летальность и отражается на сроке пребывания в стационаре.

С целью улучшения таких показателей, как оперативная активность, время «дверь–проводник», средняя фракция выброса у пациента после перенесенного ИМ, летальность, средний койко-день, создана мультидисциплинарная бригада Регионального сосудистого центра (МДБ РСЦ) с четким алгоритмом совместной работы и временными индикативами.

Цели работы – обосновать создание МДБ на базе РСЦ с четким алгоритмом совместной работы и временными индикативами, для улучшения таких показателей, как оперативная активность, время «дверь–проводник», средняя фракция выброса у пациента после перенесенного ИМ, летальность, средний койко-день.

Материал и методы. Выполнен анализ оказания МП пациентам с ИМ за 2 равнозначных периода времени. Оценивали 1-ю группу пациентов (283 пациента с ИМ) за 2016 г. и 2-ю группу пациентов (310 пациентов с ИМ) за 2017 г. (после создания и внедрения МДБ РСЦ).

Результаты. После создания и внедрения МДБ РСЦ были получены следующие результаты: уменьшение времени «дверь–проводник» (с 47 до 39 мин); удалось значительно снизить количество отказов пациентов от чрескожного коронарного вмешательства (с 31 до 9), что, в свою очередь,

значительно повысило оперативную активность у пациентов с ИМ (с 86 до 96%), удалось добиться уменьшения объема пораженного миокарда (с 48,6 до 52,3%) и, как следствие, снижения времени пребывания в стационаре (уменьшение койко-дня с 6,58 до 4,92).

Данилов А.В.

Организационно-технические аспекты применения технологии инструментального бенчмаркинга в системе управления медицинскими организациями региона

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Воронежской области, 394043, г. Воронеж, Российская Федерация

Рассмотрены вопросы организации и использования технологии инструментального бенчмаркинга в практике управления медицинскими организациями (МО) региона. Реализация процедур бенчмаркинга МО региона обеспечивает информационную поддержку руководства здравоохранения региона на этапе формирования управленческих решений, позволяет оценить финансовые и кадровые возможности МО при составлении плана мероприятий по повышению эффективности здравоохранения региона.

С целью совершенствования методов и процедур, ориентированных на повышение эффективности управления развитием региональной системы здравоохранения, были сформулированы и решены следующие задачи: обосновано применение инновационных методов управления региональной системой здравоохранения; разработана организационная модель развития региональной системы здравоохранения; выбрана методика мониторинга состояния и тенденций развития системы здравоохранения; предложена методика оценки эффективности здравоохранения региона; проработан комплекс мероприятий по повышению эффективности региональной системы здравоохранения.

При решении поставленных задач исходили из предположения, что решение проблемы эффективного управления развитием региональной системы здравоохранения сопряжено с необходимостью разработки и применения современного методического инструментария для оценки эффективности деятельности регионального здравоохранения на основе процедур инструментального бенчмаркинга, что позволит принимать научно обоснованные управленческие решения по развитию здравоохранения региона.

Объектом исследования является региональная система здравоохранения. Прикладные исследования и расчеты выполнены на примере Воронежской области. Предметом исследования выступают организационно-экономические и управленческие отношения, ориентированные на повышение эффективности региональной системы здравоохранения. Информационную основу исследования составили официальные данные Департамента здравоохранения региона.

Рассматривается один из аналитических инструментов – метод анализа среды функционирования (DEA), использующий двухступенчатую процедуру формирования оценок эффективности. Основная идея метода заключается в вычислении фронта эффективности путем решения системы линейных уравнений, составленных из статистических показателей деятельности МО региона, с последующим получением уравнений вспомогательной регрессии.

Используются регрессоры, предсказывающие эффективность ряда организационно-специфических факторов, таких как количество врачей и среднего медицинского персонала, количество пролеченных пациентов.

Такой подход обеспечивает понимание причин различий в оценках эффективности тех или иных МО. В ходе внедрения в практику управления здравоохранением региона предложенного инстру-

ментария уточнен набор факторов, позволяющий получить эмпирическую характеристику здравоохранения региона и определить группу подобных организаций здравоохранения. За счет этого формируется понимание сильных и слабых сторон каждой МО регионального здравоохранения и того, каким образом можно достичь улучшения соотношения затрат на здравоохранение и его качества.

Результаты инструментального бенчмаркинга эффективности деятельности МО региона могут быть использованы для факторного нормирования, определения соотношения численности медицинского персонала к факторам, характеризующим объем оказанных медицинских услуг. По нормам численности определяются затраты труда по должностям, специальностям, в целом по МО, по их структурным подразделениям.

Таким образом, результаты бенчмаркинга позволяют определить оптимальное количество штатных единиц в МО, необходимое для выполнения функций. Для тех МО, у которых показатели лежат на границе эффективности, берутся пары значений, например число развернутых коек и количество врачей, и строится уравнение регрессии. Подставляя в полученное уравнение регрессии значения числа коек МО-аутсайдеров, можно определить излишнюю/недостаточную численность врачей. Подход к организации процедуры инструментального бенчмаркинга МО рассматривается как один из инновационных инструментов управления региональным здравоохранением в условиях конкуренции.

Результаты факторного нормирования в рамках бенчмаркинга МО также дают информацию для оптимизации численности персонала МО, совершенствования системы оплаты труда медицинского персонала. Таким образом, инструментальный бенчмаркинг МО региона представляет собой управленческую технологию, которую целесообразно использовать в практике управления здравоохранением региона. Ее применение обеспечивается наличием имеющихся в ЕГИСЗ данных (ФРМР, ФРМО), использованием метода DEA, в котором формализованная модель бенчмаркинга не требует привлечения субъективных данных.

Результаты бенчмаркинга используются для нормирования численности медицинского персонала МО региона. Использование расчетной модели бенчмаркинга на основе метода DEA позволяет существенно минимизировать участие руководителя при подготовке информации, так как автоматизация процесса бенчмаркинга позволяет значительно повысить точность и качество управленческих решений.

**Жарков А.В., Искова И.П., Мовчан К.Н., Алексеев П.С., Яковенко О.И.,
Барташевич Е.В.**

О полноте учета показателей частоты случаев смерти от онкозаболеваний при оценке качества противораковой борьбы в первичном звене здравоохранения муниципальной территории

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области «Кировская межрайонная больница», 187342, Ленинградская область, г. Кировск, Российская Федерация

Изучены медико-статистические сведения о 232 случаях смерти в Кировском районе Ленинградской области в 2019 г. по причине онкозаболеваний. Обоснованы направления разработки информационно-аналитических систем (ИАС) сбора, хранения и анализа информации о пациентах со злокачественными новообразованиями (ЗНО) с адаптацией предлагаемых цифровых технологий для первичного звена здравоохранения (ПЗЗ) регионов РФ с преимущественным проживанием людей в сельских муниципальных образованиях (МО).

Актуальность. Параметры заболеваемости жителей России опухолевыми процессами (ОП) остаются высокими (Манихас, 2017; Каприн и соавт., 2018, 2019; Беляев и соавт., 2019). Недочет особенностей организации медобеспечения населения провинциальных МО может обуславливать несвоевременное выявление ОП и в связи с этим запоздалое обеспечение больных онкопатологией целенаправленной медицинской помощью (МП), в том числе в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) регионального/федерального уровня (Гриненко и соавт., 2007; Роман и соавт., 2011). Данное обстоятельство оказывается побудительным мотивом к поиску и созданию современных ИАС сбора информации о пациентах – жителях малых городов и населенных пунктов сельской местности в случаях их обращения за МП по поводу ОП.

Опираясь на базы данных подобных ИАС, можно планировать основные мероприятия противоопухолевой борьбы (ПРБ) как в ракурсе профилактики, так и в формате непосредственно лечебно-диагностического процесса.

Цель исследования – оценить роль целенаправленного системного анализа показателей смертности по причине ОП среди жителей муниципалитетов, расположенных вне административных центров регионов, для принятия управленческих решений в ракурсе совершенствования мероприятий ПРБ в первичных звеньях здравоохранения.

Материал и методы. Проанализированы данные о 232 случаях летальных исходов по причине ОП среди жителей Кировского муниципального района Ленинградской области в 2019 г. Использованы медико-статистические технологии, принятые при проведении современных научных изысканий в онкологии и организации здравоохранения.

Результаты. Установлено, что среди жителей Кировского муниципального района Ленинградской области, умерших в 2019 г., летальные исходы у людей от ЗНО констатированы в 232 наблюдениях. В 14 случаях непосредственной причиной смерти оказались конкурирующие (сопутствующие) заболевания неопухолевой природы, а у 218 больных смерть наступила сугубо от ЗНО. Анализ данных о случаях смерти, обусловленных сугубо ЗНО, позволяет констатировать факт, что на учете районного онколога состояли 119 (54,6%) пациентов. Среди них 35 пациентов целенаправленно наблюдались более 5 лет (23 пациента посещали онколога систематически, 5 – нерегулярно, а 7, несмотря на пребывание в учетном канцер-регистре, за МП к районному онкологу ни разу не обращались). По поводу ОП IV стадии под наблюдением районного онколога находились 54 больных (среди них 43, кроме основного наблюдения и контроля лечебно-диагностического процесса по месту жительства, целенаправленно получали МП при участии специалистов Ленинградского областного онкодиспансера или Ленинградской областной клинической поликлиники. Еще 11 человек, наблюдаемые районными специалистами, признаны инкурабельными. При оказании МП этим пациентам онкологи воздержались от проведения хирургического вмешательства и химиотерапии в связи с бесперспективностью и небезопасностью лечебных мероприятий из-за запущенности ОП. Все (11) пациенты этой группы умерли, не прожив и года с момента верификации у них ОП.

В хосписных условиях (при Пашской участковой больнице Волховского муниципального района Ленинградской области) МП оказана 23 больным в терминальной стадии ОП (аутопсия тел умерших в хосписе не совершалась по причине очевидности диагноза ЗНО, а в 7 из 23 случаев и в меддокументах не было информации о гистологической верификации ОП у этих пациентов).

В 4 наблюдениях, учтенных районным онкологом, больные сами воздержались от МП. В 3 случаях смерть онкобольных, состоящих на учете, наступила от осложнений паллиативной химиотерапии. Из 99 человек, умерших в Кировском муниципальном районе Ленинградской области от ЗНО и не состоявших на учете районного онколога, 10 человек были зарегистрированы в других субъектах РФ. О неизлечимом характере заболевания этим 10 больным и их близким (представителям) было известно. В 24 случаях смерти онкобольных, не зарегистрированных в районном канцер-регистре, диагноз ЗНО установлен посмертно. Еще 65 человек, не состоявших на учете в Кировской поликлинике Ленинградской области, проходили лечение в ЛПУ Санкт-Петербурга или других регионов России.

Заключение. Представленные данные отражают, что при оценке мероприятий, организуемых непосредственно в ПЗЗ в ракурсе ПРБ, полнота учета показателей частоты случаев смерти жителей муниципальных территорий от онкозаболеваний имеет важное значение для выработки и принятия управленческих решений, поэтому сбор и анализ информации о больных ЗНО для поиска путей снижения частоты случаев смерти должны осуществляться с использованием современных ИАС, применение которых на муниципальном уровне медицинского обеспечения населения себя оправдывает. Вместе с тем по техническому уровню ИАС, используемые в ПЗЗ, должны соответствовать цифровым технологиям, применяемым специалистами более высоких уровней предоставления онкологической помощи жителям РФ. Только в этом случае мероприятия национального проекта в сфере здравоохранения по профилю «Онкология» могут быть осуществлены на надлежащем уровне качества предоставления МП.

Жаутикова С.Б., Жиенбаева К.М., Аринова С.М., Таласпекова Ю.П., Хайрулмаева Н.

Роль внутренних и внешних факторов в развитии пойкилоцитоза при анемиях

Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Караганды»,
100012, г. Караганда, Республика Казахстан

В связи с широким распространением заболеваний различной этиологии гематологический метод остается одним из наиболее эффективных методов диагностики различных нарушений как на раннем уровне прогрессии (что имеет немаловажное значение, особенно для анемий, которые клинически не проявляются на ранних этапах), так и на позднем.

К гематологическим показателям можно отнести морфологические изменения эритроцитов – пойкилоцитоз, который может отражать степень развития патологического процесса.

Пойкилоцитоз – это изменение формы эритроцитов, являющееся неблагоприятным прогностическим признаком.

Цели исследования – проследить частоту встречаемости пойкилоцитоза у пациентов с различными видами анемии; определить основные этиологические факторы, приводящие к данному виду нарушения.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе гематологического отделения областной клинической больницы Караганды. Было проведено обследование пациентов с различными видами анемий. В обследование входили сбор анамнеза и жалоб, объективный осмотр, изучение историй болезней пациентов с выявлением зависимости заболевания и изменения структуры эритроцитов.

Для подтверждения данных о морфологических изменениях эритроцитов было проведено клиническое исследование крови с качественным и количественным изучением эритроцитов. Оценивали морфологию эритроцитов. Проводили подсчет по 12 полям зрения. При проведении микроскопии использовали систему анализа изображений.

В крови здорового человека в незначительном количестве постоянно присутствуют эритроциты с теми или иными признаками пойкилоцитоза, которые впоследствии разрушаются, их заменяют нормоциты, вырабатываемые в организме при эритропоэзе. Согласно исследованиям, количество морфологически измененных эритроцитов (стоматоциты, эхиоциты, шизоциты) увеличивается при физической нагрузке или в условиях гипоксемии.

