

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ

Вестник ВШОУЗ

журнал для непрерывного медицинского образования
по специальностям «Общественное здоровье
и организация здравоохранения, социология и история
медицины», «Региональная и отраслевая экономика»

Том 10, № 3 (37), 2024

Журнал включен в Перечень российских рецензируемых научных журналов,
рекомендованных Министерством науки и высшего образования
Российской Федерации для публикации результатов диссертаций
на соискание ученой степени кандидата и доктора наук

Журнал индексируется в следующих информационно-справочных изданиях
и библиографических базах данных: Научная электронная библиотека (eLibrary.ru),
Реферативный журнал ВИНИТИ, Ulrich's International Periodicals Directory, EBSCO

HEALTHCARE MANAGEMENT:
news, views, education

Bulletin of VSHOUZ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

ОРГЗДРАВ

НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ
Вестник ВШОУЗ

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

Том 10, № 3 (37), 2024

Главный редактор

Улумбекова Гузель Эрнстовна (Москва)

Редакционная коллегия

Брынза Н.С. (Тюмень)	Наркевич А.Н. (Красноярск)
Быковская Т.Ю. (Ростов-на-Дону)	Переслгина И.А. (Нижегород)
Вафин А.Ю. (Казань)	Перхов В.И. (Москва)
Виноградов К.А. (Красноярск)	Понкин И.В. (Москва)
Кадыров Ф.Н. (Москва)	Рагозин А.В. (Москва)
Линденбрaten А.Л. (Москва)	Сазанович А.Н. (Москва)
Мирзоев Г.Б. (Москва)	Хальфин Р.А. (Москва)
Москвичева М.Г. (Челябинск)	Черепов В.М. (Москва)

Ответственный секретарь редакции

Кузнецова Мария: orgzdrav2015@mail.ru

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

Scientific and practical peer-reviewed journal
HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education.
Bulletin of VSHOUZ

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

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

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

При перепечатке публикаций с согласия редакции ссылка на журнал «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ» обязательна.

Ответственность за содержание рекламных материалов несут рекламодатели.

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

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

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

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

Все права защищены.
© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2024.

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

Подписано в печать 14.09.2024.
Дата выхода в свет 30.09.2024.

Тираж 1000 экземпляров.
Формат 70×100^{1/16}.
Печать цифровая. Печ. л. 9.
Отпечатано в ООО «Фотозэксперт»:
115201, г. Москва, Волгоградский проспект,
д. 42/13
Заказ №
Цена свободная.

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВНОЕ

Беженарь В.Ф., Нестеров И.М.

Реализация проекта охраны репродуктивного здоровья и диспансеризации женщин: опыт Санкт-Петербурга в рамках стратегии цифровой трансформации отрасли

АКТУАЛЬНО СЕГОДНЯ

Шипова В.М., Щепин В.О.

Государственные гарантии медицинской помощи на 2024–2026 гг. и вопросы кадрового обеспечения

ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

Переслегина И.А., Ермолова С.И.

Влияние структуры амбулаторных посещений с профилактической целью территориальной программы ОМС на финансирование и эффективность профилактических мероприятий (на примере Нижегородской области)

Трегубов В.Н.

Планирование ординаторами, обучающимися по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», мероприятий по профессиональному саморазвитию и карьерному росту

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Мухаметова А.Д.

Определение факторов, влияющих на здоровье трудоспособного населения региона

Виноградова И.В., Петров И.В., Альмухаметов А.А., Виноградов Д.А., Виноградова В.С., Петрова Ф.С., Амирова Т.Х., Зувев А.Ю.

Статистический анализ заболеваемости, осложнившей роды (осложнения родов и послеродового периода), в Приволжском федеральном округе Российской Федерации с 2015 по 2021 г.

XII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «ОРГЗДРАВ-2024»

Свод предложений и краткое содержание сессий по итогам XII конгресса «ОРГЗДРАВ-2024» (10–11 июня 2024 г., Москва)

Тезисы XII Международного конгресса «ОРГЗДРАВ-2024» (10–11 июня 2024 г., Москва)

CONTENTS

ABOVE ALL

4 *Bezhenar V.F., Nesterov I.M.*

Implementation of the project for reproductive health protection and medical examination of women: the experience of St. Petersburg within the framework of the strategy for digital transformation of the industry

ACTUALLY TODAY

14 *Shipova V.M., Shchepin V.O.*

State guarantees of medical care for 2024–2026 and staffing issues

EFFECTIVE MANAGEMENT

28 *Pereslegina I.A., Ermolova S.I.*

The impact of outpatient visit structure for preventive purposes of the territorial compulsory medical insurance program on the financing and efficiency of preventive measures (on the example of the Nizhny Novgorod region)

39 *Tregubov V.N.*

Planning by residents studying in the specialty “Healthcare Organization and Public Health” of events for professional self-development and career growth

PUBLIC HEALTH

49 *Mukhametova A.D.*

Determination of factors influencing the health of the working population in the region

58 *Vinogradova I.V., Petrov I.V., Almukhametov A.A., Vinogradov D.A., Vinogradova V.S., Petrova F.S., Amirova T.Kh., Zuev A.Yu.*

Statistical analysis of morbidity that complicated childbirth (complications of childbirth and the postpartum period) in the Volga Federal District of the Russian Federation from 2015 to 2021

XII INTERNATIONAL CONGRESS "ORGZDRAV-2024"

78 **Summary of Proposals and Sessions Summary of the XII Congress "ORGZDRAV-2024" (June 10–11, 2024, Moscow)**

110 **Abstracts of the XII International Congress "ORGZDRAV-2024" (June 10–11, 2024, Moscow)**

Реализация проекта охраны репродуктивного здоровья и диспансеризации женщин: опыт Санкт-Петербурга в рамках стратегии цифровой трансформации отрасли

Беженарь В.Ф.,
Нестеров И.М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 197022, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Резюме

В статье анализируются существующие в РФ демографические проблемы и возможности акушерско-гинекологической службы в их преодолении. Рассматриваются инициативы, необходимые для преодоления демографического кризиса. Предложена методика раннего выявления акушерско-гинекологических заболеваний и оценки репродуктивных планов у пациенток с помощью опросника. На основании имеющихся клинических разработок предложен комплекс мер охраны женского репродуктивного здоровья и повышения рождаемости, а также план законодательных и регламентирующих инициатив по Санкт-Петербургу, в том числе в рамках цифровой трансформации отрасли.

Результаты пилотного анкетирования. В статистический отчет вошли данные 509 пациенток. Наиболее часто у них отмечались нарушения менструального цикла (НМЦ) – 22,2% ($n=113$), болевой синдром – 21,6% ($n=110$), симптоматика менопаузального перехода и менопаузы – 13,9% ($n=71$) и бесплодие 9,2% ($n=47$).

Принимая во внимание значительное количество пациенток, планирующих реализацию репродуктивных планов – 55,2% ($n=281$), необходимо пересмотреть основные принципы терапии НМЦ и эндометриоза. Для патогенетического лечения НМЦ пациенток с учетом их репродуктивных планов в качестве первой линии терапии рекомендовано применение гестагенов.

Ключевые слова:

репродуктивные планы; демография; здравоохранение; организация здравоохранения; инициативы; опросник по вопросам репродуктивного здоровья; гинекологическая патология; цифровая трансформация; цифровизация; информационные технологии в медицине

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Реженарь В.Ф., Нестеров И.М. Реализация проекта охраны репродуктивного здоровья и диспансеризации женщин: опыт Санкт-Петербурга в рамках стратегии цифровой трансформации отрасли // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2024. Т. 10, № 3. С. 4–13. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-3-4-13>

Статья поступила в редакцию 06.06.2024. Принята в печать 30.08.2024.

Implementation of the project for reproductive health protection and medical examination of women: the experience of St. Petersburg within the framework of the strategy for digital transformation of the industry

*Bezhenar V.F.,
Nesterov I.M.*

First St. Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlov, Ministry of Health of the Russian Federation, 197022, St. Petersburg, Russian Federation

Abstract

The article analyzes the demographic problems existing in the Russian Federation and the possibilities of the obstetric and gynecological service in overcoming them. The initiatives necessary to overcome the demographic crisis are analyzed. The method of early detection of obstetric and gynecological diseases and assessment of reproductive plans in patients by passing a questionnaire is proposed. Based on the available clinical developments, a set of measures to protect women's reproductive health and increase fertility, as well as a plan of legislative and regulatory initiatives in St. Petersburg, is proposed.

The results of the pilot survey. The statistical report included 509 patients. Menstrual disorders were most often observed in patients: 22.2% ($n=113$), pain syndrome 21.6% ($n=110$), symptoms of menopausal transition and menopause 13.9% ($n=71$), and infertility 9.2% ($n=47$).

Taking into account a significant number of patients planning to implement reproductive plans 55.2% ($n=281$) it is necessary to review the basic principles of therapy for menstrual disorders and endometriosis. In the treatment of menstrual disorders use of progestogens as the first line of therapy is recommended, for the pathogenetic treatment of patients taking into account reproductive plans.

Keywords:

reproductive plans; demography; healthcare; organizational health; initiatives; reproductive health questionnaire; gynecological pathology

Funding. The study had no sponsor support.

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

For citation: Bezhnar V.F., Nesterov I.M. Implementation of the project for reproductive health protection and medical examination of women: the experience of St. Petersburg within the framework of the strategy for digital transformation of the industry. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]*. 2024; 10 (3): 4–13. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-3-4-13> (in Russian)

Received 06.06.2024. **Accepted** 30.08.2024.

Демографическое будущее ни для одной страны мира или географической территории не является однозначным [1]. По прогнозам, средний показатель рождаемости в мире ниже 1,5; как только начнется глобальное сокращение населения, оно будет неуклонно продолжаться [2].

С 2014 г. наблюдается ежегодное падение рождаемости уже 10 лет подряд: в 2023 г. по итогу года падение рождаемости составило 3,2% к предыдущему году (в 2022 г. – 6,9%, в 2021 г. – 2,3%), и падение ускорялось к концу года. Ожидается, что эта тенденция сохранится в течение 2024 г., а в целом рост рождаемости восстановится не ранее 2028 г. [3].

Опубликованные оперативные данные Росстата по естественному движению населения за 3 мес 2024 г. в Российской Федерации подтверждают негативную демографическую тенденцию [3]. По результатам периода январь–март 2024 г. по сравнению с аналогичным периодом 2023 г. количество родившихся снизилось на 3,5%, при этом в марте падение рождаемости ускорилось до -11,5% [3].

Количество заключенных брачных союзов снизилось на 6,7%, при этом количество разводов возросло на 0,6% – распалось 159 782 семей, что на 15 тыс. (на 10%) превышает число новых союзов [3].

В то же время количество умерших выросло на 4,4%. Естественная убыль населения составила 179 641 человек [3].

В Санкт-Петербурге в 2023 г. снижение количества новорожденных составило 5,1% [3].

Политика, проводимая государством сегодня, направлена на изменение траектории рождаемости, смертности и миграции. Учитывая негативную демографическую тенденцию, государ-

ством реализуется комплекс мер, в том числе законодательных актов, направленных на сохранение репродуктивного здоровья и численности населения, поддержку материнства и многодетных семей.

Согласно указу Президента РФ от 22.11.2023 № 875 «О проведении в Российской Федерации Года семьи», 2024 г. объявлен Годом семьи [4]. В распоряжении Правительства Российской Федерации от 29.12.2022 № 4356-р «Об утверждении Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2023–2030 гг.» отдельно отмечено, что охрана репродуктивного здоровья и развитие системы его охраны являются приоритетными задачами, в том числе Министерства здравоохранения, на 2023–2030 гг. [5].

Также в указе Президента РФ от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года» взят курс на сохранение населения, укрепление здоровья и благополучия людей, поддержку семьи. Отдельно отмечена необходимость добиться ряда целевых показателей, в том числе обеспечить устойчивый рост численности населения Российской Федерации [6].

Для улучшения состояния репродуктивного здоровья российских граждан целесообразно реализовать системные меры, в том числе специальные программы по медико-профилактическому консультированию молодых семей, предотвращению и лечению бесплодия, распространность которого среди женщин репродуктивного возраста в мире колеблется от 12,6 до 17,5% [7], 17,2–24,0% в РФ [8].

В этой связи в рамках национальных проектов «Демография» и «Здравоохранение» госу-

дарство реализует комплекс социально-экономических инициатив и мер, направленных на укрепление женского здоровья.

В частности, Минздравом России была обозначена реализация таких задач, как развитие медицинской профилактики, повышение доступности профилактических осмотров и охват профилактическими осмотрами, начиная с раннего возраста, профилактика прерывания беременности, повышение доступности экстракорпорального оплодотворения, а также реализация новой программы диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья [9].

Важная роль должна отводиться своевременному выявлению и лечению гинекологических заболеваний, которые чаще всего становятся причиной бесплодия.

Так, в 27% случаев причиной бесплодия является нарушение овуляции [10], а до 30% женщин с первичным бесплодием имеют различные нарушения менструального цикла (НМЦ) [11]. Эксперты отмечают, что именно нарушение регулярности менструального цикла и так называемые аномальные маточные кровотечения (АМК) являются важными симптомами в диагностике бесплодия у женщин. Ключевая роль в этом процессе отводится врачам – акушерам-гинекологам, которые способны выявить данные нарушения, а также терапевтам и акушеркам, которые должны по крайней мере заподозрить предикторы бесплодия и направить пациентку на подробное обследование к акушеру-гинекологу с целью дообследования, постановки окончательного диагноза и назначения необходимого лечения.

Имеющиеся данные показывают, что пациентки с хроническими заболеваниями органов репродуктивной системы имеют повышенный риск бесплодия. Так, у пациенток с эндометриозом бесплодие определяется в 2–4 раза чаще по сравнению с общей популяцией женщин. В то же время вероятность возникновения эндометриоза у пациенток с бесплодием составляет до 50% случаев. Своевременная постановка диагноза является ключом к началу терапии для достижения лучших результатов лечения.

Важно отметить, что Всемирная организация здравоохранения недавно представила информационный бюллетень об эндометриозе с целью повышения осведомленности и содействия ранней диагностике и лечению женщин и девочек во всем мире [13].

При отсутствии междисциплинарного подхода, длительной патогенетической терапии, консультирования и, как следствие, самостоятельной отмене терапии пациенткой отмечается крайне высокая частота рецидивов [14], что еще раз подчеркивает необходимость реализации мероприятий, направленных на выявление гинекологических заболеваний и наблюдение за пациентками группы риска развития рецидива заболевания.

По данным экспертов, реализация мероприятий по активному выявлению нарушений женского здоровья на ранних стадиях, их своевременная и правильная коррекция поможет внести серьезный вклад в сохранение фертильности женщин, увеличение рождаемости (дать дополнительно около 23 тыс. рожденных детей ежегодно), а также снизить экономический ущерб для страны, который, по оценкам специалистов, составляет более 550 млрд руб. в год.

Информационные технологии (ИТ) в медицине – это сфера применения компьютерных систем, программного обеспечения и других электронных инструментов для управления медицинской информацией, повышения качества и эффективности здравоохранения. Она охватывает широкий спектр приложений – от электронных медицинских карт, систем учета пациентов и телемедицины до сложных диагностических алгоритмов и интеграции больших данных (big data) для персонализированной медицины. ИТ в медицине направлены на оптимизацию лечебных процессов, улучшение доступа к информации о состоянии здоровья пациентов и поддержку клинических решений для предоставления своевременной и качественной помощи [15].

В наши дни система здравоохранения сталкивается с ежедневными вызовами, требующими от нее проактивных решений. Цифровизация медицины в России, начавшаяся десяти-

летия назад и на сегодняшний день набравшая высокие обороты, – логичный ответ на воздействующие внешние факторы. Можно сказать, что процесс оптимизации, качественной трансформации отрасли набрал динамику и стал одним из центральных буквально за последние несколько лет. Пережитые годы пандемии и в разы возросшая нагрузка на систему оказания медицинской помощи населению, потребовавшая оперативного внедрения современных ИТ-решений в лечебные процессы, всеобщая тенденция на цифровизацию жизни, использование гаджетов, в том числе в вопросах заботы о здоровье, разработка и распространение многочисленных онлайн-приложений и сервисов, телемедицинские консультации, развитие систем искусственного интеллекта – все это происходит здесь и сейчас, на наших глазах внедряются инновационные технологии в медицине, что оказывает колоссальное влияние на качественную трансформацию отрасли и, как следствие, на совершенствование лечебного процесса, качество обслуживания пациентов, а также управление системой в целом [15].

Цель исследования – раннее выявление репродуктивных нарушений женщин и своевременное направление пациенток в медицинские организации (МО) при помощи прохождения интерактивного опроса как метода современных ИТ в ходе реализации этапов демографического проекта по Санкт-Петербургу в рамках компетенций стратегии цифровой трансформации отрасли.

План проекта по Санкт-Петербургу:

1. Дополнить план работы Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга с учетом федеральных инициатив и изложенных ниже предложений по совершенствованию помощи в вопросах охраны репродуктивного здоровья женского населения.

2. Улучшить выявление гинекологической патологии путем внедрения современных методов цифровизации – анонимного анкетирования по вопросам репродуктивного здоровья женщин, обращающихся за медицинской помощью

в систему здравоохранения Санкт-Петербурга или проходящих диспансеризацию (ссылка на анкету дана в Приложении).

3. При выявлении нарушений здоровья в ходе анкетирования непосредственно направлять пациенток к врачу – акушеру-гинекологу (через ресурс Госуслуги) для обследования, постановки диагноза и получения своевременного лечения.

4. При наличии у женщины ранее установленного гинекологического хронического заболевания акцентировать ее внимание на необходимость соблюдать предписания врача для профилактики рецидива заболевания, снижения рисков нарушений репродуктивного здоровья и трудоспособности.

5. Разработать и провести цикл научно-практических образовательных мероприятий для акушеров-гинекологов и смежных специалистов по вопросам репродуктивного здоровья женского населения, семьи в целом и необходимости междисциплинарного подхода.

6. Совместно с ТФОМС Санкт-Петербурга и главами учреждений акушерско-гинекологической службы актуализировать необходимость оказания медицинской помощи согласно клиническим рекомендациям Минздрава России с использованием наиболее современных методов лечения (хирургических и медикаментозных), которые показаны для соответствующих гинекологических заболеваний с хроническим течением (в том числе эндометриоза, АМК, менопаузальных расстройств и др.).

7. Проанализировать карты больных, чтобы установить долю женщин, получающих такую терапию сегодня, и разработать пошаговый план для повышения этой доли до 80% и более.

8. Совместно с ТФОМС Санкт-Петербурга оценить необходимость дополнительного финансирования в рамках системы ОМС за счет увеличения пациентопотока в систему акушерско-гинекологической службы.

9. Совместно с организаторами здравоохранения оценить потенциальный демографический эффект проводимых мероприятий в Санкт-Петербурге: повышение рождаемости, снижение числа дней временной нетрудоспособности, инвалидизации и преждевременной смертности.

При первичном анализе нами были выявлены системные проблемы, снижающие эффективность реализуемых мер охраны женского репродуктивного здоровья и повышения рождаемости:

1. Только с апреля 2024 г. женское здоровье выделено как отдельное направление в программе углубленной диспансеризации [16].

2. Часть заболеваний, оказывающих влияние на репродуктивное женское здоровье, по-прежнему не входит в программу диспансерного наблюдения. В частности, не сделан акцент на такие распространенные заболевания, как эндометриоз и АМК.

3. Низкий уровень охвата пациенток гормономодулирующей терапией, направленной на стабилизацию менструального цикла. Не более 19% женщин в РФ в настоящее время принимают подобную терапию при АМК из числа тех, кому она показана.

4. Использование комбинированных оральных контрацептивов (КОК) с терапевтическими целями, т.е. не по показанию, варьирует от 90,79% в Москве до 36,76% в Самаре, в том числе у пациенток, не реализовавших репродуктивную функцию и имеющих репродуктивные планы, также вносит вклад в формирование демографической нестабильности [12].

При формировании плана лечения различных групп пациенток целесообразно руководствоваться клиническими рекомендациями, показаниями конкретных препаратов и весомыми декларативными документами профильных сообществ, а также учитывать индивидуальные предпочтения пациенток. При отсутствии запроса пациентки на контрацепцию рационально акцентировать план лечения на необходимость патогенетической терапии и проводить полноценное консультирование по репродуктивным планам и установкам пациентки.

Предложенные инициативы в план работы Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга:

1. Включить выявление НМЦ как обязательную составляющую на приеме врача-терапевта (врача общей практики) и при диспансеризации женщин.

2. Включить эндометриоз и АМК как обязательные заболевания для групп диспансерного наблюдения.

3. Принять дополнительные меры по повышению взаимодействия и преемственности между врачами – акушерами-гинекологами и специалистами смежных специальностей (терапевтической службой).

4. Повысить информированность врачей – акушеров-гинекологов, терапевтов и эндокринологов о том, что собой представляет нормальный менструальный цикл (современные критерии).

Материал и методы

С целью скрининговой оценки распространенности нарушений репродуктивного здоровья, увеличения охвата пациенток квалифицированной медицинской помощью разработана анкета-опросник «Женское здоровье и репродуктивные планы».

Анкета-опросник включает следующие модули:

1. Введение – включает основную базовую информацию: пол, возраст, район проживания, семейное положение.

2. Гинекологический анамнез – хронические заболевания (да/нет), беременность в анамнезе, травмы, дата посещения гинеколога.

3. Оценка наиболее частых причин обращения. По результатам ответа пациентка переходит в необходимый подсегмент:

- НМЦ;
- НМЦ у пациенток позднего репродуктивного возраста;
- болевой синдром;
- инфекции;
- бесплодие;
- подбор метода контрацепции.

4. Персональные рекомендации на основании анкетирования. Обоснование необходимости записи к врачу – акушеру-гинекологу и перенаправление на сайт Госуслуг.

Перед каждым блоком дан краткий комментарий по текущему сегменту опросника. В случае если пациентка не испытывает жалоб и не заин-

тересована в подборе контрацепции, по окончании опросника дано уведомление о необходимости регулярного осмотра врачом – акушером-гинекологом и возможности записи к нему через сайт Госуслуг.

Этапы реализации проекта:

1. Провести анкетирование женщин репродуктивного возраста в регионе с максимальным охватом с целью определения основных репродуктивно значимых заболеваний.

2. По результатам максимального охвата анкетирования женщин репродуктивного возраста в регионе выявить число женщин, требующих диспансеризации, дальнейшего наблюдения или незамедлительного оказания медицинской помощи в рамках охраны репродуктивного здоровья и профилактики осложнений.

3. Своевременно и оперативно способствовать максимально ранней постановке на диспансерный учет женщин с высоким риском репродуктивно значимых осложнений и/или с высоким риском реализации репродуктивно значимых заболеваний.

4. Создание и реализация комплексной городской программы по углубленному взаимодействию врачей-специалистов (акушеров-гинекологов, терапевтов, эндокринологов и др.) в рамках компетенций стратегии цифровой трансформации отрасли.

Результаты пилотного этапа анкетирования

Всего опросник в рамках диспансеризации прошли 517 человек. Из них 3 пациентки до 18 лет и 5 мужчин – не учитывались в рамках статистического отчета (см. таблицу). 23,8% ($n=121$) пациенток отмечали наличие хронических заболеваний. Несмотря на значительную долю пациенток с симптомами нарушений работы репродуктивной системы – 71,3% ($n=363$), отмечается низкая обращаемость к гинекологам за обследованием и медицинской помощью. Среди проходящих анкетирование в рамках диспансеризации только 28,7% ($n=146$) пациенток не имели жалоб по результатам анкетирования. При этом 34,8% ($n=177$) пациенток обращались за медицинской помощью к гинекологу более года назад.

Наиболее часто у пациенток отмечались НМЦ – 22,2% ($n=113$), болевой синдром – 21,6% ($n=110$), симптоматика менопаузального перехода и менопаузы – 13,9% ($n=71$) и бесплодие – 9,2% ($n=47$).

Среди 110 пациенток с болевым синдромом 39,1% ($n=43$) пациенток отмечали невозможность самостоятельно справиться с болевым синдромом при применении нестероидных противовоспалительных препаратов. У 20% ($n=22$) пациенток значительные боли отмечались во время секса, что значительно снижало качество жизни.

Принимая внимание значительное количество пациенток, планирующих реализацию репродуктивных планов – 55,2% ($n=281$), необходимо пересмотреть основные принципы терапии НМЦ и эндометриоза. Для патогенетического лечения НМЦ в качестве первой линии терапии у пациенток с учетом их репродуктивных планов рекомендовано использование гестагенов. Назначение КОК при НМЦ и эндометриозе не только способствует задержке в диагностике заболеваний репродуктивной системы, но и не обосновано, учитывая пожелания пациенток. Только 2,6% ($n=13$) пациенток изъявляли желание пройти консультирование с целью назначения КОК.

Выводы

1. Для увеличения охвата пациенток репродуктивного возраста комплексной медицинской помощью и снижения рисков нарушения репродуктивного здоровья существует потребность в разработке комплексного интерактивного опросника, направленного на диагностику состояния здоровья, оценку репродуктивной функции и мотивации как женщин, так и мужчин.

2. Разработанный опросник направлен на быстрое анонимное определение основных факторов нарушения репродуктивного здоровья.

3. С целью простоты использования и нивелирования эффекта социальной желательности опросник реализован насколько допустимо коротким и анонимным.

4. Для получения более точных данных необходимо дополнять опросник проактивными методами обследования.

Основные результаты анкетирования, проводимого в рамках диспансеризации

Показатель	Сумма	%
Всего опрошенных	509	100,0
Распределение опрошенных по возрасту:		
19–35 лет	251	49,3
36–45 лет	174	34,2
46 лет и старше	84	16,5
Последний визит к гинекологу:		
более 1 года назад	177	34,8
менее 1 года назад	332	65,2
Есть хронические заболевания	121	23,8
Прерывания беременности в анамнезе	193	37,9
Планируют беременность	281	55,2
Цель обращения в рамках диспансеризации:		
нарушения менструального цикла в репродуктивном возрасте	113	22,2
менопауза/менопаузальный переход	71	13,9
болевой синдром	110	21,6
инфекции, передаваемые половым путем	22	4,3
бесплодие	47	9,2
Не имеют жалоб на момент обращения	146	28,7
Консультирование перед назначением контрацептивов	13	2,6

5. В процессе сбора данных допустим пересмотр сегментов вопросов, механики анкетирования с позиции наиболее предпочтительной методологии, приближенной к пациентам.

6. Рассмотреть возможность увеличения охвата МО электронным анкетированием, направленным на раннее выявление акушерско-гинекологической патологии.

Приложение

Опросник «Женское здоровье и репродуктивные планы»

Уважаемые друзья!

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России проводит пилотное анкетирование, направленное на раннее выявление нарушений репродуктивной системы жительниц Санкт-Петербурга старше 18 лет и их своевременное направление к профильным специалистам (при необходимости).

Анкета содержит 4–5 коротких блоков вопросов, направленных на выявление репродуктивных планов и акушерско-гинекологической патологии. Количество блоков зависит от персональных ответов на вопросы.

Для получения рекомендаций необходимо пройти анкету до конца.

Нам крайне важно Ваше мнение – по завершению тестирования проставьте оценку и нажмите «Отправить». По окончании опроса Вы получите персональную рекомендацию на основании анкетирования, которую при необходимости можно направить на Вашу электронную почту.



<https://forms.yandex.ru/cloud/admin/6602811743f74f2defa2e0a3/edit>

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Беженарь Виталий Федорович (Vitaly F. Bezhenar) – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и репродуктологии, руководитель Клиники акушерства и гинекологии, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

E-mail: bez-vitaly@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0002-7807-4929>

Нестеров Игорь Михайлович (Igor M. Nesterov) – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий учебной работой кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

E-mail: ignester@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0002-7558-7657>

ЛИТЕРАТУРА

1. GBD 2021 Fertility and Forecasting Collaborators. Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 // *Lancet*. 2024. Vol. 403, N 10 440. P. 2057–2099.
2. Murray C.J.L., Callender C.S.K.H., Kulikoff X.R. et al. Population and fertility by age and sex for 195 countries and territories, 1950–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 // *Lancet*. 2018. Vol. 392. P. 1995–2051.
3. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/EDN_03-2024.html
4. Указ Президента Российской Федерации от 22.11.2023 № 875.
5. Распоряжение Правительства РФ от 29 декабря 2022 г. № 4356-р «Об утверждении Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2023–2030 гг.».
6. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2024 № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года».
7. Njagi P., Groot W., Arsenijevic J., Dyer S., Mburu G., Kiarie J. Financial costs of assisted reproductive technology for patients in low- and middle-income countries: a systematic review // *Hum. Reprod. Open*. 2023. Vol. 2023, N 2. P. hoad007. DOI: <https://doi.org/10.1093/hropen/hoad007>
8. Шмидт А.А., Замятнин С.А., Гончар И.С., Коровин А.Е., Городнюк И.О., Коцур А.В. Эпидемиология бесплодия в России и за рубежом // *Клиническая патофизиология*. 2019. Т. 25, № 1. С. 9–12.
9. Методические рекомендации по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, утв. Минздравом России 29.03.2024.
10. Тихомиров А.Л., Манухин И.Б., Геворкян М.А., Манухина Е.И., Казенашев В.В. Ановуляторное бесплодие: оптимизация диагностики и алгоритмов лечения // *PMЖ. Мать и дитя*. 2017. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/anovulyatornoe-besplodie-optimizatsiya-diagnostiki-i-algoritmov-lecheniya> (дата обращения: 27.05.2024).
11. Лазарева Л.М., Беленькая Л.В., Сутурина Л.В. Овуляторная дисфункция в репродуктивном возрасте: распространенность, критерии диагностики, клинические формы // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2022. Т. 21, № 4. С. 116–125. DOI: <https://doi.org/10.20953/1726-1678-2022-4-116-125>
12. Maggiore U.L.R., Chiappa V., Ceccaroni M., Roviglione G., Savelli L., Ferrero S. et al. Epidemiology of infertility in women with endometriosis // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol*. 2024. Vol. 92. Article ID 102454.
13. Giudice L.C. Advances in approaches to diagnose endometriosis // *Glob. Reprod. Health*. 2024. Vol. 9, N 1. Article ID e0074. DOI: <https://doi.org/10.1097/GRH.000000000000074>
14. Беженарь В.Ф., Круглов С.Ю., Кузьмина Н.С., Констанденкова А.С., Граматикова АГ, Изоркина В.А. и др. Анализ эффективности различных методов ведения больных эндометриозом и обоснование длительной персонализированной противоречивой терапии дидрогестероном в составе комплексной стратегии их лечения // *Проблемы репродукции*. 2024. Т. 30, № 2. С. 103–112. DOI: <https://doi.org/10.17116/repro202430021103>
15. Аксенова Е.И., Горбатов С.Ю. Цифровизация здравоохранения: опыт и примеры трансформации в системах здравоохранения в мире. Москва : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. 44 с.
16. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 апреля 2024 г. № 17-6/И/2-6434 «О направлении методических рекомендаций по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья».

REFERENCES

1. GBD 2021 Fertility and Forecasting Collaborators. Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024; 403 (10 440): 2057–99.
2. Murray C.J.L., Callender C.S.K.H., Kulikoff X.R., et al. Population and fertility by age and sex for 195 countries and territories, 1950–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018; 392: 1995–2051.
3. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/EDN_03-2024.html
4. Decree of the President of the Russian Federation dated 22.11.2023 No. 875. (in Russian)

5. Order of the Government of the Russian Federation dated 29 December 2022 No. 4356-r «On approval of the National Strategy of Action in the Interests of Women for 2023–2030». (in Russian)
6. Decree of the President of the Russian Federation dated 07.05.2024 No. 309 «On the national development goals of the Russian Federation for the period up to 2030 and for the perspective up to 2036». (in Russian)
7. Njagi P., Groot W., Arsenijevic J., Dyer S., Mburu G., Kiarie J. Financial costs of assisted reproductive technology for patients in low- and middle-income countries: a systematic review. *Hum Reprod Open*. 2023; 2023 (2): hoad007. DOI: <https://doi.org/10.1093/hropen/hoad007>
8. Schmidt A.A., Zamyatin S.A., Gonchar I.S., Korovin A.E., Gorodnyuk I.O., Kotsur A.V. Epidemiology of infertility in Russia and abroad. *Klinicheskaya patofiziologiya [Clinical Pathophysiology]*. 2019; 25 (1): 9–12. (in Russian)
9. Methodological recommendations for the medical examination of men and women of reproductive age in order to assess reproductive health, approved by the Ministry of Health of the Russian Federation on March 29, 2024. (in Russian)
10. Tikhomirov A.L., Manukhin I.B., Gevorkyan M.A., Manukhina E.I., Kazenashev V.V. Anovulatory infertility: optimization of diagnostics and treatment algorithms. *RMZH. Mat' i ditya [RMJ. Mother and Child]*. 2017; (2). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/anovulyatornoe-besplodie-optimizatsiya-dagnostiki-i-algoritmov-lecheniya> (date of access: 27.05.2024). (in Russian)
11. Lazareva L.M., Belen'kaya L.V., Suturina L.V. Ovulatory dysfunction in reproductive age: prevalence, diagnostic criteria, clinical forms. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii [Problems of Gynecology, Obstetrics and Perinatology]*. 2022; 21 (4): 116–25. DOI: <https://doi.org/10.20953/1726-1678-2022-4-116-125> (in Russian)
12. Maggiore U.L.R., Chiappa V., Ceccaroni M., Roviglione G., Savelli L., Ferrero S., et al. Epidemiology of infertility in women with endometriosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2024; 92: 102454.
13. Giudice L.C. Advances in approaches to diagnose endometriosis. *Glob Reprod Health*. 2024; 9 (1): e0074. DOI: <https://doi.org/10.1097/GRH.0000000000000074>
14. Bezhenar' V.F., Kruglov S.Yu., Kuz'mina N.S., Constandenkova A.S., Gramatikova A.G., Izorkina V.A., et al. Analysis of the effectiveness of various methods of managing patients with endometriosis and justification for long-term personalized anti-relapse therapy with dydrogesterone as part of their combination treatment strategy. *Problemy reproduktivnoy [Problems of Reproduction]*. 2024; 30(2):103–12. DOI: <https://doi.org/10.17116/repro202430021103> (in Russian)
15. Aksenova E.I., Gorbatov S.Yu. Digitalization of healthcare: experience and examples of transformation in healthcare systems around the world. Moscow: GBU «NII OZMM DZM», 2020: 44 p. (in Russian)
16. Letter of the Ministry of Health of the Russian Federation dated April 8, 2024 No. 17-6/1/2-6434 «On the direction of methodological recommendations for the medical examination of men and women of reproductive age in order to assess reproductive health». (in Russian)

Государственные гарантии медицинской помощи на 2024–2026 гг. и вопросы кадрового обеспечения

Шипова В.М.,
Щепин В.О.

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

Резюме

В публикации представлен сравнительный анализ программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на 2024–2026 гг. по отношению к аналогичным документам на 2023–2025 гг. в части, касающейся объема работы, а также рассмотрены вопросы штатно-нормативной обеспеченности изменений этих документов.

В исследовании использованы следующие **методы**: статистический и информационно-аналитический.

В **результате** исследования определены основные тенденции в изменениях государственных гарантий объема медицинской помощи на 2024 г. как одной из составляющих системы нормирования труда, предложен перечень мероприятий, направленных на совершенствование текущего планирования объема медицинской помощи и штатно-нормативной численности медицинских работников.

Ключевые слова:

государственные гарантии оказания медицинской помощи; объем работы; нормы труда; численность должностей

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Для цитирования: Шипова В.М., Щепин В.О. Государственные гарантии медицинской помощи на 2024–2026 гг. и вопросы кадрового обеспечения // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2024. Т. 10, № 3. С. 14–27. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-3-14-27>

Статья поступила в редакцию 29.05.2024. Принята в печать 30.08.2024.

State guarantees of medical care for 2024–2026 and staffing issues

Shipova V.M.,
Shchepin V.O.

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

Abstract

The publication presents a comparative analysis of the State Guarantee Programs for the provision of free medical care for 2024–2026 in relation to similar documents for 2023–2025, in terms of the scope of work. The issues of staffing and regulatory support for changes in these documents are also considered.

The following **methods** were used in the study: statistical, information and analytical.

As a **result** of the study, the main trends in changes in state guarantees of the volume of medical care for 2024 were identified, as one of the components of the labor standardization system. A list of measures is proposed aimed at improving the current planning of the volume of medical care and the staffing standard number of medical workers.

Keywords:

state guarantees of medical care; volume of work; labor standards; number of positions

Funding. The study had no sponsor support.

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

Contribution. The concept and design of the study, the collection and processing of material, writing and editing the text – Shipova V.M.; collection and processing of material, text editing – Shchepin V.O.

For citation: Shipova V.M., Shchepin V.O. State guarantees of medical care for 2024–2026 and staffing issues. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]*. 2024; 10 (3): 14–27. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-3-14-27> (in Russian)

Received 29.05.2024. **Accepted** 30.08.2024.

Одной из составляющей системы нормирования труда является плановый и фактический объем работы.

Плановый объем работы указывается в ежегодно утверждаемых Правительством РФ программах государственных гарантий оказания медицинской помощи (ПГГ), письмах Минздрава России по экономическому обоснованию территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ), муниципальных (государственных) заказах.

Постоянный анализ этих документов выявляет основные направления развития здравоохранения на текущий период времени и определяет необходимость внесения изменений в другие составляющие системы нормирования труда [1–14].

Плановый объем медицинской помощи, указываемый в ПГГ, дифференцируется по источникам финансирования следующим образом:

- за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов;

- в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (ОМС).

Изменения в плановом объеме медицинской помощи, финансируемом за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, определены следующим образом:

- уменьшение на 5,5% числа случаев госпитализации по специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара: с 0,0146 в расчете на 1 жителя в планах на 2023 г. до 0,0138 в планах на 2024 г.;
- установление объема паллиативной медицинской помощи детскому населению в общем числе посещений на дому выездными патронажными бригадами: 0,000302 из 0,008 (в расчете на 1 жителя) и детскому населению в общем числе койко-дней в стационарных условиях: 0,002054 из 0,092 (в расчете на 1 жителя).

По остальным видам медицинской помощи, финансируемым за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, в том числе по объему первичной медицинской помощи в амбулаторных условиях, медицинской помощи в условиях дневных стационаров, общему объему паллиативной помощи, изменений в ПГГ на 2024 г. по сравнению с ПГГ на 2023 г. не произошло.

Наиболее значимые изменения отмечаются в плановом объеме медицинской помощи, оказываемой в рамках **базовой программы ОМС** (табл. 1).

Табл. 1 составлена путем выкопировки данных из ПГГ, при этом проведена определенная реконструкция показателей в целях их сопоставления. В таблице указаны наши расчетные данные по отношению показателей 2024 г. к показателям 2023 г. (в %).

Из табл. 1 следует, что наблюдается увеличение большинства показателей.

В объеме **первичной медико-санитарной помощи** (за исключением медицинской реабилитации) число посещений в рамках проведения профилактических медицинских осмотров возросло на 17%, такое же увеличение произошло и в числе комплексных посещений в рамках проведения диспансеризации.

Объем **диагностических исследований**, проводимых при обращениях в связи с заболеванием, увеличен по всем указанным видам, кроме тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19). По компьютерной и магнитно-резонансной томографии, ультразвуковым исследованиям сердечно-сосудистой системы, эндоскопическим диагностическим исследованиям увеличение составило 5%, а по молекулярно-генетическим исследованиям с целью диагностики онкологических заболеваний и по патологоанатомическим исследованиям биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – на 15%.

Следует отметить, что для составления штатного расписания медицинской организации (МО), планирования подготовки соответствующ-

щих кадров крайне необходимы данные о плановом объеме диагностических исследований не только при обращениях в связи с заболеванием, но и при оказании медицинской помощи в больничных условиях, в дневных стационарах. Эти данные в ПГГ отсутствуют.

В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь, кроме медицинской реабилитации) число случаев лечения увеличено на 4,5%, при этом наиболее значимое увеличение – на 22,1% – произошло при оказании медицинской помощи в федеральных МО по сравнению с другими учреждениями, где отмечен рост показателя лишь на 3,9%.

Увеличение объема медицинской помощи по онкологии в федеральных МО составило двукратный размер.

Число случаев лечения для оказания медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении увеличилось на 2,6%, в том числе в федеральных дневных стационарах на 27,1%.

Число случаев госпитализации при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара (за исключением медицинской реабилитации) увеличено на 4,6%. Такой рост числа случаев госпитализации почти полностью компенсирует уменьшение этого показателя в объеме помощи, финансируемой за счет бюджетных ассигнований. Весьма характерно, что указанный рост числа случаев госпитализации в федеральные МО (на 17,8%) значительно опережает рост показателя госпитализации в другие МО (на 3,8%).

Изменения по объему помощи **при медицинской реабилитации** определены следующим образом: на 5,5% увеличено число комплексных посещений и на 3,4% уменьшено число случаев лечения в дневных стационарах.

В ПГГ на 2024–2026 гг. впервые указана необходимость определения репродуктивного здоровья в рамках проведения диспансеризации лиц репродуктивного возраста.