Морфологические изменения эритроцитов с нарушением структуры их мембраны обусловлены гипоксией, кровопотерей при травмах и операционных вмешательствах. Можно выделить следующие основные этиологические факторы: анемии различного генеза; ферментопатии; гемоглобинопатии; негематологические причины (поражение внутренних органов, острые и хронические отравления, некоторые воспалительные процессы).

Данный вид эритроцитов является патологически сформированным, как правило, они не способны выполнять свои функции, связанные с транспортом кислорода, так как механически не устойчивы при прохождении через сосуды малого калибра (капилляры, прекапилляры). Это приводит к возникновению анемий разного генеза. Таким образом, мембранопатии чаще встречаются при анемиях (железодефицитных, гемолитических, апластических). Глобальная распространенность анемий для населения в целом составляет 24,8%; согласно расчетам, анемией страдают 1620 млн человек.

Заключение. Таким образом, клинический метод исследования крови наиболее эффективен для ранней диагностики не только анемий, но и других патологических процессов на ранних этапах посредством изучения динамики нарушения форм эритроцитов.

Исаенкова Е.А.

Измерение удовлетворенности качеством оказания медицинских услуг пациентами в системе управления региональным здравоохранением: подход на основе структурного моделирования

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Воронежской области, 394043, г. Воронеж, Российская Федерация

С целью оценки качества оказываемых медицинских услуг исследовали удовлетворенность пациентов. Для этого были использованы методы социологического опроса, статистического анализа и структурного моделирования. Сформированы и проверены гипотезы об отношении воспринятого качества оказанных услуг пациентами стационаров региона к их удовлетворенности. Это дает возможность органам управления здравоохранением региона сформировать мероприятия по обеспечению лояльности пациентов.

Вопросы улучшения качества и безопасности медицинской помощи являются значимыми в системе управления региональным здравоохранением. Это обусловлено как ухудшением демографических показателей и показателей здоровья населения, так и повышением ожиданий пациентов, связанных с появлением в средствах массовой информации ряда публикаций, посвященных вопросам качества медицинской помощи. В условиях развития системы управления качеством оказания медицинской помощи становятся актуальными вопросы совершенствования инструментов и методов управления качеством, в частности одной из ее составляющих – обратной связи от получателей медицинских услуг, значение которой связано со степенью удовлетворенности качеством оказанных услуг.

Цель исследования – разработка структурной модели удовлетворенности качеством медицинских услуг, оказанных в стационарных условиях, с применением методики SERVQUAL, обоснование на этой модели статистических гипотез о влиянии тех или иных аспектов восприятия пациентов на удовлетворенность качеством и их лояльность к деятельности медицинской организации.

Материалы исследования содержат результаты социологического опроса пациентов по методике измерения значений удовлетворенности пациентов качеством оказанных медицинских услуг SERVQUAL, основанной на рекомендациях по улучшению процессов в медицинских организациях (ГОСТ Р 54732-2011 «Менеджмент качества. Удовлетворенность потребителей. Руководящие указания по мониторингу и измерению» и ГОСТ Р 56036-2014 «Менеджмент качества. Руководящие указания по организации мониторинга удовлетворенности потребителей»).

Анкета состоит из трех разделов: социально-демографическая характеристика пациента; вопросы по аспектам, отражающим его ожидания по уровню качества услуг до момента их получения; вопросы по аспектам, отражающим его восприятие об уровне качества полученных услуг. Разделы

2 и 3 анкеты содержали по 24 вопроса. Ответы на вопросы оценивали по шкале Лайкерта. По каждому пункту анкеты рассчитывали показатель оценки качества услуг путем вычитания значений уровня ожиданий из полученных значений уровня восприятий интегральных индикаторов разрывов ожиданий пациентов по следующим критериям: материальность, надежность, отзывчивость, убедительность, сочувствие и принятие.

Были опрошены пациенты, получившие медицинские услуги в 35 стационарах Воронежской области за февраль-май 2019 г. Для анализа данных было отобрано 1293 анкеты. Анализ данных проводили с использованием программного обеспечения SPSS Statistics (версия 24) и SPSS Amos (версия 24).

Далее в ходе исследования была выполнена следующая последовательность шагов: анализ описательных статистик респондентов и переменных модели, оценка надежности и достоверности данных, факторный анализ, корреляционный анализ и структурное моделирование (SEM-анализ).

Одно из преимуществ структурного моделирования – возможность внесения в исследуемую модель некоторых латентных переменных.

Методы структурного моделирования включают путь анализ, подтверждающий факторный анализ, моделирование латентных изменений и другие методы. Метод структурного моделирования был выбран для проверки и оценки причинно-следственных связей между структурами исследуемых данных исходя из их качественной причинности. Он позволяет проверять и подтверждать выдвинутые исследовательские гипотезы. Наличие обоснованных предположений о взаимосвязях переменных позволило провести подтверждающий факторный анализ, результаты которого подтвердили правильность построенной модели измерения качества оказанных медицинских услуг через удовлетворенность пациентов. Получена достаточная информация о том, что модель подходит для структурного моделирования и проверки гипотез исследования. Проведено исследование отношения воспринятого качества оказанных услуг пациентами стационаров региона к их удовлетворенности и поведенческим намерениям.

Для достижения этой цели были сформулированы и проверены следующие гипотезы исследования: имеется положительное существенное влияние интегральных индикаторов восприятия пациентами качества оказанных медицинских услуг на их удовлетворенность; воспринятое качество оказанных медицинских услуг оказывает значительный эффект на их удовлетворенность; имеется корреляция между лояльностью пациентов и их удовлетворенностью (оценка лояльности через значимые для пациентов индикаторы удовлетворенности).

Результаты, полученные в ходе путевого анализа предложенной модели, позволили определить комплекс мероприятий, направленных на формирование лояльности пациентов и представителей других целевых аудиторий. Использование инструментов проектного управления дает возможность органам управления здравоохранением региона не только сформировать лояльность существующих, но и обеспечить распространение эффектов лояльности на потенциальных потребителей медицинских услуг, создавая высокую конкурентоспособность бюджетных учреждений здравоохранения.

Карякин Н.Н., Переслегина И.А., Горский М.Д., Леванов В.М.

Определение индивидуальной образовательной траектории специалиста на основе выявления пробелов знаний клинических рекомендаций путем тестирования

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 603950, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Представлены результаты использования уникальной разработки ПИМУ по проведению дистанционных образовательных циклов для специалистов по внедрению клинических рекомендаций (КР). Разработанная система обеспечивает 100-процентный охват врачей, равную доступность качественного учебного материала независимо от места расположения слушателя (в том числе от качества интернет-каналов), позволяет выявить пробелы знаний КР и достоверно подтвердить освоение слушателем учебного материала.

Известно, что одним из направлений развития образовательных технологий является внедрение дистанционных форм изучения материала.

Цель – разработать систему внедрения КР в первичном звене здравоохранения, обеспечивающую максимальный охват врачей, доступность и качество учебного материала независимо от места расположения слушателей (в том числе от качества интернет-каналов) с последующим определением уровня устойчивости знаний.

Материал и методы. Использованы КР по болезням системы кровообращения (БСК), болезням органов дыхания (БОД), новообразованиям (НО), являющимся основными причинами смертности населения (всего 25 КР), на основе которых разработаны лекции для врачей первичного звена и тесты для оценки уровня и устойчивости знаний. Контингент специалистов первичного звена трех регионов – врачи-терапевты участковые, врачи общей практики, кардиологи, неврологи, пульмонологи, онкологи первичных онкологических кабинетов; всего около 2000 человек.

Алгоритм системы: первичное дистанционное тестирование для оценки исходного уровня знаний, дистанционное прослушивание лекций и повторное тестирование. Для проведения тестирования и оценки результатов разработано специальное программное средство. В зависимости от количества правильных ответов итоги тестирования делились на 3 группы: «красная» (количество правильных ответов <70%), «желтая» (от 70 до 80%), «зеленая» (>80%). Проведено сопоставление уровня знаний КР с показателями смертности населения регионов от соответствующих причин (по данным Росстата).

Результаты. Система внедрения КР в первичном звене здравоохранения должна включать следующие этапы: определение перечня КР и разработка тестов на их знание; проведение первичного тестирования на основе разработанного программного средства; оценка результатов тестирования; дистанционное прослушивание видеолекций по КР и повторное тестирование специалистов; направление специалистов на внеочередные краткосрочные курсы повышения квалификации (ПК).

По итогам тестирования руководители органов управления здравоохранением (медицинских организаций) получают информацию в целом по региону, по конкретной медицинской организации и каждому медицинскому работнику о количестве правильных ответов по каждой КР. У руководителя медицинской организации появляется возможность планировать персональную подготовку врачей в системе НМО с учетом уровня их знаний.

У Региона № 1 ответы первого тестирования по всем разделам (БСК, БОД, НО) находились в «зеленой» зоне; у Региона № 2 ответы по БОД находились в «желтой» зоне, по БСК и НО – в «зеленой»; у Региона № 3 ответы по БОД также находились в «желтой» зоне, по БСК и НО – в «красной». По БСК более слабые знания у всех регионов выявлены по КР, посвященным хронической сердечной недостаточности и желудочковым аритмиям, по БОД – внебольничным пневмониям, НО – раку молочной железы, предстательной железы, щитовидной железы, раку кожи, яичников и прямой кишки. При этом результаты тестирования коррелировали с показателями смертности населения от соответствующих классов заболеваний: в Регионе № 1 они были самые низкие (ниже РФ), в Регионе № 2 – в основном соответствовали среднероссийскому уровню, а в Регионе № 3 – самые высокие (по ряду позиций – в 1,2–1,4 раза выше РФ).

После прослушивания лекций, подготовленных на основе КР специально для врачей первичного звена, проведено повторное тестирование, которое продемонстрировало различную устойчивость знаний. Так, у Региона № 1 из «зеленой» в «желтую» перешли знания по БОД; у Региона № 2 отмечена положительная динамика знаний по всем КР (в «красной» зоне ответы не зарегистрированы, по

БСК и НО ответы перешли из «красной» в «зеленую» зону, по БОД – остались в «желтой», однако при первом тестировании количество правильных ответов 73%, при повторном – 79%); у Региона № 3 результаты остались практически без изменений (ответы по БСК и НО находились в «зеленой» зоне, по БОД – сохранились в «желтой» зоне на том же уровне).

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России подготовлены специальные краткосрочные программы ПК, размещенные на портале edu.rosminzdrav и рекомендованные конкретным специалистам регионов. Руководители медицинских организаций регионов проинформированы о целесообразности использования полученных результатов для направления врачей на внеочередное ПК по краткосрочным программам.

Китаева Э.А., Шулаев А.В., Улумбекова Г.Э., Китаев М.Р., Бакирова Э.А.

Оценка отношения населения к здоровому образу жизни (по результатам анкетирования)

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Рыбно-Слободская центральная районная больница», 422650, Республика Татарстан, пгт. Рыбная Слобода, Российская Федерация; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 420012, г. Казань, Российская Федерация

В анкетировании приняли участие 2346 респондентов от 21 года до 74 лет. Средняя физическая активность среди всех опрошенных чуть выше 20%. Приверженность здоровому питанию во всех группах не превышает 25%. Среди опрошенных респондентов курят 22,21%, регулярно употребляют алкоголь 0,2%. Результаты анкетирования населения могут быть использованы при разработке адресной программы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) по формированию приверженности здоровому образу жизни (ЗОЖ) для каждой возрастной группы.

Цель исследования – выявить приверженность населения Рыбно-Слободского района Республики Татарстан ЗОЖ, исследовать связь ЗОЖ с наличием неинфекционных заболеваний.

Проведено анкетирование взрослого населения Рыбно-Слободского района Республики Татарстан. В опросе приняли участие 2346 респондентов. Возраст респондентов варьировал от 21 года до 74 лет. Среди опрошенных респондентов 1681 (71,7%) женщина и 665 (28,3%) мужчин. Женщин с высшим образованием – 590 (35,0% от общего числа опрошенных женщин), мужчин с высшим образованием – 188 (28,2% от общего числа опрошенных мужчин). Всего среди опрошенных лиц с высшим образованием – 778 (33,2% от общего числа опрошенных).

Анализируя данные приверженности населения правильному питанию по возрастам, мы провели следующие наблюдения: принципов правильного питания придерживаются 18,36% респондентов от 21 года до 30 лет из числа опрошенных в своей возрастной группе; от 31 года до 40 лет – 21,78%; от 41 года до 50 лет – 11,5%; от 51 года до 60 лет – 21,7%; от 61 года до 70 лет – 14,7% и 2,0% респондентов 71–74 года. Гипотеза о независимости приверженности правильному питанию от возраста не подтверждается ($p < 0,001$, $\chi^2 = 72,09$). Можно сделать вывод о том, что наиболее привержены правильному питанию респонденты в возрасте от 31 года до 40 лет. Однако приверженность во всех возрастных группах не превышает 25%, что недостаточно для организации эффективной профилактики. Отмечается резкое снижение приверженности начиная с 61 года.