Таким образом, можно выделить следующие основные тенденции изменений объема

Таблица 1. Плановый объем медицинской помощи на 2023 г. и 2024 г. в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (на 1 застрахованного)

Виды и условия оказания медицинской помощи	На 2023 г. (в ППГ на 2023– 2025 гг., Приложение № 6)	На 2024 г. (в ППГ на 2024– 2026 гг., Приложение № 2)	Отношение данных 2024 г. к данным 2023 г., %
	0,29	0,29	Без изменений
1. Скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь			
2. Первичная медико-санитарная помощь, за исключением медицинской реабилитации			
2.1. В амбулаторных условиях, в том числе:			
2.1.1. Для проведения профилактических медицинских осмотров (посещения в рамках проведения профилактических медицинских осмотров)	0,26559	0,311412	117,3
2.1.2. Для проведения диспансеризации – всего (комплексных посещений) (посещения в рамках проведения диспансеризации)	0,331413	0,388591	117,3
2.1.2.1. Для проведения углубленной диспансеризации (комплексных посещений)	–	0,050758	
2.1.3. Для посещения с иными целями	2,133264	2,133264	Без изменений
2.1.4. В неотложной форме	0,54	0,54	Без изменений
2.1.5. В связи с заболеваниями обращений – всего	1,7877	1,7877	Без изменений
2.1.5.1.1. Компьютерная томография	0,048062	0,050465	105,0
2.1.5.1.2. Магнитно-резонансная томография	0,017313	0,018179	105,0
2.1.5.1.3. Ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	0,090371	0,09489	105,0
2.1.5.1.4. Эндоскопическое диагностическое исследование	0,029446	0,030918	105,0
2.1.5.1.5. Молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний	0,000974	0,00112	115,0
2.1.5.1.6. Патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	0,013210	0,015192	115,0
2.1.5.1.7. Тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	0,275507	0,102779	37,3
2.1.6. Диспансерное наблюдение:	0,261736	0,261736	Без изменений
2.1.6.1. В том числе по поводу онкологических заболеваний	–	0,04506	–
2.1.6.2. В том числе по поводу сахарного диабета	–	0,0598	–
2.1.6.3. В том числе по поводу болезней системы кровообращения	–	0,12521	–
3. В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), за исключением медицинской реабилитации – всего (случаи лечения)	0,070132	0,073255	104,5
в том числе: для оказания медицинской помощи федеральными медицинскими организациями	0,002269	0,002777	122,1

Окончание табл. 1

Виды и условия оказания медицинской помощи	На 2023 г. (в ППГ на 2023 – 2025 гг., Приложение № 6)	На 2024 г. (в ППГ на 2024 – 2026 гг., Приложение № 2)	Отношение данных 2024 г. к данным 2023 г., %
для оказания медицинской помощи медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	0,067863	0,070478	103,9
3.1. Для оказания медицинской помощи по профилю «онкология» – всего	0,01088	0,011726	107,8
в том числе:	0,000381	0,000762	200,0
федеральными медицинскими организациями	0,010507	0,010964	104,3
медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	0,000619	0,000635	102,6
3.2. Для оказания медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении – всего	0,000059	0,000075	127,1
в том числе:	0,00056	0,00056	Без изменений
федеральными медицинскими организациями	0,00056	0,00056	Без изменений
4. Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской реабилитации в условиях круглосуточного стационара – всего случаев госпитализации	0,174824	0,182816	104,6
в том числе:	0,010239	0,012058	117,8
для оказания медицинской помощи федеральными медицинскими организациями	0,164585	0,170758	103,8
для оказания медицинской помощи медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	0,009696	0,010536	108,7
4.1. Для оказания медицинской помощи по профилю «онкология» – всего	0,001094	0,001610	147,2
в том числе:	0,008602	0,008926	103,8
федеральными медицинскими организациями	0,002954	0,003116	105,5
медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	0,002823	0,002728	96,6
5. Медицинская реабилитация	0,000222	0,000127	57,2
5.1. В амбулаторных условиях (комплексных посещений)	0,000222	0,000127	57,2
5.2. В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь) – всего (случаев лечения)	0,000222	0,000127	57,2
в том числе:	0,002601	0,002601	Без изменений
федеральными медицинскими организациями	0,002601	0,002601	Без изменений
медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	0,002601	0,002601	Без изменений

ППГ – программах государственных гарантий оказания медицинской помощи.

медицинской помощи, представленных в ППГ на 2024–2026 гг., по сравнению с аналогичным документом на 2023–2025 гг.:

- увеличение профилактической деятельности первичного звена здравоохранения;
- повышение роли федеральных МО в оказании специализированной медицинской помощи.

В ТППГ в рамках тематики данной публикации рассматриваются следующие позиции:

- нормы времени на посещение;
- рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилям медицинской помощи.

Нормы времени на посещение врачей-педиатров участковых, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики¹ указываются в ТППГ начиная с 2013 г. В последующий период времени Минздравом России были утверждены Типовые нормы времени на посещение этих врачей². Величина показателей в этом документе не совпадает с данными, указанными в ТППГ. Несмотря на неоднократные критические замечания по этому поводу, такие противоречия не ликвидированы до сих пор.

Рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, указываемые в ТППГ, дифференцированы по каждому профилю медицинской помощи по следующим параметрам:

- рекомендуемое число случаев госпитализации;
- используемая при расчете средняя длительность пребывания одного пациента в стационаре;
- рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания).

Профили отделений по изменениям показателей, планируемых на 2024 г., по отношению к данным на 2023 г. можно разделить на две почти равные группы:

- отсутствие изменений – 15 профилей;
- наличие изменений – 16 профилей.

Данные по профилям отделений, содержащим изменения в 2024 г. по отношению к 2023 г., отражены в табл. 2.

Как видно из данных табл. 2, изменения состоят в увеличении уровня госпитализации и числа койко-дней, при этом средняя длительность пребывания одного пациента в стационаре осталась неизменной.

Наиболее значимый рост показателей отмечен по сердечно-сосудистой хирургии (кардиохирургические койки) на 56,8%, гериатрии – на 50,9%, гематологии – на 32,7%, ревматологии – на 17,4%.

Значительный интерес представляет, на наш взгляд, динамика изменения данных по тем профилям медицинской помощи, которые имели наибольший темп роста в 2024 г. по отношению к 2023 г., т.е. по кардиохирургии и гериатрии, за предшествующий более длительный период времени.

Такая динамика за последний 11-летний период времени приведена на рис. 1.

Из рис. 1 следует, что общее плановое число койко-дней по базовой программе ОМС уменьшилось за годы наблюдений с 1725,6 на 2014 г. до 1685,0 на 2024 г., т.е. на 2,4%.

По кардиохирургии и гериатрии показатели увеличились. Рост числа койко-дней по кардиохирургии составил 2,7 раза: по гериатрии, которая впервые была включена в ТППГ в 2015 г., – 3,5 раза.

Характерной общей чертой динамики числа койко-дней по кардиохирургии и гериатрии

¹ Примечание авторов статьи: в соответствии с номенклатурой должностей, врач общей практики (семейный врач).

² Приказ Минздрава России от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача – акушера-гинеколога».

Таблица 2. Изменения показателей по профилям медицинской помощи в 2024 г. по отношению к 2023 г.

Профиль медицинской помощи	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1000 застрахованных)		Средняя длительность (число дней)		Рекомендуемое число койко-дней (на 1000 застрахованных)		Отношения данных 2024 г. к 2023 г., %
	на 2023 г.	на 2024 г.	на 2023 г.	на 2024 г.	на 2023 г.	на 2024 г.	
Аллергология и иммунология	0,3433	0,387	9,1	9,1	3,12403	3,254	104,2
Гастроэнтерология	2,3	2,552	10,8	10,8	24,84	27,556	110,9
Гематология	1,12	1,487	13,0	13,0	14,56	19,327	132,7
Гериатрия	0,7665	1,156	14,0	14,0	10,731	16,188	150,9
Дерматовенерология (дерматологические койки)	0,9129	1,028	12,3	12,3	11,22867	12,640	112,6
Инфекционные болезни	11,873	12,111	7,1	7,1	84,29972	85,988	102,0
Колопроктология	1,0	1,135	9,9	9,9	9,9	11,234	113,5
Нейрохирургия	2,7986	3,144	10,7	10,7	29,94502	33,644	112,4
Онкология, радиология, радиотерапия	7,904	8,926	10,8	10,8	85,3632	96,401	112,4
Оторинолагингология	3,9	4,138	7,6	7,6	29,64	31,447	106,1
Офтальмология	4,8	5,366	6,0	6,0	28,8	32,195	111,8
Ревматология	1,1025	1,294	13,1	13,1	14,44275	16,952	117,4
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	2,5	3,919	9,7	9,7	24,25	38,001	156,8
Терапия	18,8	19,038	10,1	10,1	189,88	192,282	101,3
Урология (в том числе детская урология-андрология)	5,8	6,308	8,9	8,9	51,62	56,144	108,8
Хирургия (комбустиология)	0,3	0,316	13,5	13,5	4,05	4,270	105,4

является рост показателей начиная с 2023 г., планируемые далее на 2024 г. показатели по отношению к 2023 г. сохраняют темпы этого увеличения (рис. 2).

Плавные изменения показателей общего планируемого числа койко-дней сочетаются с резким ежегодным ростом или падением данных по кардиохирургии и гериатрии. Так, например, число койко-дней по кардиохирургии в планах на 2014 г. составляло 14,3 на 1000 населения, а на следующий, 2015 г., это число было уменьшено до 8,3. Еще более значительные колебания показателей отмечены по гериатрии: данные

на 2018 г. уменьшены по отношению к 2017 г. в 2 раза, в 2020 г. увеличены по сравнению с 2019 г. в 2 раза.

Основным плановым показателем для развития сети МО, а также для планирования численности медицинского персонала является число коек. С этой целью нами проведены соответствующие пересчеты данных табл. 2 в число коек на 10,0 тыс. населения. Расчеты проведены по алгоритму, постоянно приводимому в ТППГ, но с некоторой коррекцией этапов и точности расчетов [13, 14]. Итоги таких расчетов представлены в табл. 3.

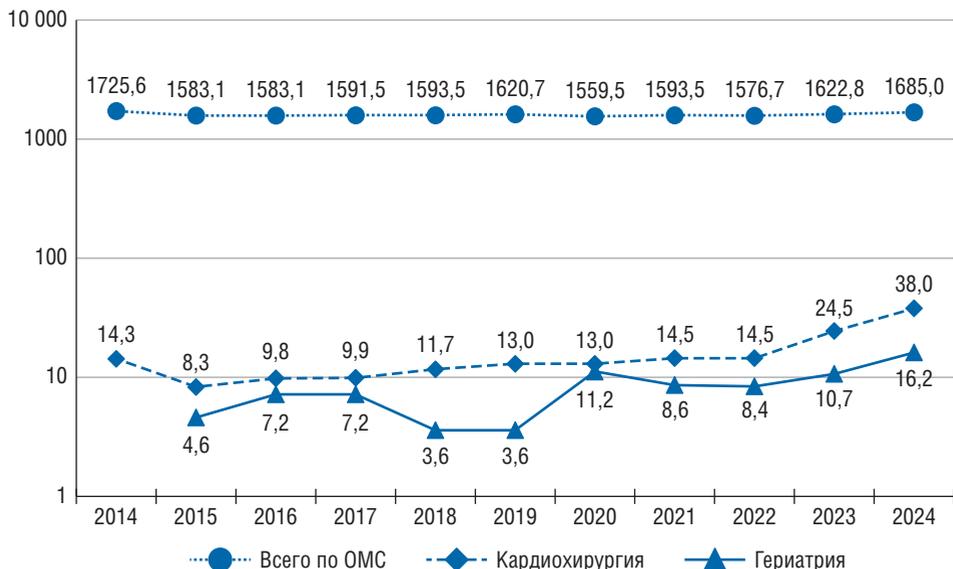


Рис. 1. Динамика планово-нормативных показателей числа койко-дней [всего по базовой программе обязательного медицинского страхования (ОМС) и по профилям: кардиохирургия, гериатрия, на 1000 застрахованных]

Таблица 3. Итоги расчета планового числа коек в 2023 г. и в 2024 г.

Профиль медицинской помощи	Плановое число коек (на 10,0 тыс. населения)		Увеличение (на 10,0 тыс. населения)	Увеличение (в абс. числе коек по РФ)
	на 2023 г.	на 2024 г.		
Аллергология и иммунология	0,10	0,10	<0,01	56
Гастроэнтерология	0,75	0,85	0,10	1460
Гематология	0,45	0,59	0,14	2046
Гериатрия	0,33	0,49	0,15	2193
Дерматовенерология (дерматологические койки)	0,34	0,39	0,05	731
Инфекционные болезни	3,40	3,46	0,06	877
Колопроктология	0,31	0,35	0,04	585
Нейрохирургия	0,93	1,04	0,11	1608
Онкология, радиология, радиотерапия	2,65	2,98	0,33	4823
Оториноларингология	0,95	1,01	0,06	877
Офтальмология	0,95	1,06	0,11	1608
Ревматология	0,44	0,52	0,08	1169
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	0,76	1,19	0,43	6284
Терапия	5,92	5,96	0,04	585
Урология (в том числе детская урология-андрология)	1,63	1,77	0,14	2046
Хирургия (комбустиология)	0,13	0,13	<0,01	93
Итого				24 041



Рис. 2. Структура дополнительного коечного фонда по территориальным программам государственным гарантиям оказания медицинской помощи на 2024 г.

Общее число дополнительных коек, которое рекомендуется развернуть в соответствии с изменениями ТППГ на 2024 г. по сравнению с 2023 г., составляет 24,0 тыс.

В структуре этих дополнительных коек ведущая роль принадлежит кардиохирургии (26,1%) и онкологии (20,1%), далее с большим отрывом следуют гериатрия (9,1%), урология (8,5%), гематология (8,5%). Остальные профили медицинской помощи составляют 27,7% дополнительного коечного фонда (см. рис. 2).

Значительную информационную ценность и практическую значимость представляют сравнения увеличения планируемого коечного фонда на 2024 г. по отношению к уже развернутому их числу. Однако данные по числу фактических коек в последнем по дате издания статистическом сборнике³ приведены только за 2022 г. Но даже если бы организаторы здравоохранения располагали более свежими данными, то и в этом случае сравнения были бы в значительной мере затруднены. Дело в том, что обеспеченность населения коечным фондом в указанном сборнике определена по 14 укрупненным группам. Из всех указанных в табл. 3 профилей медицинской помощи сопоставления фактически развернутого коечного фонда и дополнительного, предусмотренного ТППГ на 2024 г., возможны только по четырем профилям: инфекционные болезни,

онкология, оториноларингология, офтальмология. По другим профилям медицинской помощи группировка коечного фонда в ТППГ не совпадает с той, что указана в сборнике Росстата.

Использование с этой целью статистического сборника, издаваемого в ЦНИИОИЗ, в котором указывалась дробная группировка коечного фонда, невозможно в связи с тем, что этот сборник с 2021 г. не публикуется в открытой печати.

Одним из важных аспектов экономического анализа изменений государственных гарантий медицинской помощи в практику является определение дополнительной численности должностей, необходимой для реализации основных направлений этих изменений. Объем численности медицинских работников для дополнительной работы в амбулаторных условиях по проведению профилактических мероприятий может быть рассчитан по соответствующей методике нормирования труда [15].

Расчеты численности медицинских работников для обеспечения деятельности планируемых дополнительных коек теоретически также могут быть проведены по соответствующей методике нормирования труда [16]. Однако препятствием для таких расчетов являются недостатки и ошибочные положения штатно-нормативного обеспечения медицинским персоналом больничных учреждений (подразделений), приведенные в Приложениях к приказам о Порядках оказания медицинской помощи.

Данные по основному медицинскому персоналу, т.е. по лечащим врачам отделений по рассматриваемым 16 профилям медицинской помощи, представлены в табл. 4.

Как следует из приведенных в табл. 4 данных, нормативная численность лечащих врачей по разным профилям медицинской помощи имеет большой размах колебаний, что вполне обосновано характером патологии, тяжестью течения заболеваний, наличием осложнений и т.д. Так, например, по онкологии, радиологии, радиотерапии устанавливается 6 коек на 1 должность лечащего врача при оказании

³ *Здравоохранение в России. 2023 : стат. сб. Москва : Росстат, 2023. С. 98.*

Таблица 4. Нормативы численности врачебных должностей в приказах о Порядках по профилям медицинской помощи

Профиль медицинской помощи	Дата утверждения и номер приказа о Порядке	Норматив должности лечащего врача
Аллергология и иммунология	07.11.2012 № 606н	1 должность на 20 коек, 4,75 должности на отделение (для обеспечения круглосуточной работы)
Гастроэнтерология	12.11.2012 № 906н	1 должность на 15 коек
Гематология	15.11.2012 № 930н	1 должность на 10 коек, 4,75 должности (для обеспечения круглосуточной работы), 4,75 должности на 6 коек блока интенсивной терапии
Гериатрия	29.01.2016 № 38н	1 должность на 20 коек
Дерматовенерология (дерматологические койки)	15.11.2012 № 924н	1 должность на 15 коек
Инфекционные болезни	31.01.2012 № 69н	1 должность на 15 коек, 20 коек
	05.05.2012 № 521н	1 должность на 8 коек, на 10 коек, на 15 коек
Колопроктология	02.04.2010 № 206н	1 должность на 15 коек
Нейрохирургия	15.11.2012 № 931н	4,75 должности на 10 коек (для обеспечения круглосуточной работы), 5,14 должности на 6 коек [для обеспечения круглосуточной работы в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии]
Онкология, радиология, радиотерапия	31.10.2012 № 560н	1 должность на 6 коек
	19.02.2021 № 116н	1 должность на 10 коек
Оториноларингология	12.11.2012 № 905н	1 должность на 20 коек
Офтальмология	25.10.2012 № 442	1 должность на 10 коек
	12.11.2012 № 902н	1 должность на 20 коек
Ревматология	25.10.2012 № 441н,	1 должность на 15 коек
	12.11.2012 № 900н	
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	15.11.2012 № 918н	1 должность на 7 коек
Терапия	15.11.2012 № 923н	1 должность на 15 коек
Урология (в том числе детская урология-андрология)	31.10.2012 № 561н	1 должность на 10 коек, 0,5 должности для работы в уродинамическом кабинете
	12.11.2012 № 907н	1 должность на 15 коек
Хирургия (комбустиология)	09.06.2020 № 559н	1 должность на 12 коек (для взрослых)
		1 должность на 10 коек (для детей)

медицинской помощи детям и 10 коек при оказании медицинской помощи взрослым, а по гериатрии, офтальмологии – 20 коек.

По трем приведенным в табл. 4 профилям медицинской помощи устанавливается кругло-

суточный режим работы лечащих врачей, при этом по аллергологии и иммунологии, а также по гематологии круглосуточная работа предполагается в сочетании с ежедневной работой лечащего врача, а по нейрохирургии устанавливается

только круглосуточный врачебный пост. Число должностей для обеспечения круглосуточной работы в указанных нормативно-правовых документах составляет 4,75 при работе в отделении.

В то же время для работы в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии в отделении нейрохирургии необходимо, по мнению авторов приказов, 5,14 должностей, а в таком же подразделении гематологического профиля – 4,75 должности. Такие разноречивые данные для одной и той же должности, имеющей одинаковый годовой бюджет, но работающей в разных подразделениях, противоречат теории нормирования труда.

Указанное в документах число должностей (4,75 должности) недостаточно для обеспечения круглосуточной работы, но главная ошибка таких рекомендаций состоит не в величине цифр, а в самом указании на нормативную численность должностей. В публикациях по этому поводу убедительно доказано, что для организации круглосуточной работы в нормативно-правовых документах необходимо утверждать, а в учреждениях здравоохранения применять только один показатель – число коек на круглосуточный пост [17–23]. Численность должностей необходимо рассчитывать ежегодно в конкретной МО в связи с ежегодно меняющимся годовым бюджетом рабочего времени должности, гендерными различиями работников, географическим местом расположения учреждения и другими обстоятельствами.

В число должностей по той или иной специальности входят не только лечащие врачи отделений, но и заведующие отделениями, а также врачи приемного отделения.

Порядок установления должностей заведующих отделениями (сверх должностей врачей, вместо должности врача или части этой должности)

в современных нормативно-правовых документах не прописан. Следовательно, по умолчанию можно понять, что должность заведующего устанавливается всегда сверх должностей врачей. Исключение составляет лишь установление должности заведующего терапевтическим отделением. В соответствующем приказе⁴ по этому поводу написано следующее: «Минимальное число коек, при котором вводится должность заведующего терапевтическим отделением, составляет 20 коек, на которые вводится 2 должности врача-терапевта, один из которых выполняет функции заведующего терапевтического отделения».

По большинству профилей медицинской помощи, указанных в табл. 4, должность заведующего устанавливается как 1 должность на 30 коек, а по аллергологии и иммунологии, гериатрии, офтальмологии – на 40 коек, по отделению хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электростимуляции – на 20 коек. При этом не определено, как установить должность заведующего в том случае, если мощность отделения больше или меньше указанной цифры.

Предполагаемое увеличение числа коек влечет за собой и рост численности медицинского персонала вспомогательной лечебно-диагностической службы, традиционно планируемой на число коек. Однако штатно-нормативная численность этого персонала для основных типов МО была отменена в 2016 г.⁵ Документ признал не действующими следующие приказы:

- Приказ Министерства здравоохранения СССР от 26 сентября 1978 г. № 900 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь центральных районных и районных больниц сельских районов, центральных районных поликлиник сельских районов, город-

⁴ Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “терапия”».

⁵ Приказ Минздрава России от 16.10.2016 № 708н «О признании не действующими на территории Российской Федерации приказов Министерства здравоохранения СССР и признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения РСФСР от 4 января 1988 г. № 2 “О состоянии и перспективах развития патологоанатомической службы в РСФСР”».

ских больниц и поликлиник (амбулаторий) городов и поселков городского типа с населением до 25 тыс. человек, участковых больниц, амбулаторий в сельской местности и фельдшерско-акушерских пунктов»;

- Приказ Министерства здравоохранения СССР от 31 мая 1979 г. № 560 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь областных, краевых и республиканских больниц для взрослых и детей»;
- Приказ Министерства здравоохранения СССР от 6 июня 1979 г. № 600 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь центральных городских, городских и детских городских больниц, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек».

С выходом этого документа без норм труда остались не только работники вспомогательной службы, но и работники общего больничного персонала, в том числе заместители руководителей МО, главные медицинские сестры, медицинские работники приемного отделения, регистратуры, справочного бюро, медицинского архива [24].

Выявленные недостатки и ошибочные положения приказов о Порядках, включенных в табл. 4 данной публикации, характерны и для всех других аналогичных документов, содержащих штатные нормативы больничных учреждений (подразделений).

Таким образом, расчеты численности медицинских работников для обеспечения деятельности дополнительных коек оказались затруднены, а по ряду позиций и вообще невозможны в связи с несостоятельностью большинства положений штатных нормативов больничных учреждений (подразделений).

В целях совершенствования текущего планирования объема медицинской помощи и численности медицинских работников необходимо:

- своевременное обеспечение организаторов здравоохранения доступной статистической информацией;
- исключение противоречий по нормам времени на посещение, указанных в ТППГ, с данными ведомственного приказа и противоречий по перечню профилей медицинской помощи, приведенных в ТППГ, и данных государственной статистики;
- пересмотр нормативно-правовой базы по труду больничных учреждений.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

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

E-mail: vschipova@yandex.ru

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

Щепин Владимир Олегович (Vladimir O. Shchepin) – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», Москва, Российская Федерация

E-mail: shchepin131@mail.ru

<http://orcid.org/0000-0002-0657-7623>

ЛИТЕРАТУРА

1. Шипова В.М. Штатное обеспечение гарантированного объема бесплатной амбулаторно-поликлинической медицинской помощи // Заместитель главного врача. 2008. № 7. С. 17–34.

2. Шипова В.М. Современное состояние планирования объема деятельности и нормирования труда медицинских работ-

ников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях // Заместитель главного врача. 2014. № 7. С. 25–34.

3. Шипова В.М., Воронцов Т.Н. Планово-нормативные и финансовые показатели первичной медико-санитарной помощи

в амбулаторных условиях на 2015 г. // Заместитель главного врача. 2015. № 3. С. 16–27.

4. Шипова В.М., Воронцов Т.Н. Планово-нормативные и финансовые показатели медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров на 2015 г. // Заместитель главного врача. 2015. № 4. С. 16–26.

5. Шипова В.М. Современные планово-нормативные и финансовые показатели деятельности медицинских организаций. Статистическая обеспеченность и нормы труда // Бизнес-энциклопедия «Медицинский менеджмент». Санкт-Петербург : Бонниер Бизнес Пресс, 2015.

6. Шипова В.М. Государственные гарантии медицинской помощи на 2016 г. // Заместитель главного врача. 2016. № 3. С. 6–9.

7. Черкасов С.Н., Шипова В.М., Берсенева Е.А. и др. Современные методические подходы к планированию объемов медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 4. С. 95–109.

8. Хабриев Р.У., Шипова В.М., Маличенко В.С. Государственные гарантии медицинской помощи. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. 232 с.

9. Габуева Л.А., Павлова Н.Ф., Шипова В.М., Зубарева Н.Н. Медико-демографические вызовы для планирования первичной и специализированной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на 2020–2022 гг. в Российской Федерации // Финансовая экономика. 2020. № 3. С. 342–347.

10. Щепин В.О., Шипова В.М., Миргородская О.В. Государственные гарантии медицинской помощи и нормы труда в здравоохранении // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2021. № 2. С. 26–35.

11. Шипова В.М., Щепин В.О., Корецкий С.Н. Задачи нормирования труда в рамках реализации оказания гарантированной государством медицинской помощи населению Российской Федерации в 2022 г. (часть 1) // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2022. Т. 8, № 1. С. 130–140.

12. Шипова В.М., Щепин В.О., Корецкий С.Н. Задачи нормирования труда в рамках реализации оказания гарантированной государством медицинской помощи населению Российской Федерации в 2022 г. (часть 2) // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2022. Т. 8, № 2. С. 94–107.

13. Щепин В.О., Шипова В.М. Плановый объем работы, как составляющая системы нормирования труда // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2023. Т. 9, № 2. С. 38–55.

14. Организация и технология нормирования труда в здравоохранении / В.М. Шипова ; под ред. Р.У. Хабриева. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 88–111.

15. Современные проблемы планирования численности медицинских работников больничных учреждений / В.М. Шипова ; под ред. Р.У. Хабриева. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 96 с.

16. Шипова В.М. Штатное обеспечение медицинской организации при разных режимах работы в 2016 году // Заместитель главного врача. 2015. № 12 (115). С. 28–34.

17. Хабриев Р.У., Шипова В.М., Гаджиева С.М. Комментарии к нормам труда в здравоохранении. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. С. 13–14.

18. Шипова В.М. Как рассчитать численность должностей в круглосуточной КДЛ // Справочник заведующего КДЛ. 2019. № 6. С. 71–74.

19. Хабриев Р.У., Шипова В.М., Берсенева Е.А. Комментарии к нормам труда в здравоохранении: новые приказы – старые проблемы. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. С. 27–30.

20. Шипова В.М., Берсенева Е.А., Михайлов Д.Ю. Актуальные вопросы планирования численности должностей при разных режимах работы: учебное пособие. Москва : Светлица, 2020. 144 с.

21. Шипова В.М., Берсенева Е.А. Средние и младшие медицинские работники: нормативы численности, методики расчетов / под ред. Р.У. Хабриева. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. С. 64–68.

22. Шипова В. Как определить численность должностей для круглосуточной работы // Экономика ЛПУ в вопросах и ответах. 2021. № 4. С. 20–26.

23. Хабриев Р.У., Шипова В.М., Гаджиева С.М. Комментарии к нормам труда в здравоохранении. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. С. 42–45.

24. Шипова В.М., Юркин Ю.Ю., Каторгина А.М. Современные проблемы нормирования труда медицинских работников вспомогательной лечебно-диагностической службы. Москва : Перо, 2014. 196 с.

REFERENCES

1. Shipova V.M. Staff provision of a guaranteed volume of free outpatient medical care. Zamestitel' glavnogo vracha [Deputy Chief Physician]. 2008; (7): 17–34. (in Russian)

2. Shipova V.M. The current state of planning the volume of activity and rationing the work of medical workers providing primary health care in outpatient settings. Zamestitel' glavnogo vracha [Deputy Chief Physician]. 2014; (7): 25–34. (in Russian)

3. Shipova V.M., Vorontsov T.N. Planned, normative and financial indicators of primary health care in outpatient settings for 2015. Zamestitel' glavnogo vracha [Deputy Chief Physician]. 2015; 3: 16–27. (in Russian)

4. Shipova V.M., Vorontsov T.N. Planned, normative and financial indicators of medical care in inpatient settings and in day hospitals for 2015. Zamestitel' glavnogo vracha [Deputy Chief Physician]. 2015; (4): 16–26. (in Russian)

5. Shipova V.M. Modern planning, normative and financial indicators of the activities of medical organizations. Statistical provision and labor standards. In: Business encyclopedia «Medical Management». Saint Petersburg: Bonnier Business Press, 2015. (in Russian)

6. Shipova V.M. State guarantees of medical care for 2016. Zamestitel' glavnogo vracha [Deputy Chief Physician]. 2016; (3): 6–9. (in Russian)

7. Cherkasov S.N., Shipova V.M., Berseneva E.A., et al. Modern methodological approaches to planning the volume of medical care. Byulleten' natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko [Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko]. 2016; (4): 95–109. (in Russian)

8. Khabriev R.U., Shipova V.M., Malichenko V.S. State guarantees of medical care. Moscow: GEOTAR-Media, 2017. 232 p. (in Russian)

9. Gabueva L.A., Pavlova N.F., Shipova V.M., Zubareva N.N. Medical and demographic challenges for planning primary and specialized health care within the framework of the state guarantees program for 2020-2022 in the Russian Federation. Finansovaya ekonomika [Financial Economics]. 2020; (3): 342–7. (in Russian)

10. Shchepin V.O., Shipova V.M., Mirgorodskaya O.V. State guarantees of medical care and labor standards in healthcare. Byulleten' natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko [Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko]. 2021; (2): 26–35. (in Russian)

11. Shipova V.M., Shchepin V.O., Koretsky S.N. Tasks of labor regulation in the framework of the implementation of the provision of state-guaranteed medical care to the population of the Russian Federation in 2022 (part 1). ORGZDRAV: novosti, mneniya,

obuchenie. Vestnik VShOUZ [ORGZDRAP: News, Opinions, Training, Bulletin of VShOUZ]. 2022; 8 (1): 130–40. (in Russian)

12. Shipova V.M., Shchepin V.O., Koretsky S.N. Tasks of labor regulation in the framework of the implementation of the provision of state-guaranteed medical care to the population of the Russian Federation in 2022 (part 2). ORGZDRAP: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VShOUZ [ORGZDRAP: News, Opinions, Training, Bulletin of VShOUZ]. 2022; 8 (2): 94–107. (in Russian)

13. Shchepin V.O., Shipova V.M. Planned volume of work as a component of the labor regulation system. ORGZDRAP: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VShOUZ [ORGZDRAP: News, Opinions, Training, Bulletin of VShOUZ]. 2023; 9 (2): 38–55. (in Russian)

14. Organization and technology of labor regulation in healthcare. In: V.M. Shipova; R.U. Khabriev (ed.). Moscow: GEOTAR-Media, 2018: 88–111. (in Russian)

15. Modern problems of planning the number of medical workers in hospital institutions. In: V.M. Shipova; R.U. Khabriev (ed.). Moscow: GEOTAR-Media, 2019: 96 p. (in Russian)

16. Shipova V.M. Staffing of a medical organization under different operating modes in 2016. Zamestitel' glavnogo vracha [Deputy Chief Physician]. 2015; 12 (115): 28–34. (in Russian)

17. Khabriev R.U., Shipova V.M., Gadzhieva S.M. Comments on labor standards in healthcare. Moscow: GEOTAR-Media, 2017: 13–4. (in Russian)

18. Shipova V.M. How to calculate the number of positions in a 24-hour clinical diagnostic laboratory. Spravochnik zaveduyushchego KDL [Directory of Head of the CDL]. 2019; 6: 71–4. (in Russian)

19. Khabriev R.U., Shipova V.M., Berseneva E.A. Comments on labor standards in healthcare: new orders-old problems. Moscow: GEOTAR-Media, 2019: 27–30. (in Russian)

20. Shipova V.M., Berseneva E.A., Mikhaylov D.Yu. Actual issues of planning the number of positions under different working modes: a tutorial. Moscow: Svetlitsa, 2020: 144 p. (in Russian)

21. Shipova V.M., Berseneva E.A. Middle and junior medical workers: headcount standards, calculation methods. In: R.U. Khabriev (ed.). Moscow: GEOTAR-Media, 2020: 64–8. (in Russian)

22. Shipova V. How to determine the number of positions for round-the-clock work. Ekonomika LPU v voprosakh i otvetakh [Economics of Health Care Facilities in Questions and Answers]. 2021; (4): 20–6. (in Russian)

23. Khabriev R.U., Shipova V.M., Gadzhieva S.M. Comments on labor standards in healthcare. Moscow: GEOTAR-Media, 2017: 42–5. (in Russian)

24. Shipova V.M., Yurkin Yu.Yu., Katorgina A.M. Modern problems of labor standardization for medical workers in auxiliary treatment and diagnostic services. Moscow: Pero, 2014: 196 p. (in Russian)

Влияние структуры амбулаторных посещений с профилактической целью территориальной программы ОМС на финансирование и эффективность профилактических мероприятий (на примере Нижегородской области)

Переслегина И.А.,
Ермолова С.И.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области, 603006, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Резюме

Один из механизмов совершенствования системы планирования и оплаты профилактических мероприятий – детализация структуры амбулаторных посещений с профилактической целью и введение финансовых нормативов стоимости единицы профилактических мероприятий вне подушевого норматива финансирования. Статья посвящена анализу системы планирования профилактических мероприятий во взаимосвязи с объемом их выполнения, финансированием и эффективностью на современном этапе развития сферы обязательного медицинского страхования (ОМС) на примере территориальной программы ОМС Нижегородской области. Используются нормативы объема профилактического медицинского осмотра, диспансеризации отдельных категорий граждан и диспансерного наблюдения застрахованных лиц Нижегородской области, а также финансовые нормативы стоимости единицы объема профилактических мероприятий с 2013 по 2024 г., утвержденные соответствующими постановлениями Правительства Нижегородской области; показатели фактического исполнения медицинскими организациями профилактических мероприятий, их финансового обеспечения во взаимосвязи с показателями их эффективности. Показано, что планирование профилактических мероприятий по пути декомпозиции структуры амбулаторных посещений способствует увеличению объемов выполняемых медицинскими организациями профилактических мероприятий, их финансирования, положительно влияет на демографию

ческие показатели в онкологической сфере, повышает эффективность диспансерного наблюдения. Сделан вывод о целесообразности такой системы с выделением объемных и финансовых нормативов на взрослое и детское население.

Ключевые слова:

территориальная программа обязательного медицинского страхования; детализация (декомпозиция) структуры амбулаторных посещений с профилактической целью; доступность и эффективность профилактических мероприятий

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Разработка концепции, формирование идеи, формулировка ключевых целей и задач, анализ и интерпретация полученных данных, утверждение окончательного варианта статьи – Переслегина И.А.; подготовка и редактирование текста, написание черного варианта статьи, участие в научном дизайне, подготовка статистических данных для анализа – Ермолова С.И.

Для цитирования: Переслегина И.А., Ермолова С.И. Влияние структуры амбулаторных посещений с профилактической целью территориальной программы ОМС на финансирование и эффективность профилактических мероприятий (на примере Нижегородской области) // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2024. Т. 10, № 3. С. 28–38. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-3-28-38>

Статья поступила в редакцию 20.11.2023. Принята в печать 30.08.2024.

The impact of outpatient visit structure for preventive purposes of the territorial compulsory medical insurance program on the financing and efficiency of preventive measures (on the example of the Nizhny Novgorod region)

*Pereslegina I.A.,
Ermolova S.I.* Territorial Compulsory Medical Insurance Fund of the Nizhny Novgorod region, 603006, Nizhny Novgorod, Russian Federation

Abstract

One of the mechanisms for improving the system of planning and payment for preventive measures is the detailing of the structure of outpatient visits for preventive purposes and the introduction of financial standards for the cost of a unit of preventive measures outside the per capita funding standard. The article is devoted to an analysis of the system for planning preventive measures in relation to the volume of their implementation, financing and efficiency at the present stage of development of the compulsory health insurance sector using the example of the territorial compulsory health insurance program of the Nizhny Novgorod region. Indicators of the standard volume of preventive medical examination, clinical examination of certain categories of citizens and clinical observation of insured persons in the Nizhny Novgorod region, as well as financial standards for the cost of a unit of volume of preventive measures for the period from 2013 to 2024, approved by the relevant resolutions of the Government of the Nizhny Novgorod region, were used; indicators of actual implementation of preventive measures by medical organizations, their financial support in conjunction with indicators of their effectiveness. It has been shown that planning preventive measures by decomposing the structure of outpatient

visits helps to increase the volume of preventive measures performed by medical organizations, their financing, has a positive effect on demographic indicators in the oncological field, and increases the efficiency of dispensary observation. A conclusion is drawn about the feasibility of such a system, highlighting volume and financial standards for the adult and child population.

Keywords:

territorial compulsory health insurance program; detailing (decomposition) of the structure of outpatient visits for preventive purposes; accessibility and effectiveness of preventive measures

Funding. The study had no sponsor support.

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

Contribution. Development of the concept, formation of the idea, formulation of key goals and objectives, analysis and interpretation of the data obtained, approval of the final version of the article – Pereslegina I.A.; preparation and editing of text, writing a draft version of the article, participation in scientific design, preparation of statistical data for analysis – Ermolova S.I.

For citation: Pereslegina I.A., Ermolova S.I. The impact of outpatient visit structure for preventive purposes of the territorial compulsory medical insurance program on the financing and efficiency of preventive measures (on the example of the Nizhny Novgorod region). *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]*. 2024; 10 (3): 28–38. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-3-28-38> (in Russian)

Received 20.11.2023. **Accepted** 30.08.2024.

Приоритет профилактики в сфере здравоохранения закреплен Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ как основной принцип здравоохранения в России. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению Российской Федерации реализуется через систему обязательного медицинского страхования (ОМС), где в настоящее время сосредоточено свыше 80% средств финансирования.

Один из механизмов совершенствования системы планирования и оплаты профилактических мероприятий – детализация структуры амбулаторных посещений с профилактической целью и введение финансовых нормативов стоимости единицы профилактических мероприятий вне подушевого норматива финансирования. Однако эффективность использования такого механизма изучена недостаточно.

Цель исследования – провести анализ системы планирования профилактических мероприятий во взаимосвязи с объемом их выполнения, финансированием и эффективностью на

современном этапе развития сферы ОМС на примере территориальной программы ОМС Нижегородской области (НО).

Для достижения цели были поставлены **задачи** по проведению анализа структуры амбулаторных посещений с профилактической целью территориальной программы ОМС НО за 2013–2024 гг.; оценке влияния детализации нормативов профилактических мероприятий на их объем и финансирование в медицинских организациях; выявлению взаимосвязи между детализацией нормативов профилактических мероприятий, их доступностью и эффективностью.

Материал и методы

Использованы показатели норматива объема медицинской помощи и финансовые нормативы стоимости единицы медицинской помощи территориальной программы ОМС Нижегородской области (далее – ТПОМС НО) с 2013 по 2024 г. из постановлений Правительства Нижегородской области о программе государственных гарантий бесплатного оказания населению НО

медицинской помощи на соответствующие годы; формы федерального статистического наблюдения № 14-Ф (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС медицинскими организациями», № 62 «Сведения о реализации программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи»; ресурс Федерального фонда обязательного медицинского страхования УСОИ «Диспансерное наблюдение (терапевт)» (раздел 031 «Диспансеризация»); статистические материалы ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России, статистические справочники по состоянию онкологической помощи населению России в 2013–2022 гг. под редакцией А.Д. Каприна и соавт.

Единицы наблюдения: нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо (далее – ЗЛ) – комплексные посещения и финансовые нормативы стоимости единицы медицинской помощи при проведении профилактического медицинского осмотра (далее – ПМО), диспансеризации отдельных категорий граждан (далее – диспансеризация) и диспансерного наблюдения (далее – ДН); показатели эффективности профилактических мероприятий в области онкологии – доля выявления злокачественных новообразований (далее – ЗНО) на I и II стадиях, доля активного выявления ЗНО, годичная летальность. Для оценки эффективности ДН использованы частота вызовов скорой помощи и частота госпитализации по основному заболеванию на 100 ЗЛ, находящихся под диспансерным наблюдением на участке врача-терапевта участкового.

Статистическая обработка данных выполнена с использованием программы SPSS Statistics 26. Корреляционный анализ проведен с определением коэффициента корреляции Спирмена (r). При оценке силы связи коэффициентов корреляции использована шкала Чеддока. Статистически значимой считали корреляционную связь при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

Для развития профилактического направления в сфере ОМС используется механизм деком-

позиции амбулаторных посещений с профилактической целью. Характеристика этой тенденции в НО представлена в табл. 1.

На первом и втором этапах развития сферы ОМС (1991–1998, 1999–2010 гг.) профилактические мероприятия предусматривались в рамках общего объема амбулаторно-поликлинических посещений. На третьем этапе развития (2011 г. – по настоящее время), а именно в 2013 г., выделен норматив медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью, в который были погружены посещения центров здоровья и посещения в связи с диспансеризацией. Такое планирование сохранялось с 2013 по 2018 г.

С 2019 г. объемы ПМО и диспансеризации выделены из общего объема посещений с профилактической целью. Предусмотрены также отдельные финансовые нормативы. Последующие изменения объемов несут отпечаток ограничений во время пандемии новой коронавирусной инфекции: в 2020 г. норматив объема ПМО был снижен практически на 60% (с 0,630 до 0,2535). С 2021 г. он начал постепенно увеличиваться и в 2024 г. составил 0,311412 (увеличение по сравнению с 2020 г. в 1,23 раза). В отличие от ПМО, объемный норматив диспансеризации увеличивался ежегодно и в 2024 г. составил 0,388591 посещений на 1 ЗЛ, что в 2,4 раза выше показателя 2019 г. (0,181).

Финансовые нормативы обоих видов профилактических мероприятий с 2019 г. имели стойкую положительную динамику, и к 2024 г. степень увеличения относительно 2019 г. составила 2,3 раза (ПМО – с 983,7 до 2249,2 руб.; диспансеризация – с 2048,7 до 2746,1 руб.).

С 2023 г. введен норматив объема и финансовый норматив ДН. Однако в соответствии с письмом Минздрава России «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023–2025 годы» данный норматив был предусмотрен только на взрослое население [1].

В 2024 г. ситуация с планированием ДН практически не изменилась. В соответствии с Постановлением Правительства Российской

Таблица 1. Динамика изменений норматива объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью, на 1 застрахованного и финансового норматива стоимости единицы медицинской помощи

Постановления Правительства Нижегородской области о програм- ме государствен- ных гарантий ока- зания бесплатной медицинской по- мощи населению Нижегородской области	Объем амбулатор- ной медицинской по- мощи	МП в амбулаторных условиях, оказываемая с профилактиче- ской целью (включая посещения ЦЗ, посещения в связи с диспан- серизацией, с иными целями)		профилактические ме- дицинские осмотры		диспансеризация		Диспансерное наблю- дение	
		посещений на 1 застрахован- ного	финансовый норматив стои- мости единицы МП, руб.	комплекс- ных посе- щений на 1 за- страхован- ного	финан- совый норматив стоимости единицы МП, руб.	комплекс- ных посе- щений на 1 за- страхован- ного	финан- совый норматив стоимости единицы МП, руб.	диспан- серное на- блюдение (комплекс- ных посе- щений)	финан- совый норматив стоимости единицы МП, руб.
От 23.04.1999 № 96 (на 1999 г.)	8,173	x	x	x	x	x	x	x	x
От 25.12.2012 № 952 (на 2013 г.)	x	2,405	270,11	x	x	x	x	x	x
От 24.12.2013 № 985 (на 2014 г.)	x	2,868	337,2	x	x	x	x	x	x
От 23.12.2014 № 928 (на 2015 г.)	x	2,300	359,8	x	x	x	x	x	x
От 22.12.2015 № 858 (на 2016 г.)	x	2,35	374,6	x	x	x	x	x	x
От 19.12.2016 № 866 (на 2017 г.)	x	2,35	380,3	x	x	x	x	x	x
От 22.12.2017 № 930 (на 2018 г.)	x	2,35	456,3	x	x	x	x	x	x

Окончание таб. 1

Постановления Правительства Нижегородской области о програм- ме государствен- ных гарантий ока- зания бесплатной медицинской по- мощи населению Нижегородской области	Объем амбулаторно- поликлинической по- мощи	МП в амбулаторных условиях, оказываемая с профилактиче- ской целью (включая посещения ЦЗ, посещения в связи с диспан- серизацией, с иными целями)		профилактические ме- дицинские осмотры		диспансеризация		Диспансерное наблю- дение	
		посещений на 1 застрахован- ного	финансовый норматив стои- мости единицы МП, руб.	комплекс- ных посе- щений на 1 за- страхован- ного	финан- совый норматив стоимости единицы МП, руб.	комплекс- ных посе- щений на 1 за- страхован- ного	финан- совый норматив стоимости единицы МП, руб.	диспан- серное на- блюдение (комплекс- ных посе- щений)	финан- совый норматив стоимости единицы МП, руб.
От 28.12.2018 № 914 (на 2019 г.)	x	2,88	477,6	0,630	983,7	0,160	1190,3	x	x
От 27.12.2019 № 1020 (на 2020 г.)	x	2,93	495,1	0,2535	1789,3	0,181	2056,9	x	x
От 23.12.2020 № 1086 (на 2021 г.)	x	2,93	579,3	0,26	1904,1	0,19	2188,8	x	x
От 29.12.2021 № 1243 (на 2022 г.)	x	2,93	682,5	0,272	2024,0	0,263 ¹	2502,5	x	x
От 29.12.2022 № 1160 (на 2023 г.)	x	2,730267	810,0	0,26559	2059,7	0,331413 ¹	2517,2	0,261736	1273,7
От 22.12.2023 № 1096 (на 2024 г.)	x	x	x	0,311412	2 249,2	0,388591 ²	2 746,1	0,261736 ³	2 238,8

Примечание. МП – медицинская помощь; ЦЗ – центры здоровья; ¹ – в рамках диспансеризации предусмотрена углубленная диспансеризация; ² – в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации предусмотрена углубленная диспансеризация + диспансеризация лиц репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья; ³ – в рамках диспансерного наблюдения (ДН) предусмотрены нормативы ДН по поводу онкологических заболеваний, сахарного диабета, болезни системы кровообращения, ДН работающих граждан.

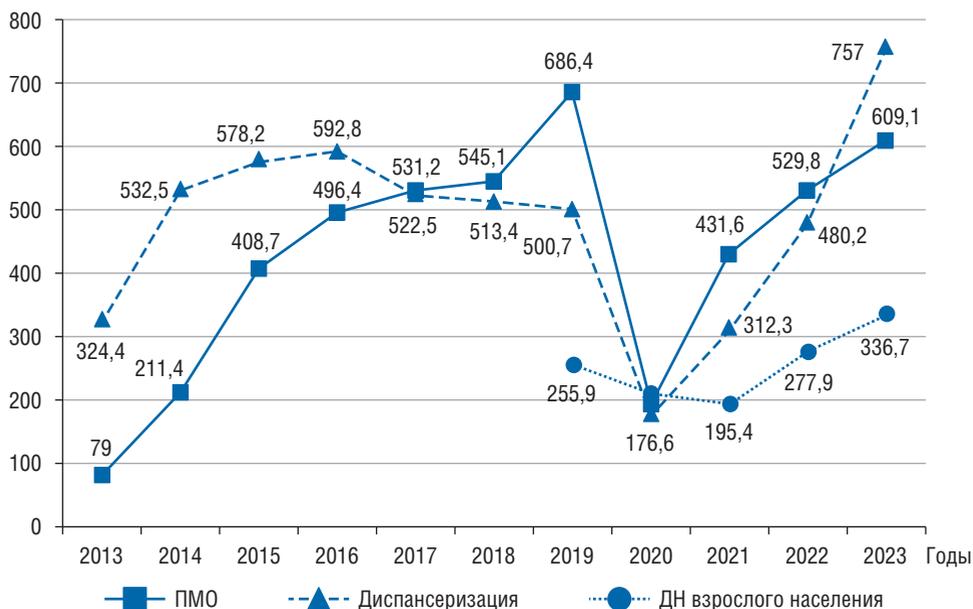


Рис. 1. Выполненные объемы профилактических мероприятий (тыс. посещений)

Здесь на рис. 2: ПМО – профилактические медицинские осмотры; ДН – диспансерное наблюдение.

Федерации от 28.12.2023 № 2353 [2] норматив объема ДН запланирован аналогичным показателю 2023 г. (0,261736), финансовый норматив стоимости единицы медицинской помощи – 2229,9 руб., что на 75,8% выше норматива 2023 г. Норматив объема медицинской помощи по ДН включает в себя объемы медицинской помощи взрослому населению. Предусмотрен также норматив ДН детей, но только тех, кто проживает в организациях социального обслуживания, предоставляющих социальные услуги в стационарной форме (рекомендуется не менее 0,000157). Выделенные нормативы ДН в НО коснутся 1814 детей из общего количества детей – 603 430 человек. Для остальных детей объем медицинской помощи по ДН включен, как и ранее, в норматив объема медицинской помощи по обращениям в связи с заболеваниями с оплатой из подушевого норматива финансирования.

В 2024 г. выделены отдельные нормативы для оценки репродуктивного здоровья, ДН пациентов с онкологическими заболеваниями, сахар-

ным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями (далее – ССЗ), ДН работающих граждан. В то же время объемный и финансовый норматив для амбулаторных посещений с профилактической целью в целом не запланирован.

Таким образом, планирование профилактических мероприятий в рамках ТПОМС НО развивается по пути декомпозиции амбулаторных посещений с профилактической целью с выделением объемных и финансовых нормативов на отдельные профилактические мероприятия и отдельные группы заболеваний.

Теперь обратимся к анализу объемов выполнения профилактических мероприятий медицинскими организациями, результаты которого представлены на рис. 1. Введение отдельного норматива объема ПМО в 2019 г. ожидаемо дало всплеск охвата населения данным профилактическим мероприятием. Объем выполненной диспансеризации при этом не изменился, что может быть связано со смещением внимания в сторону выполнения ПМО, входящего в том числе в состав диспансеризации. После пан-

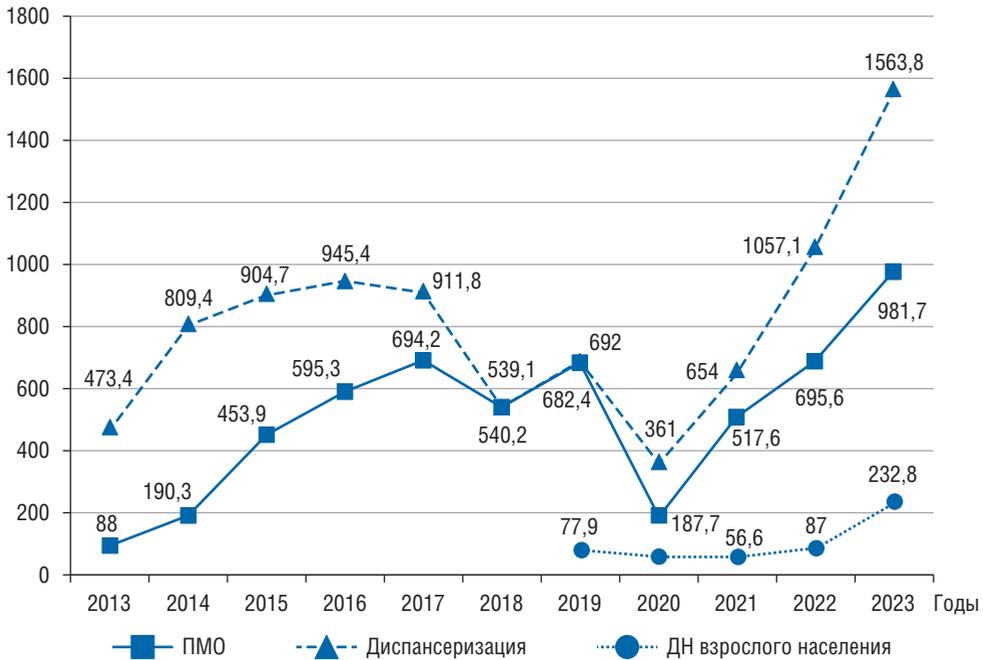


Рис. 2. Финансирование профилактических мероприятий (млн руб.) (факт)

демических ограничений охват населения ПМО и диспансеризацией с 2021 г. динамично увеличивался. При этом объем ПМО в 2023 г. составил 609,1 тыс. посещений, что в 3,2 раза выше показателя 2020 г. (192,6 тыс.); объем диспансеризации за этот же период увеличился в 4,3 раза и составил 757,0 тыс. посещений (2020 г. – 176,6 тыс.). Показатель выполненного объема ДН в 2023 г. по сравнению с 2020 г. увеличился в 1,6 раза (336,7 и 211,2 тыс. посещений соответственно).

Финансовое обеспечение профилактических мероприятий представлено на рис. 2. Видно, что в 2023 г. медицинские организации за проведение ПМО получили в 5,2 раза больше средств, чем в 2020 г. (981,7 и 187,7 млн руб. соответственно), за проведение диспансеризации – в 4,3 раза больше (1563,8 и 361,0 млн руб. соответственно), за ДН – в 4,1 раза больше (232,8 и 56,4 млн руб. соответственно). Следует обратить внимание, что объемы финансирования ДН за 2019–2022 гг. в среднем составляли около 70 млн руб. После выделения оплаты ДН из под-

ушевого норматива в 2023 г. объем финансирования резко увеличился, и рост по сравнению с 2022 г. составил 2,7 раза.

Сообразуясь с приведенными данными, можно заключить, что детализация структуры амбулаторных посещений с профилактической целью в большей степени отразилась на финансировании медицинских организаций по сравнению с выполненным объемом. Положительный эффект оплаты профилактических мероприятий сверх подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической помощи (АПП) на их объемы отмечен и другими авторами [3].

Выделение нормативов на ДН только для взрослых способствовало смещению потока финансовых средств на АПП взрослому населению. В ТПОМС НО в 2023 г. на все виды профилактических мероприятий было предусмотрено 5,3 млрд руб. При этом ДН взрослого населения занимало 20% объемов финансирования всех профилактических мероприятий, а ДН детского населения осталось погруженным в подушевое финансирование. В результате при росте средств

Таблица 2. План финансирования амбулаторно-поликлинической помощи Нижегородской области, в тыс. руб.

Показатель	Год			Изменения	
	2022	2023	2024	2023/ 2022, %	2024/ 2022, %
АПП без профилактических мероприятий всего, в том числе:	12 962 210,7	13 365 451,7	14 342 767,4	103,1	107,3
амбулаторная помощь взрослым	10 435 875,8	10 751 169,3	11 537 322,1	103,0	107,3
амбулаторная помощь детям	2 526 334,9	2 614 282,4	2 805 445,3	103,5	107,3
Профмероприятия взрослого населения	2 526 600,7	4 185 238,7	5 941 546,4	166,0	142,0
Профмероприятия детского населения	1 175 983,9	1 154 046,3	1 33 6936,2	98,1	115,8
Итого на АПП взрослого населения, включая профмероприятия	12 957 476,6	14 936 408,1	17 478 868,5	115,3	117,0
Итого на АПП детского населения, включая профмероприятия	3 702 318,7	3 768 328,6	4 142 381,5	101,8	109,9

Примечания. АПП – амбулаторно-поликлиническая помощь; профмероприятия – профилактический медицинский осмотр, диспансеризация, диспансерное наблюдение.

ОМС на амбулаторно-поликлиническое направление в 2023 г. в среднем на 12,3% относительно 2022 г. основной поток финансовых средств пришелся на взрослое население (табл. 2).

Видно, что финансирование АПП в 2023 г. взрослого населения НО по сравнению с 2022 г. увеличилось на 15,3%, у детей – только на 1,8%. При планировании на 2024 г. это различие сохранилось, хотя его размер удалось сократить за счет увеличения объемов ПМО детского населения.

При фактически равном увеличении объема ДН у взрослых и детей в 2023 г. по сравнению с 2022 г. медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь взрослому населению, получили за ДН практически **в 2,4 раза больше средств**, чем за 2022 г., в то же время у детей объемы финансирования ДН в 2023 г. увеличились только **на 43%** (табл. 3).

Вышесказанное свидетельствует о целесообразности выделения нормативов ДН не только для взрослого, но и для детского населения.

Социально-экономическая эффективность профилактики хронических неинфекционных заболеваний известна [4]. В НО степень влияния профилактических мероприятий на демографические показатели характеризуется высокой пря-

мой корреляционной связью между объемом ПМО и диспансеризации, с одной стороны, и частотой выявления ЗНО на I и II стадиях заболевания ($p=0,9$; $p<0,01$), а также с активным выявлением ЗНО ($p=0,71$; $p>0,05$), с другой. Активное выявление ЗНО на ранних стадиях с 2018 по 2022 г. выросло практически на 7% (с 76,0 до 81,3% соответственно); годовичная летальность снизилась на 15,5% (с 20,0 до 16,9% соответственно). Эффективность ДН за 2023 г. по сравнению с 2022 г. характеризуется снижением частоты вызовов скорой помощи практически в 3 раза (с 16,5 до 5,3), частоты госпитализаций по поводу обострения основного заболевания – на 29,5% (с 8,58 до 6,05) в расчете на 100 ЗЛ, состоящих под ДН на участке врача-терапевта участкового.

Как указывалось выше (см. табл. 1), в 2024 г. впервые выделены нормативы ДН для отдельных заболеваний, в том числе для сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Это позволило точно рассчитать количество пациентов, имеющих диагнозы, требующие ДН только у врача-кардиолога [5]. По итогам 2023 г. только 62% пациентов НО от подлежащих находились под ДН у врача-кардиолога, что связано с недостаточной обеспеченностью региона данными специалистами:

Таблица 3. Сравнительные показатели по диспансерному наблюдению медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь взрослому и детскому населению (факт)

Категория	Объемы, тыс. посещений			Финансирование, млн руб.		
	2022	2023	2023/2022 ×100	2022	2023	2023/2022 ×100
Взрослые	277,9	336,7	1,21	87,0	232,8	267,6
Дети	25,7	32,8	1,28	7,4	10,6	143,2

обеспеченность врачами-кардиологами в НО на 21% ниже среднего показателя по РФ (0,83 и 1,05 на 10 тыс. населения соответственно) [6]. Известно, что дефицит врачей-кардиологов критичен для достижения устойчивого темпа снижения смертности от ССЗ [7]. Поэтому детализация норматива объема ДН с учетом имеющихся ресурсов позволила оптимально распределить объемы между медицинскими организациями и недостающие объемы у врача-кардиолога на уровне первичного звена передать медицинской организации 3-го уровня ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 5 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода» [8]. Учитывая приоритетную роль получения помощи при ССЗ у врача-кардиолога [9], усовершенствование планирования ДН позволит повысить не только его доступность, но и качество оказания медицинской помощи.

Заключение

Планирование профилактических мероприятий в рамках ТПОМС НО, реализуемой в соответствии с едиными требованиями базовой программы ОМС, развивается по пути декомпозиции амбулаторных посещений с профилактической

целью с выделением объемных и финансовых нормативов на отдельные профилактические мероприятия и отдельные группы заболеваний.

Проведенный анализ свидетельствует в пользу такой системы. Положительным результатом этого, во-первых, является рост объемов выполняемой медицинской помощи, особенно объемов финансирования медицинских организаций. Во-вторых, повышается эффективность профилактических мероприятий в виде улучшения показателей по онкологии, снижения количества вызовов скорой помощи и уровня госпитализации пациентов, находящихся под ДН. Кроме того, детализация амбулаторных посещений с профилактической целью составляет основу более эффективного планирования профилактических мероприятий в разрезе медицинских организаций, повышая их доступность и качество для населения.

Вместе с тем необходимо отметить, что выделение нормативов только для взрослого населения может привести к дисбалансу финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, что свидетельствует о целесообразности детализации планирования профилактических мероприятий с выделением объемных и финансовых нормативов на взрослое и детское население.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Переслегина Ирина Александровна (Irina A. Pereslegina) – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по организации обязательного медицинского страхования ТФОМС Нижегородской области, Нижний Новгород, Российская Федерация

E-mail: pereslegina@tfoms52.ru

<https://orcid.org/0000-0002-4806-9061>

Ермолова Светлана Игоревна (Svetlana I. Ermolova) – директор ТФОМС Нижегородской области, Нижний Новгород, Российская Федерация

E-mail: ermolova.s.i@yandex.ru

<https://orcid.org/0009-0009-8012-0830>

ЛИТЕРАТУРА

1. Письмо Минздрава России от 30.01.2023 № 31-2/И/2-1287 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023–2025 годы».
2. Постановление Правительства РФ от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов».
3. Шелякин В.А., Худяев А.С., Третьяков Д.А., Ютяева Е.В. Инновационные подходы к оплате и учету случаев диспансерного наблюдения в системе ОМС Свердловской области // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. 2024. № 2. С. 16–20.
4. Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., Авдеев С.Н., Агальцов М.В., Александрова Л.М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022 // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022. Т. 21, № 4. С. 3235. DOI: <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235> EDN DNBVA.
5. Приказ Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».
6. Деев И.А., Кобякова О.С., Стародубов В.И., Александрова Г.А., Голубев Н.А., Латышова А.А. и др. Ресурсы и деятель-

ность медицинских организаций здравоохранения, 1 часть Медицинские кадры: статистические материалы. Москва : ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2024. 292 с. DOI: <https://doi.org/10.21045/978-5-94116-172-0-2024>

7. Виллевалде С.В., Звартау Н.Э., Яковлев А.Н., Соловьева А.Е., Неплюева Г.А., Зайцев В.В. и др. Ассоциации показателей обеспеченности квалифицированными кадрами и исходов при сердечно-сосудистых заболеваниях // Российский кардиологический журнал. 2020. Т. 25, № 4S. С. 4236. DOI: <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-4236>

8. Приказ Минздрава Нижегородской области от 30.01.2024 № 315-75/24П/од «О проведении диспансерного наблюдения взрослого населения Нижегородской области с хроническими неинфекционными заболеваниями в регионах Приволжского

9. Переслегина И.А., Карякин Н.Н., Большев А.С., Перевезенцев Е.А. Дифференцированный подход к формированию кадровой политики для управления показателем смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в регионах Приволжского Федерального округа // Социальные аспекты здоровья населения (электронный научный журнал). 2022. Т. 68, № 5. С. 12. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1423/30/lang,ru/> DOI: <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2022-68-5-12>

REFERENCES

1. Letter of the Ministry of Health of Russia dated January 30, 2023 No. 31-2/И/2-1287 «On the formation and economic justification of territorial programs of state guarantees of free medical care to citizens for 2023–2025». (in Russian)
2. Decree of the Government of the Russian Federation dated December 28, 2023 No. 2353 «On the Program of State Guarantees for the provision of free medical care to citizens for 2024 and the planning period of 2025 and 2026». (in Russian)
3. Shelyakin V.A., Khudyaev A.S., Tretyakov D.A., Yutyayeva E.V. Innovative approaches to payment and recording of cases of dispensary observation in the compulsory medical insurance system of the Sverdlovsk region. *Obyazatel'noe meditsinskoe strakhovanie v Rossiyskoy Federatsii* [Compulsory medical insurance in the Russian Federation]. 2024; (2): 16–20. (in Russian)
4. Drapkina O.M., Kontsevaya A.V., Kalinina A.M., Avdeev S.N., Agal'tsov M.V., Alexandrova L.M., et al. Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. 2022 National guidelines. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular Therapy and Prevention]. 2022; 21 (4): 3235. DOI: <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3235> EDN DNBVA. (in Russian)
5. Order of the Ministry of Health of Russia dated March 15, 2022 No. 168n «On approval of the procedure for conducting dispensary observation of adults». (in Russian)

6. Deev I.A., Kobayakova O.S., Starodubov V.I., Aleksandrova G.A., Golubev N.A., Lатышова А.А., et al. Resources and activities of medical healthcare organizations, part 1 Medical personnel: statistical materials. Moscow: FGBU «TsNIIOIz» Minzdrava Rossii, 2024. 292 p. DOI: <https://doi.org/10.21045/978-5-94116-172-0-2024> (in Russian)

7. Villevalde S.V., Zvartau N.E., Yakovlev A.N., Solov'ova A.E., Neplyueva G.A., Zaytsev V.V., et al. Associations of indicators of provision with qualified personnel and outcomes in cardiovascular diseases. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal* [Russian Journal of Cardiology]. 2020; (25): 4236. DOI: <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-4236> (in Russian)

8. Order of the Ministry of Health of the Nizhny Novgorod Region dated January 30, 2024 No. 315-75/24P/od «On conducting dispensary observation of the adult population of the Nizhny Novgorod Region with chronic non-infectious diseases for 2024». (in Russian)

9. Pereslegina I.A., Karyakin N.N., Bol'shev A.S., Perevezentsev E.A. A differentiated approach to the formation of personnel policy to manage the mortality rate from cardiovascular diseases in the regions of the Volga Federal District. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya (elektronnyy nauchnyy zhurnal)* [Social Aspects of Public Health (electronic scientific journal)]. 2022; 68 (5): 12. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1423/30/lang,ru/> DOI: <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2022-68-5-12> (in Russian)

Планирование ординаторами, обучающимися по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», мероприятий по профессиональному саморазвитию и карьерному росту

Трегубов В.Н.

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

Резюме

Актуальность. Обоснование направлений по совершенствованию профессионального уровня подготовки специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья, начиная с их обучения в ординатуре и на протяжении всей трудовой деятельности, является важной задачей медицинского образования.

Цель – обобщить опыт кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко (ОЗЗ им. Н.А. Семашко) Сеченовского Университета по совершенствованию образовательного процесса с ординаторами посредством оформления ими календарных планов профессионального саморазвития и карьерного роста.

Материал и методы. Для достижения цели исследования использовали аналитический, логический, монографический и социологический метод. В качестве первичных материалов исследования с 2018 по 2024 г. были проанализированы планирующие, отчетные и учебно-методические документы на кафедре ОЗЗ им. Н.А. Семашко, используемые при подготовке ординаторов по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье». К анкетному опросу было привлечено 20 ординаторов, обучающихся в 2024 г. на кафедре ОЗЗ им. Н.А. Семашко.

Результаты. Установлено, что календарный план профессионального саморазвития и карьерного роста ординаторам целесообразно разрабатывать в первом семестре на весь период обучения и на последующие 5 лет после трудоустройства в медицинскую организацию. В данном плане необходимо отра-

жать мероприятия по обучению и профессиональному воспитанию специалиста, проведению им научной работы, подготовке и прохождению различных видов аккредитации и аттестации на получение квалификационной категории, мероприятия по трудоустройству, ориентировочные сроки работы на различных должностях и т.д.

Заключение. Составление календарного плана профессионального саморазвития и карьерного роста ординаторами, обучающимися по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье», обеспечивает наглядность в освоении программы подготовки и построении траектории карьерного роста в медицинской организации.

Ключевые слова:

планирование; календарный план; саморазвитие; карьерный рост; организация здравоохранения и общественное здоровье; ординатура

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Трегубов В.Н. Планирование ординаторами, обучающимися по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», мероприятий по профессиональному саморазвитию и карьерному росту // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2024. Т. 10, № 3. С. 39–48. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-3-39-48>

Статья поступила в редакцию 19.09.2023. **Принята в печать** 23.08.2024.

Planning by residents studying in the specialty “Healthcare Organization and Public Health” of events for professional self-development and career growth

Tregubov V.N.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), 119991, Moscow, Russian Federation

Abstract

Background. Justification of directions for improving the professional level of training of specialists in the field of healthcare organization and public health, starting with their residency training and throughout their career, is an important task of medical education.

Aim. Summarize the experience of the Department of Health Protection named after N.A. Semashko Sechenov University to improve the educational process with residents through their preparation of calendar plans for professional self-development and career growth.

Material and methods. To achieve the purpose of the study, analytical, logical, monographic and sociological methods were used. As primary materials, studies were analyzed from 2018 to 2024. planning, reporting and educational documents at the Department of Health Protection named after N.A. Semashko, used in the training of residents in the specialty “Healthcare Organization and Public Health”. 20 residents studying in 2024 at the Department of Health Protection named after N.A. Semashko.

Results. It has been established that it is advisable for residents to develop a calendar plan for professional self-development and career growth in the first semester for the entire period of study and for the next five years after employment in a medical organization. In this plan, it is necessary to reflect measures for training and professional education of a specialist, conducting scientific work, preparing and passing various types of accreditation and certification for obtaining a qualification category, employment activities, estimated periods of work in various positions, etc.

Conclusion. Drawing up a calendar plan for professional self-development and career growth by residents studying in the specialty “Healthcare Organization and Public Health” provides visibility in mastering the training program and building a career path in a medical organization.

Keywords:

planning; calendar plan; self-development; career growth; healthcare organization and public health; residency

Funding. The study had no sponsor support.

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

For citation: Tregubov V.N. Planning by residents studying in the specialty “Healthcare Organization and Public Health” of events for professional self-development and career growth. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]*. 2024; 10 (3): 39–48. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-3-39-48> (in Russian)

Received 19.09.2023. **Accepted** 23.08.2024.

Обоснование направлений по совершенствованию профессионального уровня подготовки специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья, начиная с их обучения в ординатуре и на протяжении всей трудовой деятельности, является важной задачей медицинского образования. Профессиональное становление данных специалистов во многом зависит от успешного освоения ими универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций в ординатуре – высшей форме подготовки квалифицированных врачей-специалистов для их самостоятельной работы в медицинских организациях [1].

По вопросам совершенствования подготовки медицинских специалистов в ординатуре по специальности 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье» на страницах периодических изданий за последние годы были опубликованы научные статьи А.Х. Ахминеевой и соавт. [2], Ю.Ю. Снегиревой [3], А.А. Тимошевского [4] и др. Вопросы планиро-

вания карьерного роста молодых специалистов были освещены в трудах К.А. Клычковой и соавт. [5] и М.А. Кургановой [6]. Исследованием закономерностей профессионального развития врачей и планирования ими карьеры занимались и некоторые зарубежные исследователи К. Дейхуизен и соавт. [7], Р.Л. Гарсия и соавт. [8] и другие авторы.

Учитывая актуальность данного вопроса, на кафедре общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) начиная с 2018 г. будущие специалисты в области организации здравоохранения и общественного здоровья при обучении в ординатуре осваивают методику планирования профессионального саморазвития и карьерного роста. Несмотря на то что любой человек старается выбрать и построить свою траекторию профессионального становления и развития самостоятельно, планирование данных мероприятий под руководством опытных педагогов способствует

расширению у них мировоззрения, качественному освоению программы подготовки и успешному карьерному целеобразованию и целеполаганию [9].

Цель – обобщить опыт кафедры ОЗЗ им. Н.А. Семашко Сеченовского Университета по совершенствованию образовательного процесса с ординаторами посредством оформления ими календарных планов профессионального саморазвития и карьерного роста.

Материал и методы

Для достижения цели исследования использовали аналитический, логический, монографический и социологический метод. В качестве первичных материалов исследования с 2018 по 2024 г. были проанализированы планирующие, отчетные и учебно-методические документы, используемые на кафедре ОЗЗ им. Н.А. Семашко при подготовке ординаторов по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». К заполнению специально разработанной карты анкетного опроса методом сплошного наблюдения были привлечены 20 ординаторов, обучающихся в 2024 г. на кафедре ОЗЗ им. Н.А. Семашко: 4 (20%) юноши и 16 (80%) девушек. На I курсе учились 11 (55%), а на II – 9 (45%) ординаторов. Учитывая незначительную численность респондентов, участвующих в анкетном опросе, полученные с помощью социологического метода результаты в данном исследовании представлены как предварительные и будут подлежать дальнейшему углубленному изучению.

Результаты и обсуждение

Опыт работы кафедры ОЗЗ им. Н.А. Семашко свидетельствует о том, что врачам, поступившим в ординатуру по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», в начале обучения важно помочь разобраться в особенностях освоения ими программы подготовки, в том числе в порядке посещения аудиторных занятий и практик, участии в самостоятельной работе, сдачи зачетов, аттестаций и экзаменов. Это достигается изучением ими Феде-

рального государственного образовательного стандарта высшего образования по выбранной специальности, рабочих программ дисциплин, учебного плана, расписания занятий, фонда оценочных средств, знакомства с профессиональным стандартом «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья» и других документов.

Для обеспечения преемственности получаемых ординаторами теоретических знаний и практических навыков с трудовыми функциями выбранной специальности до них необходимо доводить возможные траектории карьерного роста, на что указали 100% респондентов. Это позволяет создать в процессе обучения ординаторов доверительную обстановку, позволяющую им испытывать чувство удовлетворения от освоения выбранной специальности, ориентироваться в перспективах своего профессионального становления и развития после выпуска и быть готовыми посвятить свою трудовую деятельность вопросам управления медицинской организации. Добиться этого только освоением ими программы ординатуры, без формирования внутренних мотивов к профессиональному саморазвитию по организации здравоохранения и общественного здоровья, достаточно сложно. Прав был великий русский педагог и писатель К.Д. Ушинский, который утверждал: «Ни один наставник не должен забывать, что его главнейшая обязанность состоит в приучении воспитанников к умственному труду и что эта обязанность более важна, нежели передача самого предмета» [10].

Приобщение ординаторов к самостоятельному поиску ответов на многочисленные вопросы, которые им придется решать в рамках осваиваемой специальности – процесс очень сложный и длительный. Проведенное исследование показало, что только 75% ординаторов во время обучения стараются регулярно заниматься саморазвитием, позволяющим им не только качественно готовиться к предстоящим аудиторным занятиям, зачетам, аттестациям, экзаменам и первичной специализированной аккредитации специалиста, но и способствующим формированию у них необходимых навыков для участия в системе непрерывного медицинского и фар-

мацевтического образования, что в современных условиях является неотъемлемой компетенцией любого врача.

Учитывая данные обстоятельства, приступить к приобщению ординаторов к саморазвитию и выбору траектории карьерного роста следует в начале первого семестра обучения. Данный процесс должен управляться со стороны педагога. Следует согласиться с мнением Т.В. Рюминой, которая в 2023 г. утверждала, что «...такой важный аспект, как образовательная самостоятельность в профессиональной подготовке медицинских кадров, не может идти произвольно» [11].

Лучших результатов при этом можно достичь, если привлечь ординаторов к оформлению календарного плана профессионального саморазвития и карьерного роста. Данный план не предусмотрен руководящими документами, поэтому может разрабатываться по произвольной форме. Но его оформление обеспечивает наглядность в последовательном освоении ординаторами учебных дисциплин, позволяет им выбрать дополнительные интернет-ресурсы и литературные источники для саморазвития, что обеспечивает эффективное использование личностно-ориентированной образовательной технологии. При включении в данный план мероприятий, которые врачу в медицинской организации предстоит выполнять в течение 5 лет после окончания ординатуры, обеспечивает ординатору наглядность его карьерного роста в течение этого периода трудовой деятельности.

Перед оформлением данного плана ординаторов следует ознакомить с методикой планирования. Для большинства из них это будет первый разработанный планирующий документ, поэтому от качества его оформления может зависеть их дальнейшее отношение к планированию как к первой функции управления, которая совместно с организацией, мотивацией и контролем обеспечивает успешное решение стоящих перед медицинским коллективом задач. Учитывая данные обстоятельства, до ординаторов следует довести определение, общие и частные принципы планирования, требования к оформлению планов и другие общие вопросы, к кото-

рым преподавателю еще не раз придется возвращаться в течение двух лет их обучения [12].

При оформлении календарного плана профессионального саморазвития и карьерного роста ординаторы, обучающиеся на кафедре 033 им. Н.А. Семашко, заполняют следующие графы: наименование мероприятия, обучение в ординатуре по 4 семестрам и работа в медицинской организации в течение 5 лет (см. рисунок).

В Сеченовском Университете ординаторы, обучающиеся по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», осваивают следующие учебные дисциплины: общественное здоровье и здравоохранение, доказательную медицину, педагогику, гигиену и эпидемиологию чрезвычайных ситуаций, микробиологию, онкологическую настороженность, коммуникативные навыки, неотложную помощь, проходят обязательную и формируемую участниками образовательного процесса часть клинической практики, а также научно-исследовательскую практику. Данные учебные дисциплины и практики ординаторы заносят в календарный план профессионального саморазвития и карьерного роста с указанием выделенных контактных часов с преподавателем, времени, отведенного для самостоятельной работы, и наименования тем, выполняемых ими в качестве индивидуальных проектов и научно-исследовательской работы. Кроме того, в данном плане отражаются и другие мероприятия по саморазвитию ординаторов и их карьерному росту в медицинской организации в течение первых 5 лет.

Привлекать ординаторов к научно-исследовательской работе следует со второго семестра обучения, когда у них начинается научно-исследовательская практика. Для этого по результатам проведенных исследований ординаторы пишут рефераты и во время аттестации выступают с докладами по оформленным презентациям. Впоследствии свои лучшие работы они представляют на научно-практических конференциях молодых ученых и дорабатывают их в виде статей, которые направляют для публикации в научные журналы.

Кроме того, по каждой части клинической практики ординаторы выполняют индивидуаль-

Календарный план профессионального саморазвития и карьерного роста ординатора

Наименование мероприятия	Обучение в ординатуре (семестр)				Работа в медицинской организации (год)				
	1	2	3	4	1	2	3	4	5
Планирование профессионального саморазвития и карьерного роста	x								
Освоение программы подготовки в ординатуре	x	x	x	x					
Профессиональное саморазвитие	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Участие в научной работе		x	x	x	x	x	x	x	x
Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалиста			x	x					
Прохождение первичной специализированной аккредитации специалиста				x					
Поиск вакантных должностей для трудоустройства				x					
Работа врачом-методистом (врачом-статистиком)					x				
Работа заведующим организационно-методическим подразделением						x	x	x	
Работа заместителем главного врача									x
Непрерывное медицинское образование					x	x	x	x	x
Получение второй квалификационной категории								x	
Подготовка к прохождению аттестации для получения первой квалификационной категории									x
Обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации									x
Прохождение периодической аккредитации									x
Оформление нового календарного плана профессионального саморазвития и карьерного роста									x
Другие мероприятия									

Ординатор _____ (подпись, Ф.И.О.)

Форма календарного плана профессионального саморазвития и карьерного роста ординатора, обучающегося по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье»

ные проекты, по результатам которых в конце четвертого семестра представляют на проверку эссе, во время аттестации выступают с докладом по оформленным презентациям, а также отчитываются, как они освоили практические мероприятия, отраженные в дневниках практики. Это способствует углубленному освоению данных тем на основе лично-ориентированной и практико-ориентированной образовательной технологии. Дальнейшую научную разработку данных тем выпускники ординатуры могут продолжать на рабочем месте в медицинской организации или в аспирантуре.

Учитывая, что профессиональное саморазвитие врачей должно проходить постоян-

но, в течение всего периода обучения в ординатуре и всей трудовой деятельности, данные мероприятия также целесообразно отражать в календарном плане профессионального саморазвития и карьерного роста. В данный перечень следует включать ежегодное изучение ими не менее двух монографий; с их перечнем ординаторы могут ознакомиться на сайтах Научной электронной библиотеки (<https://elibrary.ru/>) и Центральной научной медицинской библиотеки (<https://rucml.ru/>) по сочетанию ключевых слов «монографии по организации здравоохранения», на сайте ГБУ «НИИОЗММ» ДЗМ (<https://niiioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/monografii/>), на портале

для лиц, принимающих решения в здравоохранении, – ОргЗдравЭксперт. Прорыв в управлении (<https://www.orgzdrav.com/books/>) и на других интернет-ресурсах.

Значительную помощь в профессиональном саморазвитии специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья оказывает систематическое изучение ими статей в профильных научных журналах: среди многочисленного списка для проработки в ординатуре, а в последующем и на рабочем месте необходимо выбрать не менее 2–3 периодических изданий. При этом приоритет может быть отдан журналам, находящимся в сети Интернет в открытом доступе: «Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины» (<https://journal-nriph.ru/journal>), «Бюллетень Национального научно-исследовательского институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко» (<http://bulleten-nriph.ru/journal>), «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ» (<https://orgzdrav.vshouz.ru/>), «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики» (<https://healthproblem.ru/ru/>), «Профилактическая медицина» (<https://www.mediasphera.ru/journal/profilakticheskaya-meditsina>), «Здоровье мегаполиса» (<https://city-healthcare.com/index.php/magazine>), а также статьям, размещенным на сайте Управление здравоохранением (<https://xn----7sbahcmgafaski8a2afibqaixke4dxd.xn--p1ai/>) и др.

Для оперативного ознакомления с новостями о деятельности здравоохранения в нашей стране врачам следует систематически просматривать официальные сайты Минздрава России (<https://minzdrav.gov.ru/>) и Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России (<https://mednet.ru/>), порталы ОргЗдравЭксперт. Прорыв в управлении (<https://www.orgzdrav.com/>), Медвестник (<https://medvestnik.ru/>) и другие информационные ресурсы.

На фоне развития цифровизации в медицинском образовании в настоящее время стали широко использовать электронное обучение

и дистанционные образовательные технологии, в том числе массовые открытые онлайн-курсы. Как показали результаты предыдущего исследования, специалисты в области организации здравоохранения и общественного здоровья в процессе саморазвития наиболее часто используют следующие образовательные платформы: Межвузовскую площадку электронного медицинского образования (<https://sechenov.online/>), Степик (<https://welcome.stepik.org/ru>), Универсариум (<https://universarium.org/>), Интуит (<https://intuit.ru/>), Открытое образование (<https://openedu.ru/>) и др. [13]. Кроме того, в сети Интернет для саморазвития данных специалистов имеются и другие образовательные ресурсы, которые размещены на портале ОргЗдравЭксперт. Прорыв в управлении (<https://www.orgzdrav.com/support/>), на сайте Федерального научно-практического центра подготовки и непрерывного профессионального развития управленческих кадров здравоохранения (<https://fnpc.koziz.ru/materials>), на видеохостинге YouTube (<https://www.youtube.com/>) и т.д.