На вопрос «Занимаетесь ли вы спортом?» респонденты ответили следующим образом. Регулярно (2–3 раза в неделю) занимаются спортом 364 (21,4%) женщины и 120 (18,1%) мужчин, всего 484 (20,64%) респондента. Иногда (2–3 раза в месяц) занимаются спортом 1033 (61,5%) женщины и 347 (52,2%) мужчин, всего 1380 (58,8%) человек.

Также в ходе опроса было исследовано отношение населения к курению и алкоголю. Среди опрошенных курит всего 521 (22,2%) респондент. Среди опрошенных респондентов-женщин курят 155 (9,2% числа женщин), среди опрошенных респондентов-мужчин – 366 (55,0% числа мужчин). Следует отметить, что 22 (1,3%) женщины и 85 (12,8%) мужчин заявляют о том, что они курили, но бросили. Из 1444 (85,9%) женщин, считающих, что 30Ж – это отсутствие вредных привычек (курение, алкоголь), 137 (9,5%) женщин на самом деле курят. Причем всего из опрошенных респондентов женского пола курят 155 человек. Иначе говоря, 137 из 155 курящих женщин считают, что 30Ж – это отсутствие вредных привычек, но при этом курят! Таким образом, получается, что большинство курящих женщин осознают курение как собственную вредную привычку, но не отказываются от нее.

На вопрос «Как часто вы употребляете алкогольные напитки?» были предложены следующие ответы: «не употребляю», «употребляю редко (менее 2–3 раз в год)», «не менее 3 раз в неделю», «ежедневно». Из 2346 опрошенных респондентов 1263 (53,8%) не употребляют алкоголь; 1052 (44,8%) употребляют алкоголь «редко (2–3 раза в год)»; 4 (0,2%) употребляют алкоголь «не менее 3 раз в неделю» и 5 (0,2%) употребляют алкоголь ежедневно.

Заключение. Результаты исследования выборки из 2346 жителей Рыбно-Слободского района Республики Татарстан показывают важность продолжения стратегии целенаправленного формирования установок населения на 30Ж. Анализируя полученные данные, мы пришли к выводу, что приверженность 30Ж среди населения в среднем не превышает 30%. В понимании 30Ж преобладают показатели физической активности и отказ от вредных привычек.

Средняя физическая активность населения составляет чуть выше 20%: регулярно (2–3 раза в неделю) занимаются спортом 21,4% женщин и 18,1% мужчин, всего 20,6%. Большая группа мужчин и женщин связывают отсутствие приверженности 30Ж с личностными характеристиками, что демонстрирует потенциальную эффективность мотивационной составляющей пропаганды 30Ж. Ориентация каждого человека на 30Ж и профилактику в повседневной жизнедеятельности отвечает интересам личности и общества. В связи с этим необходимо дальнейшее активное формирование знаний, навыков и внутренней необходимости 30Ж для детей, подростков, родителей и учащейся молодежи при активном взаимодействии таких социальных институтов, как семья, образование, здравоохранение. Результаты самооценки (анкетирования) здоровья населения Рыбно-Слободского района Республики Татарстан могут быть использованы при разработке адресной лечебно-профилактических мероприятий по формированию приверженности 30Ж для каждой возрастной группы.

Курьянов П.С., Артюшин Б.С., Мовчан К.Н.

Роль центров, формируемых в многопрофильных стационарах мегаполисов, в системе оказания медицинской помощи больным для сохранения нижних конечностей при их критической ишемии

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр», 198095, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Изучены результаты оказания медицинской помощи больным с хирургической инфекцией мягких тканей, в том числе критической ишемией нижних конечностей, в одном из стационаров Санкт-Петербурга с 2010 по 2018 г. На основании полученных результатов обоснована необходимость фор-

мирования на базе многопрофильных медицинских организаций центров по сохранению нижних конечностей. Представлены результаты деятельности одного из таких центров. Обсуждены особенности организации их деятельности.

Цель – обосновать целесообразность формирования центров сохранения конечностей в многопрофильных медицинских организациях как оптимальной формы организации медицинской помощи больным критической ишемией нижних конечностей.

Материал и методы. Изучены медико-статистические сведения, аккумулированные в СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» за 2010–2018 гг. о параметрах предоставления медицинской помощи больным с хирургической инфекцией мягких тканей, в том числе при критической ишемии нижних конечностей. Отдельно оценены данные по одному из крупных многопрофильных стационаров Санкт-Петербурга – Городской больнице святого великомученика Георгия (СПбГБ4).

Результаты. Констатировано, что больные с терминальными поражениями артерий ног составляют значительный контингент СПбГБ4: с 2010 по 2018 г. число ампутаций нижних конечностей по поводу их облитерирующего атеросклероза и синдрома диабетической стопы превысило 1440 наблюдений – в среднем 240,7 в год. Показатели частоты случаев смерти после ампутаций нижних конечностей достигали 42,5%. За тот же период операции на сосудах ног в СПбГБ4 проведены в общей сложности 51 пациенту.

Все вмешательства в экстренном порядке проводили ангиохирурги, прибывавшие из других медицинских организаций в формате дежурства по городу. Объемы работы в СПбГБ4 оказались определяющим фактором для открытия в данном стационаре в конце 2019 г. Центра сохранения конечностей. За 3 мес деятельности его сотрудников восстановление кровотока в нижних конечностях выполнено 80 пациентам, средний возраст которых составил 68,5 лет. В 50 (62,5%) наблюдениях медицинская помощь оказана пациентам с синдромом диабетической стопы, в 30 (37,5%) – больным облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей.

В большинстве случаев – 52 (65%) – реваскуляризацию нижних конечностей осуществляли внутрисосудистым доступом. Открытые реконструкции сосудистого русла выполнены 25 (31,2%) больным, гибридные – 3 (3,8%). Осложнения в зоне хирургического вмешательства (тромбоз артерий) констатированы в 3 наблюдениях. Вынужденная ампутация нижних конечностей в послеоперационном периоде осуществлена однократно.

Заключение. Анализ представленных данных позволяет полагать, что при принятии управленческого решения о развертывании центра сохранения конечностей целесообразно учитывать степень специализации стационаров в предоставлении медицинской помощи. Сугубо узкопрофильная ориентация медицинской организации может быть недостаточной для всестороннего обследования и лечения пациентов по причине коморбидности их клинического статуса. В этих случаях требуется привлечение врачей других специальностей, что оперативно возможно лишь в специализированных многопрофильных медицинских организациях.

Кучиц С.С., Гриднев О.В., Грицанчук А.М., Песенникова Е.В., Кучиц Е.О.

Развитие кадрового потенциала медицинской организации в условиях внедрения эффективного контракта

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва, Российская Федерация; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения г. Москвы», 124489, г. Москва, Российская Федерация

Описаны основы методологии внедрения эффективного контракта в деятельность медицинской организации, которая позитивно влияет на развитие ее кадрового потенциала, увеличивает эффективность трудовой деятельности персонала и снижает оборот рабочей силы.

Развитие кадрового потенциала любой медицинской организации в условиях внедрения эффективного контракта неразрывно связано с тремя базовыми принципами: развитие персонала, закрепление персонала и создание условий для эффективного и инициативного труда, стимулирование персонала.

Эти принципы способствуют не только повышению стабильности функционирования организации, но и определению ясности для каждого подразделения поставленных перед ним целей и задач, и возможности количественного выражения через соответствующие показатели, повышения процедур прозрачности планирования деятельности учреждения.

В ходе проводимой в учреждении работы по внедрению и совершенствованию эффективного контракта была разработана методология с учетом данных оптимизации коечного фонда и штатной структуры учреждения, материально-технического оснащения; были определены алгоритмы (технологические карты) оказания медицинской помощи: по профилям патологии, по каналам поступления, регламент взаимодействия служб и подразделений, набор ключевых показателей эффективности труда по уровням: учреждение–подразделение–сотрудник, процессы контроля показателей и отчетности с закреплением в общем регламентирующем приказе по учреждению.

Также была создана медицинская информационная система учреждения (МИС), обеспечившая регламентацию и автоматизацию не только производственных и лечебно-диагностических процессов, но и взаимодействие всех медицинских подразделений с обеспечивающими службами.

Далее на аутсорсинг были переданы обеспечивающие службы, внедрены в практику алгоритмы оказания медицинской помощи, проведены структурные и организационно-штатные изменения, осуществлен ввод в эксплуатацию МИС и электронных историй болезни. В финале в практику были введены ключевые показатели эффективности труда и автоматизирован процесс контроля показателей и отчетности с использованием МИС.

В результате отмечены оптимизация и стабилизация структуры и штатного расписания при увеличении совокупного дохода учреждения и объемов медицинской помощи. Также в рамках оценки эффективности проведенной реорганизации работы и внедрения эффективного контракта отмечается увеличение числа пролеченных пациентов (на 70%) при сокращении среднего койко-дня (с 11,6 до 6 сут) и уменьшении летальности (с 2,97 до 2,2), что подтвердило профессиональное развитие сотрудников и увеличение эффективности их трудовой деятельности. Таким образом, использование эффективного контракта в медицинской организации положительно влияет на развитие ее кадрового потенциала, увеличивает эффективность трудовой деятельности персонала и снижает оборот рабочей силы.

Кучиц Е.О., Гриднев О.В., Песенникова Е.В., Кучиц С.С., Грицанчук А.М.

Совершенствование методики стимулирования медицинского персонала в условиях внедрения эффективного контракта в медицинской организации

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

Рассмотрены актуальные аспекты совершенствования методики стимулирования медицинского персонала в условиях внедрения эффективного контракта в деятельность медицинской организации.

Если рассматривать зарубежную практику эффективного управления в здравоохранении, предложенный в послании Президента РФ эффективный контракт, по своей сути, есть переход на современную систему управления по целям с одномоментным внедрением бизнес-инструмента КРІ и системы Р4Р.

В рамках совершенствования системы мотивации персонала было установлено, что наиболее важным фактором, влияющим на управление мотивацией, является зависимость заработной платы сотрудника от результата его деятельности (материальное стимулирование).

При коррекции системы оплаты труда соблюдали следующие условия: любое повышение оплаты труда должно стоить дополнительных усилий работника; результат должен быть измерим и соотнесен с действиями конкретного работника; возросшая продуктивность работника впоследствии не должна рассматриваться как новый минимальный стандарт.

Кроме того, учитывали следующие мотивационные факторы: престиж рабочего места, наличие или отсутствие карьерного продвижения и профессионального роста, высокий уровень заработной платы, удовлетворенность сотрудника своей трудовой деятельностью.

Взаимная интеграция технологий управления по целям (МВО), ключевых показатели эффективности (КРІ) и оплаты за результаты (Р4Р) в деятельность больницы позволила оптимизировать эффективный контракт с сотрудниками.

В ходе разработки и внедрения актуальных ключевых показателей эффективности учитывали важные акценты методологии КРІ: изменение корпоративной культуры и организация процессов; разработка целостной стратегии развития КРІ; разъяснение персоналу достоинств КРІ; идентификация общекорпоративных КРІ; выбор решающих КРІ для организации, подразделений, сотрудников; разработка структуры отчетности для всех уровней; координация применения решающих КРІ; уточнение КРІ для поддержания их актуальности.

При анализе процесса и результатов управления факторами, влияющими на мотивацию персонала в условиях внедрения эффективного контракта с 2014 по 2019 г., рост объемов использования медицинской помощи в рамках ОМС составил 160% на фоне значительного прогрессивного снижения штрафных санкций от МГ ФОМС, поступающих жалоб и негативных отзывов пациентов.

Заключение. Внедрение эффективного контракта положительно влияет на качество медицинской помощи; прозрачность механизмов стимулирования и формирования заработной платы положительно влияет на трудовую деятельность, а также на персональную и коллективную ответственность работников.

Лисовский О.В., Гостимский А.В., Тополян А.А., Лисица И.А., Хайдарова Д.А., Герасимова А.М., Нужа Е.Г., Никульцев Н.С., Лисовская Е.О.

Организация скорой медицинской помощи детям в условиях многопрофильного стационара

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 194100, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница», 188643, Ленинградская область, г. Всеволожск, Российская Федерация

Актуальность. Организация медицинской помощи (МП) детскому населению в России подчинена нормам федерального законодательства (приказы Министерства здравоохранения России № 366н от

16.04.2012, № 521н от 05.05.2012, № 388н от 20.06.2013, № 92н от 07.03.2018) и локальным нормативным актам. Между тем существуют региональные особенности организации МП в районных больницах, связанные с необходимостью объединения функций стационаров и приемных отделений для оказания неотложной помощи детскому и взрослому населению, а также определяющие необходимость оптимизации деятельности педиатрической службы. Потребность совершенствования оказания МП в приемных отделениях связана с прогрессивным ростом численности детского населения, ухудшением состояния здоровья и увеличением числа обращений за МП в стационары.

Цель – анализ эффективности проведения медицинской сортировки при оказании неотложной МП детскому населению многопрофильного стационара.

Материал и методы. В 2016 г. приемное отделение ГБУЗ ЛО «Всеволожская клиническая межрайонная больница» было реструктуризировано в стационарное отделение скорой медицинской помощи (СтОСМП) с открытием 6 коек кратковременного пребывания. Отделение состояло из 2 смотровых для взрослых пациентов, 2 смотровых для детей, инфекционного изолятора, бытового изолятора для оказания МП пациентам в состоянии алкогольного опьянения, помещений для диагностических служб (рентгенография, компьютерная томография, УЗИ, лаборатория, ЭКГ), манипуляционных (процедурный и перевязочный кабинеты), санитарного пропускника, а также служебных помещений (кабинеты заведующего отделения, старшей медицинской сестры и ординаторская). К 2020 г. увеличено количество смотровых до 6, а также дополнительно введено 2 койки кратковременного пребывания.

В 2016–2018 гг. очередность оказания МП детям определялась путем обращения в СтОСМП (с приоритетом для лиц, доставленных санитарным транспортом и по направлению медицинских организаций амбулаторно-поликлинического типа). Ввиду роста количества самостоятельных обращений пациентов в среднетяжелом и тяжелом состояниях, а также в связи с неравномерным потоком поступающих по направлениям участковых врачей-педиатров и бригад скорой медицинской помощи такой метод первичной сортировки не учитывал характер тяжести состояния и признан неэффективным.

Результаты. В августе 2018 г. внедрена система медицинской сортировки для детей, разработанная на основе Paediatric Observation Priority Score (POPS) Chart, представляющая собой триажную шкалу, включающую 7 критериев. Часть из них учитывала данные возрастных анатомо-физиологических особенностей детей (ЧСС, ЧДД). Остальные (сознание, температура тела, сатурация, симптом белого пятна) едины при оценке у детей всех возрастов. Выраженность болевого синдрома оценивали по упрощенной рейтинговой шкале оценки боли Вонга–Бейкера. Дополнительно были отмечены сопутствующие заболевания или синдромы, исходно отягощающие состояние поступающих в СтОСМП. При их выявлении осмотр профильного врача и решение вопросов об объеме и месте проведения диагностических и лечебных мероприятий определялись в течение 10 мин от момента поступления пациента (наличие сахарного диабета, онкологических заболеваний, эксикоза) или медленно (политравма, дыхательная недостаточность, судороги).

Триаж проводился для всех поступающих в СтОСМП обученной медсестрой или фельдшером с привлечением, при необходимости, врача. По совокупности признаков определялась степень компенсации функций жизненно важных органов (сознание, дыхание, кровообращение), на основе чего определялась очередность оказания МП – устанавливался коридор: зеленый, желтый или красный. Пациенты детского возраста чаще попадали в группу желтого потока в связи с лихорадкой (при инфекциях) или болевой реакцией (при травмах), красного – в связи с развитием судорожного синдрома, после политравм, отравлений.

С 2018 по 2020 г. внедрение медицинской сортировки позволило снизить время ожидания оказания МП пациентам в среднетяжелом и тяжелом состоянии в среднем на $32,4 \pm 14,2$ и $42,5 \pm 17,4$ мин соответственно.

Заключение. Внедрение триажной системы в организацию службы экстренной медицинской помощи дало возможность эффективно использовать лечебно-диагностические алгоритмы с учетом тяжести состояния пациентов. Внедрение медицинской сортировки в условиях СтОСМП позволило своевременно выявить детей с жизнеугрожающими состояниями и повысить качество оказания МП.

Мовчан К.Н., Чернов К.Е., Артюшин Б.С., Жарков А.В., Чернова А.Ю.,
Железный Е.В.

Основные статистические параметры оказания медицинской помощи жителям Санкт-Петербурга при заболеваниях урологического профиля

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр», 198095, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Оценены основные медико-статистические параметры оказания медицинской помощи (МП) жителям Санкт-Петербурга в 2011–2017 гг. Констатируется: несмотря на рост числа наблюдений заболевания населения города патологией урологического профиля, оказание МП в мегаполисе данной категории граждан проводится на должном организационном уровне с позитивными результатами. Последнее достигается использованием современных технологических и организационных инноваций при обследовании и лечении пациентов.

Актуальность. Частота обращений граждан Санкт-Петербурга (СПб) за медицинской помощью в связи с патологией урологического профиля, так же, как и в России в целом, не уменьшается. Данное обстоятельство обуславливает необходимость целенаправленного менеджмента в здравоохранении с принятием оптимальных управленческих решений по совершенствованию урологической деятельности как в амбулаторно-поликлиническом звене медицинского обеспечения населения, так и в стационарах.

Цель исследования – проанализировать базисные медико-статистические показатели оказания МП жителям Санкт-Петербурга при их заболевании патологией урологического профиля для всесторонней оценки эффективности деятельности по управлению качеством обследования и лечения данной группы населения города.

Материал и методы. Проанализированы сведения о 436 234 больных с патологией урологического профиля, наблюдаемых в 2017 г., это учтено в базах данных СПб ГБУЗ МИАЦ.

Результаты и обсуждение. Установлено, что в СПб в 2017 г. контингент зарегистрированных 436 234 случаев патологии урологического профиля составляет 4,5% от всех случаев учтенных заболеваний, т.е. 9825 на 100 тыс. взрослого населения. Параметры наблюдений патологии мочеполовых органов у взрослых жителей СПб в структуре заболеваемости населения города в 2017 г. представлены 77 774 случаев впервые установленного диагноза урологической патологии, 786 140 посещений, приходящихся на врача-уролога в течение года, 9550 – посещений врача на дому. Материальная база урологической службы СПб с 2011 по 2017 г. включает 118 лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) амбулаторного типа, 163 урологических кабинета (из них 20 предназначены для детей); 31 ЛПУ города, в которых развернуты урологические подразделения и койки (3 урологических стационара для детей).

В мегаполисе преподавание урологии осуществляется на 5 кафедрах медицинских вузов. Более чем в 100 частных медицинских центрах лицензионно разрешен прием уролога. В 2017 г. в СПб развернуты 1405 урологических коек (153 онкоурологические и 110 для оказания МП детям).

В общем это составляет 26,5 на 100 тыс. населения. Данный параметр несколько превышает аналогичный в среднем по России и Москве (16,9 и 22,4 на 100 тыс. чел. соответственно). За 5 лет (с 2011 по 2017 г.) численность урологов в СПб увеличилось с 385 до 435 человек. Все урологи города обладают сертификатами, а 73,6% врачей данной специальности присвоены II, I и высшая квалификационные категории – 11,7; 16,8 и 45,1% соответственно. Показатель укомплектованности системы здравоохранения города урологами в 2017 г. составил 9,8 на 100 тыс. взрослого населения. В большинстве случаев (в 2015 г. почти 12 000 из 16 963) больные с патологией урологического профиля госпитализируются в медицинские организации (МО) города в экстренном порядке. В каждом 2-м наблюдении эти пациенты поступают в непрофильные подразделения стационаров.

Анализируя основные показатели работы урологических служб МО в СПб, можно констатировать, что основные параметры деятельности несколько лучше, чем в среднем по РФ. В частности, в 2017 г. показатель среднего койко-дня пребывания в стационаре СПб составил 9,8; параметр оборота койки – 31,6; частота случаев летальных исходов в целом – 0,56% и послеоперационной летальности – 0,9% (по России эти же параметры – 13,2; 27,4; 0,65 и 1,1% соответственно).

Высокотехнологичная урологическая помощь в СПб осуществляется по всему спектру современных диагностических и лечебных (чаще мини-инвазивных) мероприятий. В 13 ЛПУ города более 45 000 пациентам с мочекаменной болезнью в году выполняются 15 000–20 000 сеансов дистанционной литотрипсии. Применение робототехники в ракурсе оказания урологической помощи в СПб успешно осуществляется посредством эксплуатации 4 роботических комплексов DaVinci из 31, учтенных в России. Пока удельный вес случаев выполнения в урологической практике открытых вмешательств специалистами СПб составляет около 30%.

Заключение. Представленные данные позволяют считать, что основные медико-статистические показатели деятельности специалистов урологической службы СПб при оказании МП его жителям по данному профилю отражают надлежащий уровень качества обследования и лечения больных с патологией органов мочевыделительной системы. Вместе с тем процесс совершенствования предоставления урологической помощи больным сопряжен с постоянной оптимизацией и модернизацией здравоохранения в целом.

Морозов С.П., Владимирский А.В., Демкина А.Е., Сименюра С.С., Шутов Д.В., Тяжелников А.А., Фокина Е.В., Садыкова Э.А.

Эффективность централизации электрокардиографических исследований в первичном звене здравоохранения

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения г. Москвы», 109029, г. Москва, Российская Федерация

Цель – апробировать модель централизации электрокардиографических (ЭКГ) исследований с применением телемедицинских технологий.

Материал и методы. Апробация модели проведена в рамках одноцентрового пилотного проекта на базе Консультативно-диагностической поликлиники (КДП) № 121.

За время первого этапа было проведено 14 811 ЭКГ-исследований на аналоговых аппаратах с регистрацией на термобумагу (аналоговая, А-ЭКГ), за время второго этапа – 12 776 ЭКГ-исследований на цифровых аппаратах с сохранением данных в информационной системе (Т-ЭКГ).

Методы исследования: хронометраж для 60 ЭКГ-исследований, сравнительный экономический анализ.

Результаты. Централизация описания ЭКГ привела к увеличению общей продолжительности этапов исследования с $180,0 \pm 19,3$ до $192,0 \pm 13,1$ с ($p=0,0056$). При этом экономия времени при централизации была выявлена на этапах подготовки и отправки исследования: $7,0 \pm 2,2$ с для Т-ЭКГ и $32,0 \pm 3,7$ с для А-ЭКГ ($p < 0,0001$), а также заполнения документации: $62,0 \pm 5,3$ с для Т-ЭКГ и $78,0 \pm 7,0$ с для А-ЭКГ ($p < 0,0001$).

В результате исследования было выявлено достоверное уменьшение общей продолжительности описания ЭКГ: $202,0 \pm 24,0$ с при А-ЭКГ и $81,0 \pm 7,6$ с при Т-ЭКГ ($p < 0,001$), с наибольшей экономией времени врача функциональной диагностики при описании заключения: $113,0 \pm 21,5$ с при А-ЭКГ и $15,0 \pm 3,4$ с при Т-ЭКГ ($p < 0,001$). Применение Т-ЭКГ привело к общей экономии бюджета на сумму 63 880 тыс. рублей.

Заключение. В результате внедрения Т-ЭКГ в городской поликлинике с разветвленной филиальной сетью достигнуто сокращение времени на описание результатов исследований на 60,5%, сокращение времени от регистрации ЭКГ до получения результата и внесения его в амбулаторную карту пациента с 2–5 до 1 рабочего дня и снижение финансовых затрат на 91,7%.

Москвина С.С.

Снижение кадрового дефицита в районной больнице

Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Родниковская центральная районная больница», 155250, Ивановская область, г. Родники, Российская Федерация

В Национальном проекте «Здравоохранение», рассчитанном на 2019–2024 гг., в качестве одной из основных целей указано устранение кадрового дефицита медицинских сотрудников. Так, к 2024 г. данный показатель в медицинских организациях (МО) должен составить 100%. На федеральном и региональном уровнях принимаются различные программы для привлечения специалистов, особенно для работы в районных больницах, где дефицит наиболее выражен. Однако и на уровне лечебного учреждения должна проводиться активная работа.

Цель – снижение кадрового дефицита среди медицинских сотрудников.

Материал и методы. В течение 2019 г. в ОБУЗ «Родниковская ЦРБ» разработаны и успешно используются мероприятия по привлечению квалифицированных медицинских специалистов в штат учреждения. С апреля по декабрь 2019 г. были проведены встречи главного врача, заведующей детской поликлиникой, начальника отдела кадров со студентами Ивановской государственной медицинской академии как на базе образовательного учреждения, так и на базе ОБУЗ «Родниковская ЦРБ».

Учащиеся узнали о мерах финансовой поддержки студентов выпускного курса академии (ежемесячная выплата в размере 3000 рублей от ОБУЗ «Родниковская ЦРБ» и 2000 рублей от администрации муниципального образования Родниковский муниципальный район в рамках подпрограммы «Кадры» муниципальной программы социальной поддержки населения Родниковского муниципального района), возможности заключения трехстороннего целевого договора между учреждением здравоохранения, студентом и Медицинской академией на прохождение обучения в ординатуре, об участии в программе «Земский доктор» при трудоустройстве в ОБУЗ «Родниковская ЦРБ».

В результате проведенной работы 2 студента VI курса факультета «Лечебное дело» и 1 студентка факультета «Педиатрия» заключили с учреждением договор о ежемесячной финансовой поддержке и в 2020 г. придут на работу в ОБУЗ «Родниковская ЦРБ». На регулярной основе проводятся встречи со студентами Ивановского и Кинешемского медицинских колледжей. Во встречах принимают участие главная медицинская сестра и начальник отдела кадров ОБУЗ «Родниковская ЦРБ». Встречи

проводятся не только со студентами выпускного курса, но и с молодыми специалистами, начиная с I курса. Студенты ИвГМА и медицинских колледжей имеют возможность прохождения производственной практики на базе ОБУЗ «Родниковская ЦРБ».

В 2019 г. практику на базе ОБУЗ «Родниковская ЦРБ» прошли 8 студентов медицинских колледжей. 3 из них по окончании учебного заведения пришли на работу в качестве фельдшеров скорой медицинской помощи, 1 человек заключил договор о финансовой поддержке в размере 1500 рублей ежемесячно и будет трудоустроен в 2020 г. Заключено 10 целевых договоров со студентами I курса медицинских колледжей: 3 со студентами Шуйского филиала Ивановского медицинского колледжа и 7 со студентами Кинешемского медицинского колледжа. По истечении периода обучения они будут трудоустроены на должности акушерок, фельдшеров и медицинских сестер.