Для систематизации своих знаний специалистам в области организации здравоохранения и общественного здоровья целесообразно регулярно просматривать: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Профессиональный стандарт «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», учебник или национальное руководство по общественному здоровью и здравоохранению [14].

Как показали результаты анкетного опроса ординаторов кафедры 033 им Н.А. Семашко, в процессе саморазвития наиболее часто они изучают интернет-ресурсы, найденные самостоятельно с помощью поисковых систем – 80%, официальные и образовательные порталы и сайты – 60%, информационные порталы и сайты для врачей и видеоматериалы на YouTube – 55%, литературу в электронных научных библиотеках – 50% и другие источники.

Учитывая, что, в соответствии с положением ст. 2 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № ФЗ-273 «Об образовании в Российской Федерации», образование является единым целе-

направленным процессом воспитания и обучения: для всестороннего саморазвития медицинским специалистам следует запланировать посещение музеев, картинных галерей, чтение художественных книг и просмотр художественных фильмов о деятельности своих коллег, посещение медицинских достопримечательностей города, в котором они учатся и работают и т.д.

Особенностью профессионального саморазвития специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья в процессе их работы в медицинской организации является не только продолжение самостоятельного воспитания и обучения, как они это делали в ординатуре, но и их самостоятельная регистрация и освоение образовательных онлайн-ресурсов на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России (<https://edu.rosminzdrav.ru/>).

Успешное трудоустройство и последующий карьерный рост специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья зависят от различных факторов, в том числе от наличия вакантных должностей в медицинских организациях и активности выпускников в их поиске, который целесообразно начинать уже в период обучения на четвертом семестре ординатуры, готовности руководства принять на работу молодых специалистов, уровня их профессиональной подготовки и, конечно, соответствия требованиям профессионального стандарта, утвержденного приказом Минтруда и соцзащиты России от 7 ноября 2017 г. № 768н, в котором указано, что выпускники ординатуры и лица, освоившие дополнительную профессиональную программу профессиональной переподготовки по данной специальности и имеющие соответствующее свидетельство об аккредитации, могут трудоустроиваться на должности врача-методиста и врача-статистика без опыта практической работы, на должность заведующего организационно-методическим подразделением с опытом работы не менее 1 года в должности врача-методиста или врача-статистика, на должность заместителя главного врача при наличии стажа работы не менее 5 лет в должности врача-специалиста или не менее 3 лет в должности руководителя

структурного подразделения медицинской организации, на должность главного врача при стаже работы на руководящих должностях в медицинской организации не менее 5 лет.

Начиная с 2016 г. перед медицинским сообществом была поставлена новая задача по этапному переходу с процедуры сертификации на процедуру аккредитации специалистов [15]. Несмотря на имеющийся у ординаторов опыт прохождения первичной аккредитации специалиста после освоения программы специалитета их целесообразно заранее привлекать к подготовке к первичной специализированной аккредитации специалиста, что одновременно способствует более качественному изучению ими программы ординатуры. Кроме того, в конце каждого 5-летнего периода работы им придется проходить периодическую аккредитацию, что также целесообразно отразить в календарном плане профессионального саморазвития и карьерного роста ординатора. Осуществлять подготовку к первичной специализированной аккредитации специалиста желательно с третьего семестра обучения в ординатуре, для этого можно эффективно использовать материалы репетиционного экзамена, размещенные на сайте Методического центра аккредитации специалистов (<https://fmza.ru/>) [16].

В соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 28 октября 2022 г. № 709н «Об утверждении положения об аккредитации специалистов», в портфолио для прохождения врачами периодической аккредитации должны быть включены сведения об освоении ими дополнительной профессиональной программы повышения квалификации продолжительностью не менее 144 ч или не менее 72 ч при освоении ими в течение 5 лет различных образовательных мероприятий общей продолжительностью 72 ч, которые включены в систему непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Также врачи должны планировать прохождение ими аттестации на получение, а впоследствии подтверждение квалификационной категории. Для подготовки к ее прохождению специалисты в области организации здравоохране-

ния и общественного здоровья самостоятельно могут проходить пробное онлайн-тестирование на сайте Центральной аттестационной комиссии Минздрава России (<https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/19/stranitsa-840/ob-utverzhdenii-sostava-tsentralnoy-attestatsionnoy-komissii-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii>).

По данным анкетного опроса, оформление плана профессионального саморазвития и карьерного роста на I курсе помогает в обучении 45% ординаторам, 30% респондентов ответили «Скорее помогает, чем нет» и 25% «Скорее не помогает, чем помогает». Ординаторов, которые отрицательно отнеслись к оформлению и реализации данного плана, не было.

Последующее планирование профессионального саморазвития и карьерного роста специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья может осуществляться как на 5-летние периоды, так и на весь их период трудовой деятельности. При этом в данные планы обязательно должны включаться мероприятия по саморазвитию и научно-исследовательской работе специалиста, прохождению им периодических аккредитаций и аттестаций для получения или подтверждения квалификационных категорий, сроки возможного перевода на вышестоящие должности, защита диссертации

и другие мероприятия. Учитывая, что любой план в процессе его выполнения может корректироваться, в календарном плане профессионального саморазвития и карьерного роста следует оставлять место для дополнительных мероприятий, которые будут включаться в него при необходимости.

Заключение

Как следует из представленного в статье материала, составление ординаторами календарного плана профессионального саморазвития и карьерного роста при обучении по специальности «организация здравоохранения и общественного здоровья» поддерживает большинство привлеченных к исследованию респондентов. Данный план целесообразно разрабатывать в первом семестре на весь период обучения в ординатуре и на последующие 5 лет после трудоустройства в медицинской организации. В данном плане необходимо отражать мероприятия по обучению и воспитанию специалиста, проведению им научной работы, подготовке и прохождению различных видов аккредитации и аттестации на получение квалификационной категории, мероприятия по трудоустройству, ориентировочные сроки работы на различных должностях и т.д.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Трегубов Валерий Николаевич (Valeriy N. Tregubov) – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

E-mail: tregubov_v_n@staff.sechenov.ru

<https://orcid.org/0000-0003-4588-7226>

ЛИТЕРАТУРА

1. Калягин А.Н., Орлова И.В., Быков Ю.Н. Ординатура как высшая форма подготовки квалифицированных врачей-специалистов // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. 2018. № 7. С. 12-15.

2. Ахминеева А.Х., Михеев А.В. Особенности преподавания дисциплин «Профилактика заболеваний» и «Основы здорового образа жизни» ординаторам, обучающимся по специальности

31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье» // Современные здоровьесберегающие технологии. 2023. № 2. С. 5-13.

3. Снегирева Ю.Ю. Проблемы обучения и практической подготовки в ординатуре по направлению «Организация здравоохранения и общественное здоровье» // Труд и социальные отношения. 2021. Т. 32, № 3. С. 41-52.

4. Тимошевский А.А. Преподавание отдельных дисциплин при подготовке ординаторов по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2022. Т. 66, № 6. С. 529–534. DOI: <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-6-529-534>
5. Клычникова К.А., Трегубова Е.А., Чирковская Е.Г. Карьерные траектории руководителей системы государственного управления // *Образование личности*. 2018. № 2. С. 51–55.
6. Курганов М.А. Лонгитюдные исследования образовательных траекторий молодежи в России и за рубежом // *Профессиональное образование и рынок труда*. 2021. Т. 46, № 3. С. 143–156.
7. Dijkhuizen K., Bustraan J., de Beaufort A.J. et al. Encouraging residents' professional development and career planning: the role of a development-oriented performance assessment // *BMC Med. Educ.* 2016. Vol. 18. P. 207. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1317-9>
8. Garcia R.L., Windish D.M., Rosenbaum J.R. Resident career planning needs in internal medicine: a qualitative assessment // *J. Grad. Med. Educ.* 2010. Vol. 2, N 4. P. 518–522. DOI: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-10-00086.1> PMID: 22132271; PMCID: PMC3010933.
9. Поваренков Ю.П. Системогенетический подход к анализу карьерного целеобразования профессионала // *Ярославский педагогический вестник*. 2021. № 3 (120). С. 118–126. DOI <https://doi.org/10.20323/1813-145X-2021-3-120-118-126>
10. Евдокимова А.И. Педагогические аспекты наставничества в развитии исследовательских компетенций обучающихся ординатуры медицинского вуза // *Педагогический журнал*.

2023. Т. 13, № 4А. С. 466–474. DOI: <https://doi.org/10.34670/AR.2023.12.77.056>

11. Рюмина Т.В. Образовательная самостоятельность врачей-ординаторов как фактор развития когнитивного компонента профессиональной компетентности // *Мир науки. Педагогика и психология*. 2023. Т. 11. № 5. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/47PDMN523.pdf>
12. Трегубов В.Н., Шаповалова М.А. Годовое планирование работы кафедр медицинской образовательной организации // *Сеченовский вестник*. 2015. Т. 22, № 4. С. 41–44.
13. Решетников А.В., Трегубов В.Н., Шамшурина Н.Г., Марочкина Е.Б., Жилина Т.Н. Профессиональное самообразование организаторов здравоохранения с использованием массовых открытых онлайн-курсов // *Медицинское образование и профессиональное развитие*. 2015. № 2 (20). С. 53–58.
14. Общественное здоровье и здравоохранение : национальное руководство / гл. ред. Г.Э. Улумбекова, В.А. Медик. 2-е изд. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. 1144 с.
15. Балкизов З.З., Улумбекова Г.Э. Новое в развитии медицинского образования в РФ: непрерывность и аккредитация специалистов // *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение*. 2015. № 2. С. 55–68.
16. Трегубов В.Н., Решетников В.А., Эккерт Н.В., Фанда В.В. Управление изменениями в процессе перехода здравоохранения от сертификации к аккредитации медицинских работников // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2017. Т. 25, № 2. С. 92–96. DOI: <https://doi.org/10.18821-0869-866X-2017-25-2-92-96>

REFERENCES

1. Kalyagin A.N., Orlova I.V., Bykov Yu.N. Residency as the highest form of training qualified medical specialists. Sistema menedzhmenta kachestva: opyt i perspektivy [Quality Management System: Experience and Prospects]. 2018; (7): 12–5. (in Russian)
2. Akhmineeva A.H., Mikheev A.V. Features of teaching the disciplines «Disease Prevention» and «Fundamentals of a Healthy Lifestyle» to residents studying in the specialty 31.08.71 «Organization of health care and public health». *Sovremennyye zdorov'esberegayushchie tekhnologii [Modern Health-Saving Technologies]*. 2023; (2): 5–13. (in Russian)
3. Snegireva Yu.Yu. Problems of teaching and practical training in residency in the direction of «Organization of health care and public health». *Trud i sotsial'nye otnosheniya [Labour and Social Relations]*. 2021; 32 (3): 41–52. (in Russian)
4. Timoshevsky A.A. Teaching individual disciplines in the preparation of residents in the specialty «Health Organization and Public Health». *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii [Healthcare of the Russian Federation]*. 2022; Vol. 66 (6): 529–534. DOI: <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-6-529-534> (in Russian)
5. Klychnikova K.A., Tregubova E.A., Chirkovskaya E.G. Career trajectories of the leaders of the public administration system. *Obrazovanie lichnosti [Personality Education]*. 2018; (2): 51–55. (in Russian)
6. Kurganov M.A. Longitudinal studies of educational trajectories of youth in Russia and abroad. *Professional'noe obrazovanie i rynek truda [Vocational Education and Labor Market]*. 2021; 46 (3): 143–56. (in Russian)
7. Dijkhuizen K., Bustraan J., de Beaufort A.J., et al. Encouraging residents' professional development and career planning: the role of a development-oriented performance assessment. *BMC Med Educ.* 2016; 18: 207. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1317-9>
8. Garcia R.L., Windish D.M., Rosenbaum J.R. Resident career planning needs in internal medicine: a qualitative assessment. *J Grad Med Educ.* 2010; 4 (2): 518–22. DOI: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-10-00086.1> PMID: 22132271; PMCID: PMC3010933
9. Povarenkov Yu.P. Systemogenetic approach to the analysis of career goal setting of a professional. *Yaroslavskiy pedagogicheskiy*

vestnik [Yaroslavl Pedagogical Bulletin]. 2021; 120 (3): 118–26. DOI <https://doi.org/10.20323/1813-145X-2021-3-120-118-126> (in Russian)

10. Evdokimova A.I. Pedagogical aspects of mentoring in the development of research competencies of medical university residency students. *Pedagogicheskiy zhurnal [Pedagogical Journal]*. 2023; 13 (4A): 466–74. DOI: <https://doi.org/10.34670/AR.2023.12.77.056> (in Russian)
11. Ryumina T.V. Educational independence of medical residents as a factor in the development of the cognitive component of professional competence. *Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya [The World of Science. Pedagogy and Psychology]*. 2023; 11 (5). URL: <https://mir-nauki.com/PDF/47PDMN523.pdf> (in Russian)
12. Tregubov V.N., Shapovalova M.A. Annual planning of the work of the departments of a medical educational organization. *Sechenovskiy vestnik [Sechenov Bulletin]*. 2015; 22 (4): 41–4. (in Russian)
13. Reshetnikov A.V., Tregubov V.N., Shamshurina N.G., Marochkina E.B., Zhilina T.N. Professional self-education of health-care organizers using mass open online courses. *Meditinskoye obrazovanie i professional'noe razvitiye [Medical Education and Professional Development]*. 2015; 20 (2): 53–8. (in Russian)
14. Public health and healthcare. National guide. In: G.E. Uлумбекова, V.A. Medik (eds). 2nd ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2022: 1144 p. (in Russian)
15. Balkizov Z.Z., Ulumbekova G.E. New in the development of medical education in the Russian Federation: continuity and accreditation of specialists. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye [ORGZDRAV: News, Opinions, Training]*. 2015; (2): 55–68. (in Russian)
16. Tregubov V.N., Reshetnikov V.A., Ekkert N.V., Fanda V.V. Management of changes in the process of transition of health care from certification to accreditation of medical workers. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny [Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine]*. 2017; 25 (2): 92–6. DOI: <https://doi.org/10.18821-0869-866X-2017-25-2-92-96> (in Russian)

Определение факторов, влияющих на здоровье трудоспособного населения региона

Мухаметова А.Д.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уфимский университет науки и технологий», 450076, г. Уфа, Российская Федерация

Резюме

В современных условиях главными приоритетами развития Российской Федерации и ее субъектов являются увеличение продолжительности жизни и снижение смертности населения. В настоящее время несколько факторов влияют на здоровье трудоспособного населения. Особое внимание данному вопросу начали уделять после пандемии COVID-19, определив, что здоровье населения тесно связано с экономическими показателями. В рамках данной статьи автором проанализированы факторы, влияющие на здоровье трудоспособного населения региона. Выявлено, что наиболее существенное влияние на снижение смертности населения в трудоспособном возрасте оказывают экономические факторы и образ жизни.

Ключевые слова:

факторы, влияющие на здоровье населения региона; ожидаемая продолжительность жизни; региональное экономическое развитие; смертность населения; расходы на здравоохранение

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Мухаметова А.Д. Определение факторов, влияющих на здоровье трудоспособного населения региона // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2024. Т. 10, № 3. С. 49–57. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-3-49-57>

Статья поступила в редакцию 16.02.2024. **Принята в печать** 30.08.2024.

Determination of factors influencing the health of the working population in the region

Mukhametova A.D. Ufa University of Science and Technology, 450076, Ufa, Russian Federation

Abstract

In modern conditions, the main priorities for the development of the Russian Federation and the constituent entities of the Russian Federation are to increase life expectancy and reduce mortality. Currently, there are several factors

influencing the health of the working-age population. Particular attention to this issue began to be paid after the COVID-19 pandemic, determining that public health is closely related to economic indicators. Within the framework of this article, the author analyzed the factors influencing the health of the working-age population in the region. The most significant influence on the reduction in mortality among the population of working age was revealed to be exerted by economic factors and lifestyle.

Keywords:

factors influencing the health of the region's population; life expectancy; regional economic development; mortality; health care costs

Funding. The study had no sponsor support.

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

For citation: Mukhametova A.D. Determination of factors influencing the health of the working population in the region. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]*. 2024; 10 (3): 49–57. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-3-49-57> (in Russian)

Received 16.02.2024. **Accepted** 30.08.2024.

Высокая смертность населения в трудоспособном возрасте оказывает негативное влияние на социально-экономическое развитие страны и ее регионов. Так, по данным официальной статистики, из-за пандемии и роста смертности численность населения Российской Федерации (РФ) сократилась на 680 тыс. чел. (с начала пандемии по декабрь 2021 г.), валовой внутренний продукт РФ в 2020 г. снизился на 2,7% (Росстат).

В частности, смертность населения в трудоспособном возрасте в Республике Башкортостан с 2019 по 2021 г. возросла на 39%, а затем в 2022 г. вернулась к уровню 2019 г. Однако данный показатель остается достаточно высоким по сравнению с другими регионами: в 2022 г. в Республике Башкортостан зафиксировано 555,9 умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. населения, что выше на 25,6%, чем в Республике Татарстан (442,7 умерших на 100 тыс. населения), и на 3,6%, чем в Республике Мордовия (535,4 умерших на 100 тыс. населения) [1]. В этой связи важно выявить основные факторы, оказывающие важное влияние на здоровье трудоспособного населения региона, так как в настоящее время в научной литературе данный вопрос остается недостаточно изученным. Решение этой про-

блемы, на наш взгляд, позволит снизить потери от недоиспользования трудовых ресурсов региона и обеспечить эффективное региональное экономическое развитие за счет увеличения валового регионального продукта (ВРП) [2].

В настоящее время одной из приоритетных национальных целей Российской Федерации является снижение смертности населения трудоспособного возраста (в рамках национального проекта «Продолжительная и активная жизнь») [3]. Также в регионах разработаны и реализуются программы по здравоохранению и обеспечению здорового образа жизни, например «Республиканская программа по снижению уровня потребления алкогольной и табачной продукции в Республике Башкортостан на 2020–2024 годы» [4]. Однако, несмотря на все принятые государственные меры, направленные на увеличение продолжительности жизни населения в российских регионах, показатели по регионам сильно различаются.

Анализ научных работ свидетельствует о том, что исследователи рассматривают различные факторы, влияющие на здоровье трудоспособного населения [5–12]. Так, по мнению академика Ю.П. Лисицына, наибольшее влияние на здоровье населения оказывают: образ жизни (их доля в факторах риска для здоровья – 50–55%), на-

следственность, загрязнение окружающей среды (15–20%) и деятельность органов и учреждений (служб) здравоохранения (10–15%) [5, 8]. Однако при прочих равных условиях необходимо учитывать, что данные исследования проводились советский период, когда была высокая доступность медицинских услуг. Вместе с тем в современных научных работах [10–12], в частности в исследовании Г.Э. Улумбековой, сформулирован вывод о том, что на ожидаемую продолжительность жизни населения влияют следующие основные факторы: на 37% зависит от ВРП на душу населения региона, на 33% – от потребления алкогольной продукции, на 30% – от доступности медицинской помощи, которая зависит от государственного финансирования здравоохранения [10, 11].

Поэтому **цель** данного исследования – определить ключевые факторы, влияющие на здоровье трудоспособного населения региона.

Материал и методы

Для построения модели влияния вышеперечисленных факторов на здоровье трудоспособного населения региона и разработки многомерной классификации субъектов РФ был применен

кластерный анализ (метод *k*-средних). Кластерный анализ проведен по 85 субъектам РФ [за исключением Донецкой Народной Республики (ДНР), Луганской Народной Республики (ЛНР), Запорожской и Херсонской областей, так как по ним отсутствует статистическая информация] за 2022 г., которая включает следующие показатели: ожидаемая продолжительность жизни, ВРП на душу населения региона, розничные продажи алкогольной продукции на душу населения (в литрах этанола), государственные расходы на здравоохранение на душу населения. Выбор ожидаемой продолжительности жизни в качестве показателя здоровья трудоспособного населения региона обусловлен тем, что он определяется на основе половозрастных коэффициентов смертности населения, в том числе в трудоспособном возрасте.

Источниками данных для построения модели являются официальные статистические данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации и Федеральной службы по контролю за алкогольным и табачным рынком за 2022 г.

В табл. 1 представлена информационная база исследования по показателям субъектов РФ за 2022 г.

Таблица 1. Информационная база исследования по показателям по субъектам РФ за 2022 г.

№	Субъект РФ	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, годы	ВРП на душу населения, тыс. руб. (в текущих ценах)	Розничные продажи алкогольной продукции на душу населения (в л этанола)	Государственные расходы на здравоохранения на душу населения, руб. в текущих ценах
1	Белгородская область	73,03	859	5	31 526
2	Брянская область	71,22	474	6	23 196
3	Владимирская область	70,8	585	8	26 859
4	Воронежская область	72,45	601	6	26 727
5	Ивановская область	70,57	396	8	22 832
6	Калужская область	72,48	647	7	24 486
7	Костромская область	69,9	480	9	26 669
8	Курская область	71,54	620	6	25 687
9	Липецкая область	72,12	700	6	25 944
10	Московская область	73,78	901	9	35 164

№	Субъект РФ	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, годы	ВРП на душу населения, тыс. руб. (в текущих ценах)	Розничные продажи алкогольной продукции на душу населения (в л этанола)	Государственные расходы на здравоохранения на душу населения, руб. в текущих ценах
11	Орловская область	70,73	525	6	25 025
12	Рязанская область	72,14	566	7	24 194
13	Смоленская область	70,35	549	8	21 427
14	Тамбовская область	72,01	487	5	21 255
15	Тверская область	69,94	516	8	25 984
16	Тульская область	71,86	674	6	25 794
17	Ярославская область	71,55	623	9	25 431
18	г. Москва	78,17	2 183	6	59 137
19	Республика Карелия	69,03	738	12	41 222
20	Республика Коми	69,94	1 336	11	48 728
21	Архангельская область	70,93	772	11	44 585
22	Ненецкий автономный округ	70,74	11 786	10	102 415
23	Вологодская область	71,56	903	9	28 077
24	Калининградская область	73,07	715	7	25 951
25	Ленинградская область	73,33	823	9	28 850
26	Мурманская область	70,16	1735	11	51 785
27	Новгородская область	70,45	658	8	24 096
28	Псковская область	68,95	435	8	22 245
29	г. Санкт-Петербург	75,77	1993	7	48 342
30	Республика Адыгея	73,6	396	5	19 958
31	Республика Калмыкия	73,49	448	4	218 918
32	Республика Крым	71,97	341	7	261 858
33	Краснодарский край	72,92	739	6	23 722
34	Астраханская область	71,8	802	5	22 948
35	Волгоградская область	73,24	491	5	22 338
36	Ростовская область	72	557	4	22 260
37	г. Севастополь	74,57	415	7	21 858
38	Республика Дагестан	78,22	286	1	15 828
39	Республика Ингушетия	78,34	160	0	17 346
40	Кабардино-Балкарская Республика	75,51	286	1	19 913
41	Карачаево-Черкесская Республика	75,32	268	1	18 484
42	Республика Северная Осетия – Алания	74,7	316	1	21 341
43	Чеченская Республика	74,61	207	0	18 039
44	Ставропольский край	74,29	414	3	19 553
45	Республика Башкортостан	72,98	549	7	24 620
46	Республика Марий Эл	71,9	388	7	20 813
47	Республика Мордовия	73,16	441	6	20 589

Окончание табл. 1

№	Субъект РФ	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, годы	ВРП на душу населения, тыс. руб. (в текущих ценах)	Розничные продажи алкогольной продукции на душу населения (в л этанола)	Государственные расходы на здравоохранения на душу населения, руб. в текущих ценах
48	Республика Татарстан	74,92	1045	7	26 842
49	Удмуртская Республика	72,13	668,0	8	25 014
50	Чувашская Республика	72,49	425	7	20 540
51	Пермский край	70,9	796	7	28 617
52	Кировская область	71,31	485	9	25 654
53	Нижегородская область	71,49	739	7	24 198
54	Оренбургская область	71,24	850	6	24 330
55	Пензенская область	72,07	473	6	23 041
56	Самарская область	72,14	754	7	23 345
57	Саратовская область	72,85	494	5	22 532
58	Ульяновская область	71,34	496	6	22 583
59	Курганская область	69,88	443	7	24 229
60	Свердловская область	71,31	816	8	26 621
61	Тюменская область	73,59	1071	7	45 691
62	Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	75,41	4003	9	63 986
63	Ямало-Ненецкий автономный округ	74,82	10 453	7	133 607
64	Челябинская область	72,16	673	6	24 337
65	Республика Алтай	68,47	435	6	36 495
66	Республика Тыва	67,11	320	3	34 126
67	Республика Хакасия	70,57	657	7	31 516
68	Алтайский край	69,96	441	6	26 078
69	Красноярский край	70,58	1164	6	35 945
70	Иркутская область	69,31	1001	7	30 369
71	Кемеровская область	69,64	848	6	29 243
72	Новосибирская область	71,49	694	6	26 723
73	Омская область	71,45	514	5	23 712
74	Томская область	72,33	766	7	30 202
75	Республика Бурятия	69,35	458	6	31 585
76	Республика Саха (Якутия)	72,67	2030	6	67 787
77	Забайкальский край	67,75	549	6	28 861
78	Камчатский край	68,77	1229	10	84 349
79	Приморский край	69,71	841	8	29 586
80	Хабаровский край	69,96	829	10	35 275
81	Амурская область	68,17	795	9	33 995
82	Магаданская область	68,45	2338	11	104 072
83	Сахалинская область	70,37	3303	12	83 641
84	Еврейская автономная область	67,7	543	10	37 180
85	Чукотский автономный округ	66,2	2 946	9	159 672

ВРП – валовой региональный продукт.

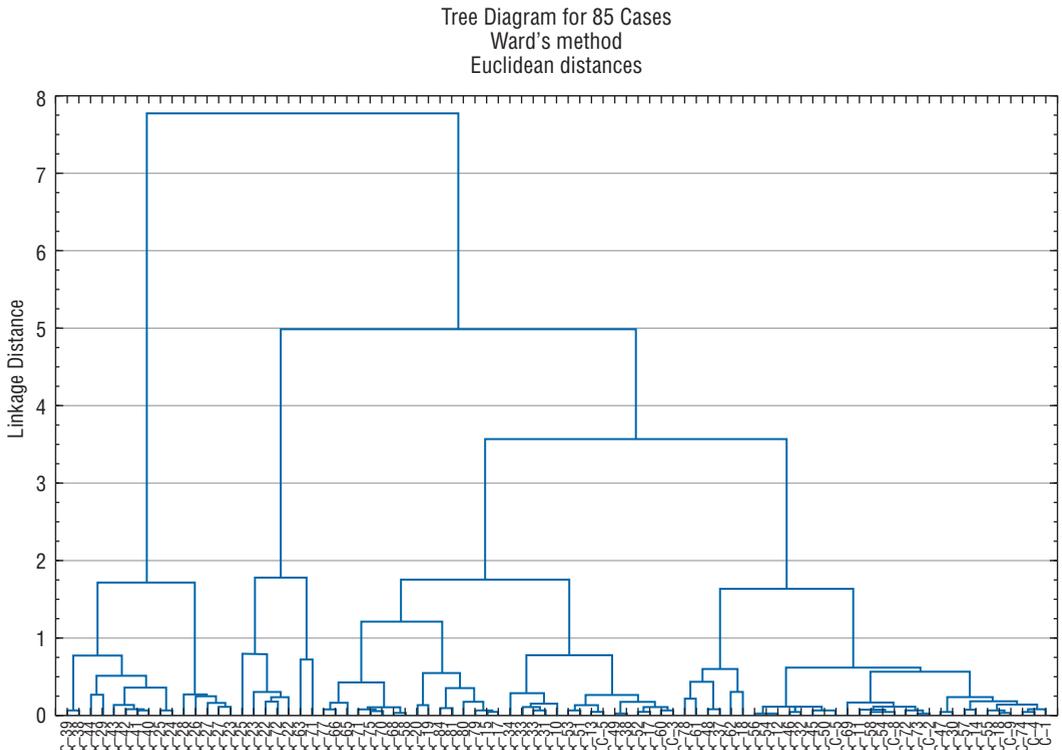


Рис. 1. Дендрограмма по методу Уорда

На рис. 1 представлена дендрограмма по методу Уорда, позволяющая заключить, что оптимальная модель – IV кластера по оценке здоровья трудоспособного населения региона.

Результаты и обсуждение

В табл. 2 представлены средние показатели по выделенным кластерам.

В результате кластерного анализа выделены 4 кластера по оценке здоровья трудоспособного населения региона (рис. 2). Как следует из представленных данных, в I кластер включены развитые и самодостаточные регионы центральной части РФ с относительно высоким уровнем жизни населения и относительно ниже среднего уровнем потребления алкогольной продукции на душу населения (39 регионов). В состав II кластера вошли некоторые регионы Северо-Западного и Северо-Кавказского федеральных округов.

Население регионов Северо-Кавказского федерального округа в силу региональных особенностей имеет высокую продолжительность жизни и низкий уровень потребления алкогольной продукции на душу населения (15 регионов). В III и IV кластер в основном отнесены слаборазвитые приграничные регионы, которые характеризуются низкими значениями таких показателей, как ожидаемая продолжительность жизни, ВРП на душу населения, но высокими уровнями потребления алкогольной продукции на душу населения и государственных расходов на здравоохранение на душу населения (III кластер – 24 региона и IV кластер – 7 регионов).

Заключение

Таким образом, проведенный кластерный анализ позволяет заключить, что здоровье трудоспособного населения региона во многом зави-

Таблица 2. Средние значения по кластерам

Показатель	I кластер	II кластер	III кластер	VI кластер
Ожидаемая продолжительности жизни, годы	0,53	0,61	0,29	0,32
ВРП на душу населения, руб. (в текущих ценах)	0,05	0,04	0,04	0,39
Розничные продажи алкогольной продукции на душу населения (в литрах этанола)	0,54	0,09	0,68	0,83
Государственные расходы на здравоохранение на душу населения, руб. в текущих ценах	0,09	0,07	0,10	0,60

Примечание. Показатели пронормированы по формуле линейного масштабирования; ВРП – валовой региональный продукт.

сит от экономических факторов и образа жизни. Кроме того, анализ кластеров позволил выявить следующую закономерность: при прочих равных условиях высокая ожидаемая продолжительность жизни определяется высоким и выше среднего уровнем жизни (ВРП на душу населения) и низким уровнем потребления алкогольной продукции на душу населения. При этом чем выше ожидаемая продолжительность жизни населения региона, тем ниже уровень государственных расходов на здравоохранение на душу населения, и наоборот.

Исходя из полученных результатов, на наш взгляд, с одной стороны, необходимо уделить особое внимание снижению потребления алкогольной продукции и предложить меры по популяризации здорового образа жизни среди населения региона, а с другой – обеспечить население доступными и качественными медицинскими услугами. Однако для реализации данных мер требуется увеличение государственного финансирования системы здравоохранения.

Ограничения данного исследования: в связи с реформированием государственной системы

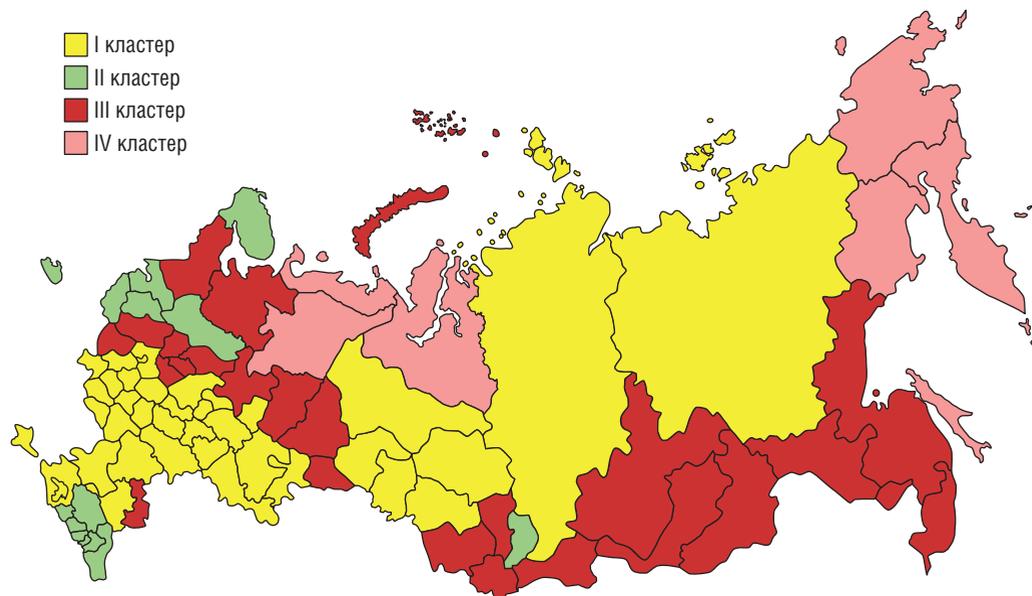


Рис. 2. Кластеры по оценке здоровья трудоспособного населения региона за 2022 г.

здравоохранения часть статистических данных недоступна или закрыта для получения более комплексной и объективной оценки влияния факторов на продолжительность жизни населения региона. На наш взгляд, данная ситуация могла создать некоторое искажение в полу-

ченных результатах. В дальнейшем исследовании следует более подробно рассмотреть потенциальные последствия влияния изученных факторов на смертность населения региона в трудоспособном возрасте и разработать прогнозы.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Мухаметова Айгуль Данияровна (Aigul D. Mukhametova) – старший преподаватель кафедры экономики и регионального развития, ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий», Уфа, Российская Федерация

E-mail: aigulmd@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0003-4178-1627>

ЛИТЕРАТУРА

1. Приложение к сборнику «Здравоохранение в России. 2023». Информация в разрезе субъектов Российской Федерации // Официальный сайт Федеральной службы статистики Российской Федерации. [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (дата обращения: 29.03.2024).
2. Мухаметова А.Д. Оценка влияния компоненты «здоровье» человеческого капитала на социально-экономическое развитие региона // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. 2022. Т. 8, № 4 (30). С. 53–62.
3. Национальный проект «Продолжительная и активная жизнь» // Фонд президентских грантов [Электронный ресурс]. URL: <https://президентскиегранты.рф/public/application/item?id=bcaed59b-ee24-4d05-9f75-b5db2169611c> (дата обращения: 10.04.2024).
4. Постановление Правительства Республики Башкортостан от 16.06.2021 № 462 «Об утверждении Республиканской программы по снижению уровня потребления алкогольной и табачной продукции в Республике Башкортостан на 2020-2024 годы» // Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов [Электронный ресурс]. URL: <https://docs.cntd.ru/document/570869777> (дата обращения: 28.05.2024).
5. Лисицын Ю.П., Журавлева Т.В., Хмель А.А. Из истории изучения влияния образа жизни на здоровье // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. Т. 22, № 2. С. 39–42.
6. Макроэкономические эффекты пандемии COVID-19 и перспективы восстановления экономики: доклад к XXII Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества, Москва, 13–30 апр. 2021 г. / Н.В. Акиндинова (рук. авт. кол.), Э.Ф. Баранов, В.А. Бессонов и др. ; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». Москва : ИД Высшей школы экономики, 2021. 96 с. ISBN 978-5-7598-2505-0 (в обл.). ISBN 978-5-7598-2265-3 (e-book).
7. Молчанова Е.В., Кручек М.М. Математические методы оценки факторов, влияющих на состояние здоровья населения в регионах России (панельный анализ) // Социальные аспекты здоровья населения. 2013. № 5 [Электронный ресурс]. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/513/30/lang,ru/> (дата обращения: 10.04.2024).
8. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 060101.65 «Лечебное дело», 060103.65 «Педиатрия», 060104.65 «Медико-профилактическое дело», 060105.65 «Стоматология» по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» / Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. 3-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. 544 с.
9. Пастухова Е.Я., Морозова Е.А., Челомбитко А.Н. Взаимосвязь социально-экономических факторов и различных причин смертности населения региона // Фундаментальные исследования. 2019. № 6. С. 121–125.
10. Улумбекова Г.Э. Анализ научной обоснованности стимулирующих выплат медицинским организациям первичного звена // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2023. Т. 9, № 3. С. 4–13. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-3-4-13>
11. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения: 2019–2024 гг. 3-е изд. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 416 с. : ил. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-5417-6-3-HR-2019-1-416>
12. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б. Финансирование здравоохранения для достижения ожидаемой продолжительности жизни в России 78 лет к 2030 году // Народонаселение. 2022. Т. 25, № 1. С. 129–140. DOI: <https://doi.org/10.19181/population.2022.25.1.11>

REFERENCES

1. Appendix to the collection «Healthcare in Russia. 2023». Information in the context of the constituent entities of the Russian Federation. In: Official website of the Federal Statistics Service of the Russian Federation [Electronic resource]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (date of access March 29, 2024). (in Russian)
2. Mukhametova A.D. Assessing the influence of the «health» component of human capital on the socio-economic development of the region. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VShOUZ [ORGZDRAV: News, Opinions, Training, Bulletin of VShOUZ]. 2022; 8 [4 (30)]: 53–62. (in Russian)

3. The national project «Long and active life». In: Presidential Grants Fund [Electronic resource]. URL: <https://президентскиегранты.рф/public/application/item?id=bcaed59b-ee24-4d05-9f75-b5db2169611c> (date of access April 10, 2024). (in Russian)
4. Resolution of the Government of the Republic of Bashkortostan dated 16.06.2021 No. 462 «On approval of the Republican program to reduce the consumption of alcohol and tobacco products in the Republic of Bashkortostan for 2020–2024». In: Electronic Fund of Legal and Regulatory documents [Electronic resource]. URL: <https://docs.cntd.ru/document/570869777> (date of access May 28, 2024). (in Russian)
5. Lisitsyn Yu.P., Zhuravleva T.V., Khmel' A.A. From the history of studying the influence of lifestyle on health. Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny [Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine]. 2014; 22 (2): 39–42. (in Russian)
6. Macroeconomic effects of the COVID-19 pandemic and prospects for economic recovery: report for the XXII April International Scientific Conference on problems of economic and social development, Moscow, 13-30 Apr. 2021. In: N.V. Akindinova (head of the author's team), E.F. Baranov, V.A. Bessonov, et al.; National Research University Higher School of Economics. Moscow: ID Vyshchey shkoly ekonomiki, 2021: 96 p. ISBN 978-5-7598-2505-0 (in the cover). ISBN 978-5-7598-2265-3 (e-book). (in Russian)
7. Molchanova E.V., Kruchek M.M. Mathematical methods for assessing factors influencing the health status of the population in the regions of Russia (panel analysis). Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [Social Aspects of Public Health]. 2013; (5) [Electronic resource]. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/513/30/lang.ru/> (date of access April 10, 2024). (in Russian)
8. Public health and healthcare: textbook. for students of higher institutions. prof. education, students in the specialty 060101.65 «Medical business», 060103.65 «Pediatrics», 060104.65 «Medical and preventive business», 060105.65 «Dentistry» in the discipline «Public health and healthca». In: Yu.P. Lisitsyn, G.E. Ulumbekova. 3rd ed., revised and additional. Moscow: GEOTAR-Media, 2011: 544 p. (in Russian)
9. Pastukhova E.Ya., Morozova E.A., Chelombitko A.N. Interrelation of socio-economic factors and various causes of mortality in the region. Fundamental'nye issledovaniya [Fundamental Research]. 2019; (6): 121–5. (in Russian)
10. Ulumbekova G.E. Analysis of the scientific validity of incentive payments to primary care medical organizations. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VShOUZ [ORGZDRAV: News, Opinions, Training. Bulletin of VShOUZ]. 2023; 9 (3): 4–13. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2023-9-3-4-13> (in Russian)
11. Ulumbekova G.E. Healthcare of Russia. What to do. Status and proposals: 2019–2024. 3rd ed. Moscow: GEOTAR-Media, 2019: 416 p.: ill. DOI: <https://doi.org/10.33029/9704-5417-6-3-HR-2019-1-416> (in Russian)
12. Ulumbekova G.E., Ginoyan A.B. Financing healthcare to achieve life expectancy in Russia of 78 years by 2030. Narodonaselenie [Population]. 2022; 25 (1): 129–40. DOI: <https://doi.org/10.19181/population.2022.25.1.11> (in Russian)

Статистический анализ заболеваемости, осложнившей роды (осложнения родов и послеродового периода), в Приволжском федеральном округе Российской Федерации с 2015 по 2021 г.

Виноградова И.В.¹⁻³, Петров И.В.^{1,2}, Альмухаметов А.А.⁴, Виноградов Д.А.⁵,
Виноградова В.С.⁵, Петрова Ф.С.², Амирова Т.Х.², Зуев А.Ю.⁶

¹ Государственное бюджетное учреждение Республики Марий Эл «Перинатальный центр», 424002, г. Йошкар-Ола, Российская Федерация

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Марийский государственный университет», 424000, г. Йошкар-Ола, Российская Федерация

³ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», 428015, г. Чебоксары, Российская Федерация

⁴ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 420012, г. Казань, Российская Федерация

⁵ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Химкинская больница», 141407, г. Химки, Российская Федерация

⁶ Государственное бюджетное учреждение Республики Марий Эл «Республиканская клиническая больница», 424037, г. Йошкар-Ола, Российская Федерация

Резюме

Цель – изучить региональные особенности заболеваемости во время беременности, осложнений беременности, родов и послеродового периода среди женщин в Приволжском федеральном округе Российской Федерации.