С целью сокращения кадрового дефицита среди среднего медицинского персонала привлекаем граждан с медицинским образованием, проходящих альтернативную гражданскую службу. Так, в 2019 г. был заключен 1 срочный трудовой договор на срок 21 мес с медицинским братом, который предпочел прохождение альтернативной службы в нашем учреждении службе в рядах Российской армии. На 2020 г. запланировано привлечение 2 человек с медицинским образованием для прохождения альтернативной службы.

Вышеперечисленные мероприятия направлены на привлечение молодых специалистов. Много специалистов со средним медицинским образованием ранее уходило из профессии в другие отрасли. Испытывая острую потребность в квалифицированных кадрах, нами была разработана программа «Возвращение в профессию» для сотрудников, которые давно не проходили сертификационные циклы, но при этом не потеряли профессиональные навыки и желание работать в сфере здравоохранения. Для этого совместно с коллективом больницы были составлены списки сотрудников, ранее работавших в учреждении. Далее силами отдела кадров проведены встречи для выяснения потребности возвращения в профессию. В течение нескольких месяцев переподготовку (или повышение квалификации) за счет средств ОБУЗ «Родниковская ЦРБ» прошли 5 человек. При этом с каждым сотрудником заключается ученический договор с обязательством отработать в лечебном учреждении не менее 3 лет. Прошли переподготовку, получили дипломы и успешно работают на сегодняшний день медицинская сестра Сосновецкого отделения общей врачебной практики, акушерка смотрового кабинета районной поликлиники, медицинский лабораторный техник клинико-диагностической лаборатории, фельдшер детской поликлиники, медицинская сестра по физиотерапии.

Еще одна программа, которая внедрена в работу ОБУЗ «Родниковская ЦРБ» и помогает решить кадровую проблему – «Работаем вместе». Суть ее заключается в том, что действующему работнику ОБУЗ «Родниковская ЦРБ», который приводит для трудоустройства в больницу медицинского работника, выплачивается премия в размере 10 000 рублей. При этом 3000 выплачиваются на этапе заключения трудового договора с новым специалистом, а оставшиеся 7000 по истечению испытательного срока работы нового специалиста в ОБУЗ «Родниковская ЦРБ». По данной программе к нашему коллективу присоединились и успешно работают хирург и лаборант.

Результаты. Проведенные мероприятия позволили снизить кадровый дефицит на 15%.

Плаутин О.Н.

Клинический аудит как инструмент повышения качества оказания медицинской помощи. Московский стандарт качества лучевой диагностики

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения г. Москвы», 109029, г. Москва, Российская Федерация

Клинический аудит – это систематический анализ качества медицинской помощи (МП), включая процедуры, используемые для диагностики, лечения и ухода, использования ресурсов, конечного результата, влияющего на качество жизни пациента. Клинический аудит в нашей стране еще не получил широкого распространения. Среди медицинского персонала подчас существует убеждение, оно же заблуждение, что аудит – это инструмент, предназначенный для выявления недостатков и нарушений с последующим наказанием и применением административного воздействия.

В действительности клинический аудит направлен на выявление недостатков, нарушений, ошибок в деятельности медицинской организации (МО), но с совершенно другой целью: найти пути устранения недостатков.

Основные цели клинического аудита – улучшить качество и повысить безопасность оказываемых медицинских услуг, вырабатывая рекомендации для устранения любых недостатков, тем самым помогая медицинскому персоналу правильно и более рационально организовать работу, грамотно распределить и использовать ресурсы, давая возможность проводить профилактику нарушений.

Применительно к лучевой диагностике (ЛД) клинический аудит заключается в проведении анализа и оценке фактической деятельности отделений ЛД по критериям, определяющим уровень качества и безопасности оказания МП, с последующим сравнением их с требованиями соответствующих стандартов.

Анализ мирового и отечественного опыта. Богатый опыт разработки и внедрения стандартов качества и безопасности медицинской деятельности имеется за рубежом.

США. Впервые специализированные стандарты качества медицинской деятельности были опубликованы в 2000 г. компанией Joint Commission International. Их внедрение предполагает достаточно высокий уровень развития и культуры работы МО. На июнь 2019 г. по стандартам JCI аккредитованы 1068 МО в 71 стране мира.

Австралия. Стандарты Национальной службы безопасности и качества здравоохранения Австралии (NSQHS) обеспечивают согласованное на национальном уровне качество МП, которую потребители могут ожидать от организаций здравоохранения.

В настоящее время в нашем здравоохранении продолжается работа по стандартизации оказания МП. Так, ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора разработал Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в МО (в 2015 г. – для стационаров, в 2016 г. – для поликлиник, в 2017 г. – для медицинских лабораторий).

Московский стандарт качества ЛД. До сих пор нет единого стандарта обеспечения качества и безопасности при проведении ЛД.

ЛД относится к одному из самых высокотехнологичных и дорогих видов МП, результаты которой имеют огромное а чаще всего решающее значение для правильного диагностирования или оценки динамики проводимого лечения, а также в силу специфических особенностей функционирования организаций, выполняющих лучевую диагностику (ОЛД), требующих выполнения особых условий, распространяющихся практически на все аспекты деятельности ОЛД.

С целью стандартизации и улучшения качества и безопасности предоставляемой МП возник вопрос о создании единого стандарта качества ЛД для МО ДЗМ (пилотное название «Московский стандарт качества ЛД»).

В ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» ведется работа по созданию стандарта, в котором будет обобщен мировой и отечественный опыт. Разработка и внедрение единого стандарта качества даст возможность: обеспечить безопасную, комфортную и эффективную среду для пациентов и работников ОЛД МО; внедрить в повседневную деятельность ОЛД IT-технологий, элементов искусственного интеллекта; повысить удовлетворенность пациентов за счет более высокого качества МП; учитывать ожидания и потребности всех заинтересованных сторон (пациента, его семьи, персонала); создать систему обеспечения безопасности; постоянно контролировать и повышать качество МП. В рамках по улучшению работы ОЛД,

контроля качества проводимых исследований ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» уже несколько лет ведет большую работу, которая дает прекрасные результаты: создан ЕРИС ЕМИАС – единый радиологический информационный сервис, к которому подключено 833 ДУ (100 МО) ДЗМ, загружено 4 270 000 результатов исследований, проведено 90 000 аудитов исследований; реализуется проект ТОП ЛД по определению рейтинга отделений и врачей-специалистов; образован и аккредитован орган инспекции; разработаны и утверждены методики оценки для проведения аудитов качества деятельности ОЛД.

В заключение хочется отметить, что качество и безопасность услуг по праву относятся к важнейшим критериям оценки любого медицинского учреждения. Именно повышение качества диагностики и лечения определяет уровень развития МО, эффективность ее работы.

Рыков М.Ю.

Онкология в России – глобальные вызовы

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

Качество медицинской помощи на всех ее этапах характеризуется не показателем заболеваемости, а показателем смертности, которая в нашей стране остается высокой. К сожалению, некоторая тенденция к снижению этого показателя в отчетах последних лет связана не с реальными успехами в диагностике, профилактике и лечении рака, а с манипуляциями со статистическими данными. Целесообразно рассмотреть эту проблему в разных возрастных группах.

С эмоциональной точки зрения детская онкология является одной из наиболее пронзительных областей медицины. Вместе с тем в ней отмечены наибольшие успехи. При использовании современных подходов и технологий можно излечивать более 80% пациентов. При этом большинство излеченных имеют высокий уровень жизни, активно учатся, образуют семьи. Успехи, достигнутые в лечении детей за последние 20 лет, основываются на мультидисциплинарном подходе, опыте международного сотрудничества, внедрении наиболее прогрессивных технологий в алгоритмы обследования и лечения пациентов. В отличие от пациентов из других возрастных групп, подавляющее большинство детей в развитых странах лечатся по разработанным протоколам, что существенно улучшает результаты терапии.

Вторая возрастная группа – это так называемые молодые взрослые. Нет точной возрастной границы для установления этой части пациентов. Ясно, что это пациенты в возрасте от 18 лет. Верхняя граница колеблется в пределах от 27 до 30 лет. Эта группа характеризуется не только возрастом, в котором развилось злокачественное заболевание. В этой возрастной группе значительно чаще, чем у более возрастных пациентов, встречаются так называемые детские формы рака: острые лейкозы, саркомы (неэпителиальные опухоли), тогда как рак (эпителиальные опухоли, например рак желудка, рак легкого и т.д.) встречается крайне редко. Доказано, что лечение данной группы пациентов значительно более эффективно по схемам и протоколам, разработанным для лечения детей. Это очень важно в свете того, что ожидаемая продолжительность жизни в данной возрастной группе существенна, а также с тем, что количество пациентов, имеющих педиатрические формы злокачественных заболеваний, как минимум в 3 раза больше, чем в группе детей.

Самый эффективный способ снизить смертность от онкологической патологии у взрослого населения – повсеместно внедрить в практику здравоохранения скрининговую раннюю диагностику. При этом скрининг следует проводить не во всех возрастных группах, а среди наиболее уязвимой категории населения – среди людей старше 40–45 лет.

Существуют разработанные программы обследований в зависимости от частоты встречаемости того или иного вида опухолей, пола, возраста, индивидуальных факторов риска, которые позволяют выявить болезнь на ранних стадиях, в том числе на стадии предрака. При этом тактика выявленных предраковых заболеваний, как правило, не требует применения сложных и дорогостоящих программ и препаратов, позволяет быстро и полностью излечить пациента, вернув ему трудоспособность, не ведет к накоплению инвалидизации населения.

Проведение несплошной скрининговой ранней диагностики рака, сосредоточение усилий на выявлении видов рака раннего обнаружения в группах граждан наибольшего риска позволяет не только снизить смертность от онкологических заболеваний, но и эффективнее использовать существующий потенциал учреждений здравоохранения в условиях дефицита кадров и ресурсов.

При выявлении рака у взрослых, в том числе у пожилых пациентов на поздних и распространенных стадиях, лечение, как правило, сопряжено с большим процентом осложнений, необходимостью длительного повторного пребывания в стационаре, высоким уровнем необратимой инвалидизации. При этом, несмотря на большие финансовые и ресурсные затраты, эффективность лечения низкая. Как правило, речь идет не об излечении, а только о продлении жизни максимум на 1–3 года при крайне неудовлетворительном ее качестве.

С неудовлетворительными результатами лечения онкологических заболеваний связано появление большого числа новых таргетных препаратов, направленных на различные звенья регулирования клеточного цикла, воздействующих на геном опухолевой клетки, активирующих иммунные механизмы самого пациента.

За последнее десятилетие на рынок были выпущены сотни подобных препаратов, причем каждый из них позиционировался как панацея от рака, но на деле лишь немногие заняли свою нишу в терапии определенных, далеко не самых распространенных и проблемных видов опухолей.

Стоимость этих лекарственных средств несоизмеримо высока по сравнению с их вкладом в результаты терапии и снижение смертности, а количество и скорость появления таковы, что практикующий врач даже самой высокой квалификации не способен разобраться в их реальной пользе и вынужден идти на поводу у фармакологических компаний, доверяя проведенным ими исследованиям. Стандарты лечения пациентов, разработанные ведущими центрами и утвержденные Минздравом России, должны являться стандартами сегодняшнего дня, но они не будут соответствовать вызовам времени через 10 лет.

Рыков М.Ю., Манерова О.А.

Медико-социальное исследование мнений родителей (законных представителей) о проблемах организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями

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

Изучены мнения родителей (законных представителей) по проблемам организации медицинской помощи (МП) детям с онкологическими заболеваниями.

Цель – изучить мнения родителей (законных представителей) по проблемам организации МП детям с онкологическими заболеваниями.

Материал и методы. Исследование проведено по разработанной Анкете учета мнения родителей (законных представителей) по совершенствованию организации МП ребенку с онкологическим заболеванием. Анкета состояла из 27 вопросов, респондентам предлагалось выбрать один или несколько вариантов ответов для каждого из них или вписать свой вариант ответа. Для объективности респонденты заполняли анкеты анонимно. В качестве объекта исследования выступали анкеты, заполненные родителями (законными представителями) детей с онкологическими заболеваниями, получавших в 2011–2018 гг. МП в отделениях детской онкологии медицинских организаций субъектов Российской Федерации.

Для обеспечения репрезентативности исследования минимальное число родителей (законных представителей) детей с онкологическими заболеваниями, включенных в исследование, должно быть не меньше 363 человек, с учетом стратификации по численности первичных пациентов в 2018 г. в федеральных округах Российской Федерации: из ЦФО – 22,1%, СЗФО – 8,6%, ЮФО – 10,4%, СКФО – 8,4%, ПФО – 22%, УФО – 9,1%, СФО – 14,3%, ДВФО – 5,1%.