Материал и методы. Авторы проанализировали формы государственного статистического наблюдения № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» за 2015–2021 гг. регионов Приволжского федерального округа. Статистический анализ проведен с помощью программы StatTech v. 3.1.8 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

Результаты. В большинстве регионов за 2015–2021 гг. установлена тенденция к снижению доли нормальных родов, заболеваемости существовав-

шей ранее гипертензии, осложняющей беременность, роды и послеродовой период, кровотечениями в связи с нарушением свертываемости крови, нарушениями родовой деятельности, кровотечениями в последовом и послеродовом периоде, разрывами матки, эклампсией во время беременности, инфекциями мочеполовой системы. Так, в Российской Федерации и Приволжском федеральном округе наблюдается снижение доли нормальных родов от общего числа на 3,1 и 8,0 процентных пунктов соответственно, заболеваемость существовавшей ранее артериальной гипертензии, осложняющей беременность, роды и послеродовой период, снизилась в целом по стране и федеральному округу на 20,5 и 21,1% соответственно, показатель заболеваемости эклампсией снизился в России на 56,6%, показатель предлежания плаценты с кровотечением снизился в целом по стране на 13%, преждевременной отслойкой плаценты – на 2,2%, заболеваемость затрудненными родами снизилась в целом по стране и округу на 18,4 и 10% соответственно. Анализ заболеваемости кровотечениями в связи с нарушением свертываемости крови позволил установить снижение показателя в России и округе на 65,7 и 33,3% соответственно, нарушениями родовой деятельности – на 23% соответственно, показатель заболеваемости разрывами промежности III–IV степени в округе снизился на 16,7%. Анализ заболеваемости кровотечениями в последовом и послеродовом периоде установил снижение показателя в целом по стране и округу на 8,3 и 8,7% соответственно. Снижение заболеваемости разрывами матки выявлено в округе на 7,7%. Заболеваемость инфекциями мочевыводящих путей показала снижение в России и округе на 4,7 и 12,8% соответственно.

За 2015–2021 гг. на большей части территорий отмечается рост заболеваемости преэклампсией средней тяжести, тяжелой преэклампсией, предлежанием плаценты с кровотечением и без него, венозными осложнениями, анемией. На всех изученных территориях установлен рост заболеваемости сахарным диабетом при беременности.

Так, заболеваемость преэклампсией средней тяжести показала рост в России и округе на 30 и 18,5% соответственно, тяжелой преэклампсией – на 30% и в 1,6 раза соответственно. Показатели заболеваемости эклампсией и предлежанием плаценты с кровотечением выросли в округе на 40 и 12,5% соответственно. В 1,5 раза установлен рост показателя заболеваемости предлежанием плаценты без кровотечения в России и округе. Рост заболеваемости разрывами матки установлен в РФ на 28,6%. В целом по стране и округу отмечается рост показателя заболеваемости венозными осложнениями на 32,8 и 37,1% соответственно. Показатель заболеваемости сахарным диабетом продемонстрировал рост в России и округе на 331,4 и 607,8% соответственно.

Проведенный корреляционный анализ связи показателей заболеваемости сердечно-сосудистой патологии с преэклампсией средней тяжести установил прямую связь умеренной тесноты в Башкортостане, высокой тесноты – в Пензенской и Ульяновской областях, заметной тесноты – в Самарской области; с тяжелой преэклампсией – умеренной тесноты в Республике Марий Эл, Саратовской, Кировской и Оренбургской областях, высокой тесноты – в Татарстане, Нижегородской и Пензенской областях, заметной тесноты – в Самарской обла-

сти; с эклампсией – заметной тесноты в Российской Федерации, Оренбургской, Самарской и Ульяновской областях, умеренной тесноты – в федеральном округе, Мордовии и Пензенской области.

Анализ взаимосвязи инфекций мочеполовой системы и сахарного диабета установил прямую связь заметной тесноты в Пермской крае и Оренбургской области, весьма высокой тесноты – в Пензенской области, умеренной тесноты – в Ульяновской области.

Заключение. Проведенный анализ заболеваемости позволил определить тенденции, которые следует учитывать при планировании профилактических программ и организации медицинской помощи.

Ключевые слова:

беременность; заболеваемость; послеродовой период; роды

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Разработка концепции, планирование статьи, анализ научной работы, критический пересмотр с внесением ценного интеллектуального содержания – Виноградова И.В., Петров И.В., Альмухаметов А.А.; сбор, обработка и систематизация данных для научной работы, анализ научной работы – Петров И.В., Петрова Ф.С., Виноградов Д.А.; сбор, обработка и систематизация данных для научной работы, критический пересмотр с внесением ценного интеллектуального содержания – Петров И.В., Амирова Т.Х.; обработка и систематизация данных для научной работы, анализ научной работы – Петров И.В., Зуев А.Ю., Виноградова В.С.

Для цитирования: Виноградова И.В., Петров И.В., Альмухаметов А.А., Виноградов Д.А., Виноградова В.С., Петрова Ф.С., Амирова Т.Х., Зуев А.Ю. Статистический анализ заболеваемости, осложнившей роды (осложнения родов и послеродового периода) в Приволжском федеральном округе Российской Федерации с 2015 по 2021 г. // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2024. Т. 10, № 3. С. 58–77. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-3-58-77>

Статья поступила в редакцию 04.06.2024. **Принята в печать** 30.08.2024.

Statistical analysis of morbidity that complicated childbirth (complications of childbirth and the postpartum period) in the Volga Federal District of the Russian Federation from 2015 to 2021

Vinogradova I.V.¹⁻³, Petrov I.V.^{1,2}, Almukhametov A.A.⁴, Vinogradov D.A.⁵, Vinogradova V.S.⁵, Petrova F.S.², Amirova T.Kh.², Zuev A.Yu.⁶

¹ Perinatal Center, 424002, Yoshkar-Ola, Russian Federation

² Mari State University, 424000, Yoshkar-Ola, Russian Federation

³ Chuvashia State University named after I.N. Ulyanov, 428015, Cheboksary, Russian Federation

⁴ Kazan State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, 420012, Kazan, Russian Federation

⁵ Khimki Hospital, 141407, Khimki, Russian Federation

⁶ Republican Clinical Hospital, 424037, Yoshkar-Ola, Russian Federation

Abstract

Aim – to study the regional peculiarities of morbidity during pregnancy, complications of pregnancy, childbirth and the postpartum period among women in the Volga Federal District of the Russian Federation.

Material and methods. The authors analyzed the forms of the state statistical observation No. 32 "Information on medical care for pregnant women, women in labor and maternity hospitals" for 2015–2021 in the regions of the Volga Federal District. The statistical analysis was carried out using the StatTech v. 3.1.8 program (developed by Stattech LLC, Russia).

Results. In most regions for 2015–2021 a tendency has been established to decrease the proportion of normal childbirth, the incidence of pre-existing hypertension complicating pregnancy, childbirth and the postpartum period, bleeding due to blood clotting disorders, labor disorders, bleeding in the postpartum and postpartum periods, uterine ruptures, eclampsia during pregnancy, infections of the genitourinary system. Thus, in the Russian Federation and the Volga Federal District, there is a decrease in the proportion of normal births from the total by 3.1 and 8.0 percentage points, respectively, the incidence of pre-existing hypertension, complicating pregnancy, childbirth and the postpartum period, decreased in the whole country and the federal District by 20.5 and 21.1%, respectively, the incidence of eclampsia decreased in Russia by 56.6%, the incidence of placenta previa with bleeding showed a decrease in the country as a whole by 13%, premature placental abruption – by 2.2%, the incidence of obstructed labor decreased in the whole country and the district by 18.4 and 10%, respectively. The analysis of the incidence of bleeding due to blood clotting disorders allowed us to establish a decrease in the indicator in Russia and the district by 65.7 and 33.3%, respectively, labor disorders – by 23%, respectively, the incidence of perineal ruptures of III–IV degrees decreased in the district by 16.7%. An analysis of the incidence of bleeding in the postpartum and postpartum period found a decrease in the indicator for the whole country and the district by 8.3 and 8.7%, respectively. A decrease in the incidence of uterine ruptures was revealed in the district by 7.7%. The incidence of urinary tract infections has shown a decrease in Russia and the district by 4.7 and 12.8%, respectively.

In 2015–2021, an increase in the incidence of moderate preeclampsia, severe preeclampsia, placenta previa with and without bleeding, venous complications, and anemia was noted in most territories. An increase in the incidence of diabetes mellitus during pregnancy has been established in all the studied territories. Thus, the incidence of moderate preeclampsia showed an increase in Russia and the district by 30 and 18.5%, respectively, and severe preeclampsia by 30% and 1.6 times, respectively. The incidence of eclampsia and placenta previa with bleeding increased in the district by 40 and 12.5%, respectively. A 1.5-fold increase in the incidence of placenta previa without bleeding has been established in Russia and the district. An increase in the incidence of uterine ruptures has been established in the Russian Federation by 28.6%. In the whole country and the district, there is an increase in the incidence of venous complications by 32.8 and 37.1%, respectively. The incidence rate of diabetes mellitus showed an increase in Russia and the district by 331.4 and 607.8%, respectively.

The correlation analysis of the relationship between the incidence of cardiovascular pathology with moderate preeclampsia established a direct link between moderate crowding in Bashkortostan, high crowding in the Penza

and Ulyanovsk regions, noticeable crowding in the Samara region; with severe preeclampsia – moderate crowding in Mari El, Saratov, Kirov and Orenburg regions, high crowding in Tatarstan, Nizhny Novgorod and Penza regions, noticeable crowding – in the Samara region; with eclampsia – noticeable crowding in the Russian Federation, Orenburg, Samara and Ulyanovsk regions, moderate crowding – in the federal District, Mordovia and the Penza region.

An analysis of the relationship between infections of the genitourinary system and diabetes mellitus established a direct link between noticeable crowding in the Perm Region and the Orenburg region, very high crowding in the Penza region, and moderate crowding in the Ulyanovsk region.

Conclusion. The conducted analysis of morbidity allowed us to identify trends that should be taken into account when planning preventive programs and organizing medical care.

Keywords:

pregnancy; morbidity; postpartum period; childbirth

Funding. The study had no sponsor support.

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

Contribution. Concept development, article planning, analysis of scientific work, critical revision with the introduction of valuable intellectual content – Vinogradova I.V., Petrov I.V., Almukhametov A.A.; collection, processing and systematization of data for scientific work, analysis of scientific work – Petrov I.V., Petrova F.S., Vinogradov D.A.; collection, processing and systematization of data for scientific work, critical revision with the introduction of valuable intellectual content – Petrov I.V., Amirova T.H.; processing and systematization of data for scientific work, analysis of scientific work – Petrov I.V., Zuev A.Yu., Vinogradova V.S.

For citation: Vinogradova I.V., Petrov I.V., Almukhametov A.A., Vinogradov D.A., Vinogradova V.S., Petrova F.S., Amirova T.Kh., Zuev A.Yu. Statistical analysis of the incidence of women who complicated childbirth (complications of childbirth and the postpartum period) in the Volga Federal District of the Russian Federation from 2015 to 2021. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTHCARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]*. 2024; 10 (3): 58–77. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411-8621-2024-10-3-58-77> (in Russian)

Received 04.06.2024. **Accepted** 30.08.2024.

Беременность является нормальным физиологическим состоянием для женщины, которое сопровождается перестройками в различных системах организма и органах [1, 2].

Ряд исследователей отмечают наметившуюся тенденцию формирования порочного круга: снижение числа женщин репродуктивного возраста, ухудшение фертильности и исходного соматического здоровья, повышение возраста деторождения в совокупности влияет на частоту осложнений гестационного периода, развитие патологии плода и новорожденного, а в конечном счете проявляется болезнями сначала детского и подросткового, а затем взрослого возраста и далее приводит к развитию осложненной беременности [3, 4].

Показатели работы службы акушерства и гинекологии напрямую зависят от состояния здоровья женщин репродуктивного возраста. Мониторимые параметры можно разделить на 2 группы. К первой относятся экстрагениальные заболевания, которые усугубляются при беременности. На частоту осложнений при первой группе влияют показатели обращаемости в медицинские организации, социальный статус женщин, качество прегравидарной подготовки к беременности и т.д. Вторая группа – заболевания, которые встречаются только при беременности [5].

Так, считается, что внутрибрюшная гипертензия может рассматриваться как патогенетический механизм в реализации тяжелых акушер-

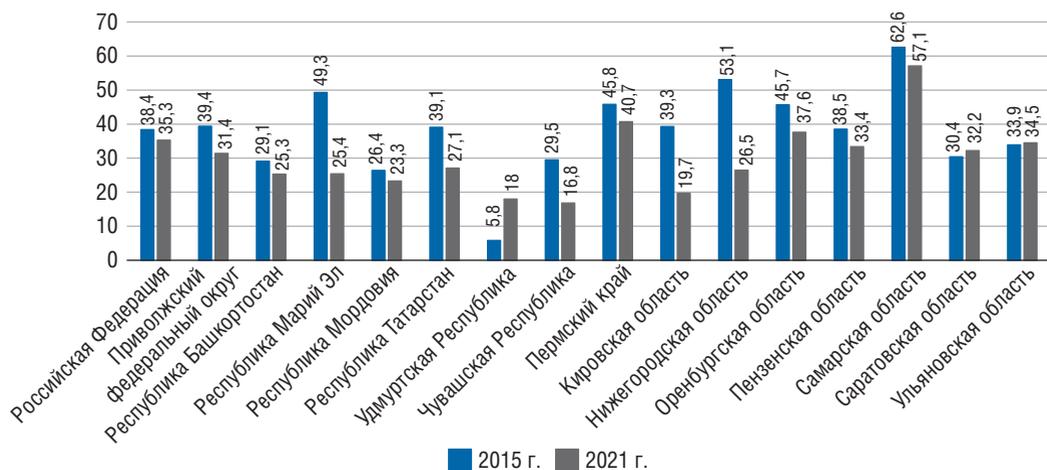


Рис. 1. Нормальные роды в структуре общих родов в Российской Федерации и Приволжском федеральном округе, %

ских осложнений [6], описана роль эндотелиальной дисфункции и субклинического воспаления в развитии акушерских и перинатальных осложнений среди пациенток с сахарным диабетом (СД) [7], среди беременных с вирусными гепатитами А и Е значительно чаще наблюдается тяжелая акушерская и экстрагенитальная патология в виде умеренной и тяжелой преэклампсии, хронической внутриутробной гипоксии плода, преждевременного излития околоплодных вод, раннего послеродового кровотечения с высокой частотой [8].

Совокупность данных факторов определила **цель** данного исследования – анализ болезней (заболеваемость), которые осложнили течение родов и послеродовой период, среди женщин в Приволжском федеральном округе (далее – ПФО) Российской Федерации (далее – РФ).

Материал и методы

Нами были проанализированы формы государственного статистического наблюдения № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» за 2015–2021 гг. республик и областей ПФО.

Использованы данные заболеваемости существовавшей ранее гипертензии, осложняющей

беременность, роды и послеродовой период (коды МКБ-10 010.0–010.4, 010.9), нормальных родов (080.0), преэклампсии средней тяжести (ПЭ; 014.0), преэклампсии тяжелой (ПЭ; 014.1), эклампсии (Э; 015.1, 015.2), с предлежанием плаценты с кровотечением (044.1), предлежанием плаценты без кровотечения (044.0), преждевременной отслойкой плаценты (045.8, 045.9), затрудненными родами (064–066), кровотечением в связи с нарушением свертываемости крови (045.0, 067.0), нарушениями родовой деятельности (062), разрывом промежности III–IV степени (070.2, 070.3), кровотечением в послеродовом и послеродовом периоде (072.0, 072.1), разрывом матки (071.0, 071.1), родовым сепсисом, разлитой послеродовой инфекцией (075.3, 085), венозными осложнениями (087), сахарным диабетом при беременности (024), инфекциями мочеполовых путей (ИМП; 086.2, 086.3), анемией (099.0), болезнями системы кровообращения (БСК; 099.4). Показатели заболеваемости приведены на 1000 родов.

Статистический анализ проведен с помощью программы StatTech v. 3.1.8 (разработчик – ООО «Статтех», Россия). Количественные показатели оценивали на соответствие нормальному распределению с помощью критериев

Таблица 1. Анализ заболеваемости существовавшей ранее гипертензии, осложняющей беременность, роды и послеродовой период в Приволжском федеральном округе и Российской Федерации за 2015–2021 гг., на 1000 родов

Территория	2015/2021	$M \pm SD / Me$	95% ДИ/Q1–Q3
Российская Федерация	58,3/46,3	48	47–49
Приволжский федеральный округ	56,3/44,4	47	46–48
Республика Башкортостан	86,3/50,6	66±11	55–76
Республика Марий Эл	27,0/55,0	45±11	35–55
Республика Мордовия	126,0/43,7	44	44–51
Республика Татарстан	41,1/44,3	40±5	35–45
Удмуртская Республика	63,3 / 50,3	58±9	50–67
Чувашская Республика	73,4/25,3	51±18	34–68
Пермский край	29,3/30,8	30±2	27–32
Кировская область	31,4/42,7	36±4	33–39
Нижегородская область	66,5/42,4	49±9	40–57
Оренбургская область	62,2/72,9	73±8	66–81
Пензенская область	21,6/42,2	27±10	19–36
Самарская область	33,6 / 29,5	29±4	25–33
Саратовская область	62,7 / 44,4	52±7	45–58
Ульяновская область	88,2/58,3	58	53–60

Здесь и в табл. 2–9: ДИ – доверительный интервал.

Шапиро–Уилка или Колмогорова–Смирнова. Количественные показатели, характеризующиеся нормальным распределением, были описаны с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD), границ 95% доверительного интервала (95% ДИ).

При отсутствии нормального распределения количественные данные описывали с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1–Q3). Направление и теснота корреляционной связи между двумя количественными показателями оценивали с помощью коэффициентов корреляции Пирсона или ранговой корреляции Спирмена. Прогностическая модель, которая характеризует зависимость количественной переменной от факторов, была разработана с помощью метода линейной регрессии.

Результаты и обсуждение

Нами установлено, что в структуре общего числа родов, включивших родивших вне родильного стационара, наибольшая доля нормаль-

ных родов в 2015 г. приходилась на Республику Марий Эл (Марий Эл), Пермский край, Нижегородскую, Оренбургскую и Самарскую области, в 2021 г. – на Пермский край и Самарскую область (рис. 1).

За исследованный период в РФ [-3,1 процентных пункта (далее – п.п.)], как и в большинстве изученных субъектов ПФО, наблюдается снижение доли нормальных родов от общего числа родов.

Так, снижение зафиксировано в Нижегородской области (-26,6 п.п.), Марий Эл (-23,9 п.п.), Кировской области (-19,6 п.п.), Чувашской Республике (Чувашия) (-12,7 п.п.), Республике Татарстан (Татарстан) (-12 п.п.), Оренбургской (-8,1 п.п.) и Самарской (-5,5 п.п.) областях, Пермском крае (-5,1 п.п.), Пензенской области (-5,1 п.п.), республиках Башкортостан (Башкортостан) (-3,8 п.п.) и Мордовия (Мордовия) (-3,1 п.п.). Установлен рост в Удмуртской Республике (Удмуртия) (12,2 п.п.), Саратовской и Ульяновской областях (1,8 и 0,6 п.п. соответственно). В целом в ПФО установлено снижение (-8 п.п.).

Таблица 2. Анализ преэклампсии средней тяжести в Приволжском федеральном округе и Российской Федерации за 2015–2021 гг., на 1000 родов

Территория	2015/2021	M±SD/Me	95% ДИ/Q1–Q3
Российская Федерация	22,6/29,4	27±3	25–30
Приволжский федеральный округ	21,6/25,6	24±2	22–25
Республика Башкортостан	31,4/42,2	42±11	32–52
Республика Марий Эл	32,8/37,6	32±3	29–35
Республика Мордовия	25,7/35,0	22±6	16–28
Республика Татарстан	18,6/23,9	24±3	21–27
Удмуртская Республика	18,6/33,7	29±8	22–36
Чувашская Республика	26,8/22,4	23±3	20–26
Пермский край	6,9/13,3	10±3	8–12
Кировская область	16,1/18,4	17±1	16–18
Нижегородская область	23,2/31,4	21	20–23
Оренбургская область	29,4/22,0	28±4	25–32
Пензенская область	5,7/14,6	10±4	7–13
Самарская область	12,7/13,7	15±2	13–17
Саратовская область	22,6/21,6	18±7	11–24
Ульяновская область	45,4/25,8	24	20–26

Анализ существовавшей ранее артериальной гипертензии, осложняющей беременность, роды и послеродовой период, установил, что в РФ и ПФО наблюдается снижение заболеваемости на 20,5 и 21,1% соответственно ($p < 0,05$). Среди субъектов было установлено снижение в Башкортостане на 41,3%, Мордовии – на 65,3%, Удмуртии – на 20,5%, Чувашии – на 65,5%, Нижегородской – на 36,2%, Самарской – на 12,2%, Саратовской – на 29,1% и в Ульяновской области – на 33,9%. Рост данного показателя наблюдается в Марий Эл – в 2 раза, Татарстане – на 7,7%, Пермском крае – на 5,1%, Кировской – на 35,9%, Оренбургской – на 17,2% и Пензенской области – в 1,9 раза (табл. 1).

Анализ ПЭ средней тяжести позволил установить, что в целом по РФ (+30%) и ПФО (+18,5%) наблюдается рост заболеваемости ($p < 0,05$). Рост установлен в Башкортостане на +34,3, Марий Эл – на 14,6%, Мордовии – на 36,1%, Татарстане – на 28,4%, Удмуртии – в 1,8 раза, Пермском крае – в 1,9 раза, Кировской – на 14,2%, Нижегородской – на 35,3%, Пензенской – в 2,6 раза и Самарской на 7,8% областях. Снижение отмечается в Чувашии на 16,4%, Оренбургской – на 25,1%, Саратовской – на 4,4% и Ульяновской областях – в 1,7 раза (табл. 2).

Анализ тяжелой ПЭ выявил тенденцию к увеличению в РФ (на 30%), ПФО (в 1,6 раза), Башкортостане (в 4,9 раза), Татарстане (в 2,3 раза), Пермском крае (на 23,2%), Кировской (на 39,4%), Нижегородской (в 1,7 раза), Оренбургской (в 1,6 раза), Пензенской (в 1,9 раза), Самарской (в 3,8 раза), Саратовской (в 2,7 раза) и Ульяновской (в 1,6 раза) областях (табл. 3). Снижение отмечается в Марий Эл (на 3,5%), Мордовии (на 65%), Удмуртии (на 23,5%), Чувашии (на 32,2%).

Заболеваемость Э показала рост в ПФО (на 40%), Башкортостане (на 14,2%), Удмуртии (на 40%), Пермском крае (на 10%), Оренбургской (в 7 раз) и Оренбургской (на 37,5%) областях. Тенденция к снижению отмечается в РФ (на 56,6%), Марий Эл (на 22,5%), Татарстане (на 45%), Чувашии (на 10%), Нижегородской (на 20%), Самарской (на 60%), Саратовской (на 40%) и Ульяновской (на 45%) областях.

Показатель предлежания плаценты с кровотечением в ПФО вырос на 12,5%, Башкортостане – на 2,8%, Марий Эл – на 9,1%, Удмуртии – на 5,5%, Чувашии – на 29,8%, Нижегородской – на 12%, Оренбургской – на 42,1%, Пензенской – 1,5 раза, Самарской – 2,2 раза и Саратовской областях – на 10,2%.

Таблица 3. Анализ заболеваемости тяжелой преэклампсией и эклампсией за 2015–2021 гг., на 1000 родов

Территория	Тяжелая преэклампсия			Эклампсия во время беременности		
	2015/ 2021	M±SD	95% ДИ	2015/2021	M±SD/ Me	95% ДИ/ Q1–Q3
Российская Федерация	7,1/9,3	8±1	8–9	0,3/0,13	0	0–0
Приволжский федеральный округ*	6,7/11,1	9±2	7–10	0,1/0,14	0±0	0–0
Республика Башкортостан	1,5/7,4	5±2	3–6	0,07*/0,08 данные 2016 г., т.к. в 2015 г. – 0	0±0	0–0
Республика Марий Эл	13,9/13,4	13±1	12–14	0,4/0,31** данные 2020 г., т.к. в 2021 г. – 0	0±0	0–0
Республика Мордовия	4,9/1,7	3±1	2–4	–*** за исследованный период эклампсия во время беременности была зарегистрирована в 2016 г. (2,74) и в 2017 г. (0,43)	0	0–0
Республика Татарстан	6,1/14	10±3	7–13	0,2/0,11	0±0	0–0
Удмуртская Республика	10,2/7,8	9±1	8–11	0,1/0,14	0±0	0–0
Чувашская Республика	5,9/4,0	6±2	5–8	0,2/0,18	0±0	0–0
Пермский край	18,5/22,8	18±3	16–21	0,4/0,44	0±0	0–0
Кировская область	10,9/15,2	14±2	12–15	0,2/0,2	0±0	0–0
Нижегородская область	4,9/8,7	7±2	6–9	0,2/0,16	0±0	0–0
Оренбургская область	6/9,6	8±2	6–9	0,04*/0,28 данные 2016 г., т.к. в 2015 г. – 0	0±0	0–0
Пензенская область	6,7/12,9	10±2	8–12	0,08*/0,11 данные 2016 г., т.к. в 2015 г. – 0	0	0–0
Самарская область	1,3/5,0	4±1	2–5	0,1*/0,04 данные 2016 г., т.к. в 2015 г. – 0	0±0	0–0
Саратовская область	4,8/13,2	11±4	8–15	0,1/0,06	0±0	0–0
Ульяновская область	10,9/17,5	13±2	11–15	0,2/0,11* данные 2016 г., т.к. в 2015 г. – 0	0±0	0–0

* – при сравнении показателей тяжелой преэклампсии в РФ и ПФО была установлена статистическая значимость ($p < 0,05$).

Снижение отмечается в РФ на 13%, Мордовии на 39,2%, Татарстане на 40,7%, в Кировской на 13,1% и Ульяновской на 19% областях. В Пермском крае показатель значительно не изменился.

Заболеваемость предлежанием плаценты без кровотечения показала рост во всех территориях, кроме Мордовии, где установлено снижение на 24%. Наибольший рост зафиксирован

Таблица 4. Предлежание плаценты с кровотечением в Приволжском федеральном округе и Российской Федерации за 2015–2021 гг., на 1000 родов

Территория	2015/2021	M±SD/Me	95% ДИ/Q1–Q3
Российская Федерация	1,84/1,6	2	2–2
Приволжский федеральный округ*	1,52/1,71	2±0	2–2
Республика Башкортостан	1,39/1,43	1	1–1
Республика Марий Эл	1,31/1,43	2±0	1–2
Республика Мордовия	1,25/0,76	1±1	0–2
Республика Татарстан	1,13/0,67	1±0	1–1
Удмуртская Республика	1,62/1,71	1±0	1–2
Чувашская Республика	1,81/2,35	1±1	1–2
Пермский край	1,83/1,81	2±1	1–3
Кировская область	1,98/1,72	2±1	1–2
Нижегородская область	1,82/2,04	2±0	2–2
Оренбургская область	1,14/1,62	1	1–2
Пензенская область	1,12/1,68	1±0	1–2
Самарская область	1,32/2,96	2±1	2–3
Саратовская область	1,86/2,05	2±0	2–2
Ульяновская область	2,26/1,83	2±0	2–3

* – при сравнении показателей РФ и ПФО статистически значимых различий не установлено ($p > 0,05$).

в Башкортостане и Марий Эл – в 2,5 раза соответственно. В 2 раза отмечается рост в Оренбургской, Саратовской и Ульяновской областях. В Татарстане отмечается тенденция к росту в 1,7 раза, в Кировской области – 1,4 раза. В Пензенской и Самарской областях отмечается рост в 1,2 раза. Незначительно показатель увеличился в Удмуртии (4%), Пермском крае (14%) и Нижегородской области (10,5%). В 1,5 раза установлен рост в Чувашии, ПФО и РФ (табл. 5).

При анализе показателя заболеваемости преждевременной отслойкой плаценты было установлено снижение частоты в РФ на 2,2%, Башкортостане – на 8,3%, Марий Эл – 19,6%, Мордовии – 2 раза, Татарстане – 16,8%, Нижегородской – 12,5% и Ульяновской – 3,3% областях. Рост установлен в ПФО – на 1,04%, Удмуртии – 38,9%, Чувашии – 9,9%, Пермском крае – 29,4%, Кировской – 10,1%, Пензенской – 15,2% и Самарской – 26,5% областях. Не изменился показатель в Оренбургской и Саратовской областях.

Снижение показателя частоты затрудненных родов было установлено в РФ на 18,4%, ПФО – на 10%, Башкортостане – на 36,4%, Мордовии – на 32,5%, Татарстане – на 18,8%, Удмуртии – 28,7%,

Чувашии – на 8,1%, Кировской – на 45,7%, Нижегородской – 28,5%, Пензенской – на 20,2%, Саратовской – на 60,5% и Ульяновской – 15,1% областях. Рост наблюдается в Марий Эл в 2 раза, в Пермском крае на 10%, в Оренбургской (в 1,9 раза) и Самарской (в 3,1 раза) областях (табл. 6).

Анализ заболеваемости кровотечениями в связи с нарушением свертываемости крови позволил установить снижение показателя в РФ (-65,7%), ПФО (-33,3%), Башкортостане (-16,6%), Марий Эл (-20%), Удмуртии (-76,7%), Пермском крае (-46,7%), Кировской (-60%), Нижегородской (-41,2%), Оренбургской (-85,9%), Самарской (-55,8%) и Ульяновской (-54,7%) областях.

Рост отмечается в Мордовии – в 9,5 раза, в Татарстане – на 10,8%, в Чувашии – в 3,5 раза и в Пензенской области – в 4 раза. В Саратовской области за исследованный период заболеваемость была зафиксирована в 2015 и 2017 гг. – по 0,04 соответственно (табл. 7).

Показатель частоты нарушений родовой деятельности демонстрирует рост в Пермском крае на 6% и Кировской области на 23,4%. Фактически без изменений ситуация остается в Саратовской области. На остальных территориях отме-

Таблица 5. Предложение плаценты без кровотечения в Приволжском федеральном округе и Российской Федерации за 2015–2021 гг., на 1000 родов

Территории	2015/2021	M±SD/Me	95% ДИ/Q1-Q3
Российская Федерация	2,99/4,53	4±1	3–5
Приволжский федеральный округ*	2,94/4,34	4±1	3–4
Республика Башкортостан	1,85/4,53	3±1	2–4
Республика Марий Эл	1,72/4,29	3±1	2–4
Республика Мордовия	3,55/2,66	3±1	2–3
Республика Татарстан	2,21/3,71	3±1	2–4
Удмуртская Республика	6,57/6,84	6±1	5–8
Чувашская Республика	1,98/3,07	3±0	2–3
Пермский край	3,77/4,31	4±1	3–5
Кировская область	6,32/8,78	7±2	5–9
Нижегородская область	3,5/3,87	4	4–5
Оренбургская область	1,21/2,57	3	2–3
Пензенская область	2,76/3,24	3±1	2–3
Самарская область	3,32/4,27	5±1	4–5
Саратовская область	2,37/4,83	4±1	3–5
Ульяновская область	2,26/4,93	4±1	2–5

* – при сравнении показателей РФ и ПФО статистически значимых различий не выявлено ($p>0,05$).

Таблица 6. Анализ заболеваемости преждевременной отслойкой плаценты и затрудненными родами за 2015–2021 гг., на 1000 родов

Территория	Преждевременная отслойка плаценты			Затрудненные роды		
	2015/2021	M±SD/Me	95% ДИ/Q1-Q3	2015/2021	M±SD/Me	95% ДИ/Q1-Q3
Российская Федерация	9,3/9,1	9±0	9–9	66,7/54,4	62±4	58–65
Приволжский федеральный округ*	9,6/9,7	10±0	9–10	54/48,6	56±4	52–59
Республика Башкортостан	10,8/9,9	10±2	9–12	19,5/12,4	15±4	11–19
Республика Марий Эл	9,7/7,8	9±1	7–10	36/71,4	77±30	50–105
Республика Мордовия	7,6/3,8	6±2	4–8	59/39,8	41±12	29–52
Республика Татарстан	13,1/10,9	12±2	11–14	67,2/54,6	63±4	59–67
Удмуртская Республика	7,7/10,7	10±1	9–11	126,3/90,0	126	82–129
Чувашская Республика	12,1/13,3	12±1	11–13	32,0/29,4	32±2	29–34
Пермский край	9,5/12,3	12	12–12	31,2/34,3	41±11	31–50
Кировская область	8,9/9,8	9±1	8–10	34,3/18,6	28±6	22–33
Нижегородская область	8,8/7,7	8±1	7–8	94,9/67,8	94±14	81–107
Оренбургская область	9,6/9,6	10±1	9–11	38,5/71,7	63±28	37–88
Пензенская область	6,6/7,6	7±1	6–8	64,3/51,3	54±7	48–60
Самарская область	6,4/8,1	7±1	6–8	21,6/66,8	51±16	36–66
Саратовская область	9,4/9,4	8±1	7–9	91,8/36,3	74±18	57–91
Ульяновская область	9/8,7	8±1	7–9	74,6/63,3	62±8	54–69

* – при сравнении показателей РФ и ПФО статистически значимых различий не выявлено ($p>0,05$).

Таблица 7. Анализ заболеваемости кровотечениями в связи с нарушением свертываемости крови и нарушениями родовой деятельности за 2015–2021 гг., на 1000 родов

Территория	Кровотечения в связи с нарушением свертываемости крови			Нарушения родовой деятельности		
	2015/ 2021	$M \pm SD$ / Me	95% ДИ/ Q1–Q3	2015/ 2021	$M \pm SD$ / Me	95% ДИ/ Q1–Q3
Российская Федерация	1,37/0,47	1	0–1	88,4/68,1	79±6	73–85
Приволжский федеральный округ*	0,54/0,36	0±0	0–1	100,7/77,5	92±8	84–99
Республика Башкортостан	0,12/0,1 в 2019, 2020, 2021 гг. – по 0	0	0–0	93,6/57,0	92	86–93
Республика Марий Эл	0,4/0,32	0±0	0–0	104,2/96,2	96±8	88–104
Республика Мордовия	0,12 в 2016 г., 0 – в 2015 г./1,14	0	0–0	72,5/65,3	73±9	65–81
Республика Татарстан	0,65/0,72	1±0	0–1	140,3/87,4	121±21	102–140
Удмуртская Республика	2,92/0,68	1±1	1–2	100,5/93,1	102±7	95–108
Чувашская Республика	0,41/1,44	1±1	0–1	109,8/65,4	95±21	76–115
Пермский край	0,45/0,24	0±0	0–1	114,3/121,2	119±4	115–122
Кировская область	0,25/0,1 в 2020, 0 – в 2021	0±0	0–1	139,6/172,2	155±14	143–168
Нижегородская область	0,34/0,2	0±0	0–0	131,5/93,9	108±14	95–121
Оренбургская область	0,78/0,11	1±1	-0–2	76,7/66,0	75±5	70–80
Пензенская область	0,22/0,89	0±0	0–1	105,7/67,5	87±13	76–99
Самарская область	0,52/0,23	0±0	0–1	36,5/16,3	18	17–28
Саратовская область	0,04/0,04 – 2017, остальные годы – по 0	0	0–0	69,2/69,7	69±6	63–75
Ульяновская область	0,75/0,34	1±0	0–1	98,2/59,4	75±13	64–87

* – различия показателей заболеваемости кровотечениями в связи с нарушением свертываемости крови и нарушениями родовой деятельности в РФ и ПФО статистически значимы ($p < 0,05$).

чается снижение. Так, в РФ данный показатель снизился на 23%, в ПФО – на 23%, в Башкортостане – на 39,1%, в Марий Эл – на 7,7%, в Мордовии – на 9,9%, в Татарстане – на 37,7%, в Удмуртии – на 7,4%, в Чувашии – на 40,4%, в Нижего-

родской – на 26,8%, в Оренбургской – на 14%, в Пензенской – на 36,1%, в Самарской – на 55,3% и Ульяновской – на 39,5% областях (табл. 7).

Анализ разрывов промежности III–IV степени показал отсутствие изменений в РФ

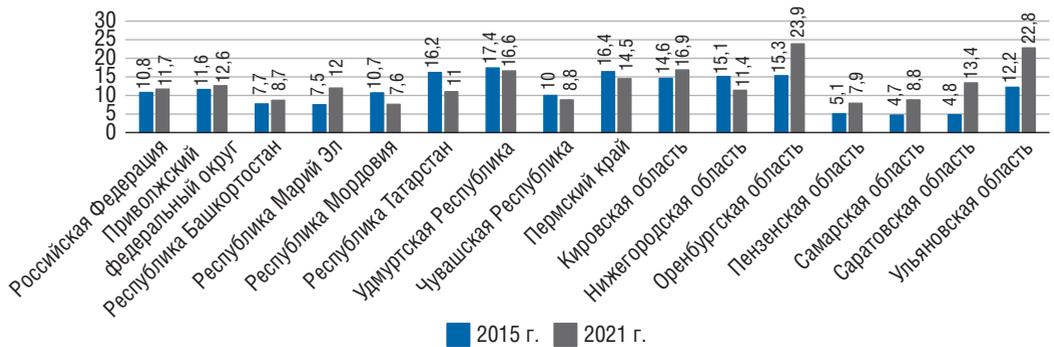


Рис. 2. Заболеваемость кровотечениями в последовом и послеродовом периоде в Российской Федерации и Приволжском федеральном округе, на 1000 родов

(2015 г. – 0,21, 2021 г. – 0,21), Пермском крае (2015 г. – 0,48, 2021 г. – 0,48) и Башкортостане (2015 г. – 0, 2021 г. – 0). Стоит отметить, что на последней территории заболеваемость была зарегистрирована в 2016 (0,02), 2017 (0,08) и 2020 (0,03) гг. Снижение установлено в ПФО на 16,7% (2015 г. – 0,18, 2021 г. – 0,15), Татарстане – на 85,7% (2015 г. – 0,56; 2021 г. – 0,08), Нижегородской – на 42,9% (2015 г. – 0,21, 2021 г. – 0,12), Самарской – на 42,9% (2015 г. – 0,07, 2019 г. – 0,04, 2020 и 2021 гг. – по 0) и Саратовской области – на 54,5% (2015 г. – 0,11, 2019 г. – 0,05; 2020 и 2021 гг. – по 0). Рост установлен в Марий Эл на 33,3% (2017 г. – 0,12, 2021 г. – 0,16, 2015 и 2016 гг. – по 0), в Мордовии – в 3 раза (2015 г. – 0,12, 2021 г. – 0,38), в Удмуртии – на 27,3% (2017 г. – 0,11, 2021 г. – 0,14, 2015 и 2016 гг. – по 0), в Кировской области – в 3,3 раза (2015 г. – 0,06, 2021 г. – 0,2), в Оренбургской области – в 4,7 раза (2015 г. – 0,07, 2021 г. – 0,33), в Ульяновской – в 5,7 раза (2015 г. – 0,14, 2021 г. – 0,8). В РФ, ПФО, Мордовии, Удмуртии, Пермском крае (95% ДИ 0–1), в Кировской, Нижегородской, Оренбургской, Самарской, Саратовской и Ульяновской областях (95% ДИ 0–1) показатели заболеваемости характеризовались нормальным распределением ($M \pm SD$ 0 ± 0 , 95% ДИ 0–0). Остальные территории показали отсутствие нормального распределения (Me 0, Q1–Q3 0–0). Различия показателей РФ и ПФО не считались статистически значимыми ($p > 0,05$).

Анализ заболеваемости кровотечениями в последовом и послеродовом периоде (рис. 2) выявил тенденцию к снижению в Мордовии (на 29%, $M \pm SD$ 8 ± 2 , 95% ДИ 6–10), Татарстане (на 32,1%, Me 12, Q1–Q3 11–12), Удмуртии (на 4,6%, $M \pm SD$ 18 ± 2 , 95% ДИ 16–20), Чувашии (на 12%, $M \pm SD$ 9 ± 1 , 95% ДИ 8–10), Пермском крае (на 11,6%, $M \pm SD$ 17 ± 2 , 95% ДИ 15–19) и Нижегородской области (на 24,5%, $M \pm SD$ 12 ± 2 , 95% ДИ 10–14). Наибольший рост зафиксирован в Саратовской – в 2,8 раза (Me 6, Q1–Q3 5–8), в 1,8 раза в Самарской ($M \pm SD$ 7 ± 2 , 95% ДИ 6–9) и Ульяновской ($M \pm SD$ 16 ± 4 , 95% ДИ 13–20), в 1,5 раза в Оренбургской ($M \pm SD$ 17 ± 5 , 95% ДИ 13–21) и Пензенской ($M \pm SD$ 7 ± 1 , 95% ДИ 5–8) областях, в Марий Эл в 1,6 раза ($M \pm SD$ 9 ± 2 , 95% ДИ 8–11). Тенденция к снижению также отмечается в Кировской области (–15,6%, $M \pm SD$ 15 ± 1 , 95% ДИ 14–16), Башкортостане (–13%, $M \pm SD$ 11 ± 2 , 95% ДИ 9–13), ПФО (–8,7%, $M \pm SD$ 12 ± 0 , 95% ДИ 12–12) и РФ (–8,3%, $M \pm SD$ 11 ± 0 , 95% ДИ 10–11). Различия показателей РФ и ПФО не считались статистически значимыми ($p > 0,05$).