Результаты. В исследовании приняли участие 410 респондентов. Проведенное медико-социальное исследование показало, что $81,1 \pm 1,9\%$ респондентов не удовлетворены отношением к ним и их детям врачей и среднего медицинского персонала, удовлетворены лишь частично $15,9 \pm 1,8\%$, удовлетворены полностью $3 \pm 0,8\%$. В качестве причины неудовлетворенности отмечены грубость в общении ($35,8 \pm 2,4\%$), отсутствие достаточного внимания со стороны медицинского персонала ($21,3 \pm 2,0\%$) и заинтересованности в успехе лечения ($19,7 \pm 2,0\%$). Сочетание данных вариантов отметили $23,2 \pm 2,0\%$ респондентов. В качестве предпочтительного места лечения своих детей $63,7 \pm 2,4\%$ респондентов отметили медицинскую организацию федерального подчинения, $33,9 \pm 2,4\%$ – медицинскую организацию, расположенную за пределами территории Российской Федерации, из них $57,4 \pm 2,4\%$ респондентов в качестве причины выбора отметили возможность получения пациент-ориентированного сервиса и сложную маршрутизацию во время лечения между медицинскими организациями на территории Российской Федерации. Недоверие к квалификации медицинского персонала в Российской Федерации в качестве причины указали $12,7 \pm 1,6\%$ респондентов, отсутствие комфортных условий для прохождения обследования и лечения – $11,8 \pm 1,6\%$, отсутствие необходимых методов диагностики и лечения – $5,3 \pm 1,1\%$, сочетание перечисленных вариантов – $12,8 \pm 1,6\%$.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости создания пациент-центристской системы организации МП детям с онкологическими заболеваниями. Необходимо внедрять пациент-ориентированные подходы и совершенствовать маршрутизацию пациентов.

Сидорович И.А.

К вопросу оптимальных решений при возникновении конфликтов в триаде «врач–пациент–общество»

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клинико-диагностический центр № 4 Департамента здравоохранения г. Москвы», филиал № 5, 121353, г. Москва, Российская Федерация

В Российской Федерации взаимоотношения в триаде «врач–пациент–общество» регулируются Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Этическим кодексом российского врача. В этих документах даны определения добровольного информированного согласия, принцип конфиденциальности, врачебной тайны, основы взаимоотношений врача и пациента, права пациента в организации медицинской помощи, права граждан на информацию о состоянии здоровья, согласие (отказ) на медицинское вмешательство.

Одна из базовых целей Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) перед системами здравоохранения стран мира на пути достижения здоровья для всех – отзывчивость системы здравоохранения на ожидания людей. Отзывчивость – показатель того, как система функционирует по отношению к аспектам, не связанным с состоянием здоровья. Удовлетворяя или не удовлетворяя ожидания населения в отношении того, как оно обслуживается услугами по профилактике, лечению или другими услугами, системы здравоохранения обязаны служить людям, что подразумевает нечто большее, чем оценку удовлетворенности людей только медицинской помощью, которую они получают.

Эксперты ВОЗ выделяют 7 аспектов отзывчивости системы здравоохранения, объединенные в 2 группы.

1-я группа – уважение к человеку, в том числе: уважение достоинства человека (отсутствие унижения пациента); конфиденциальность (право определять, кто имеет доступ к информации о здоровье конкретного человека); автономность в отношении информации, касающейся собственного здоровья.

2-я группа – ориентация на пациента, в том числе: быстрое обслуживание (незамедлительное обслуживание в неотложных ситуациях и разумное время ожидания в других случаях); надлежащие условия (чистота, достаточное пространство и качественное больничное питание); доступ к системе социальной поддержки.

Исследование указанных вопросов позволяет провести анализ профессиональной деятельности врачей, выявить их реальное положение в обществе. Проводимая в медицинской отрасли реформа сопровождается постоянной критикой со стороны как медицинских специалистов, так и широких слоев населения. За последние годы возросло количество конфликтных ситуаций, возникающих между пациентами и медицинскими организациями, связанных с оказанием медицинских услуг. Возникающие конфликты уже не ограничиваются стенами лечебных учреждений, а рассмотрение жалоб и претензий пациентов зачастую заканчивается в судебной инстанции.

В тех случаях, когда медицинская помощь оказывается в форме предоставления платных услуг, пациент автоматически приобретает статус потребителя медицинской услуги и в дополнение к правам пациента пользуется всеми правами потребителя, предусмотренными законодательством. Потребитель вправе предъявлять требования не только к качеству лечения, но и к условиям предоставления услуги, в том числе связанным с личностью врача и деонтологическими аспектами его поведения.

На сегодняшний день мало изучены особенности взаимоотношений, возникающих в тандеме «врач–пациент». Процесс оказания медицинской помощи включает различные виды взаимоотношений, в том числе в триаде «врач–пациент–общество» (информационные, экономические, правовые, этические и др.). Одной из форм реализации таких взаимоотношений в медицинской сфере является конфликт. Субъектами медицинской практики, участвующими в конфликтных ситуациях, являются медицинские работники, пациенты, медицинские коллективы в целом, группы поддержки, принимающие сторону пациента или других участников, входящих в сферу медицинской деятельности. Уровень конфликтности взаимоотношений врача и пациента зависит от материально-технической базы лечебного учреждения, квалификации медицинского персонала, качества и стоимости оказываемых услуг, оценки пациентом объективных и субъективных составляющих медицинской помощи и многого другого.

Наиболее распространенными способами разрешения конфликтов в медицинской практике являются досудебный (на первичном уровне) и судебный (органами государственной юрисдикции). Пытаться решать происходящие конфликтные ситуации и подходить к ним как к социально-бытовым событиям крайне непродуктивно и методологически ошибочно. Проблема профессиональной ответственности врача лежит на стыке этики, права и профессионального медицинского образования. Сегодня под профессиональной ответственностью врача следует понимать предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации обязанность осуществлять медицинскую деятельность, требующую специальных знаний, опыта и квалификации, а также отчет о результатах этой деятельности.

Профессиональная ответственность врача располагается на пересечении таких процессов, как соблюдение прав пациента, соблюдение прав врача, возникновение последствий медицинских действий, обеспечение организационных условий для занятий медицинской деятельностью. Указанные вопросы регулируются международными документами: Общими положениями Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины, которая провозглашает приоритет человека, равную доступность здравоохранения, профессиональные стандарты. Лиссабонская декларация о правах пациента была принята 34-й Всемирной медицинской ассамблеей в 1981 г. Развитие здравоохранения ставит новые проблемы в организации и оказании медицинской помощи, инициируя в профессиональной деятельности врача неоднозначные ситуации медицинского, организационного, правового, этического, психологического и иного характера.

Смирнова Е.В., Волкова О.А.

К вопросу об организации лекарственного обеспечения при предоставлении первичной медико-санитарной помощи в дневных стационарах при городских поликлиниках

Государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы», 115088, г. Москва, Российская Федерация

На основании данных форм статистического наблюдения (ФСН) и скрининга документов, регламентирующих лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи в дневных стационарах (ДС), изучены вопросы организации лекарственного обеспечения ДС, организованных при медицинских организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы, предоставляющих взрослому населению первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) в амбулаторных условиях (АПУ).

Адекватность лекарственного обеспечения при оказании ПМСП – одна из наиболее актуальных проблем. Согласно действующему законодательству, бесплатно или со скидкой лекарственные препараты при амбулаторном лечении, в первую очередь из перечня жизненно важных и необходимых лекарственных препаратов (ЖВНЛП), получают исключительно декретированные (льготные) категории граждан. Определенная порочность такого подхода, когда при одном и том же диагнозе доступность лечения зависит от статуса пациента (есть/нет инвалидности), заставляет искать подходы к оптимизации лекарственного обеспечения как необходимого элемента ПМСП. Одним из вариантов решения проблемы, позволяющим обеспечить доступность (медицинскую и финансовую) целевого использования необходимых лекарственных препаратов, что особенно актуально для пожилых граждан, может выступать лечение в рамках ДС.

Цель исследования – проанализировать лекарственное обеспечение ДС при медицинских организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы, предоставляющих взрослому населению ПМСП в амбулаторных условиях.

Материал и методы. Анализ лекарственного обеспечения ДС на основании данных ФСН № 12, 14-ДС и № 62 отдельных АПУ; документов, регламентирующих лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи; литературных источников по проблеме исследования.

Результаты и обсуждение. Как показали результаты исследования, в большинстве АПУ расходы на лекарственные препараты в общих расходах ДС отсутствуют в принципе или их доля варьирует от 2 до 10%, а около 80% составляют расходы на оплату труда персонала. С номенклатурой заболеваний, по которым оказывалась ПМСП в ДС, расходы на лекарственные препараты, необходимые для

лечения, не связаны, что может быть следствием как сложившегося де-факто порядка оплаты ДС за счет средств ОМС на фоне выявленного несоответствия формулировок нормативных документов, так и некорректности учета расходов на лекарственные препараты в ДС и/или заполнения ФСН, оставляя открытым вопрос самостоятельного приобретения лекарственных препаратов пациентами.

Вопрос о том, должен ли ДС при АПУ обеспечивать лекарственными препаратами бесплатно, – один из часто встречающихся и в пациентской, и в профессиональной среде.

Согласно п. 1 ч. 3 ст. 80 Закона № 323-ФЗ, при оказании медпомощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов из перечня ЖВНЛП, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи. При наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии медицинской организацией осуществляется назначение лекарственных препаратов, не входящих в стандарты медицинской помощи.

П. 31 Порядка назначения лекарственных препаратов (Порядок), регламентирующего их назначение при оказании помощи в условиях стационара, определено, что «в случаях обследования и лечения гражданина в стационарных условиях в рамках предоставления медицинских услуг на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договора, в том числе договора добровольного медицинского страхования, ему могут быть назначены лекарственные препараты, не входящие в перечень ЖВНЛП, если их назначение и применение обусловлено медицинскими показаниями». Никаких иных указаний на использование средств граждан, в том числе в ДС, Порядок не содержит. Следовательно, при оказании медицинской помощи в условиях ДС МО обязана обеспечить пациентов лекарственными препаратами из перечня ЖВНЛП, а также лекарственными препаратами в соответствии с врачебным назначением. Случаи необоснованной оплаты лекарственных препаратов должны выявляться при проведении контрольных мероприятий Росздравнадзором, в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, и структурами ОМС в лице СМО и ТФОМС. Ключевой является трактовка понятия «жизненные показания», используемая в п. 2 ч. 3 ст. 80 Закона № 323, употребляемая, согласно данным литературных источников и различным подзаконным актам, при отсутствии определения данного понятия. Таким образом, мерилем адекватности выбору назначения лекарственных препаратов пациенту для лечения в условиях ДС является только конечный результат и качество медицинской помощи. Для организации лекарственного обеспечения ДС в соответствии с законодательством необходимы целенаправленная контрольно-экспертная деятельность, изменение порядка оплаты и определение формата работы ДС в медицинских организациях государственной системы здравоохранения, предоставляющих населению ПМСП.

Солдатов И.В., Морозов С.П., Лантух З.А., Киреев С.Г., Рыжов С.А.

Формирование стандартов оснащения оборудованием отделений лучевой диагностики амбулаторных медицинских организаций государственной системы здравоохранения регионов на примере Москвы

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий»
Департамента здравоохранения г. Москвы, 109029, г. Москва, Российская Федерация

На настоящий момент 90 амбулаторно-поликлинических центров (АПЦ) Департамента здравоохранения г. Москвы оснащены более 2500 единицами оборудования для лучевой диагностики (ЛД). Парк оборудования предназначен для проведения рентгенографических исследований, маммографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Ввиду большого количества и разнообразия типов аппаратов необходимо найти системный подход для стандартизации оснащения медицинских организаций (МО).

На настоящий момент оснащение государственных амбулаторных МО регламентируется приказом Минздравсоцразвития РФ № 753 от 01.12.2005. Данный приказ разделяет амбулаторные организации по типам подчиненности и рекомендует проводить их оснащение согласно табелям. Однако ввиду длительного процесса утверждения обновленных стандартов оказания медицинской помощи (МП) указанные в данном приказе стандарты оснащения зачастую не соответствуют актуальной потребности в оказании МП и современным диагностическим технологиям.

Минимальный стандарт оснащения должен учитывать следующие факторы:

1. Потребность в оказании МП.

При выборе оборудования важно понимать диагностические задачи, которые будут решаться на данном виде аппаратов, и сопоставлять их с предложениями современного рынка оборудования. Для оказания первичной доврачебной, врачебной и специализированной помощи необходимо оснащать АПЦ современным высокотехнологичным оборудованием. Оснащение отдельной МО должно удовлетворять потребности не только прикрепленного населения, но и различных групп пациентов территории, например для Москвы – пациентам с избыточной массой тела или при необходимости проведения исследований детям и пр.

2. Соответствие современным диагностическим технологиям.

Преимущественно необходимо оснащать МО цифровым оборудованием с использованием новых технологий в аппаратном и программном обеспечении.

3. Обеспечение территориальной доступности диагностики при условии эффективной эксплуатации работы оборудования.

Территориальная доступность определяется близостью нахождения отделения и соответствующего оборудования от места жительства пациентов, а также доступностью, связанной с уровнем загрузки (эффективностью работы) оборудования и сроков ожидания исследования.

Эффективность работы оборудования измеряется в количестве исследований за единицу времени (за смену, рабочий день, месяц, год). Поток пациентов должен рассчитываться исходя из видов исследований и востребованности их проведения, технических возможностей оборудования (средняя пропускная способность, минут на исследование), штата медицинского персонала (наличие необходимого числа рентгенолаборантов и врачей-рентгенологов) и графика работы отделения (1, 2 смены, круглосуточно и пр.).