Анализ разрывов матки выявил отсутствие изменений в Башкортостане (2015 г. – 0,16, 2021 г. – 0,16). Рост установлен в РФ на 28,6% (2015 г. – 0,14, 2021 г. – 0,18), Марий Эл (2015 г. – 0,4, 2021 г. – 0,63) и в Ульяновской области (2015 г. – 0, 2016 г. – 0,21, 2020 г. – 0,33, 2021 г. – 0) – в 1,57 раза, Чувашии – в 4,3 раза (2015 г. – 0, 2016 г. – 0,06, 2020 г. – 0,26, 2021 г. – 0), в Пермском крае – в 1,8 раза (2015 г. – 0,11, 2021

г. – 0,2), Оренбургской – на 4,7% (2015 г. – 0,21, 2021 г. – 0,22) и Пензенской – в 2 раза (2015 г. – 0,22, 2021 г. – 0,44) областях.

Тенденция к снижению выявлена в ПФО на 7,7% (2015 г. – 0,13, 2021 г. – 0,12), Мордовии – на 24% (2015 г. – 0,25, 2021 г. – 0,19), Татарстане – на 72,7% (2015 г. – 0,11, 2021 г. – 0,03), Удмуртии – на 22,2% (2015 г. – 0,09, 2020 г. – 0,07, 2021 г. – 0), Кировской – на 16,7% (2015 г. – 0,12, 2021 г. – 0,1), Нижегородской – на 38,5% (2015 г. – 0,13, 2021 г. – 0,08), Самарской – на 42,9% (2015 г. – 0,07, 2019 г. – 0,04, 2020 и 2021 гг. – 0) и Саратовской – на 19% (2015 г. – 0,21, 2021 г. – 0,17) областях. Все показатели имели нормальное распределение ($M \pm SD$ 0 ± 0 , 95% ДИ 0–0), для Самарской области 95% ДИ 0–0. Различия показателей РФ и ПФО не считались статистически значимыми ($p > 0,05$).

При анализе частоты родового сепсиса, разлитой послеродовой инфекции установлено, что в целом по РФ показатель изменился незначительно – на 5,3% (2015 г. – 0,19, 2021 г. – 0,2), в 1,5 раза отмечается рост в Башкортостане (2015 г. – 0, 2016 г. – 0,02, 2020 г. – 0,03, 2021 г. – 0), в 2,5 – в Татарстане (2015 г. – 0,02, 2021 г. – 0,05), в 1,6 раза – в Чувашии (2015 г. – 0,17, 2021 г. – 0,27), в 10,5 раза – в Пермском крае (2015 г. – 0,08, 2021 г. – 0,84), в 4,7 раза – в Кировской области (2015 г. – 0,06, 2019 г. – 0,28, 2020, 2021 гг. – 0). В целом по ПФО установлено незначительное снижение заболеваемости на 5% (2015 г. – 0,2, 2021 г. – 0,19), на 9% – в Удмуртии (2015 г. – 0,22, 2021 г. – 0,2), на 31,5% – в Оренбургской (2015 г. – 0,89, 2021 г. – 0,61), на 55,6% – в Самарской (2015 г. – 0,27, 2021 г. – 0,12), на 86,1% – в Саратовской (2015 г. – 0,79, 2021 г. – 0,11%) и Ульяновской – на 45% (2021 г. – 0,2, 2021 г. – 0,11) областях. В Марий Эл за 2015–2019 гг. не зарегистрировано ни одного случая (2020 г. – 0,31, 2021 г. – 0,16), в Мордовии за изученный период – 0 случаев, в Нижегородской области за 2015–2018 гг. ситуация осталась без изменений (2015 г. – 0,03, 2018 г. – 0,03), за 2019–2021 гг. – 0 случаев. В Пензенской области заболеваемость была зарегистрирована в 2015 и 2018 гг. (0,07 и 0,09 соответственно).

Нормальным распределением характеризовались РФ, ПФО, Мордовия, Татарстан, Чувашия, Кировская и Ульяновская область ($M \pm SD$ 0 ± 0 , 95% ДИ 0–0); в Оренбургской и Саратовской областях 95% ДИ 0–1. В остальных территориях нормальное распределение отсутствовало (Me 0, $Q1$ – $Q3$ 0–0). Различия показателей РФ и ПФО не считались статистически значимыми ($p > 0,05$).

Заболеваемость венозными осложнениями показала снижение в Мордовии на 2,1%, Удмуртии – на 85,3% и Ульяновской области – на 72%. Остальные территории характеризовались ростом, наибольшие значения выявлены в Оренбургской и Пензенской областях (132,1 и 643,4% соответственно), а также в Башкортостане (91,1%). В целом по РФ и ПФО также отмечается рост (32,8 и 37,1% соответственно) (табл. 8).

Анализ заболеваемости СД показал рост во всех территориях. Наибольшие значения установлены в Удмуртии (1463,5%), Самарской (1559,3%) и Саратовской (1306,2%) областях (табл. 8).

Заболеваемость ИМП показала рост в Пермском крае на 1,1% ($M \pm SD$ 64 ± 9 ; 95% ДИ 56–73), Оренбургской – на 21% ($M \pm SD$ 105 ± 15 ; 95% ДИ 91–118), Пензенской – на 74,5% ($M \pm SD$ 109 ± 25 ; 95% ДИ 86–132), Самарской – на 3% ($M \pm SD$ 32 ± 3 ; 95% ДИ 29–35) и Ульяновской – на 83,3% ($M \pm SD$ 4 ± 2 ; 95% ДИ 2–5) областях. Остальные территории характеризовались снижением данного показателя, наибольшее снижение установлено в Удмуртии ($M \pm SD$ 4 ± 2 ; 95% ДИ 2–5) и Чувашии ($M \pm SD$ 116 ± 26 ; 95% ДИ 92–139) – на 51,5 и 45,2% соответственно, в Саратовской – на 41,2% ($M \pm SD$ 109 ± 19 ; 95% ДИ 92–127) и Кировской – на 35,6% ($M \pm SD$ 14 ± 4 ; 95% ДИ 11–18) областях, а также в Башкортостане – на 22,4% ($M \pm SD$ 69 ± 7 ; 95% ДИ 62–76) (рис. 3). В целом по РФ ($M \pm SD$ 49 ± 1 ; 95% ДИ 48–51) и ПФО ($M \pm SD$ 61 ± 4 ; 95% ДИ 58–64) отмечается тенденция к снижению (–4,7 и –12,8% соответственно). Различия показателей РФ и ПФО не считались статистически значимыми ($p > 0,05$).

Наибольший рост заболеваемости анемией был установлен в Татарстане (+30,1%), Кировской (+53,1%) и Оренбургской (+40%) облас-

Таблица 8. Анализ заболеваемости венозными осложнениями и сахарным диабетом при беременности за 2015–2021 гг., на 1000 родов

Территория	Венозные осложнения			Сахарный диабет при беременности		
	2015/ 2021	M±SD/ Me	95% ДИ/ Q1–Q3	2015/ 2021	M±SD/ Me	95% ДИ/ Q1–Q3
Российская Федерация	19,8/26,3	22±3	20–25	23,67/101,8	61±29	34–88
Приволжский федеральный округ*	20,5/28,1	23±3	20–26	12,44/88,06	49±28	24–75
Республика Башкортостан	15,8/30,2	22±5	18–26	3,98/20,26	10±6	4–15
Республика Марий Эл	42,2/46,7	55±21	35–74	32,5/170,33	111±45	70–153
Республика Мордовия	37,5/36,7	28±11	18–38	7,62/64,59	42±26	18–66
Республика Татарстан	32,5/52,7	41±8	34–48	5,29/48,03	20±16	6–35
Удмуртская Республика	32,7/4,8	12	8–13	3,73/58,32	24±22	3–44
Чувашская Республика	13,8/19,9	16±3	13 – 19	5,58/34,17	9	7–16
Пермский край	20/32,9	27±4	23–31	23,88/130,45	91±45	49–133
Кировская область	8,4/9,3	9±1	8–10	46,61/278,69	148±85	69–226
Нижегородская область	21,1/23,2	19±5	15–24	11,49/62,09	38±18	22–54
Оренбургская область	13,4/31,1	29	18–31	18,44/170,94	105±59	51–160
Пензенская область	2,3/17,1	9±6	3–15	20,01/130,82	60±39	24–96
Самарская область	10,6/11,5	7±4	3–10	6,91/114,66	62±44	21–103
Саратовская область	33,8/37,3	37±3	34–40	4,37/61,45	26±19	8–44
Ульяновская область	2,5/0,7	1±1	0–2	30,49/124,43	71±33	41–101

* – различия показателей заболеваемости венозными осложнениями и сахарным диабетом при беременности в РФ и ПФО статистически значимы ($p < 0,05$).

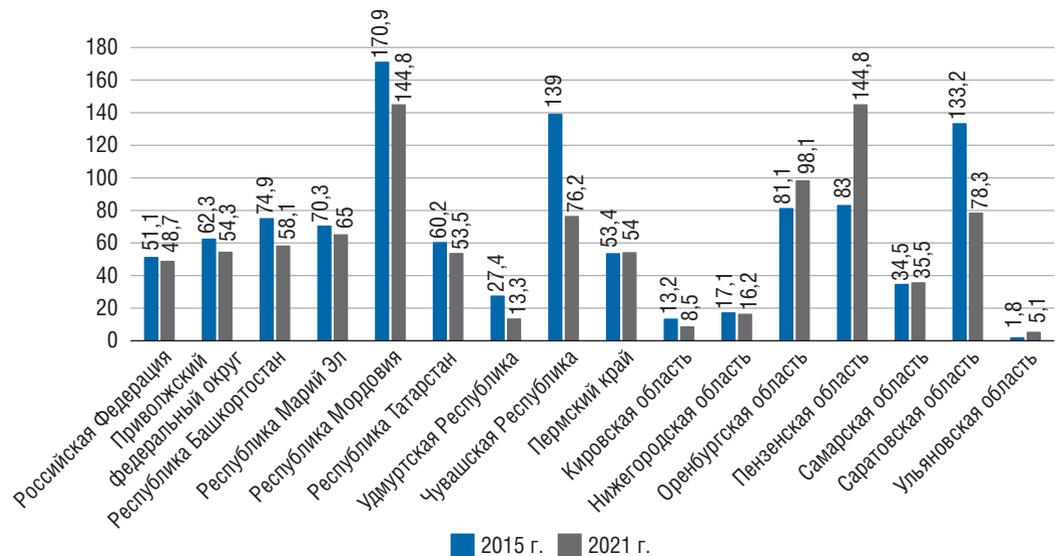


Рис. 3. Заболеваемость инфекциями мочеполовых путей в Российской Федерации и Приволжском федеральном округе за 2015–2021 гг., на 1000 родов

Таблица 9. Анализ заболеваемости анемией и болезнями системы кровообращения за 2015–2021 гг., на 1000 родов

Территория	Анемия			Болезни системы кровообращения		
	2015/ 2021	$M \pm SD$ / Me	95% ДИ/ Q1–Q3	2015/ 2021	$M \pm SD$ / Me	95% ДИ/ Q1–Q3
Российская Федерация	235,3/258,1	254±10	245–263	55,4/47,4	53±4	49–56
Приволжский федеральный округ	266,5/277,2	281±10	272–290	65,9/63,7	71±5	67–75
Республика Башкортостан	314,1/248,1	319±35	287–351	70,5/30,2	71±22	51–92
Республика Марий Эл	306,6/260,6	312±29	285–339	31,0/21,7	31	26–33
Республика Мордовия	346,3/259,9	310±35	278–342	361,4/318,2	383±40	346–420
Республика Татарстан	237,4/308,9	285±39	249–321	45,8/71,5	51±10	42–61
Удмуртская Республика	311,3/316,7	337±23	316–359	125,2/72,0	121±53	72–170
Чувашская Республика	320,4/382,0	327	319–387	95,5/148,6	120±23	100–141
Пермский край	192,0/178,1	184±11	173–194	56,9/42,2	40±9	31–48
Кировская область	197,9/302,9	247±31	218–276	19,6/20,3	21±3	19–24
Нижегородская область	242,2/200,9	242±29	215–268	28,7/36,5	31±5	26–35
Оренбургская область	298,5/417,8	345±53	296–394	52,9/70,9	57±11	46–67
Пензенская область	318,1/357,7	360±24	338–383	37,8/78,8	54±17	38–70
Самарская область	214,5/274,3	221	217–249	31,1/44,5	44±8	36–51
Саратовская область	268,4/202,9	264	246–266	133,0/118,3	165±30	138–193
Ульяновская область	350,5/353,9	299±38	264–334	52,7/34,3	40±9	32–48

тах. Тенденция к снижению отмечается в Башкортостане (-21,0%), Марий Эл (-15%), Мордовии (-25%), Пермском крае (-7,2%), Нижегородской (-17,1%) и Саратовской (-24,4%) областях (табл. 4).

Заболеваемость БСК показала наибольший рост в Пензенской области – в 2,1 раза, Татарстане и Чувашии (по 1,5 раза соответственно). Более всех отмечается снижение в Башкортостане (-57,2%), Удмуртии (-42,3%) и в Ульяновской области (-35,5%) (табл. 9).

Различия показателей заболеваемости анемией в ПФО и РФ статистически значимы ($p < 0,05$).

Различия показателей заболеваемости БСК в РФ и ПФО не считались статистически значимыми ($p > 0,05$).

Клинические рекомендации «Презeklampсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде; 2021» указывают, что плацента играет важную роль в развитии ПЭ. Доказано, что данное осложнение после 34 нед беременности развивается при участии сердечно-сосудистой системы и гемодинамических особенностей матери, которые влияют на функцию плаценты.

Проведенный корреляционный анализ БСК и ПЭ средней тяжести установил прямую связь умеренной тесноты (по шкале Чеддока) в Башкортостане ($r_{xy} 0,327; p>0,05$), высокой тесноты – в Пензенской области ($r_{xy} 0,857; p<0,05$), заметной тесноты – в Самарской области ($r_{xy} 0,627; p>0,05$), высокой тесноты – в Ульяновской области ($r_{xy} 0,714; p>0,05$).

Корреляционный анализ БСК и ПЭ тяжелой степени выявил прямую связь умеренной тесноты в Марий Эл ($r 0,306; p>0,05$), высокой тесноты в Татарстане ($r_{xy} 0,759; p<0,05$), умеренной тесноты в Кировской области ($r_{xy} 0,438; p>0,05$), высокой тесноты в Нижегородской области ($r_{xy} 0,801; p<0,05$), умеренной тесноты в Оренбургской области ($r_{xy} 0,498; p>0,05$), высокой тесноты в Пензенской области ($r_{xy} 0,778; p<0,05$), заметной тесноты в Самарской области ($r_{xy} 0,555; p>0,05$), умеренной тесноты в Саратовской области ($r_{xy} 0,493; p>0,05$).

Анализ связи между БСК и эклампсией установил прямую связь заметной тесноты в РФ ($r 0,630; p>0,05$), умеренной тесноты в ПФО ($r_{xy} 0,356; p>0,05$), умеренной тесноты в Мордовии ($r 0,356; p>0,05$), заметной тесноты в Оренбургской области ($r_{xy} 0,645; p>0,05$), умеренной тесноты в Пензенской области ($r_{xy} 0,482; p>0,05$), заметной тесноты в Самарской области ($r_{xy} 0,633; p>0,05$), заметной тесноты в Ульяновской области ($r_{xy} 0,580; p>0,05$).

Согласно клиническим рекомендациям «Инфекция мочевых путей при беременности; 2022», диагностирование бессимптомной бактериурии наиболее часто происходит в I триместре (до 75% случаев), реже – во II и III триместрах беременности (25%). К факторам риска бактериурии можно отнести ИМП в анамнезе, СД, низкий социально-экономический статус. Проведенный анализ связи СД и ИМП позволил установить прямую связь заметной тесноты в Пермском крае ($r_{xy} 0,559; p>0,05$) и Оренбургской области ($r_{xy} 0,658; p>0,05$), весьма высокой тесноты в Пензенской области ($r_{xy} 0,961; p<0,05$), умеренной тесноты в Ульяновской области ($r_{xy} 0,364; p>0,05$).

Наметившуюся тенденцию к снижению доли нормальных родов в большинстве проанализи-

рованных территорий в рамках данного исследования можно объяснить внедрением в практическую деятельность клинических рекомендаций: имеется ввиду изменение критериев и подходов к оказанию медицинской помощи, а также тенденцией к увеличению охватом диспансерным наблюдением беременных в женских консультациях (приверженность пациента) и расширением перечня доступных методов диагностики. Например, в Марий Эл с 2015 по 2021 г. число женщин, которые не наблюдались в женских консультациях, снизилось на 65,5% (с 87 до 56).

Осложнения беременности следует рассматривать как интегральный показатель, на который влияют возраст, социальное положение, образ жизни беременной и т.д. [9].

При оценке результатов эпидемиологического анализа заболеваемости кровотечениями следует учитывать, что, согласно данным литературы, большинство из них предотвратимы при корректной тактике ведения родов, частота случаев характеризует качество оказания медицинской помощи в стационаре [10].

Рост заболеваемости гинекологическими нозологиями может быть связан с ранним началом половой жизни, недостаточным уровнем гигиенического воспитания по вопросам репродуктивного здоровья и т.д. Здоровье девочек в пубертатный период остается актуальным вопросом: известно, что нарушения ряда специфических функций организма взрослой женщины формируются в данный период развития. Экстрагенитальные патологии беременных (анемия, СД, гипертензия и т.д.) также имеют большое значение, потому что именно в период беременности течение уже имеющих патологий прогрессирует. Ряд авторов указывает, что экстрагенитальные патологии могут являться причинами осложненного течения беременности и родов у порядка 14–32% женщин [11–13].

Особое внимание обращает выявленная тенденция к росту эндокринной патологии (СД) у женщин. Следует отметить, что изученные регионы, как и большинство территорий РФ, характеризуются как эндемичные по дефициту

йода. Известно, что, например, при манифестном гипотиреозе у матери наблюдается повышенная частота гестационной гипертензии, медикаментозно не компенсированный манифестный гипотиреоз у беременных увеличивает риск ПЭ, гестационного СД, преждевременных родов и кесарева сечения [14–18]. В связи с этим при решении вопроса эндокринных заболеваний и беременности следует иметь четкое представление об особенностях течения заболевания у беременной, характерных осложнениях беременности и родов. Вместе с тем распространенность данной патологии свидетельствует об ухудшении здоровья беременных, так как в основе ее патогенетического механизма лежит нарушение процессов адаптации основных систем организма.

Заключение

Проведенный статистический анализ позволил определить наметившиеся тенденции забо-

леваемости беременных в регионах ПФО. Результаты указывают на региональные особенности осложнений беременности, что следует использовать при разработке профилактических программ. Так, например, особое беспокойство вызывает рост заболеваемости СД во всех изученных территориях, что требует углубленной оценки.

На основании заключения мы хотим обратить внимание на ряд показателей (практические рекомендации):

1. Научным организациям следует провести углубленную оценку причин роста заболеваемости СД при беременности.

2. Выявленный рост заболеваемости ПЭ средней тяжести и тяжелой ПЭ в РФ и ПФО, эклампсии в ПФО требует проведения комплексного анализа факторов риска, клинической настороженности на всех этапах оказания медицинской помощи, начиная с женских консультаций.

3. Продолжить внедрение в практику клинических рекомендаций.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Виноградова Ирина Валерьевна (Irina V. Vinogradova) – доктор медицинских наук, главный врач, ГБУ РМЭ «Перинатальный центр»; профессор кафедры акушерства, гинекологии, педиатрии, ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет», Йошкар-Ола; профессор кафедры педиатрии, ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Российская Федерация
E-mail: vinir1@rambler.ru

<https://orcid.org/0000-0002-5985-3898>

Петров Илья Владимирович (Ilya V. Petrov) – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий организационно-методическим отделом, ГБУ РМЭ «Перинатальный центр»; доцент кафедры фундаментальной медицины, ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет», Йошкар-Ола, Российская Федерация

E-mail: ilia.v.petrov@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-2097-5679>

Альмухаметов Артур Амирович (Artur A. Almukhametov) – ассистент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения, ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Российская Федерация

E-mail: artyr_efendi@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-4507-4914>

Виноградов Дмитрий Андреевич (Dmitry A. Vinogradov) – врач – детский хирург, ГБУЗ Московской области «Химкинская больница», Химки, Российская Федерация

E-mail: vindimell@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-4676-8465>

Виноградова Валентина Сергеевна (Valentina S. Vinogradova) – врач-эндокринолог, ГБУЗ Московской области «Химкинская больница», Химки, Российская Федерация

E-mail: larentina@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0003-2680-9329>

Петрова Фируза Салаватовна (Firuza S. Petrova) – старший преподаватель кафедры фундаментальной медицины, ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет», Йошкар-Ола, Российская Федерация

E-mail: firka_khusnullina@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0003-3721-5649>

Амирова Танзиля Хафизовна (Tanzilya Kh. Amirova) – доцент кафедры фундаментальной медицины, ФГБОУ ВО «Марийский государственный университет», Йошкар-Ола, Российская Федерация

E-mail: tanzilya.amirova.85@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-0666-7418>

Зуев Артем Юрьевич (Artem Yu. Zuev) – врач-патологоанатом, заведующий патологоанатомическим отделением, ГБУ РМЭ «Республиканская клиническая больница», Йошкар-Ола, Российская Федерация

E-mail: temZU@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0002-9685-0709>

ЛИТЕРАТУРА

- Будраа А., Бабина У.Ф., Ляшенко А.С., Шелыгин М.С., Ляшенко Е.Н. Анализ наблюдений клинического течения беременности, родов и оценка перинатальных исходов у женщин с SARS-CoV-2 ассоциированной инфекцией // Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. 2021. № 6. С. 4–6.
- Пашковский Д.Г., Ляшенко Е.Н. Влияние COVID-19 на течение беременности и исходы родов // Modern Science. 2022. № 5-2. С. 157–161.
- Чижова Г.В., Владимировна Н.Ю. О сохранении и укреплении репродуктивного здоровья населения с целью повышения рождаемости в Хабаровском крае // Здоровоохранение Дальнего Востока. 2018. № 2. С. 12–16.
- Соколовская Т.А., Стулак В.С., Чижова Г.В. Актуальные проблемы заболеваемости беременных женщин в Дальневосточном Федеральном округе: основные предпосылки и направления формирования программ профилактики // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2021. № 3. С. 475–491. DOI: <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2021-3-475-491>
- Артымук Н.В., Белокрыницкая Т.Е., Филиппов О.С., Марочко К.В. Особенности течения беременности, акушерская и терапевтическая тактика при новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных // Акушерство и гинекология. 2020. № 12. С. 6–13. DOI: <https://doi.org/10.18565/aig.2020.12.6-13>
- Маршалов Д., Шифман Е., Салов И., Петренко А. Роль внутрибрюшной гипертензии в патогенезе акушерских и перинатальных осложнений // Врач. 2011. № 8. С. 2–5.
- Дударева Ю.А., Сероштанова Д.Н. Роль эндотелиальной дисфункции и субклинического воспаления в развитии акушерских и перинатальных осложнений у пациенток с сахарным диабетом // Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal). 2021. № 3. С. 9–16. DOI: <https://doi.org/10.29413/ABS.2021-6.3.1>
- Рахматуллоева Д.М. Акушерские и перинатальные исходы у женщин, перенесших острый вирусный гепатит // Вестник Авиценны. 2011. № 3. С. 81–85.
- Белокрыницкая Т.Е., Артымук Н.В., Филиппов О.С., Фролова Н.И. Клиническое течение, материнские и перинатальные исходы новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных Сибири и Дальнего Востока // Акушерство и гинекология. 2021. № 2. С. 48–54. DOI: <https://doi.org/10.18565/aig.2021.2.48-54>
- Назарова С.К., Эшдавлатов Б.М., Асадова Г.А., Искандарова В.В. Экстрагенитальные заболевания беременных // Новый день в медицине. 2021. № 3 (35). С. 176–181.
- Русинова М.А., Селимханова М.З., Урмитова А.Р. Исследование осложнений беременности и родов среди женщин города Ижевска за 2021 год // Modern Science. 2023. № 1-1. С. 154–158.
- Закоркина Н.А., Банюшевич И.А. Обусловленность формирования акушерских осложнений у женщин Омской области за период с 2001 по 2011 гг. // Омский научный вестник. 2014. № 1 (128). С. 8–11.
- Ведищев С.И., Жирняков А.И., Иванова А.А. Аспекты репродуктивного здоровья женщин // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2013. Т. 18, № 6-2. С. 3289–3291.
- Боева А.В. Заболеваемость населения Иркутской области, влияющая на становление и реализацию репродуктивной функции и здоровье потомства // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2014. № 7. С. 90–94.
- Человечкова К.Д., Жербаков А.Ю., Комарова А.Е., Мануева Р.С. Анализ структуры и динамики гинекологической заболеваемости и экстрагенитальной патологии среди сельских женщин // Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal). 2020. Т. 5, № 5. С. 7–11. DOI: <https://doi.org/10.29413/ABS.2020-5.5.1>
- Вьюжанина А.Ю., Шарипова Р.А., Вьюжанина А.Ю., Стяжкина С.Н. Дефицит йода как экологическая проблема Удмуртии. Влияние на население Республики // Modern Science. 2021. № 3-2. С. 270–275.
- Фролова О.А., Тафеева Е.А., Фролов Д.Н., Янгирова Э.Х. Ретроспективный анализ заболеваемости болезнями эндокринной системы населения Республики Татарстан // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30, № 5. С. 795–800. DOI: <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-5-795-800>
- Сафонова А.О., Дударева Ю.А. Особенности течения и исходы беременности у женщин, проживающих в условиях йодного дефицита // Мать и дитя в Кузбассе. 2023. № 3 (94). С. 24–28. DOI: <https://doi.org/10.24412/2686-7338-2023-3-24-28>

REFERENCES

1. Budraa A., Babina U.F., Lyashenko A.S., Shelygin M.S., Lyashenko E.N. Analysis of observations of the clinical course of pregnancy, childbirth and assessment of perinatal outcomes in women with SARS-CoV-2 associated infection. *Meditsina. Sotsiologiya. Filiosofiya. Prikladnye issledovaniya* [Medicine. Sociology. Philosophy. Applied Research]. 2021; (6): 4–6. (in Russian)
2. Pashkovsky D.G., Lyashenko E.N. The effect of COVID-19 on pregnancy and delivery outcomes. *Modern Science*. 2022; 5-2: 157–61. (in Russian)
3. Chizhova G.V., Vladimirova N.Yu. On the preservation and strengthening of the reproductive health of the population in order to increase the birth rate in the Khabarovsk Territory. *Zdravookhranenie Dal'nego Vostoka* [Healthcare of the Far East]. 2018; (2): 12–6. (in Russian)
4. Sokolovskaya T.A., Stupak V.S., Chizhova G.V. Current problems of morbidity of pregnant women in the Far Eastern Federal District: the main prerequisites and directions for the formation of prevention programs. *Sovremennyye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoj statistiki* [Modern Problems of Health Care and Medical Statistics]. 2021; (3): 475–91. DOI: <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2021-3-475-491> (in Russian)
5. Artymuk N.V., Belokrinitskaya T.E., Filippov O.S., Marochko K.V. Features of the course of pregnancy, obstetric and therapeutic tactics in the new coronavirus infection COVID-19 in pregnant women. *Akusherstvo i ginekologiya* [Obstetrics and Gynecology]. 2020; (12): 6–13. DOI: <https://doi.org/10.18565/aig.2020.12.6-13> (in Russian)
6. Marshalov D., Shifman E., Salov I., Petrenko A. The role of intrauterine hypertension in the pathogenesis of obstetric and perinatal complications. *Vrach* [Physician]. 2011; (8): 2–5. (in Russian)
7. Dudareva Yu.A., Seroshtanova D.N. The role of endothelial dysfunction and subclinical inflammation in the development of obstetric and perinatal complications in patients with diabetes mellitus. *Acta Biomedica Scientifica* (East Siberian Biomedical Journal). 2021; (3): 9–16. DOI: <https://doi.org/10.29413/ABS.2021-6.3.1> (in Russian)
8. Rakhmatulloeva D.M. Obstetric and perinatal outcomes in women with acute viral hepatitis. *Vestnik Avitsenny* [Avicenna Bulletin]. 2011; (3): 81–5. (in Russian)
9. Belokrinitskaya T.E., Artymuk N.V., Filippov O.S., Frolova N.I. Clinical course, maternal and perinatal outcomes of the new COVID-19 coronavirus infection in pregnant women in Siberia and the Far East. *Akusherstvo i ginekologiya* [Obstetrics and Gynecology]. 2021; (2): 48–54. DOI: <https://doi.org/10.18565/aig.2021.2.48-54> (in Russian)
10. Nazarova S.K., Eshdavlatov B.M., Asadova G.A., Iskandarova V.V. Extragenital diseases of pregnant women. *Noviy den' v medicine* [A New Day in Medicine]. 2021; 3 (35): 176–81. (in Russian)
11. Rusinova M.A., Selimkhanova M.Z., Urmitova L.R. A study of pregnancy and childbirth complications among Izhevsk women in 2021. *Modern Science*. 2023; (1-1): 154–58. (in Russian)
12. Zakorkina N.A., Banyushevich I.A. The conditionality of the formation of obstetric complications in women of the Omsk region for the period from 2001 to 2011. *Omskiy nauchnyy vestnik* [Omsk Scientific Bulletin]. 2014; 1 (128): 8–11. (in Russian)
13. Vedishchev S.I., Zhirnyakov A.I., Ivanova A.A. Aspects of women's reproductive health. *Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya: Estestvennye i tekhnicheskie nauki* [Bulletin of the Tambov University. Series: Natural and Technical Sciences]. 2013; 18 (6-2): 3289–91. (in Russian)
14. Boeva A.V. Morbidity of the population of the Irkutsk region, affecting the formation and realization of reproductive function and the health of offspring. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal* [Irkutsk Siberian Medical Journal (Irkutsk)]. 2014; (7): 90–4. (in Russian)
15. Chelovechkova K.D., Zherbakov A.Yu., Komarova A.E., Manueva R.S. Analysis of the structure and dynamics of gynecological morbidity and extragenital pathology among rural women. *Acta Biomedica Scientifica* (East Siberian Biomedical Journal). 2020; 5 (5): 7–11. DOI: <https://doi.org/10.29413/ABS.2020-5.5.1> (in Russian)
16. V'yuzhanina A.Yu., Sharipova R.A., V'yuzhanina A.Yu., Styazhkina S.N. Iodine deficiency as an environmental problem in Udmurtia. Influence on the population of the Republic. *Modern Science*. 2021; (3-2): 270–75. (in Russian)
17. Frolova O.A., Tafeeva E.A., Frolov D.N., Yangirova E.Kh. Retrospective analysis of the incidence of diseases of the endocrine system of the population of the Republic of Tatarstan. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny* [Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine]. 2022; 30 (5): 795–800. DOI: <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-5-795-800> (in Russian)
18. Safonova A.O., Dudareva Yu.A. Features of the course and outcomes of pregnancy in women living in conditions of iodine deficiency. *Mat' i ditya v Kuzbasse* [Mother and Child in Kuzbass]. 2023; 3 (94): 24–8. DOI: <https://doi.org/10.24412/2686-7338-2023-3-24-28> (in Russian)

Свод предложений и краткое содержание сессий по итогам XII Конгресса «ОРГЗДРАВ-2024»

1. Общие сведения

10–11 июня 2024 г. в Москве прошел XII ежегодный конгресс «ОРГЗДРАВ» для организаторов здравоохранения всех уровней. Это масштабное мероприятие посетили очно и посмотрели в прямом эфире **около 6 тыс. человек** из всех регионов Российской Федерации (РФ) и соседних государств.

В работе **12 тематических сессий** программы приняли участие **более 60 лекторов**. Главной темой стали «**Приоритеты здравоохранения 2024–2030: кадры, знания, цифра**». Участники отмечали в отзывах высокопрофессиональную атмосферу конгресса, возможность открытого конструктивного обсуждения проблем.

В рамках конгресса состоялось подведение итогов III Всероссийской премии «ОРГЗДРАВ. Лидеры отрасли». В 5 номинациях 3-этапный отбор прошли более 100 проектов из 34 регионов, по итогам которого определили **20 авторов лучших** управленческих проектов.

Проекты победителей и лауреатов премии «ОРГЗДРАВ. Лидеры отрасли» представлены по адресу: <https://congress.orgzdrav.com/cases>.

Полная видеозапись сессий, фотобанк, результаты опросов участников – см. <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024>.

Данные материалы будут разосланы в Минздрав России, губернаторам и руководителям здравоохранения субъектов РФ, депутатам Государственной Думы РФ, в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС), Росздравнадзор.

2. Свод главных выводов и предложений по блокам программы

Медицинские кадры

- Наряду с мерами по повышению оплаты труда практикующих медицинских работников важно предусмотреть опережающими темпами увеличение оплаты труда преподавателей медицинских вузов и колледжей. Целесообразно установить соотношения, которые были в советское время: оплата труда преподавателя вуза в среднем в 2 раза выше, чем врача (сейчас они на одном уровне), а оплата труда преподавателя колледжа только на 20% ниже, чем преподавателя вуза (сейчас она на уровне практикующей медсестры и в 2 раза ниже, чем у преподавателя вуза).
- Преподаватели медицинских колледжей должны иметь возможность повышать квалификацию в лучших центрах и вузах страны. Целесообразно сделать медицинский колледж при вузе головным в регионе, поставив ему задачу повысить квалификацию преподавателей других колледжей и создать единое информационное пространство на территории региона.

Резервы повышения эффективности здравоохранения

Ускорение трансляции новых знаний медицинским работникам. Здравоохранение – это

индустрия знаний. В выступлении Президента России на Петербургском международном экономическом форуме (ПМЭФ) основным лейтмотивом прозвучало, что главное – это мозги и знания кадров. Сегодня задачи по созданию современных научно-технологических центров знаний (профессиональных библиотек) поставлены в Поручении Президента № Пр-616 (п. 27 и 5). В здравоохранении РФ для реализации этих поручений созданы соответствующие инструменты: вертикаль управления главными внештатными специалистами (ГВС), первая отечественная база медицинских знаний MedBaseGeotar [содержит более 180 тыс. источников информации для врачей всех специальностей, включая российские и зарубежные клинические рекомендации (КР), 3 тыс. современных руководств и др.], цифровая система взаимодействия лекарств и др. Важно, чтобы медицинские вузы совместно с региональными органами власти сформировали в каждом регионе центры медицинских знаний и мотивировали медицинских работников к постоянному обновлению своих знаний.

Врачебные ошибки. Сегодня происходят изменения при проведении контрольных проверок: переход от плановых проверок к риск-ориентированному контролю. Для этого разработаны и будут дополнительно разрабатываться индикаторы, на которые должны обращать внимание руководители здравоохранения. Национальный институт качества с помощью «Предложений (практических рекомендаций) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» пытается свести к минимуму нежелательные события. Пока названные рекомендации носят необязательный характер, но мировой тренд – обязательность их исполнения. К этой идеологии надо переходить поэтапно.

Необходимо ввести положение об обязательном проведении клинико-анатомических конференций в каждой медицинской организации, увеличить сроки подготовки врачей-патологоанатомов в ординатуре до 4 лет, как это было в советское время. Важно адекватно финансировать материально-техническое оснащение этой службы и рассмотреть ее независимость от главного

врача медицинской организации (МО). Соединение патологоанатомической службы с судебно-медицинской экспертизой неоправданно – это разные виды деятельности с различными целями и компетенциями специалистов.

Полипрагматизация и излишние назначения.

С одной стороны, стандартизация лечения пациентов в виде протоколов и рекомендаций важна, с другой – к их разработке надо подходить вдумчиво, так как в ряде случаев они сами содержат излишние вмешательства, не всегда необходимые для конкретного пациента. Для снижения полифармации врачам необходимо активно применять соответствующие инструменты, например критерий Пирса [свод лекарственных препаратов (ЛП), вред при назначении которых при определенных обстоятельствах выше, чем польза], систему депрескрайбинга (алгоритмы замены или отмены ЛП), цифровые системы по оценке взаимодействия ЛП, а также проходить курсы повышения квалификации по этим вопросам.

Оптимизация системы финансирования здравоохранения.

Целесообразно ввести формирование средств на здравоохранение путем перехода на систему налогообложения с общего оборота, средства на бесплатную медицинскую помощь объединить в одном централизованно управляемом фонде, а также перейти на сметный принцип финансирования МО по двойному тарифу. Первая, большая и фиксированная, доля этого тарифа должна идти на покрытие постоянных издержек МО [фонд оплаты труда (ФОТ), содержание зданий и сооружений], вторая, переменная доля – на расходы, связанные с дополнительными объемами медицинской помощи и инвестиционные издержки. Это более эффективный способ финансирования здравоохранения, позволяющий повысить его мобилизационный потенциал.

Готовность системы здравоохранения к военным и инфекционным угрозам

Необходимо разработать стратегию и тактику мобилизационной готовности системы здравоохранения к военным угрозам, в том числе:

- восстановить кафедры военно-полевой хирургии и терапии в медицинских вузах;

- подготовить врачей-резервистов и исключить непрофильную мобилизацию врачей-хирургов;
- увеличить сроки подготовки по программам ординатуры по общей хирургии, включив в них вопросы лечения современной политравмы;
- восстановить тыловые госпитали;
- снять межведомственные барьеры, в том числе в части реабилитации раненых участников специальной военной операции (СВО);
- приступить к обучению населения навыкам первой помощи при военных конфликтах с учетом опыта военных медиков;
- для реализации данных положений и организации взаимодействия с военной медицинской службой целесообразно назначить ответственного заместителя министра.

Хорошим примером могут быть учения по мобилизационной подготовке и отработке взаимодействия гражданской и военных служб, проведенные в Тульской области по инициативе губернатора А.Г. Дюмина генералом военной медицинской службы А.Я. Фисунюм.

- **По готовности к инфекционным угрозам.** Важно увеличить количество часов преподавания инфекционных болезней в вузах и восстановить кафедры детских инфекций, увеличить количество бюджетных мест в ординатуре по инфекционным болезням, предусмотреть дополнительные мотивационные стимулы для привлечения врачей в эту специальность.

Для повышения приверженности населения к вакцинации необходимо разработать и реализовать государственную программу, в том числе существенно расширить информационную работу с участием ведущих специалистов, применением разных подходов к различным группам населения и с учетом их психологических особенностей.

Применение искусственного интеллекта в здравоохранении

- **Место искусственного интеллекта в практике врача.** Искусственный интеллект (ИИ) –

это НЕ постановка диагноза, а только подсказка врачу, чтобы не пропустить какой-либо диагноз. Квалификация врача должна быть высокой, чтобы определить, применима ли данная подсказка к конкретному пациенту.

- **Данные.** Для разработки качественных моделей ИИ необходимо обеспечить высокое качество и достаточность данных, для этого информация в электронной медицинской карте (ЭМК) и в других базах должна быть полной и точной. Важно переобучать модели ИИ каждые 2–3 года и обязательно соблюдать нормативные требования при их разработке (*конфиденциальность данных, справедливость – использование обучающих данных от разных групп пациентов, соответственно, учет их особенностей*).
- **Пользовательские свойства.** Важны удобный интерфейс, оперативная, без недельной задержки, передача врачу информации о найденных рисках, учет всех основных факторов при формировании подсказки по рискам; наличие более широкой библиотеки КР и других руководств в составе ИИ-приложений. Также важно иметь обратную связь, так как часто медицинские работники пользуются такими системами. При переходе на оказание медицинской помощи на дому ИИ-инструменты должны позволять обрабатывать большой объем информации, идущий с телеметрических устройств.
- **Обучение.** Необходимо обучать студентов и врачей основам биомедицинской информатики, в МО должен быть лидер по цифровизации, заместитель главного врача.
- **Ценностно-ориентированная модель здравоохранения.** Стандартизованные опросники по оценке пациентом эффективности лечения должны быть интегрированы в ЭМК и включены в КР. Это условие для широкого внедрения ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ).

3. Краткое описание сессий

10 июня

9.30–9.40. Вступительное слово, Улумбекова Гузель Эрнстовна, д.м.н., ректор Высшей школы организации и управления здравоохранением (ВШОУЗ) (полный текст см. раздел 5).

1. О всегда непростых условиях, в которых нам приходится работать. С распада Советского Союза здравоохранение сотрясали бури, инициированные в угоду либерально-экономическим интересам: не подходящая нам система обязательного медицинского страхования (ОМС), отмена тарифной сетки и сметного финансирования организаций, уничтожение школьной и производственно-цеховой медицины, а также недофинансирование, длившееся десятки лет. Напомним, что мы финансируем в здравоохранение около 3% валового внутреннего продукта (ВВП), а в развитых странах эта цифра превышает 5% ВВП. Самая вредная реформа для отрасли – оптимизация 2013–2024 гг. – была инициирована экономистами ВШЭ и НИИ при Минфине России. Как следствие, **здравоохранение лишилось почти 10% мощностей** – стационарных коек и практикующих врачей. В результате к началу пандемии отрасль оказалась без необходимых резервов.

2. О победах и подвижничестве. Несмотря на непростые условия в здравоохранении РФ есть немалые победы: за последние 10 лет благодаря перинатальной программе младенческая смертность сократилась **в 2 раза**. Программа помощи больным с сосудистыми заболеваниями и их реабилитация сохранили жизнь и здоровье сотням тысяч пациентов. За 4 прошедших года онкологи благодаря федеральному проекту смогли добиться снижения смертности от этой патологии **на 5%**. Яркий пример того, как дополнительные средства и сосредоточение усилий неизменно дают результат. В российском здравоохранении в тех условиях и за те средства, которые нам выделяют, **СДЕЛАНО ВСЕ И ДАЖЕ БОЛЬШЕ, ЧЕМ ВОЗМОЖНО**. Те, кто сегодня работает в здравоохранении, – подвижники, понимающие меру своей ответственности перед российским народом.

3. О новых вызовах и единстве. Согласно п. 1 Указа Президента РФ, главная национальная цель: **«Сохранение населения и укрепление здоровья наших людей»**. Как этого достичь, обсуждалось на конференции. По ее итогам все предложения будут обобщены. Отметим, что только организационных усилий без дофинансирования для достижения поставленной цели будет недостаточно. По нашим макроэкономическим расчетам, для увеличения продолжительности жизни, равной 78 годам к 2030 г., потребуется **увеличить финансирование здравоохранения с нынешних 6 трлн до 8 трлн руб. в ценах 2023 г., или до 5% ВВП**, хотя бы к 2028 г.

В эти непростые времена, когда поставлены такие амбициозные цели, у нас должно быть одно профессиональное сообщество, которое помогает Минздраву, перегруженному оперативной работой. Голос этого сообщества должен быть слышен и по оплате труда медиков и преподавателей, и по членству России во Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), и по борьбе с антипрививочными настроениями, и по запрету абортот. Сегодня тишину заполняют отдельные субъекты, которые не боятся говорить глупости. И уж совсем негоже, что от Нацмедпалаты в адрес Минздрава зачастую звучит несправедливая критика. Нельзя, чтобы министр и Минздрав оставались в одиночестве, они должны чувствовать поддержку профессионального сообщества в решении общих задач.

4. О знаниях медиков. Здравоохранение – это прежде всего индустрия знаний. В выступлении Президента на ПМЭФ основным лейтмотивом звучало, что главное – **это мозги и знания кадров**. Но сегодня нам еще много предстоит сделать в этом отношении. Библиотеки многих медицинских вузов и особенно колледжей финансируются по остаточному принципу. Во всех МО **исчезли** медицинские библиотеки. Главные врачи и региональные министры отговариваются тем, что за знания врачей **с них не спрашивают**. Последствия у всего этого катастрофические – у студентов и у многих врачей исчезла привычка к чтению, а значит, и к клиническому мышлению.

Сегодня задачи создания **современных научно-технологических центров знаний (профессиональных библиотек)** поставлены в Поручении Президента № Пр-616 (п. 27 и 5). Там также предписано довести эти знания до потребителей. В здравоохранении РФ для реализации этих поручений Президента созданы соответствующие инструменты – это первая отечественная база медицинских знаний MedBaseGeotar, цифровая система взаимодействия лекарств и переводное фундаментальное руководство «Биомедицинская информатика», которое поможет нам войти с открытыми глазами в мир цифровизации. Осталось создать **ТЕРРИТОРИЮ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ** в каждом регионе.

Вячеслав Викторович Володин, председатель Госдумы, во время выступления министра образования и науки сказал: **«Вы, пожалуйста, сосредоточьтесь на проблемах и путях их решения».** Давайте последуем этой рекомендации.

09.40–11.00. Векторы развития российского здравоохранения до 2030 г. Говорят регионы РФ. Трудный опыт кадровой политики и информатизации.

Смотреть запись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-10-S02>

Модератор: **Вафин Адель Юнусович**, генеральный менеджер LeePrime Medical, руководитель направления «Развитие регионального здравоохранения» ВШОУЗ.

В Перечне поручений Президента РФ В.В. Путин по реализации Послания Федеральному Собранию (№ Пр-616 от 30 марта 2024 г.) и в его Указе (от 7 мая 2024 г.) о национальных целях развития страны на период до 2030 г. и на перспективу до 2036 г. поставлена главная цель: «Сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей, поддержка семей». К 2030 г. ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) должна вырасти до 78 лет. В настоящее время Минздравом России формируются федеральные проекты, направленные на выполнение этой цели. Но уже сегодня многие регионы смогли добиться успеха по ряду важнейших направлений (по кадровой

политике, цифровизации), и необходимо, чтобы про этот бесценный опыт знали другие руководители здравоохранения.

Деев Иван Анатольевич, директор Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России. *Об итогах деятельности здравоохранения РФ, приоритетах и путях достижения национальных целей.*

В докладе приведены главные итоги деятельности российского здравоохранения – в 2023 г. была достигнута ОПЖ 73,4 года, что даже выше допандемийного уровня 2019 г. В 34 регионах РФ были достигнуты целевые значения ОПЖ, поставленные в дорожных картах.

Главные вызовы на период до 2030 г. – снижение смертности мужчин трудоспособного возраста, укрепление здоровья всего населения и повышение его удовлетворенности доступностью медицинской помощи. Механизмы реализации будут заложены в трех приоритетных национальных проектах, где задействована система здравоохранения (**пока предварительные названия**):

1. Продолжительная и активная жизнь (11 федеральных проектов):

- 1.1. Модернизация первичного звена здравоохранения.
- 1.2. Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
- 1.3. Борьба с онкологическими заболеваниями.
- 1.4. Борьба с сахарным диабетом.
- 1.5. Совершенствование экстренной медицинской помощи.
- 1.6. Развитие федеральных медицинских учреждений.
- 1.7. Цифровые сервисы здравоохранения.
- 1.8. Медицинская реабилитация для восстановления здоровья.
- 1.9. Борьба с гепатитом С.
- 1.10. Медицинские кадры.
- 1.11. Формирование системы укрепления общественного здоровья.

2. Новые технологии сбережения здоровья (4 федеральных проекта):

- 2.1. Медицинская наука – новые технологии для человека.

- 2.2. Медицинские технологии будущего.
- 2.3. Новые медицинские технологии для укрепления здоровья.
- 2.4. Развитие производства наиболее востребованных ЛП и медицинских изделий (МИ).

3. Семья (1 федеральный проект):

- 3.1. Модернизация перинатальных центров и детских поликлиник, региональной сети женских консультаций и охрана репродуктивного здоровья.

Марков Дмитрий Сергеевич, заместитель председателя правительства Тульской области. *О едином ситуационном центре региона.*

В Тульской области создан единый ситуационный центр по мониторингу всех региональных показателей в режиме онлайн, включая показатели системы здравоохранения. Платформа для мониторинга предусматривает несколько уровней контроля – от губернатора до ответственных лиц в организациях. В панель «Здравоохранение» стекаются данные из разных ведомств, например по смертности – из ЗАГСов. Ответственные за исполнение показателей ежедневно видят, как меняется их динамика и, если значения показателей отстают от целевых, принимают корректирующие меры. Всего в панели «Здравоохранение» 24 дашборда, демонстрирующих динамику показателей, и 234 вкладки. Происходит постоянный мониторинг показателей, связанных с болезнями системы кровообращения. Он включает анализ вызовов скорой медицинской помощи, дистанционного наблюдения показателей артериального давления у пациентов, их маршрутизации в стационар и др. Данные, поступающие в систему, обрабатываются с помощью инструментов ИИ. Ответственность за эту работу возложена на организационно-методические подразделения МО. Создание такой системы позволило значительно улучшить выполнение целевых показателей федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Кузнецов Владимир Вячеславович, министр здравоохранения Сахалинской области. *О путях приведения медицинских кадров в регион.*

Главными инструментами закрепления медицинских кадров в регионе, кроме финансовых стимулов, являются: создание условий для профессиональной реализации (обеспечение современным оборудованием); благоприятная социальная среда проживания (возможность посещения музеев, концертов, условия для воспитания и досуга детей); активное вовлечение медицинских работников в жизнь региона. Во многом успехи на этом пути обеспечиваются личной вовлеченностью губернатора региона.

Для повышения удовлетворенности населения медицинской помощью очень важен постоянный мониторинг сервисных показателей: отношение медицинского персонала, качество питания в МО и др. В Сахалинской области эти и другие показатели постоянно мониторятся, каждый пациент имеет свой QR-код.

Новиков Сергей Владимирович, директор Департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа (ЯНАО). *О цифровизации здравоохранения в регионе.*

ЯНАО по цифровой трансформации здравоохранения занимает одно из первых мест в рейтинге Минздрава. В регионе действует Единая медицинская информационная система (ЕМИС), которая позволяет беспрепятственно передавать и объединять данные (электронные документы) в Единой цифровой платформе (ЕПЦ). Это, в свою очередь, позволяет получать полную информацию о пациенте, в какую бы МО он не обратился, а также оптимизировать расходы МО на IT-специалистов и обслуживание сервисов. В ближайшее время для эффективной обработки показаний электрокардиограмм (ЭКГ) планируется установка одинаковых аппаратов ЭКГ во всех учреждениях. Результаты визуальных диагностических исследований передаются в Центр диагностики и телемедицины Департамента здравоохранения Москвы, где обрабатываются с помощью ИИ, а затем возвращаются в регион. Одновременно в ЯНАО тестируются и другие сервисы ИИ. Актуальным, требующим решения, остается вопрос записи пациентов через ЕПГУ или локальные сервисы.

Багненко Сергей Федорович, ректор ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, академик РАН,

председатель правления Российского общества скорой медицинской помощи. *О развитии экстренной медицинской помощи.*

Стационарные отделения скорой медицинской помощи («умные приемные отделения») первыми появились в Татарстане, Москве, Санкт-Петербурге. Они важны в городских условиях для увеличения объемов медицинской помощи в экстренной и неотложной форме. Как правило, в городах все пациенты, нуждающиеся в оказании экстренной хирургической, травматологической и гинекологической помощи, будут доставлены в такие специализированные отделения в сроки до 1 суток. Однако в сельских условиях, чтобы в течение суток обеспечить доставку аналогичных пациентов в специализированное отделение (где им может быть оказана квалифицированная помощь), необходимо создавать крупные межмуниципальные центры. Эти центры должны обслуживать территорию с населением около 200 тыс. человек (5–6 районов) и быть оснащены современным оборудованием (в том числе иметь отделение переливания крови). Одновременно потребуются создать единые региональные диспетчерские центры скорой медпомощи и систему эвакуации пациентов. Эти задачи будут решаться в рамках федерального проекта «Экстренная медицинская помощь».

11.15–12.30. Год семьи. Научные подходы в формировании политики поддержки рождаемости и роль здравоохранения.

Смотреть запись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-10-S03>

Модератор: **Аксенова Елена Ивановна**, д.э.н., проф., директор НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ.

Проблемы

В соответствии с Указом Президента РФ (№ 875 от 22.11.2023) 2024 г. объявлен Годом семьи. В Указе Президента «О национальных целях развития РФ на период до 2030 г. и на перспективу до 2036 г.» предусмотрена цель – повышение суммарного коэффициента рожда-

емости до 1,6 к 2030 г. Это требует создания предпосылок для решения главной демографической проблемы страны – низкой рождаемости. Сегодня в РФ коэффициент фертильности (суммарный коэффициент рождаемости на одну женщину детородного возраста) – 1,4, а для воспроизводства населения он должен быть не менее 2. Такое положение связано с тем, что с 2011 по 2029 г. в РФ ежегодно на 400 тыс. сокращается количество женщин активного детородного возраста (20–34 лет), на которых приходится 80% рождений. В этих условиях для повышения рождаемости потребуются экстраординарные меры. Основные из них – социально-экономические, связанные с увеличением доходов семей с детьми. Например, по данным Росстата, в 2022 г. не могли купить холодильник и телевизор почти 60% семей с 1 и 2 детьми и более 80% семей с 1 родителем. Запреты абортотворения повышению рождаемости не помогут; по опросам, более 80% врачей против этого. К сожалению, сегодня в РФ настрой большинства молодых семей направлен на откладывание рождения детей на более поздние сроки и на однодетность. Поздние рождения в сочетании с нездоровым образом жизни и недостаточной выявляемостью репродуктивной патологии приводят к бесплодию и репродуктивным потерям, усиливают риски младенческой и материнской смертности.

Предложения

Лудупова Евгения Юрьевна, д.м.н., заместитель председателя правительства Республики Бурятия, министр здравоохранения Республики Бурятия.

В Республике Бурятия реализуются следующие направления деятельности по поддержке рождаемости и семей с детьми:

- **Проведен анализ** причин отказа от рождения детей в молодых семьях, проблем при воспитании ребенка и в различных жизненных ситуациях при рождении ребенка. Изучены болевые точки, касающиеся работы различных социаль-

ных служб; на основании этого анализа сформированы региональные программы (18 мер).

- Проводится широкое информирование школьников, молодежи и молодых семей о мерах по сохранению репродуктивного здоровья, о наличии федеральных и региональных льгот для семей с детьми, о вреде аборт; реализуется доабортное консультирование в государственных и частных клиниках.
- Разработан демографический корпоративный стандарт, который направлен на поддержку семей с детьми на рабочем месте. Будет проводиться рейтинг работодателей по выполнению этого стандарта.

Молчанова Ирина Владимировна, к.м.н., главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Министерства здравоохранения Алтайского края, главный врач КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр», доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России.

- Наиболее эффективно работают программы материального стимулирования семей в сочетании с идеологической работой.
- Задача акушеров-гинекологов складывается из трех составляющих: сохранить репродуктивное здоровье женщин, уменьшить репродуктивные потери (прекращение беременности после 12 нед), а также снизить младенческую и материнскую смертность. Назначение гормональной терапии существенно увеличивает эффективность экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) – увеличивает живорождение и снижает репродуктивные потери.
- Важно, чтобы комплекс профилактических мер, реализуемый врачами других специальностей, включал вопросы репродуктивного здоровья.

Беженарь Виталий Федорович, д.м.н., проф., главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.

- Важно применять комплексный межведомственный подход в повышении рождаемости, включая активное участие средств массовой информации (СМИ). Необходимо мотивировать женщин к рождению первого ребенка не в 30–32 года, как это происходит сегодня, а в более ранние сроки.
- Эффективность ЭКО как метода повышения рождаемости и борьбы с бесплодием невысока. В этой связи целесообразно приложить усилия к ранней профилактике бесплодия (его наиболее частые причины – эндометриоз и anomальное маточное кровотечение). Для этого в Санкт-Петербурге предложено включить обязательное анкетирование женщин, пришедших на прием к врачу не акушерско-гинекологической специальности, по вопросам репродуктивного здоровья. При подозрении на нарушения в этой сфере пациентка автоматически записывается на прием к акушеру-гинекологу и мотивируется посетить его. При наличии рисков бесплодия медикаментозное лечение должно быть включено в программу государственных гарантий.

Ефремов Игорь Александрович, научный сотрудник РАНХиГС, магистр демографии.

- Необходимо принимать государственные меры экономического характера для сокращения интервала между рождением вторых и последующих детей, а именно: увеличение материнского капитала при рождении вторых и последующих детей; расширение доступности дошкольных учреждений, чтобы облегчить возможность возвращения женщины в трудовую деятельность.
- Медицинская служба, если будет увеличиваться количество рождений в более старших возрастных группах женщин, должна быть готова к продлению их репродуктивного потенциала.

Витязева Юлия Михайловна, журналист, соучредитель фонда «Помогаем нашим».

- Требуются научно обоснованные подходы для оценки возможности повышения рождаемости, в СМИ должны выступать только профессионалы.

- В вопросах повышения рождаемости по отношению к женщине нельзя действовать только запретами и указаниями, необходимы разъяснения, психологическая поддержка. В стране должен быть создан культ женщины-матери.
- Девочки и молодые женщины должны иметь возможность обсуждать свои проблемы с врачами, необходимо возрождать культуру этого общения.
- Для рождения детей необходимы финансовая поддержка и доступное жилье.

13.15–14.15. Медицинские кадры в эпоху высоких технологий: обеспеченность, квалификация и развитие.

Смотреть запись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-10-S04>

Модератор: **Бобровский Алексей Сергеевич**, экономический обозреватель.

Проблемы

В последние 10 лет Минздрав России и регионы принимают ряд важных мер по привлечению дополнительных кадров в отрасль – это увеличение числа бюджетных мест в вузах и колледжах, заключение с абитуриентами целевых контрактов на обучение, программы «Земский доктор/Земский фельдшер», предоставление жилья и земельных участков медикам, практико-ориентированное обучение ординаторов (привлечение их в качестве врачей-стажеров) и др. Благодаря этому в 2023 г. сальдо между оттоком и притоком кадров составило +10 тыс. врачей. Однако в ситуации серьезных внешних вызовов (ранее – пандемия COVID-19, сегодня – СВО) этих мер недостаточно – в отрасли не хватает около 30 тыс. врачей и более 60 тыс. медицинских сестер. Многие регионы были бы рады решить кадровую проблему, подняв оплату труда и создав материальные условия для привлечения медицинских работников, но в большинстве случаев это упирается в недофинансирование здравоохранения. Согласно опросам, почти 80% медицинских работников считают, что их оплата труда должна вырасти в 2 раза и более. После

того как Президент РФ в Послании Федеральному Собранию четко озвучил цели по увеличению и выравниванию оплаты труда специалистов бюджетной сферы, появилось много прикладных задач. Одновременно с этим стоит вопрос адаптации численности, структуры и компетенций медицинского персонала к текущим и предстоящим изменениям в экосистеме здравоохранения. Речь идет о внедрении новых технологий лечения и диагностики, цифровой трансформации, огромных информационных нагрузках на врачей и, наконец, об изменении самих пациентов, например о повышении их информированности и полиморбидности.

Предложения

Семенова Татьяна Владимировна, к.м.н., заместитель министра здравоохранения РФ.

- Реализация кадровой политики в отрасли до 2030 г. будет происходить в рамках федерального проекта «Медицинские кадры», в составе национального проекта (НП) «Продолжительная и активная жизнь», сейчас этот проект формируется.
- Главным врачам и региональным руководителям здравоохранения важно анализировать причины оттока кадров из государственных и муниципальных учреждений, чтобы гибко и индивидуально реагировать на эти причины. Меры социальной поддержки, реализуемые на региональном уровне, необходимо продолжать с учетом этого анализа.
- Потребуется работа профессионального сообщества по пересмотру значительного перечня медицинских специальностей с возможностью приобретения субкомпетенций в рамках одной специальности.
- Оценка результатов труда медицинских работников зависит от специальности, но главное – мы вместе должны добиться увеличения продолжительности жизни российских граждан.
- Медицинское образование должно готовить врача, который владеет фундаментальными профессиональными знаниями, основами биомедицинской информатики

и молекулярной биологии, а также обладает хорошими коммуникативными навыками и эмпатией.

- Современный врач должен иметь доступ к широкому спектру достоверных источников информации, валидированному профессиональным сообществом и, при возможности, международным.

Андриков Михаил Михайлович, заместитель председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ.

- Новая система оплаты должна выровнять оплату труда между регионами РФ, внутри регионов РФ в разных МО, а также между специальностями. Ее суть – одинаковый труд и нагрузка должны оплачиваться одинаково (это не исключает введения районных коэффициентов). По сути, это возврат к сбалансированной тарифной сетке с учетом современных реалий и повременной оплаты труда.
- Стимулирующие выплаты должны составлять в оплате труда не более 10%.
- В дальнейшем необходимо решить вопрос о включении социальных выплат в структуру заработной платы медицинских работников.

14.20–15.40. Система Семашко: достижение прошлого во благо настоящего.

Смотреть запись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-10-505>

Модератор: **Бобровский Алексей Сергеевич**, экономический обозреватель.

Проблемы

В этом году здравоохранение отмечает 150-летие выдающегося советского организатора здравоохранения Николая Александровича Семашко. Что отличало систему здравоохранения СССР, созданную под руководством народного комиссара здравоохранения? Она была простой и понятной как для медицинских работников, так и для населения. Это участковый (территориальный) принцип прикрепления, разделение оказания медицинской помощи взрослым и детям, объединение врачей первичного

звена, врачей-специалистов, диагностических и реабилитационных процедур в поликлиниках, этапность в оказании помощи и, конечно, мощный акцент на оздоровление и профилактику населения. Расходы на здравоохранение планировались согласно установленным нормативам, финансирование осуществлялось преимущественно из одного источника – из федерального бюджета, МО платили по смете. Оплата труда устанавливалась согласно тарифной сетке, соответственно, не было перекосов в оплате труда между регионами и различными специальностями. Оплата труда преподавателей медицинских вузов была в сопоставимых деньгах в 2,5 раза выше, чем сегодня, а в медицинских училищах педагогам платили только в 1,2 раза ниже, чем в высших учебных заведениях (сегодня в 2 раза ниже). В результате профессия преподавателя и ученого была престижна, врачи чувствовали свою востребованность, а пациенты – социальную защищенность.

Предложения

Велданова Марина Владимировна, д.м.н., директор Центра развития здравоохранения, Московская школа управления Сколково. Приведены данные опроса современных пациентов, которые могут быть использованы для формирования пациентоцентричной системы здравоохранения:

- Для перехода на пациентоцентричную модель важно создавать благоприятные условия для работы медицинского персонала.
- Ответы пациентов на анкету зависят от их возраста и характера обращения (профилактика, острый или хронический случай заболевания). Например, для старшей возрастной группы более важны объяснения и внимание, для молодежи – быстрая доступность услуги.
- В целом, по опросам, более 50% пациентов удовлетворено взаимодействием с государственной системой здравоохранения. Фактическая оценка результата взаимодействия с системой оказалась лучше, чем существовавшие до этого ожидания.

Главное для пациентов – комфортное общение с врачом, возможность быстро получить медицинскую помощь, наличие современного оборудования. Взаимодействие с врачом определяется наличием у него таких характеристик, как высокие компетенции, вежливость и эмпатия.

- Опрос показал недостаточную информированность о возможности прохождения диспансеризации.

Рагозин Андрей Васильевич, к.м.н., директор Центра проблем организации, финансирования и межтерриториальных отношений в здравоохранении, Финансовый университет при Правительстве РФ.

- Главным преимуществом системы Семашко была зафиксированная в Конституции СССР в 1930-е гг. общедоступность медицинской помощи. Средства на здравоохранение поступали благодаря эффективной системе налогообложения (с оборота). Сегодня сбор налогов (страховых взносов) в систему ОМС с ФОТ создает дополнительную финансовую нагрузку на работодателей и снижает объем средств, получаемых работниками в виде заработной платы. Именно поэтому сегодня большинство развитых стран финансирует бесплатную медицинскую помощь из общих налогов, а не из страховых взносов.
- Предлагается ввести сбор средств на здравоохранение и другие социально ориентированные статьи бюджета путем перехода на систему налогообложения с общего оборота, а также направлять на здравоохранение «окрашенные» средства с дополнительных налогов на товары и продукты, отрицательно влияющие на здоровье. Все средства на бесплатную медицинскую помощь надо объединить в одном централизованно управляемом пуле или фонде, а также перейти на сметный принцип финансирования МО по двойному тарифу. Первая, большая и фиксированная, доля этого тарифа должна идти на покрытие постоянных издержек МО (ФОТ, содержание зданий

и сооружений), вторая, переменная доля – на расходы, связанные с дополнительными объемами медицинской помощи и инвестиционные издержки.

- Эти предложения обеспечат равнодоступность медицинской помощи для жителей и большую эффективность расходов, создадут мощный мобилизационный потенциал, а также бесшовную интеграцию военной и гражданской медицины.

Володин Николай Николаевич, акад. РАН, проф., президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины.

- Преимуществами советской системы здравоохранения были отдельная подготовка педиатров и педиатрическая служба (в 1930 г. был открыт первый педиатрический факультет), ординатура (введенная с 1946 г.), интернатура (принятая в 1968 г., а в 2011 г., к сожалению, отмененная), наличие системы непрерывного последипломного образования. Успешность советской системы медицинского образования обеспечивали высокие престиж и оплата труда профессорско-преподавательского состава (ассистент кафедры получал в 2 раза больше заведующего отделением больницы), а также возможность постоянного повышения квалификации преподавателей. Они принимали активное участие в лечебной работе МО, соответственно, могли обучать студентов у постели больного, проводили научно-практические конференции в лечебных учреждениях. Написание учебников было поставлено на высокий уровень – преподавателю для этого предоставлялся оплачиваемый творческий отпуск.
- Важно рассмотреть вопросы о возврате интернатуры, приведении в соответствие количества преподавателей и учебных площадей вузов количеству студентов, обучающихся в них, повышении оплаты труда преподавателей и предоставлении им возможности регулярного повышения квалификации, а также по созданию надлежащих условий в МО для реализации учеб-

ного процесса. Целесообразно увеличить участие региона при распределении мест на обучение по программам ординатуры.

Матвеева Лариса Васильевна, исполнительный директор Ассоциации международных фармацевтических производителей:

- Все стратегические и тактические вопросы, касающиеся развития здравоохранения, должны проходить открытое, честное и профессиональное обсуждение, а решения выноситься с точки зрения интересов пациента.

15.50–17.00. Средний медицинский персонал: как повысить компетенции.

Смотреть запись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-10-S06>

Модератор: **Габоян Яна Сергеевна**, к.м.н., главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздрава России.

Проблемы

В Поручениях Президента по реализации Обращения к Федеральному Собранию особый акцент сделан на повышении качества подготовки специалистов со средним профессиональным образованием, в том числе в здравоохранении. Успех лечения, да и всей системы здравоохранения, в равной мере зависит и от квалифицированного врача, и от профессиональных компетенций и заботливых рук медицинской сестры. К сожалению, за последние 10 лет в РФ обеспеченность средним медицинским персоналом пока не растет. При этом поток пациентов не уменьшился, а стал даже больше. Одновременно почти на год сократились сроки подготовки медицинских сестер. Добавим к этому проблемы с невысокой оплатой труда преподавателей медицинских колледжей, которая находится на уровне практикующих медсестер и в 2 раза ниже, чем в вузе, а также недостаточную информационную и материально-техническую обеспеченность этих образовательных организаций и станет ясно: вопрос повышения качества подготовки и обеспеченности средним медицинским персоналом стоит остро.

Предложения

Левина Ирина Анатольевна, директор ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью УФО и Свердловской области.

Основные причины ухода среднего медицинского персонала из государственных МО: материальные, высокая трудовая нагрузка, недостаточное уважение. Большую долю управляемых причин можно исправить на уровне МО. При переходе на новые федеральные государственные образовательные стандарты (ФГОС) среднего профессионального образования (СПО) необходимо делать акцент на нужды практического здравоохранения региона, включая практическую подготовку специалистов. Большую роль в повышении качества подготовки играют качественные учебно-методические материалы.

Володин Анатолий Владимирович, к.м.н., директор ГАПОУ «Оренбургский областной медицинский колледж», главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Оренбургской области.

При переходе на новые ФГОС СПО требуются новые технологии обучения. Необходимо анализировать потребности работодателей. Сегодня главное требование с их стороны – улучшение практических навыков медсестер. Цель федерального проекта (ФП) «Профессионалитет» – улучшение материально-технического положения организаций СПО, а также их тесное взаимодействие с работодателями и руководителями регионального органа управления здравоохранением. Главная задача ФП – трансформация СПО в соответствии с потребностями работодателей. К 2030 г. в этом проекте должны участвовать 100% организаций СПО. Это начинание особенно важно в связи с демографическим кризисом и уменьшением количества абитуриентов. Для развития СПО потребуются увеличить оплату труда преподавателей, привлечь молодые преподавательские кадры и постоянно повышать их квалификацию на лучших площадках. Важно привить любовь к профессии медсестры путем работы в реальных условиях – у постели боль-

ного. Большую роль в развитии сестринского образования играет тесное сотрудничество с Министерством просвещения.

Касимовская Наталия Алексеевна, заведующая кафедрой управления сестринской деятельностью и социальной работы Института психолого-социальной работы ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Важно, чтобы педагогические работники СПО повышали свою квалификацию в рамках вуза и им преподавали ведущие специалисты вуза. Для этого необходимо, чтобы колледжи находились в стенах вуза или налаживали тесное взаимодействие с ним. Это также помогает дальнейшей профориентации студентов, обучающихся по программам СПО. Например, около 15–20% выпускников организаций СПО продолжают обучение дальше. Необходимо также организовать бесшовный переход школа–колледж–вуз. Важно решить вопрос о повышении оплаты труда преподавателей СПО и ее существенной дифференциации по регионам.

Саркисова Валентина Антоновна, президент Ассоциации медицинских сестер России.

В течение последних 5 лет, несмотря на рост количества бюджетных мест в колледжах, продолжается отток кадров. Он происходит в результате низкой оплаты труда медицинских сестер в государственных учреждениях, недостаточного уважения со стороны врачей, интенсивной трудовой нагрузки и высокой ответственности. Важно достойно оплачивать труд старшей и главной медицинских сестер, а также готовить этих специалистов на высоком профессиональном уровне. Необходимо рассмотреть вопрос передачи части полномочий врачей по оказанию медицинской помощи медицинским сестрам, а от медицинских сестер – диспетчерам и администраторам. Например, профилактику заболеваний можно передать средним медицинским работникам.

11 июня

09.30–10.00. Системная ревизия арсенала цифровых решений для российского здравоохранения.

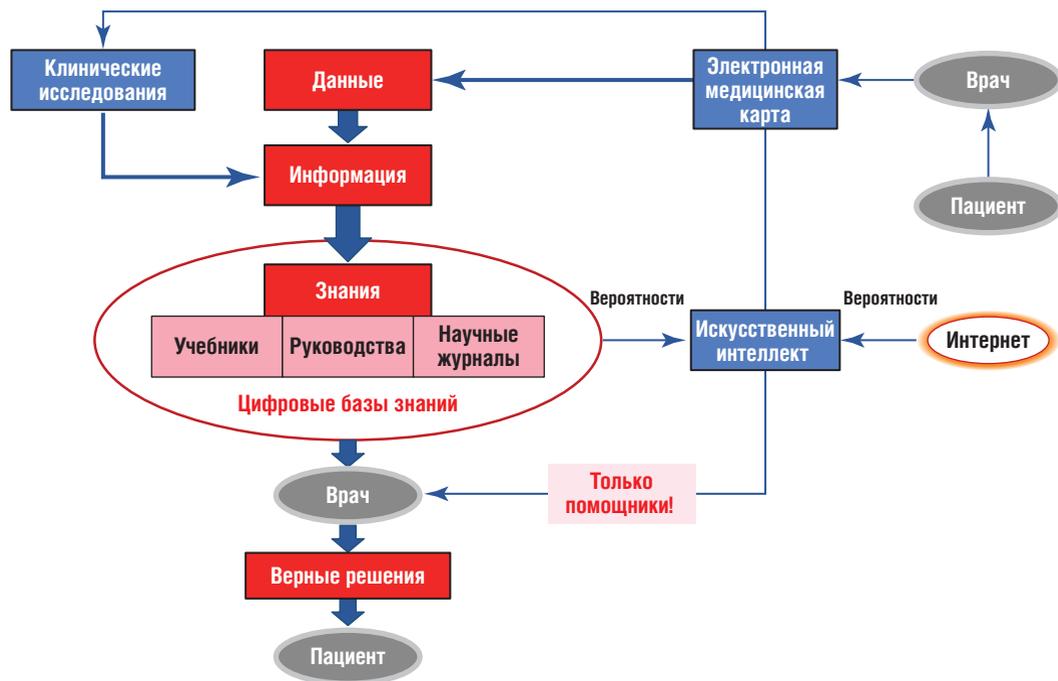
Смотреть запись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-11-S01>

Модераторы: **Гусев Александр Владимирович**, к.т.н., директор по развитию бизнеса Webiomed и **Ашенбреннер Инна Викторовна**, директор Департамент развития клинических сервисов, Цифромед.

Здравоохранение – это индустрия знаний. Все, что происходит в отрасли, касается сбора и анализа данных о пациенте, превращения их в новые знания и правильного применения на практике. Так было во все эпохи и происходит сегодня, только сегодня – уже с использованием компьютерных технологий, которые позволяют собирать и хранить большие объемы данных, в сотни раз быстрее их обрабатывать, ярче и удобнее представлять для пользователей. Цифровая трансформация российского здравоохранения находится в активной фазе. Формируются домены Единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ) и ГИСы, практически в каждой МО внедрены МИСы, осуществляется переход на электронный документооборот. Все это делается ради главной цели: чтобы врачи лучше лечили пациентов, а организаторы здравоохранения эффективнее управляли процессами, происходящими в отрасли. Но на этом пути возникают неизбежные проблемы: во всех странах применение МИС пока приводит к выгоранию врачей; телемедицина увеличивает время приема пациента; ИИ требует более высокой квалификации медицинских работников для оценки применимости подсказки; КР неудобны в использовании и недостаточны для поддержки врачебных решений. При всем изобилии цифровых решений МО не обеспечены современными базами медицинских знаний, а большинство организаторов здравоохранения и практикующих врачей не владеют основами медицинской информатики.

Улумбекова Гузель Эрнстовна, д.м.н., ректор ВШОУЗ.

- Качество медицинской помощи и безопасность пациентов напрямую определяются знаниями врачей, а знания врачей – каче-



ственной подготовкой в вузе и возможностью иметь под рукой доступ к широкому спектру знаний.

- Цифровые технологии, с одной стороны, увеличивают поток информации (удвоение ежегодно), с другой – помогают быстрее создавать и транслировать их, понятнее представлять.
- Внедрение цифровых технологий и ИИ неизбежно, но требует ресурсов (+10% к постоянным издержкам МО), обученных кадров и преподавателей, преодоления рисков (безопасность данных о пациенте, ошибки ИИ, соблюдение авторских прав при обучении больших языковых моделей, снижение настороженности врача и утрата им навыков клинического мышления).
- В РФ пока есть проблемы с получением и обновлением знаний у медработников. Об этом свидетельствует то, что в Москве 20% выпускников медвузов с первого раза не сдают стандартный аккредитационный экзамен, а по результатам экс-

пертизы качества медицинской помощи ежегодно в четверти случаев выявляются нарушения. За рубежом отмечается бум трансляции знаний в здравоохранении с участием профессиональных библиотек и их ассоциаций. Все медицинские работники имеют постоянный доступ к широкому спектру медицинских знаний в печатном и в цифровом виде.

- Сегодня в РФ есть Поручение Президента РФ (№ 616 от 30 марта 2024 г., п. 5 и 27) о необходимости создания современных центров знаний в регионах, а также разработаны инструменты для ускорения трансляции знаний медработникам, осталось сформировать Территорию медицинских знаний в здравоохранении (см. рисунок).

Еникеев Игорь Маратович, администратор отдела внедрения технологий искусственного интеллекта ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России.

- Основные категории цифровых технологий в здравоохранении: ЭМК, теле-

медицина, персональные цифровые помощники для мониторинга состояния пациента и ИИ.

- Задачи ИИ: на основе анализа больших данных помочь врачу принимать правильные решения и повышать эффективность оказания медпомощи. ИИ также позволяет значительно улучшить качество образования, содействуя формированию индивидуального подхода в обучении.
- Сегодня в РФ Росздравнадзором зарегистрировано уже 33 МИ с использованием ИИ (из них 25 российские), например анализ видеопотока, анализ цифровых данных из ЭМК. Есть решения ИИ, не требующие регистрации в качестве МИ, например чат-боты, расшифровщики голосовых сообщений врача и пациента.
- Проблемы с ИИ-приложениями: требуется высокое качество и достаточность данных для обучения ИИ; необходимость переобучения моделей каждые 2–3 года из-за их деградации; обязательность соблюдения нормативных требований при их разработке (конфиденциальность данных, справедливость – использование обучающих данных от разных групп пациентов, соответственно, учет их особенностей); необходимость обучения студентов и врачей биомедицинской информатике со студенческой скамьи; наличие лидера по цифровизации в МО.
- В 2024 г. в регионах должно быть внедрено не менее трех решений, основанных на технологиях ИИ (МИ).

10.05–11.20. Человеческий и искусственный интеллект: борьба за первенство в эпоху больших языковых моделей.

Смотреть запись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-11-S02>

Модераторы: **Гусев Александр Владимирович**, к.т.н., директор по развитию бизнеса Webiomed, и **Машковский Евгений Владимирович**, к.м.н., руководитель направления «Медицина» образовательной компании «Нетология».

Вводная информация. *Сегодня рынок ИИ (AI – artificial intelligence) в здравоохранении самый быстрорастущий, особенно это касается разновидности ИИ – больших языковых моделей. Большая языковая модель (Large Language Model – LLM) – это разновидность генеративной (т.е. способной генерировать тексты или изображения) модели ИИ. Она обучена на естественных языках, т.е. «понимает» их. Эти модели предварительно обучаются на больших неразмеченных данных из интернета (в отличие от других «обычных» нейросетей, которые обучаются на предварительно размеченных экспертами данных). В результате этого формируется сложная статистическая модель, которая устанавливает и запоминает вероятность последовательности слов. Когда в LLM поступает вопрос, она может выдать ответ исходя из сохраненных вероятностей. Как правило, в таких моделях более миллиарда (до триллиона) значений математических функций. LLM может с успехом использоваться в клинической практике (например, в виде системы поддержки принятия решений), в медицинском образовании (для представления сложных концепций в понятном для студентов виде), в административной работе (обобщая и резюмируя записи из ЭМК), в науке (подыскивая наиболее подходящие молекулы для разработки лекарств). Однако в этой фантастической модели заложены серьезные риски, связанные с необходимостью обеспечивать безопасность персональных данных, высокой стоимостью внедрения, возможными ошибками. Среди ошибок: алгоритмические (связанные с неправильным обучением), галлюцинации (связанные с неверной работой формул), академические (плагиат). Но главный риск – это снижение уровня клинического мышления, потеря самостоятельности профессии врача. И как этому не произойти, если, по данным опросов, менее 20% врачей читают современную литературу.*

Предложения и примеры решений

Яхина Роза Радиковна, директор МИАЦ Республики Башкортостан.

Здравоохранение в Башкортостане высоко цифровизировано: в единую систему входят более 205 МО, в час пик одновременно подключено более 30 тыс. рабочих мест. Имеется более 30 сервисов и подсистем, в том числе система поддержки принятия врачебных решений (СППВР). Только в 2023 г. в ГИС было передано более 47 млн структурированных электронных медицинских документов (СЭМД). В работу с СППВР активно вовлечены ГВС. Предложения по развитию СППВР: наличие удобного интерфейса; оперативная, без недельной задержки, передача врачу информации о рисках; возможность оценки правильности и полноты заполнения ЭМК; учет всех основных факторов при формировании подсказки по рискам; наличие более широкой библиотеки КР и других руководств. Также важно иметь обратную связь: как часто медицинские работники пользуются такими системами.

Назаров Илья Владимирович, к.м.н., главный врач ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России.

В НМИЦ колопроктологии была разработана СППВР, основанная на машинном обучении (нейросеть, которая обучается на ограниченном объеме данных – датасете, например на изображениях, полученных при колоноскопии). Этот продукт предназначен для выявления онкологических заболеваний и полипов. Его использование полезно для обнаружения мелких и особо расположенных полипов, которые, как правило, специалисты пропускают, а также в случае усталости и неопытности эндоскописта. Система подходит для всех типов эндоскопов. По итогам применения СППВР частота выявления новообразований увеличилась на 16%, а полипов – на 5%, что даже выше показателей аналогичных зарубежных продуктов. В настоящий момент СППВР проходит клиническую апробацию в 3 учреждениях, затем пройдет регистрацию в Росздравнадзоре. При разработке аналогичных продуктов важно найти грамотного IT-партнера, иметь средства для разработки и оплаты экспертов, которые формируют датасеты. Модель должна иметь удобный интер-

фейс и быть интегрирована с платформой, где собираются другие данные, например с банком видеоизображений.

Успенский Юрий Павлович, д.м.н., профессор, президент Ассоциации гастроэнтерологов Северо-Запада, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Санкт-Петербурга.

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) растут во всем мире – это происходит из-за ожирения, нездорового питания, частого применения антибиотиков. В Елизаветинской больнице в Санкт-Петербурге была разработана СППВР по прогнозированию рисков тяжелого течения болезни Крона и, соответственно, приняты решения о необходимости хирургического вмешательства. На вход нейросети поставляется большое количество данных о пациенте, на выходе системы – ранжирование рисков (высокий/низкий). Получены патент на изделие и свидетельство о государственной регистрации свободного программного обеспечения (freeware).

Лисогор Дмитрий Александрович, заместитель генерального директора по цифровому здравоохранению, Philips.

Сегодня у компании Philips самое большое количество патентов на ИИ-системы в мире. Как правило, они защищены в программное обеспечение диагностических аппаратов. Максимальная польза от ИИ может быть реализована при создании единой экосистемы. Например, Philips, сотрудничая с 50 разработчиками ИИ, предлагает систему «AI-менеджер», которая позволяет пользователю, как на маркетплейсе, выбрать наиболее подходящий алгоритм для анализа изображений. Для увеличения ценности ИИ-решений для пациента необходимо: поэтапное внедрение ИИ-решений от простых к сложным; высокое качество данных, на которых обучаются датасеты изображений; высокая интеграция с другой аппаратурой, например для мониторинга состояния пациента; удобство использования – единая платформа (интерфейс) для анализа данных. Philips также использует LLM-модели для переформатирования заключений врача в понятный для паци-

ента вид, а также для конвертации в цифровую форму результатов устного общения врача и пациента.