Рекомендации по оснащению оборудованием для ЛД для АПЦ Департамента здравоохранения г. Москвы были разработаны Государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицины Департамента здравоохранения г. Москвы».

АПЦ состоит из головного здания (ГЗ) поликлиники и филиалов. Минимальный стандарт оснащения оборудования для лучевой диагностики ГЗ АПЦ должен включать: рентгеновский компьютерный томограф (1 шт.) – для проведения исследований различных анатомических областей, в том числе методом контрастного усиления; магнитно-резонансный томограф (1 шт.) – для проведения исследований опорно-двигательного аппарата и функциональных исследований, в том числе методом контрастного усиления; цифровой рентгенодиагностический аппарат (РДА) на 2 рабочих места (1 шт.) – в связи с потребностью в проведении плановых диагностических исследований различных анатомических областей по показаниям врачей-специалистов; цифровой рентгеновский аппарат «U-дуга» или РДА (1 шт.) – для проведения профилактических и диагностических рентгенографических исследований (допускается взамен РДА использовать цифровые флюорографы, установленные ранее 2019 г.); дополнительный РДА (1 шт.) – при наличии травматологического пункта для разделения

потока пациентов и обеспечения бесперебойной доступности к оказанию МП; цифровой маммограф 1 (шт.) – для скрининговых исследований рака молочной железы и диагностических исследований (для оснащения вновь открывающихся кабинетов в ГЗ предпочтение должно отдаваться цифровым маммографам с функцией томосинтеза); рентгеновский денситометр (1 шт.) – для проведения диагностики заболеваний опорно-двигательного аппарата, эндокринологических заболеваний, а также для поддержания программы «Московское долголетие».

Оснащение свыше минимального стандарта допускается при наличии дополнительного обоснования. По аналогии, используя представленные в статье факторы, были сформированы предложения по минимальному стандарту оснащения филиала АПЦ Департамента здравоохранения г. Москвы.

Заключение. Стандартизация оснащения амбулаторных МО оборудованием для ЛД способствует: улучшению доступности исследований прикрепленного населению; рациональному планированию оснащения на период времени с сокращением дефицита в необходимом оборудовании; снижению срока ожидания исследований; повышению качества проведения диагностики; расширению спектра медицинских услуг, оказываемых населению города.

Творогов Д.А., Мовчан К.Н., Мамичева О.Ю., Дарьина М.Г., Русакевич К.И.

Об учете роли маршрутизации пациентов при экспертизе качества оказания медицинской помощи в случае сочетания острых гастродуоденальных язвенных кровотечений и вирусного гепатита

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Медицинский информационно-аналитический центр», 198095, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 191015, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Приведены данные о результатах лечения 436 пациентов, госпитализированных в 2 крупных многопрофильных скорпомощных стационара Санкт-Петербурга: Александровскую и Боткинскую городские больницы. Вопросы оценки качества оказания медицинской помощи (МП) больным с гастродуоденальными язвенными кровотечениями, сочетанными с вирусными гепатитами, проанализированы с учетом данных, отражающих адекватность маршрутизации пациентов в профильные медицинские организации (МО).

Актуальность. Проблемы предоставления МП больным с гастродуоденальными язвами (ГДЯ), осложненными кровотечением (ГДЯК), в неотложной хирургии остаются, особенно при сочетании патологических состояний. В случаях вирусного гепатита (ВГ), когда при оказании МП выявляются еще и ГДЯК, взаимоотношение этих двух нозологий оказывает существенное влияние на эффективность лечения пациентов. Поэтому учет оптимальности маршрутизации больных в МО, профильных в плане устранения как воспалительно-дегенеративных изменений в печени, так и достижения гемостаза при ГДЯК, представляется важным критерием оценки качества медицинской помощи (КМП).

Материал и методы. В Городской Александровской больнице Санкт-Петербурга (СПбГАБ) оценена эффективность лечения 436 пациентов, госпитализированных по поводу ГДЯК (в 39 случаях выявлен сопутствующий хронический ВГ – ХВГ).

В Городской больнице им. С.П. Боткина (СПбГББ) проанализировано КМП у 38 больных острым ВГ (ОВГ), на фоне которого у пациентов развились ГДЯК.

Результаты и обсуждение. Противоязвенная, гемостатическая, инфузионно-трансфузионная и другие виды терапии больных с ЯГДК оказывались наиболее эффективными при солитарных кровотечениях из язвы (ЯзвКр) и при ЯГДК + ХВГ, – в 30,6 и 38,4% соответственно. В каждом втором случае ГДЯК + ОВГ консервативные методы достижения гемостаза оказывались менее результативными. У больных с изолированной КГДЯ и КГДЯ + ХВГ методики достижения гемостаза внутрисосудистой эндоскопии (ВпЭ) применялись в 69,4 и 61,6% наблюдений соответственно. Эффективность ВпЭ оказалась выше у больных с солитарным ГДЯК – 93,4% (ГДЯК + ХВГ – 75%). Чаще применялась комбинация эндоскопических методик. В случаях ГДЯК + ОВГ приемы достижения гемостаза ВпЭ использовались в 18,4% наблюдений, гемостаз был достигнут лишь в 43% случаев, отмечены высокие показатели хирургической активности. Больным с солитарным ГДЯК операции выполнены в 4,6% наблюдений (преимущественно прошивание язвы и ее иссечение – в 1,5 и 1,0% случаев соответственно). С одинаковой частотой выполнялись резекция желудка – РЖ (0,5% случаев) и ушивание язвы, а также операция, дренирующая желудок, – ДЖО (0,8 и 0,5% соответственно). Послеоперационный период протекал без осложнений в 83,3% случаев. Релапаротомия осуществлена 1 (0,3%) больному с КрЯзвЖ в связи со стенозом выходного отдела желудка. Рецидивов кровотечения после операции у больных сугубо ГДЯК не отмечено. Показатель послеоперационной летальности – 11,1% (2 наблюдения). Хирургическая активность при ГДЯК + ХВГ составила 15,4%, превысив в 3 раза частоту операций при солитарном ГДЯК. У больных с ГДЯК + ХВГ с одинаковой частотой выполнялись как операции прошивания кровоточащей язвы, так и ее иссечение (по 7,7% случаев). У 1 пациента развились несостоятельность швов гастротомного отверстия и послеоперационный перитонит, что обусловило необходимость релапаротомии (случай завершился летальным исходом). Еще 2 больных этой группы, перенеся операцию, умерли из-за сердечно-сосудистой и печеночной недостаточности. В целом среди пациентов с ГДЯК + ХВГ после хирургического лечения умерли 3 из 6 больных. В группе пациентов с ГДЯК + ХВГ, которым проводилось терапевтическое лечение, случаев летальных исходов не было. По сравнению с группой контроля (солитарное ГДЯК) среди больных с ГДЯК + ОВГ показатель оперативной активности оказался в 9 раз выше – 42,1%. Чаще выполняли РЖ и ДЖО – в 15,8 и 13,2% случаев соответственно. С целью остановки кровотечения почти с одинаковой частотой осуществлялись ушивание (5,3%), прошивание (7,9%) и иссечение (5,3%) КрЯзв. Среди больных ОВГ, оперированных по поводу ГДЯК, осложнения констатированы в 10 случаях: у 7 пациентов ГДЯК произошло повторно, у 1 – рецидив кровотечения и развитие послеоперационной кишечной непроходимости, у 1 – обострение хронического панкреатита и еще у 1 – рецидив кровотечения и пневмония. Случай смерти после операции при ГДЯК + ОВГ позволяет констатировать показатель летальности в этой группе пациентов как 6,3%.

Заключение. При оценке качества оказания МП больным КГДЯ, сочетанными с ВГ, целесообразно учитывать лицензионный ранг МО и возможности интегративного неформального подхода врачей разных специальностей (хирургов, эндоскопистов, гастроэнтерологов, трансфузиологов, реаниматологов, инфекционистов и др.), непосредственно осуществляющих обследование и лечение пациентов. Последнее реально только при рациональной маршрутизации больных в специализированные многопрофильные скоромощные стационары.

Шатенок М.П., Толкачев К.В., Рыжов С.А., Дружинина Ю.В., Лантух З.А.

Сравнительный анализ программного обеспечения для автоматического мониторинга дозовой нагрузки при проведении рентгенологических исследований

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения г. Москвы», 109029, г. Москва, Российская Федерация

Представлены результаты сравнительного анализа возможностей программного обеспечения (ПО) для автоматического мониторинга дозовой нагрузки пациентов и персонала для организации и управления медицинскими кадрами с соблюдением норм радиационной безопасности. Внедрение оптимального программного решения позволит принимать управленческие решения для сокращения дозовой нагрузки на пациентов и персонал, снизит вероятность возникновения неблагоприятных событий, автоматизирует сбор данных и формирование отчетности.

Актуальность. Внедрение оптимального программного решения для контроля дозы пациента позволит снизить человеческие затраты и оптимизировать систему радиационной безопасности, выявить случаи существенного превышения контрольных и референтных уровней. На основе полученных данных можно будет принять адекватные корректирующие действия и управленческие решения, включая изменение методик и установок при проведении исследований, что в свою очередь позволит снизить среднюю дозовую нагрузку пациента.

Уменьшение дозовой нагрузки пациента позволит снизить риски возникновения стохастических и исключить вероятность детерминированных эффектов, сократив количество ошибок и неправильных действий персонала. Внедрение системы также позволит автоматизировать процессы сбора и оформления ряда отчетных форм и повысить качество оказываемых медицинских услуг.

В настоящее время в Российской Федерации учет дозовой нагрузки лучевых методов исследований ведется в ручном режиме. Существующая система обеспечивает фиксацию эффективной дозы для пациента, но ограничивает возможность оптимизации проведения исследования с целью получения минимальной дозовой нагрузки при достаточном качестве исследований. Регистрация дозы в бумажных журналах приводит к затруднению составления отчетности отделений и анализа суммарной эффективной дозы, полученной пациентом.

С развитием технологий и ежегодным увеличением количества рентгенологических исследований актуальной становится информатизация процессов обеспечения безопасности в отделениях лучевой диагностики (ЛД) посредством внедрения информационных систем для автоматизированного мониторинга дозы пациентов и персонала.

На рынке программных продуктов представлены различные решения, позволяющие проводить мониторинг доз и оборудования для ЛД.

Цели исследования – проведение сравнительного анализа возможностей имеющихся на рынке программных продуктов для мониторинга доз, формирование списка ключевых технических параметров для выбора оптимального решения и дальнейшего внедрения в практику.

Материал и методы. В исследовании участвовало 9 программных продуктов от различных производителей: DoseWatch (GE), Radimetrics (Bayer), Vitrea Intelligence (Canon), Медрадриск (Медрадриск), TQM-Dose (Qaelum), DoseWise (Philips), Teamplay (Siemens), Physico (EMME ESSE M.S.), DoseTrack (Sectra).

Для большинства систем был получен демо-доступ, проведено тестирование. Было выделено более 60 технических параметров, по которым проводилась оценка систем: доступные модальности, возможность расчета эффективной дозы, наличие встроенной системы аналитики данных, расчет органных доз, модуль настройки референтных диагностических уровней, инструменты сравнения исследований и дозовых нагрузок пациента, возможность формирования предупреждений о превышении установленных уровней дозовой нагрузки, поддерживаемые форматы данных и др.

При проведении сравнения использовалась балльная система оценки. Для выставления баллов каждому параметру был присвоен взвешивающий коэффициент исходя из его значимости, согласно экспертной оценке.

Результаты и обсуждение. По результатам проведенного сравнительного анализа установлено, что большинство программных решений позволяет оптимизировать ручной труд, увеличить точность получаемых результатов и быстрее реагировать на возникающие отклонения от нормальной эксплуатации оборудования, что позволяет своевременно принимать адекватные управленческие решения.

Исходя из количества баллов, основных плюсов и минусов, а также наличия уникальных характеристик был составлен общий рейтинг. Сформирован список ключевых технических параметров, которыми должно обладать внедряемое ПО для мониторинга доз. По результатам работы следует сделать вывод о необходимости применения ПО в практической деятельности.

Заключение. Современные программы мониторинга доз обладают широким спектром возможностей для автоматизированного сбора, хранения и контроля данных по дозовым нагрузкам пациентов и персонала при лучевых методах исследований. Внедрение оптимального программного решения для контроля дозы пациента позволит снизить человеческие затраты и оптимизировать систему радиационной безопасности, выявить случаи существенного превышения контрольных и референтных уровней. На основе полученных данных можно будет принять адекватные корректирующие действия и управленческие решения, включая изменение методик и установок при проведении исследований, что в свою очередь позволит снизить среднюю дозовую нагрузку пациента.

Уменьшение дозовой нагрузки пациента позволит снизить риски возникновения стохастических эффектов и исключить вероятность детерминированных эффектов, сократить количество ошибок и неправильных действий персонала. Внедрение системы также позволит автоматизировать процессы сбора и оформления ряда отчетных форм и повысить качество оказываемых медицинских услуг.

Шахабов И.В., Полищук Н.С.

Оценка рекомендаций по назначению магнитно-резонансной томографии при оказании амбулаторной помощи в плановой форме при боли на уровне поясничного отдела позвоночника

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г. Москвы «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения г. Москвы», 109029, г. Москва, Российская Федерация

В статье представлены рекомендации по ведению пациентов с острой и хронической болью в поясничном отделе позвоночника: описаны пути рационализации диагностики с использованием магнитно-резонансной томографии (МРТ), направленные на снижение экономических затрат, уменьшение показателя инвалидности и улучшение общих результатов лечения среди пациентов данной категории.

Актуальность. Жалобы на боль в поясничном отделе позвоночника являются актуальной и по-прежнему нерешенной проблемой современного общества. От хронической боли в пояснице страдают до 23% населения во всем мире, в то время как ежегодные рецидивы, по подсчетам специалистов, составляют 24–80% общего числа данной группы пациентов. Острая боль внизу спины является одной из наиболее частых причин обращения за помощью к неврологу поликлинического звена, занимая в этой структуре 3-е место. Таким образом, на данный момент проблема рационализации диагностики и терапии острой и хронической боли внизу спины прежде всего связана с тем, что данная патология опорно-двигательного аппарата стоит на 1-м месте среди причин инвалидности. При этом прямые затраты на курацию страдающих болью внизу спины пациентов только в США оцениваются в 34 млрд долларов в год, а если учитывать потерю в зарплате и прочие косвенные расходы, этот показатель превышает 100 млрд долларов. Следует также отметить, что в последние годы расходы Medicare (программа медицинского страхования в США для лиц от 65 лет) на пациентов с болью в пояснице резко возросли, в том числе из-за более широкого использования МРТ и операций на позвоночнике, без видимого значительного улучшения результатов лечения или снижения уровня инвалидности.

Как ожидается, более рациональное использование методов визуализации и основанное на доказательной базе лечение должны привести к снижению экономических затрат и уменьшению показателя инвалидности.

Цель исследования – изучить современное состояние проблемы доступности и качества МРТ-диагностики у пациентов с болью на уровне поясничного отдела позвоночника в амбулаторных условиях.

Материал и методы. Анализ зарубежных научных литературных источников по проблеме исследования преимущественно за последние 5 лет.

Результаты и обсуждение. Оценка боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника в первую очередь подразумевает тщательный сбор анамнеза и осмотр, результаты которых диктуют дальнейшую тактику обследования и лечения.

Анамнез должен учитывать 3 основных момента: описание боли (длительность, локализация, тяжесть, провоцирующие и облегчающие факторы); определение неврологического компонента и выявление «красных флажков», которые могут указывать на серьезную патологию позвоночника или системного заболевания, требующего срочной визуализации и вмешательства.

Такие «красные флажки» включают симптомы, указывающие на инфекцию, злокачественную опухоль, травму или другие острые процессы. Поскольку большинство случаев острой боли в пояснице имеют благоприятный прогноз, в современных руководствах по визуализации рекомендуется консервативное лечение в течение 6 нед до проведения МРТ, если нет «красных флажков». Проведение диагностических исследований при неосложненной острой боли в пояснице – продолжительность симптомов <6 нед – не показало дополнительной ценности в процессе лечения пациентов и не рекомендуется. У большинства пациентов с острой мышечно-фасциальной болью в пояснице спонтанное улучшение наступает через 2–4 нед, тогда как симптомы острой корешковой боли имеют более затяжное течение (до 6–8 нед), но также имеют тенденцию к самовыздоровлению. Ургентное диагностическое обследование, как правило, не требуется ни в том, ни в другом случае при отсутствии «красных флажков» или серьезных неврологических нарушений.

Пациенты, страдающие хронической болью в пояснице, также обычно не нуждаются в глубоком обследовании, но должны быть расспрошены о любых появившихся в недавнем времени симптомах, которые могут указывать на новое, наслонившееся расстройство. В некоторых исследованиях даже отмечалась тенденция к более благоприятному исходу в течение 3 мес и лучшее самочувствие у тех, кто получал консервативное лечение без проведения исследований методами визуализации по сравнению с теми, кому она проводилась в ранние сроки.

Рандомизированное исследование показало, что раннее рутинное использование МРТ ведет к увеличению оперативных вмешательств на поясничном отделе позвоночника без соответствующего улучшения боли или функции. По некоторым данным, сокращение неуместной диагностической визуализации в США потенциально может сэкономить 300 млн долларов ежегодно.

Заключение. Методичный, основанный на фактических данных подход к ведению пациента с болью в пояснице является ключевым в обеспечении безопасного и экономически эффективного лечения. Системный подход, включающий тщательный анамнез и физикальное обследование, а также назначение эмпирической терапии с учетом научно обоснованных рекомендаций может привести к оптимизации оказываемой медицинской помощи пациентам с болью внизу спины. Изучив множество причин острой боли в пояснице, следует повторить: поскольку большинство случаев имеют мышечно-фасциальное происхождение, при отсутствии «красных флажков» немедленная МРТ-диагностика не является обоснованной.



ГЭОТАР

ПОЛНЫЙ СПЕКТР ВИРТУАЛЬНЫХ СИМУЛЯТОРОВ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ



ГЭОТАР

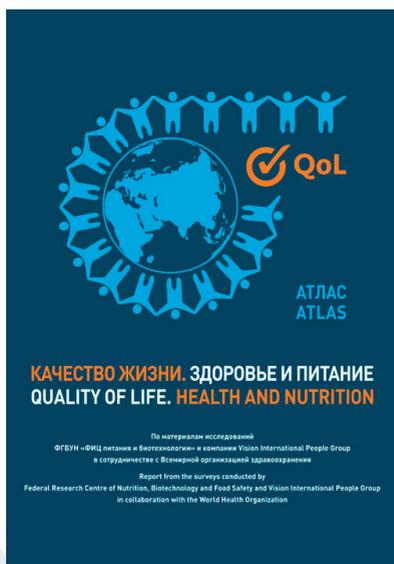
115035, Москва, ул. Садовническая, д. 11, стр. 12.
Тел.: +7 (495) 921-39-07, +7 (916) 876-98-03.
E-mail: info@geotar-med.ru, www.geotar-med.ru

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЗДОРОВЬЕ И ПИТАНИЕ

АТЛАС НА РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ

QUALITY OF LIFE HEALTH AND NUTRITION ATLAS IN RUSSIAN AND ENGLISH LANGUAGES

Тутельян В.А., Никитюк Д.Б., Буряк Д.А., Акользина С.Е., Батурин А.К., Погожева А.В., Камбаров А.О.,
Кишко О.Н., Абалина А.Л., Слободянина М.С.
Пер. на англ. О.Н. Кишко



ISBN 978-5-225-10039-1

Год: 2018

Кол-во страниц: 696

Переплет: твердый

Настоящее русско-английское издание является первым графическим путеводителем по качеству жизни населения России. Более 170 графиков наглядно демонстрируют российский стандарт качества жизни в разрезе различных социально-демографических характеристик и в сравнении с показателями качества жизни других стран.

Параметры качества жизни населения России представлены в атласе во взаимосвязи с показателями функционирования и здоровья, а также оценкой фактического питания. Качество жизни, здоровье и питание изучено с использованием методологии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и в сотрудничестве с ВОЗ.

Наряду с результатами исследования в атласе демонстрируется работа интернет-портала, с помощью которого проводится сбор данных. Каждый пользователь сайта может неоднократно (бесплатно и анонимно) пройти исследование, увидеть в интерактивном режиме свои результаты по качеству жизни, здоровью и питанию и изучить их динамику.

Книга будет интересна организаторам здравоохранения, специалистам по вопросам питания, медицинским работникам, социологам, экономистам, а также широкому кругу читателей.

This Russian-English publication is the first graphical guide to the quality of life in Russia. More than 170 graphs clearly demonstrate the Russian standard of quality of life in the context of various socio-demographic characteristics and in comparison with the indicators of quality of life in other countries.

Parameters of the quality of life of the Russian population are presented in the atlas in conjunction with the health and functioning indicators, as well as the assessment of actual nutrition. The quality of life, health and nutrition is studied using the methodology of the World Health Organization (WHO) and in cooperation with WHO.

Along with the results of the study, the atlas demonstrates the work of the Internet website, through which data collection is carried out. Each user of the website can repeatedly (free of charge and anonymously) go through the research, see the results on quality of life, health and nutrition in interactive mode and study their dynamics.

The book will be of interest to health care organizers, nutrition specialists, medical professionals, sociologists, economists, as well as a wide range of readers.

Где купить книгу

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

Магазины в Москве:

м. «Новокузнецкая», м. «Третьяковская»
г. Москва, ул. Садовническая, д. 13, стр. 11.
тел. +7 (495) 921-39-07, доб. 602, 603
Пн. – Вс. с 9.00 – 20.00

м. «Фрунзенская»
г. Москва, Комсомольский просп., д. 28
тел. +7 (916) 877-06-84
тел. +7 (499) 685-12-47
Пн. – Вс. с 9.00 – 20.00

м. «Савеловская»,
ул. Сушевский Вал, д. 9, стр. 1
тел. +7 (985) 387-14-57
тел. +7 (495) 921-39-07, доб. 729
Пн. – Вс. с 9.00 – 20.00

Нужна информация
по лекарственному препарату?

Мы ее вам предоставим!

БЫСТРЫЙ • УМНЫЙ • ТОЧНЫЙ



ЛС ГЭОТАР

ЭЛЕКТРОННЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ
СПРАВОЧНИК



Научные
публикации



Действующие
вещества



Торговые
названия

МКБ-10 | АТХ | КФУ | Компании

Непатентованные наименования от 'якорцев' до 'янтарная'

А Б В Г Д Ж З И Й К Л М Н О П Р С Т У Ф Х Ц Ч Ш Э Я

1 L R

Якорцев стелющихся травы экстракт

- Другие гиполипидемические средства
- Другие средства, регулирующие функцию органов мочеполовой системы и репродукцию

МКБ-10 +

Входит в состав:

Трибестан® таблетки внутрь

Янтарная кислота

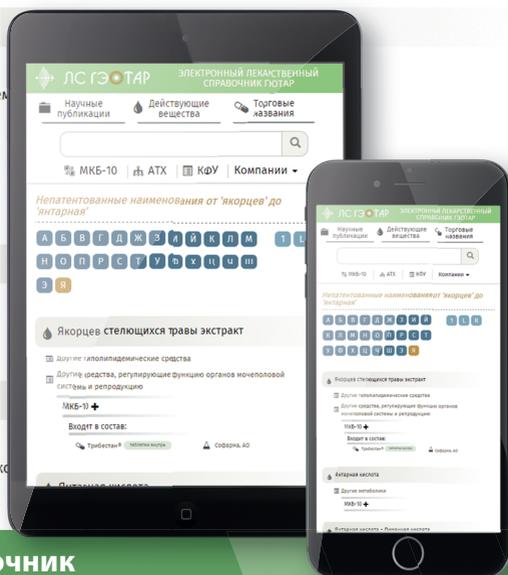
- Другие метаболиты

МКБ-10 +

Янтарная кислота + Лимонная кислота

- Антигипоксанты и антиоксиданты
- Средства для коррекции нарушений при алкоголизме, токсико- и наркомании

МКБ-10 +



Самый полный и достоверный справочник
в свободном доступе для врачей:

- ✓ Официальные инструкции Минздрава РФ
- ✓ Полные описания всех зарегистрированных препаратов и действующих веществ
- ✓ Обновление информации в онлайн-режиме
- ✓ Бесплатный доступ для врачей и студентов
- ✓ Интеграция с образовательными модулями и библиотеками врача, студента



www.lsgeotar.ru



ГЭОТАР

решения для медицинского образования

КРУПНЕЙШАЯ В РОССИИ И СТРАНАХ СНГ
КОМПАНИЯ, РАБОТАЮЩАЯ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

КОМПЛЕКСНОЕ ОСНАЩЕНИЕ ЦЕНТРОВ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ



УЧЕБНОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

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

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



Расходные материалы и медицинские
инструменты для симуляционного
оборудования



Полный спектр виртуальных симуляторов
Собственная разработка и производство

УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

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



МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

ЗАКАЗ МОДЕЛЕЙ И КОНСУЛЬТАЦИИ:

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

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



**АССОЦИАЦИЯ
ПЕДИАТРОВ-ИНФЕКЦИОНИСТОВ**

119049, г. Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 1

XIX

Конгресс детских инфекционистов России с международным участием

«Актуальные вопросы
инфекционной патологии
и вакцинопрофилактики»

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ

- > ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)
(г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8)

КОНТАКТЫ

- > Руководитель научной программы
Шамшева Ольга Васильевна
Заведующая кафедрой инфекционных
болезней у детей ФГАОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава России,
д.м.н., профессор, генеральный директор
Ассоциации педиатров-инфекционистов
+7 (916) 516-22-57
+7 (495) 959-88-01 (доб. 2118)
ch-infection@mail.ru
- > Спонсорское участие и участие в выставке
Менеджер проекта
Светлана Ранская
+7 (926) 610-23-74
+7 (495) 721-88-66 (доб. 108)
svetlana@mediexpo.ru
- > Подробная информация на сайте
конгресс-оператора «МЕДИ Экспо»
mediexpo.ru

M+D МЕДИ Экспо

Конгресс
пройдет
17-19
декабря
2020 года