Моисеев Александр Алексеевич, директор по стратегическому развитию, «Консультант студента».

В РФ созданы серьезные инструменты для ускорения трансляции новых знаний в практическое здравоохранение и образование. Усилиями ВШОУЗ в сотрудничестве с крупнейшим медицинским издательством страны, профессорами и преподавателями национальных НИИ и медицинских вузов разработана первая отечественная цифровая база медицинских знаний на русском языке MedBaseGeotar. Она содержит огромный интеллектуальный багаж современных информационных источников (более 180 тыс.) для врачей всех специальностей, включая российские и зарубежные КР, справочник лекарственных средств, национальные и лучшие мировые руководства. База имеет удобную поисковую систему и доступна с любого цифрового устройства (<https://www.mbasegeotar.ru/>).

Машковский Евгений Владимирович – руководитель направления «Медицина» образовательной компании «Нетология».

Компанией «Нетология» подготовлен курс обучения ИИ в здравоохранении, который позволяет освоить 5 ключевых компетенций, необходимых для работы с ИИ: 1) базовые знания об ИИ; 2) оценка и анализ инструментов ИИ; 3) социальные и этические вопросы использования ИИ, включая регулирование; 4) принципы интеграции в практику; 5) пути доработки и дообучения ИИ.

Лебедев Георгий Станиславович, д.т.н., директор Центра цифровой медицины, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Сегодня в РФ есть 2 свои большие языковые модели – у Сбербанка и Яндекса. LLM позволяет сделать цифровую модель пациента и обучать студентов на ней, сформировать на основании готовой презентации тестовые вопросы к занятиям, подготовить лекционный учебный материал по заданному формату. Предлагается

в Сеченовском Университете создать экспертный Совет, который дообучит эти модели на доказательных данных.

11.35–12.45. Ценность больших данных в оказании и организации медицинской помощи.

Смотреть запись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-11-S03>

Модератор: **Ашенбреннер Инна Викторовна**, директор Департамента развития клинических сервисов, Цифромед.

Вводная информация. *Большие данные, или Big data, в здравоохранении появились благодаря компьютерным технологиям, расшифровке генома человека и другим открытиям в области молекулярной биологии. Первые позволили собирать, хранить и быстро анализировать большие объемы данных, вторые – предоставлять сами данные, которые ежегодно удваиваются в геометрической прогрессии. Дальнейшее развитие цифровых технологий и обработка информации с помощью ИИ разрешили подойти к лечению пациента более индивидуально или персонализировано. Другими словами, соединяя индивидуальные данные о больном (жалобы, данные исследований, генетический паспорт) с результатами анализа большого количества уже известных подобных случаев, ученые научились находить новые связи, предсказывать риски и давать прогнозы развития заболеваний, оценивать эффективность той или иной терапии. Но чтобы такой подход был широко реализован на практике, требуется изменить систему организации медицинской помощи. Это включает все аспекты – от разработки систем сбора и анализа клинических данных о пациенте до обучения врачей новым правилам. Одновременно открытия в области молекулярной биологии и ускорение обработки данных с помощью тех же компьютерных технологий позволили создать принципиально новые лекарства (генная терапия и биопрепараты). Правда, у них есть один недостаток – высокая цена производства. Чтобы оправдать высокие траты, было предложено платить производителям с учетом достигнутых результатов, которые в том числе фиксирует и сам пациент. Сочета-*

ние персонифицированного подхода в лечении и его оплата с учетом оценки самого больного потенциально представляют большую ценность как для самого пациента, так и в целом для здравоохранения. В этой связи некоторые специалисты стали называть такой подход ценностно-ориентированным здравоохранением, или ЦОЗ.

Предложения и примеры решений

Ашенбреннер Инна Викторовна, директор Департамента развития клинических сервисов, Цифромед.

Источники информации для принятия решений в ЕГИСЗ: медицинские, лабораторные и статистические данные из региональных МИС (охватывает 1 млн рабочих мест), а также федеральных ГИС, например ГИС ОМС. Сегодня происходит переход на доменную инфраструктуру, т.е. появляются сервисы, которые применимы для всех отраслей экономики (доменов и субдоменов). Это позволяет дополнять цифровой профиль пациента данными как из системы здравоохранения, так и из других систем. Ожидаемый эффект доменного подхода – создание проактивного, доступного и персонифицированного по отношению к пациенту здравоохранения.

Комаров Юрий Игоревич, к.м.н., заместитель директора по организационно-методической работе НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова.

В онкологической практике для анализа эффективности лечения конкретных пациентов необходимо создавать информационные базы, куда будут стекаться данные из разных источников (например, из популяционных раковых регистров, ЛИСов, реестров счетов ФФОМС и др.). При создании таких баз сначала определяется наиболее достоверный источник данных для каждого этапа движения пациента в системе здравоохранения – от постановки диагноза до смерти. Собирая эти данные в единой базе, можно анализировать соответствие лечения пациента установленным КР, прогнозировать потребность в конкретных лекарствах, определять наиболее эффективные методы лечения данной модели пациента. Для дальнейшего при-

менения собранной информации важно, чтобы она была точной и полной, однако пока это обеспечивается не всегда. Использование этой информации для обучения ИИ будет эффективно только в том случае, если она верна.

Зуенкова Юлия Александровна, к.м.н., преподаватель кафедры организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы.

Старение населения и появление дорогостоящих технологий приводят к удорожанию медицинской помощи, что, в свою очередь, потенцировало создание модели ЦОЗ. Эффективность лечения в этой модели оценивается путем деления результатов лечения (клинических и мнения пациента) на стоимость лечения. Пациентские данные, сообщаемые самим пациентом, собираются по стандартизованным валидированным опросникам. Например, благодаря сбору таких данных стало понятно, почему некоторые пациенты пропускают лучевую терапию. Эти опросники должны быть интегрированы в ЭМК и включены в КР, только тогда мы сможем широко внедрить ЦОЗ.

Власов Ян Владимирович, сопредседатель Всероссийского союза общественных объединений пациентов, президент Всероссийского общества гемофилии.

Важно, что в модели ЦОЗ учитывается мнение пациента. Это означает установление партнерских взаимоотношений с врачом. Важно четко понимать, что некоторые ЛП нельзя заменять. Вопрос о замене ЛП должен обсуждаться с пациентом, и это должно быть предусмотрено КР.

Енгальчев Дамир Намикович, медицинский директор ООО «Лаборатория “Элемент”».

Появление телеметрических МИ позволило сделать медицинскую помощь виртуальной, в том числе оказывать стационарную медицинскую помощь на дому, под наблюдением врача, который находится удаленно. К телеметрическим МИ относятся ЭКГ-мониторы, пульсоксиметры, профессиональные пластыри-инъекторы, электронные дозаторы таблеток и др. Стали появляться такие формы ЛП, которые можно вводить самостоятельно, без помощи медицинской

сестры. В РФ уже 12 тыс. медицинских организаций вовлечено в оказание помощи на дому, ежегодно дистанционные телеконсультации получают более 9 млн человек, и этот бизнес растет. Польза оказания медпомощи на дому – снижение рисков внутрибольничных инфекций и меньшая стоимость. Врач не должен тратить время на первичную обработку этих больших данных, это и есть задача ИИ.

Вяткин Юрий Викторович, директор по инновациям NOVEL, Институт искусственного интеллекта МГУ, старший научный сотрудник.

Объем генетических данных гигантский, он растет на 400% в год – это самый большой кусок данных о человечестве. К сожалению, пока полезность их использования – 2–3%. Для ее увеличения требуется объединить генетические данные с фенотипическими (т.е. со всеми клиническими), что означает интеграцию с ЭМК. Для этого в МО должны быть специальные платформы (аналог такой платформы предоставляет NOVEL), инфраструктура, вычислительные мощности, защищенные каналы связи. Соединение генетических данных с клиническими позволит выявить новые связи и сделать более точные предсказания о рисках развития болезней и эффективности лечения.

13.30–14.30. Врачебные ошибки и нежелательные события: реальное бремя, справедливость наказания, действенные меры борьбы.

Смотреть запись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-11-S04>

Модераторы: **Корчагин Егор Евгеньевич**, главный врач КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск, и **Спирионов Валерий Александрович**, руководитель отдела судебно-медицинских исследований судебно-экспертного управления СК РФ.

Проблемы

Согласно данным международных исследований, из-за неверных действий медицинского персонала происходит до 10% от общего числа смертей (причем 40% всех случаев приходится на самые распространенные заболе-

вания) и половину этих случаев можно было предотвратить (данные по США, 2016 г.). В России таких исследований не ведется, хотя известно, что, по итогам экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС (ЭКМП), дефекты ежегодно выявляют в 25% случаев, в результате чего МО выставляются штрафы – более 11 млрд руб. Многочисленные жалобы пациентов привели к тому, что в Следственном комитете организован отдел медицинских экспертиз и ежегодно более 170 уголовных дел доводится до суда (и в 10 раз больше возбуждается). Треть опрошенного населения РФ считает, что необходимо повышать профессиональный уровень врачей и ввести персональную ответственность главного и лечащего врача за качество лечения (ВЦИОМ, 2019 г.).

Все это свидетельствует о наличии в здравоохранении существенных резервов для повышения эффективности. Вместе с тем немалая часть медицинского сообщества справедливо считает, что уголовные преследования, публичный характер обсуждения дефектов в оказании медицинской помощи приводят к их сокрытию, а значит, к неисправлению. Добавим к этому интересы адвокатов по защите врачей или медицинских организаций, для которых зачастую это стало прибыльным бизнесом, а не стремлением предотвратить подобные ситуации в будущем. Все эти дилеммы стоят остро, в подобной ситуации сталкиваются интересы многих сторон. Задача организаторов здравоохранения – принять необходимые меры, чтобы свести эти проблемы к минимуму.

Предложения

Калинин Руслан Эдуардович, к.м.н., врач – судебно-медицинский эксперт, медицинский юрист, ассистент кафедры судебной медицины РУДН им. Патриса Лумумбы.

Сделан разбор реального случая из практики. Важно понимать, что сегодня происходит смена парадигмы в юридической практике – врачи могут судить не только за действие, которое может привести к нежелательным последствиям,

но и за бездействие. Необходимо соблюдать нормативную базу (КР, порядки, стандарты) – это основа юридической защиты и врача, и МО. Если нормативные документы предписывают какое-либо действие, то оно должно быть выполнено правильно и своевременно.

Ковалев Сергей Владимирович, д.м.н., заместитель начальника Управления организации государственного контроля качества оказания медицинской помощи населению.

Служба Росздравнадзора существует более 20 лет. Сегодня происходят изменения при проведении контрольных проверок: переход от плановых проверок к риск-ориентированному контролю. Более того, сегодня введен мораторий на плановые проверки МО (он сохранен только для учреждений высокого риска, а их всего 280 из 96 тыс.). В настоящее время контроль смещается в сторону профилактики нарушений, т.е. проверяются те организации, в которых складывается потенциально высокий риск нежелательного события, но оно пока еще не произошло. Для определения риска сейчас существует 5 индикаторов (далее Минюстом будут разработаны и утверждены еще 20):

- рост больничной летальности на 2% за год;
- рост летальности от ОНМК на 2% за год;
- снижение выявления онкологических заболеваний на I–II стадии на 3% за год;
- увеличение числа расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов на 10% за квартал;
- увеличение на 10% числа ЭКМП с нарушением стандартов в одном квартале по отношению к предыдущему.

Почти 97% контрольных проверок по индикаторам риска выявили серьезные нарушения соблюдения обязательных требований в медицинских организациях (другие виды контроля обычно выявляют нарушения только в 60–70% случаев).

Запольский Александр Геннадьевич, д.м.н., проф., генеральный директор ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора.

Суть безопасности медицинской деятельности – управление рисками. Это означает

отсутствие предотвратимых нежелательных событий и снижение риска непредотвратимых событий до приемлемого уровня. До 80% нежелательных событий в амбулаторных условиях можно предотвратить. Ошибка – это непреднамеренное ошибочное **действие или бездействие**, которое привело к нанесению или могло нанести вред пациенту. Нежелательное событие – это непреднамеренное **последствие** оказания медицинской помощи, которое могло привести или привело к нанесению вреда пациенту. Причины нежелательных событий – неэффективная работа системы, которая включает качество подготовки и повышения квалификации кадров, порядок приема на работу работников, условия в МО. Национальный институт качества с помощью «Предложений (практических рекомендаций) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (существуют для разных типов МО) пытается свести к минимуму нежелательные события. Важно оценить динамику изменения числа нежелательных событий до и после внедрения этих рекомендаций, чтобы показать эффект. Пока названные рекомендации носят необязательный характер, мировой тренд – обязательность их исполнения. К этой идеологии надо переходить поэтапно.

Забозлаев Федор Георгиевич, д.м.н., проф., президент Российского общества патологоанатомов.

Проблемы службы, на которые должны быть направлены решения:

- с 2016 г. из нормативных документов Минздрава исчезло положение о клинико-анатомических конференциях, а также их проведение не прописано в трудовых функциях патологоанатомов;
- в службе не хватает кадров (коэффициент совместительства – 2,5), недостаточны сроки подготовки в ординатуре (2 года), в советское время это было 4 года;
- не хватает современного оборудования, а 30% из имеющегося устарело, снабжение службы происходит по остаточному принципу;

- риск слияния патологоанатомической службы и судмедэкспертизы;
- в идеале служба должна быть независимой.

Надеждин Игорь Федорович, обозреватель Lenta.ru.

Проблема врачебных ошибок остается острой (приведены примеры). Сегодня, к сожалению, на конференциях по разбору летальных случаев не рассматриваются их причины, не обсуждается, как избежать их в дальнейшем. К сожалению, многие пытаются скрыть возможные нежелательные события или ошибки врачей. В профессиональном сообществе не разбираются недостатки в деятельности коллег, в учебниках по этике зачастую приводятся неточные данные. Многие причины ошибок лежат в недостаточной подготовке врачей.

Думаньян Евгений Сергеевич, заведующий ОРИТ 32, ГАУЗ РТ «БСМП».

Многие нежелательные события связаны с неудовлетворительными условиями работы (например, нехватка необходимо оборудования), высокий коэффициент совместительства и избыточная нагрузка на врачей. В ГАУЗ РТ «БСМП» каждое нежелательное событие коллегиально обсуждается, разбираются их причины, принимаются соответствующие меры. Сам врач также должен постоянно повышать свою квалификацию, причем на узкоспециализированных мероприятиях и курсах. К сожалению, Территориальный ФОМС оплачивает только общие курсы повышения квалификации в регионе, это снижает возможность посещения более качественных и необходимых мероприятий.

14.35–15.50. Излишние назначения и полипрагмазия: масштабы, способы борьбы. Чем поможет искусственный интеллект?

Смотреть запись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-11-S05>

Модератор: **Корчагин Егор Евгеньевич**, главный врач КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск.

Проблемы

Согласно данным международных научных исследований, не приносящая пользы паци-

енту или малоценная медицинская помощь широко распространена и зависит от диагноза. Например, у взрослых ненужные вмешательства составляют от 1,2% при обследовании предстательной железы и доходят до 47% в кардиологии при проведении предоперационных исследований. У детей излишние диагностические и лечебные назначения достигают 10%. С распространением телемедицины выяснилось, что удаленно пациентам чаще, чем при очной консультации, назначают ненужные антибиотики и опиоидные анальгетики. Старение населения, увеличение распространения хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) приводят к одновременному назначению более 5 лекарств одному пациенту. В более половине случаев это излишне. Расходы на такие ненужные услуги, например в США, доходят до 3% от стоимости оказания всей медицинской помощи. И это не только дополнительные расходы – любое ненужное вмешательство несет в себе риски осложнений для пациентов.

Предложения

Ройтберг Григорий Ефимович, акад. РАН, президент АО «Медицина», заведующий кафедрой терапии, общей врачебной практики и ядерной медицины ФДПО ФГАУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

С одной стороны, стандартизация лечения пациентов в виде протоколов и рекомендаций важна, с другой – к их разработке надо подходить взвешенно, так как в ряде случаев они сами содержат излишние вмешательства, не всегда необходимые для данного конкретного пациента. Например, назначение эхокардиографии при эндопротезировании коленного сустава излишне. Однако врач не может его исключить, так как при проверке его могут за это наказать. А любое излишнее назначение несет дополнительные риски для пациента и приводит к ненужным расходам МО.

Два направления существенно важны для предупреждения нежелательных реакций и излишних назначений – аккредитация МО по JCI-стандартам (Joint Commission International)

и цифровые технологии. Так, в США внедрение аккредитации снизило врачебные ошибки и нежелательные события на 30%, а значит, и ненужные расходы (для примера – стоимость нежелательных последствий при катетеризации подключичной вены составляет до 2,5 тыс. долл. США в расчете на 1 больного). Цифровые технологии (СППВР, колл-центры с роботами, видеомониторинг палаты и др.) помогают повысить качество медицинской помощи и одновременно снизить расходы на ее оказание. Например, внедрение в МО цифровой системы контроля лекарственных назначений позволило сократить ставки четырех клинических фармакологов.

Тюрин Игорь Евгеньевич, д.м.н., проф., главный внештатный специалист по лучевой и инструментальной диагностике Минздрава России, вице-президент Российского общества рентгенологов-радиологов.

Применение ИИ – это НЕ постановка диагноза, а только подсказка врачу, чтобы не пропустить какой-либо диагноз. Снижение нежелательных явлений и врачебных ошибок связано с эффективной работой трех систем: образования и повышения квалификации врачей, контроля и наказания. Задача снижения излишних назначений также лежит в плоскости качественной разработки протоколов и КР, которые зачастую сами содержат избыточные исследования, но им врач обязан следовать в любом случае. Следует помнить, что назначения диагностических исследований в 35% случаев не приводят к выявлению патологии у пациента. Сегодня зарегистрировано более 1 тыс. видов визуальных диагностических исследований, но это не означает, что все они должны быть применены у пациента. Каждое диагностическое назначение, включая скрининг, должно быть обосновано, т.е. иметь доказательства того, что оно приводит к снижению смертности пациентов и увеличению их выживаемости. Например, нет никакой доказательной базы, что проведение компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) всего тела снижает смертность или что оправдано назначение МРТ при болях в спине без предварительного наблюдения эффекта от назна-

чения лекарственной терапии. Сегодня также необоснованно назначение флюорографии как способа выявления туберкулеза или проведение КТ-диагностики для диагноза коронавирусной инфекции. Такие назначения содержат риск и дополнительной лучевой нагрузки на пациента, и дальнейших ненужных лечебных и хирургических вмешательств, и ненужных финансовых трат.

Сычев Дмитрий Алексеевич, акад. РАН, проф., д.м.н., ректор ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.

Лекарственная полипрагмазия (полифармация) – необоснованное назначение чего-либо, т.е. речь идет не только о количестве назначенных ЛП, но и об обоснованности их применения. Полипрагмазия, как правило, распространена у пожилых пациентов с несколькими ХНИЗ, но встречается и у детей. Все врачи знакомы с фармакологическим каскадом лекарственных назначений, когда каждый последующий ЛП назначается для снижения побочных эффектов предыдущего. Сегодня разработаны шкалы для оценки факторов риска серьезных нежелательных реакций при назначении нескольких ЛП и есть инструменты борьбы с ней. Например, это критерий Пирса – свод ЛП, вред при назначении которых при определенных обстоятельствах выше, чем польза. Или система депрескрайбинга – алгоритмы замены или отмены ЛП. Все эти инструменты могут быть автоматизированы и включены в ЭМК. Пример – отечественная система «ВЗЛ», разработанная «ГЭОТАР-Медиа», которая одновременно содержит инструменты, снижающие риск усталости врачей от частых напоминаний. Для снижения полифармации важно обучать врачей, такой специальный курс создан в РМАНПО. Есть доказательства, что обученные врачи стали чаще отменять ЛП без ущерба пациенту, а также уменьшилось общее количество назначенных ЛП.

Касян Геворг Рудикович, д.м.н., проф., заведующий урологическим отделением 66, ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ.

Пока научных публикаций по полипрагмазии в урологии мало. В одном исследовании у пациентов с диагнозом «гиперактивный моче-

вой пузырь» было выявлено, что в 38% случаев назначено избыточное количество ЛП, в 57% эти назначения могли ухудшить симптомы у пациента и в 45% привести к нежелательным явлениям. Могут возникать и другие ситуации, например стало известно, что м-холиноблокаторы, которые необходимы при лечении ряда урологических симптомов, усиливают когнитивные расстройства, но на замену им не найдено ЛП с такой же эффективностью. Для решения сложных вопросов полипрагмазии важно взаимодействие между специалистами, получение знаний по субспециальностям, например по урогинекологии, а также разработка комбинированных ЛП, как в кардиологии.

16.10–17.25. Потенциальные и мнимые угрозы XXI века: изменение климата, инфекции и вооруженные конфликты. Как обеспечить готовность здравоохранения?

Смотреть запись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-11-S06>

Модератор: **Закамская Эвелина**, главный редактор телеканала «Доктор».

Проблемы

Мир сталкивается с новыми угрозами: изменение климата, имеющиеся и новые инфекции, вооруженные конфликты и биотерроризм. Потепление климата опасно не только возможным резким повышением температуры воздуха, как следствие, обострением хронических болезней, но и изменениями в векторах распространения вирусов, бактерий и их переносчиков, заразности и патогенности этих инфекционных агентов. Снижение приверженности и доверия населения к вакцинации может привести к эпидемиям новых и ранее практически искорененных инфекций (корь, полиомиелит, натуральная оспа, чума и др.).

Сегодня в РФ много делается для предотвращения инфекционных и военных угроз: реализуется федеральная программа «Санитарный щит страны – безопасность для здоровья» (на 2022–2030 гг.); в медицинских вузах восстанавливаются военные кафедры, во всех образовательных учреждениях проходят курсы начальной

военной подготовки и первой помощи. Ярким уроком необходимости поддержания постоянной готовности здравоохранения к инфекционным угрозам стала пандемия COVID-19, когда с 2020 по 2021 г., невзирая на героические усилия российских медиков во главе с Минздравом России и Роспотребнадзором, смертность населения по сравнению с 2019 г. значительно выросла. В расчете на 1 млн населения она оказалась в 1,5–2 раза выше, чем в развитых странах. Это произошло из-за того, что система здравоохранения не обладала необходимыми резервами, подорванными годами недофинансирования и пагубной оптимизацией (2012–2018 гг.). Такая ситуация не должна повториться.

Предложения

Нигматулин Роберт Искандерович, акад. РАН, научный руководитель Института океанографии РАН им. П.П. Ширшова.

Многие ученые считают, что углекислый газ, концентрация которого в атмосфере составляет всего 0,04%, существенно влияет на тепловой баланс Земли, отражая переизлученную от ее поверхности солнечную энергию. Рост концентрации углекислого газа (которая за последние 60 лет выросла на четверть) привел к потеплению климата Земли на 1–2%. Потепление климата, в свою очередь, приводит к увеличению испарения морей и океанов, как следствие, чаще возникают наводнения и снегопады. Потепление климата также приводит к мутациям бактерий и вирусов, которые могут вызывать у человека новые опасные заболевания. Снижение этих рисков – это наращивание зеленой массы Земли, которая может поглощать избыточный углекислый газ, но пока этого, к сожалению, не происходит.

Однако для здравоохранения гораздо опаснее другие риски, связанные с принятием необоснованных решений. Например, непонимание чиновниками финансово-экономического блока, что государственное здравоохранение России недофинансировано (3,5% ВВП в РФ против 5% в новых странах Евросоюза, близких к РФ по уровню экономического развития). Яркий пример тому – оптимизация (2012–2018 гг.), инициированная Высшей школой экономики,

которая стоила здравоохранению потери 10% своих резервов (стационарных коек и врачей). В результате в РФ во время пандемии коронавирусной инфекции произошли дополнительные смерти, которых можно было избежать.

Брюсов Павел Георгиевич, д.м.н., генерал-майор медицинской службы, профессор кафедры хирургии филиала Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

Сегодня, в период реальных военных действий, российская военная медицина сохранила оказание всех видов помощи, несмотря на все попытки развалить ее (по разным данным, с момента распада Советского Союза ее мощности сократилась от 3 до 5 раз). В настоящее время тяжелые раненые с поля боя до центральных госпиталей поступают в течение суток.

К сожалению, гражданская медицина оказалась не готова к условиям ведения военных действий, и, когда началась СВО, эти недостатки стали явными. Для исправления ситуации необходимо разработать стратегию и тактику работы гражданской службы в условиях военных действий и массового поступления раненых, в том числе:

- восстановить кафедры военно-полевой хирургии и терапии в медицинских вузах и поставить изучение этих дисциплин на государственный уровень;
- включить во ФГОС по общей хирургии преподавание вопросов по военно-полевой хирургии и терапии;
- подготовить врачей-резервистов и исключить непрофильную мобилизацию врачей-хирургов;
- увеличить сроки подготовки по программам ординатуры по общей хирургии, включив в них вопросы лечения современной политравмы;
- оснастить военные кафедры в вузах соответствующими специальными руководствами, подготовленными специалистами Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова;
- организовать практические занятия по общей хирургии на трупах, как это сделано во всех странах НАТО;
- восстановить тыловые госпитали;

- снять межведомственные барьеры, в том числе в части реабилитации раненых участников СВО.

Хорошим примером могут быть учения по мобилизационной подготовке, проведенные в Тульской области по инициативе губернатора А.Г. Дюмина генералом военной медицинской службы А.Я. Фисуна.

Горелов Александр Васильевич, акад. РАН, руководитель отдела инфекционной патологии ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора.

Мы не должны забывать о значимости инфекционных болезней, тем более в условиях потепления климата. Опасно, что ликвидируются кафедры детских инфекционных болезней в вузах и сокращаются часы подготовки по инфекционным болезням. Требуется увеличить количество бюджетных мест в ординатуре по инфекционным болезням.

Сегодня в РФ создается устойчивая система противодействия угрозам биологического характера, перечислю ее компоненты:

- сведение к минимуму угрозы проникновения инфекционных болезней на территорию страны (на всех границах созданы пункты диагностики с возможностью диагностики по 40 тест-системам);
- обеспечение доступности современной лабораторной диагностики инфекционных болезней;
- создание условий для расшифровки любой неизвестной инфекции за сутки, разработки тест-системы – за 4 дня и вакцины – за 4 мес, что будет реализовываться путем создания современных лабораторий на территории всей страны (46 референс-лабораторий, 20 постоянных и 20 мобильных);
- подготовка квалифицированных кадров в области эпидемиологии, инфекционных болезней, вирусологии, микробиологии и др.;
- повышение санитарной грамотности населения.

Полибин Роман Владимирович, к.м.н., заместитель директора по научной работе Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана, Сеченовский Университет.

Антипрививочные настроения связаны с низкой информированностью населения, искажением фактов теми, кто публикует антипрививочные материалы, а также с недостаточным информационным фоном по объяснению пользы вакцинации от медицинского сообщества. Отказ от вакцинации достоверно связан с ростом инфекций. Например, риск заболеть гриппом у привитых в 80 раз ниже, чем у не привитых.

Жулев Юрий Владимирович, д.м.н., сопредседатель Всероссийского союза общественных объединений пациентов.

Пациентское сообщество всегда готово помогать вакцинации населения. Требуется расширение Национального календаря прививок. Надо поддержать производителей вакцин таким образом, чтобы затраты на их производство покрывались закупочными ценами.

Необходимо существенно расширить информационную работу по повышению приверженности населения вакцинации с учетом разных групп населения и, соответственно, разных подходов и психологических особенностей этих групп. Это должна быть специальная государственная программа. Одновременно необходимо обучить население навыкам первой помощи при военных конфликтах.

Важен системный подход к решению проблем здравоохранения, в первую очередь нужно решить кадровый вопрос. Необходима грамотная политика в здравоохранении и соответствующие дополнительные финансовые ресурсы для ее реализации.

17.30–18.30. Разговор «без галстука» с академиком А.Г. Чучалиным.

Смотреть запись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-11-S07>

4. Результаты опросов

Около 300 участников конгресса приняли участие в онлайн-опросах по главным темам программы. Все результаты можно найти по ссылке: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024#survey>

- 80% опрошенных считают, что **зарплата медиков должна вырасти** в 2 раза и более;
- 57% российских врачей при выборе тактики лечения отдает **приоритет российским КР**, а 31% руководствуется международными гайдлайнами;
- 76% считают уровень **подготовки среднего медперсонала удовлетворительным** и всего 6% отличным;
- 52% считают, что **оплата труда преподавателя медвуза и медколледжа** должна быть одинаковой;
- 58% лишь примерно представляют, как применяется ИИ в здравоохранении, а 21% опрошенных хорошо представляют направления его применения;
- в 65% организаций не внедрены решения с применением ИИ;
- в 77% организаций не учитывают данные генетического паспорта в лечении пациентов;
- 63% опрошенных считают, что потепление климата составляет угрозу для здоровья россиян.

Год семьи. Научные подходы в формировании политики поддержки рождаемости и роль здравоохранения

Вы согласны с тем, что аборт надо запретить?



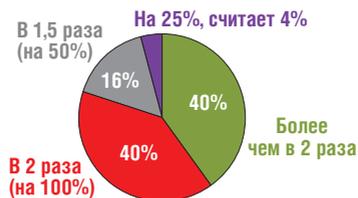
Что, на Ваш взгляд, надо сделать в здравоохранении для улучшения репродуктивного здоровья граждан РФ?



Видеозапись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-10-S03>

Как должна измениться кадровая политика в отрасли: час вопросов и ответов от первых лиц

На сколько должна возрасти оплата труда медиков, чтобы она соответствовала Вашим ожиданиям?



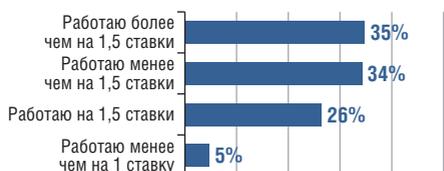
Если Вы работаете более чем на 1 ставку, то с чем это связано?



Что, на Ваш взгляд, необходимо сделать для улучшения условий труда и предотвращения выгорания медицинского персонала?



Какова Ваша рабочая нагрузка?



Видеозапись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-10-S04>

«Система Семашко»: достижения прошлого во благо настоящего

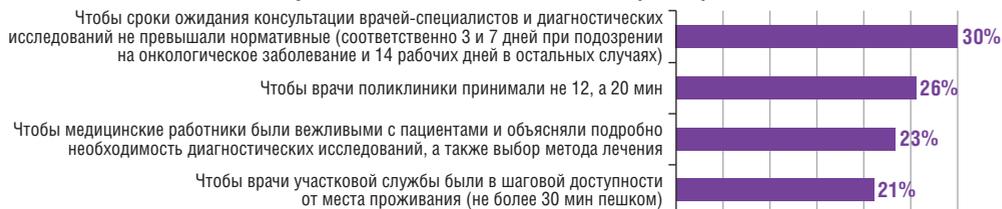
Какие преимущества «системы Семашко» в части организации медико-профилактической помощи было бы целесообразно реализовать сегодня?



Какие элементы «системы Семашко» в части финансирования здравоохранения было бы целесообразно реализовать сегодня?



Какие у пациентов ожидания от системы здравоохранения?



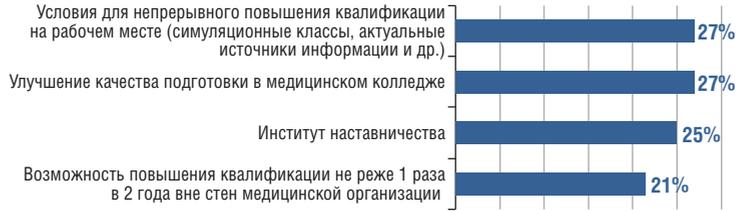
Видеозапись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-10-S05>

Средний медицинский персонал: как повысить компетенции

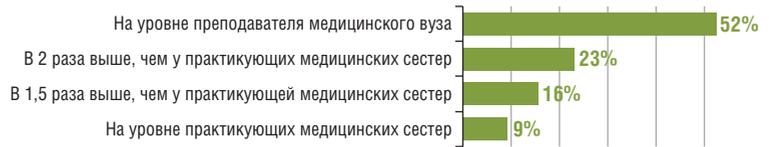
Как Вы оцениваете уровень подготовки среднего медицинского персонала?



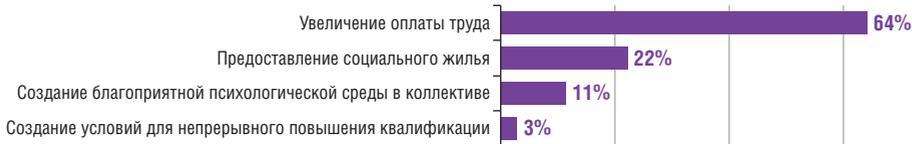
Какие меры необходимо принять для повышения уровня квалификации среднего медицинского персонала?



Какой уровень оплаты труда необходимо установить преподавателю медицинского колледжа?



Какую главную меру необходимо реализовать для привлечения медицинских сестер на работу в государственные медицинские организации?



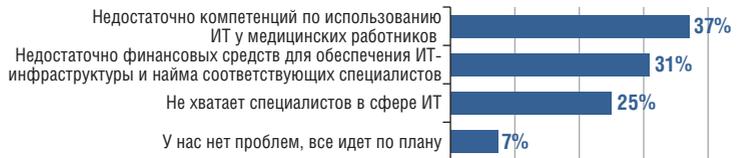
Видеозапись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-10-S06>

Системная ревизия арсенала цифровых решений для российского здравоохранения

Знаете ли Вы как устроена ЕГИСЗ и какие преимущества в Вашей работе она даст?

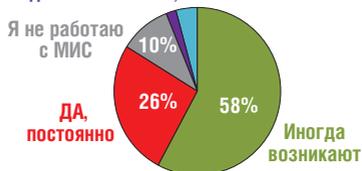


Какие проблемы, связанные с внедрением цифровых решений, возникают в Вашей медицинской организации?

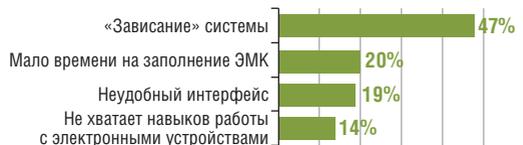


Возникают ли у Вас проблемы при работе с МИС?

Никогда не возникают, 2% Затрудняюсь ответить, 4%



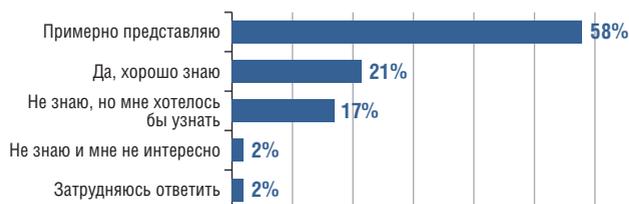
Если у Вас возникают проблемы при работе с МИС, то с чем они связаны?



Видеозапись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-11-S01>

Человеческий и искусственный интеллект: борьба за первенство в эпоху больших языковых моделей

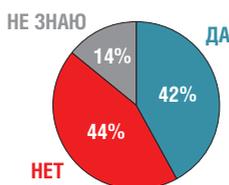
Знаете ли Вы основные принципы работы ИИ и направления его применения в здравоохранении?



Внедрены ли в Вашей медицинской организации решения, основанные на ИИ?



Есть ли в Вашей медицинской организации профессиональная медицинская библиотека и/или доступ к цифровой базе медицинских знаний?



Представляет ли угрозу клиническому мышлению и самостоятельности профессии врача большая языковая модель?



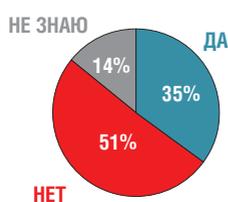
Видеозапись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-11-S02>

Ценность больших данных в оказании и организации медицинской помощи

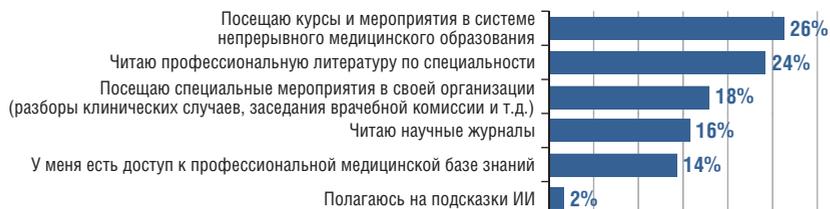
Реализуется ли в Вашей медицинской организации персонализированный подход к лечению пациентов с учетом генетического паспорта?



Реализуется ли в Вашей медицинской организации оценка результатов лечения пациента с учетом показателей, оценивающих его мнение?



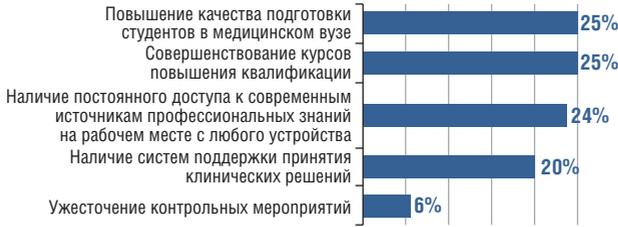
Из каких источников преимущественно Вы получаете новую профессиональную информацию?



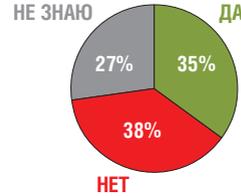
Видеозапись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-11-S03>

Врачебные ошибки и нежелательные события: реальное время, справедливость наказания, действенные меры борьбы

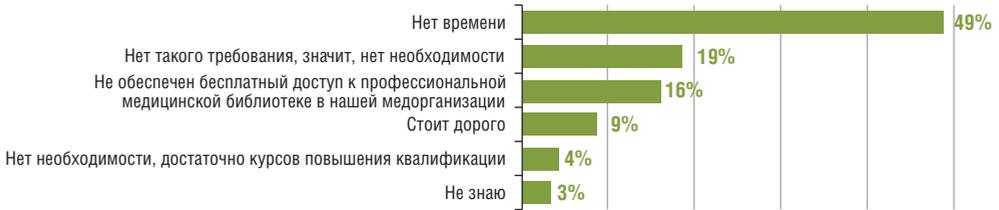
От каких факторов зависит уровень квалификации врачей?



Поможет для повышения качества медицинской помощи введение моратория на санкции в отношении медицинских организаций и на уголовное преследование врачей?



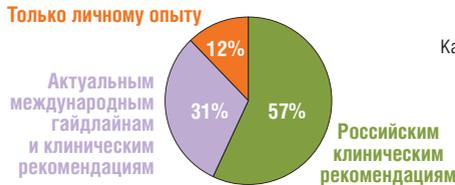
Почему не все врачи постоянно читают профессиональную медицинскую литературу?



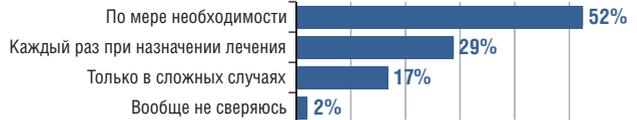
Видеозапись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-11-S04>

Перестарались? Излишние назначения и полипрагмазия: масштабы и способы борьбы

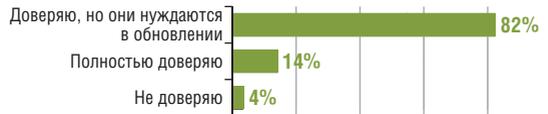
Чему Вы отдаете приоритет при выборе тактики лечения своего пациента?



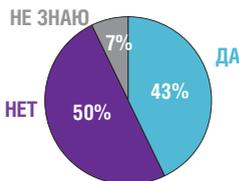
Как часто Вы сверяете назначения с клиническими рекомендациями?



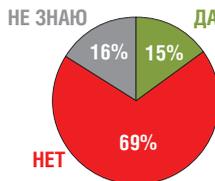
Доверяете ли Вы клиническим рекомендациям?



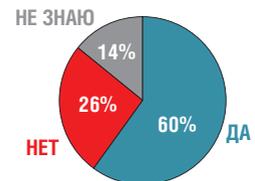
Есть ли в Вашей медицинской организации клинический фармаколог?



Есть ли в Вашей медицинской организации возможность проверять назначения посредством электронного клинического фармаколога?



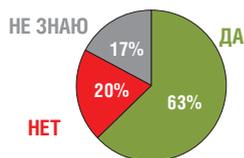
Предпринимаются ли в Вашей медорганизации меры по снижению излишних назначений и полипрагмазии?



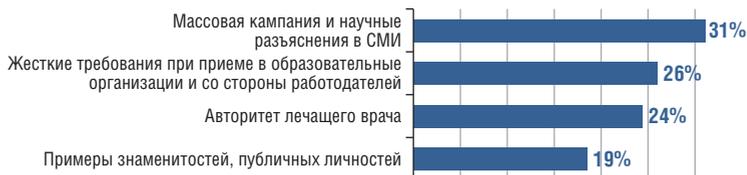
Видеозапись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-11-S05>

Потенциальные и мнимые угрозы XXI века: изменение климата, инфекции и вооруженные конфликты. Как обеспечить готовность здравоохранения?

Представляет ли потепление климата угрозу для здоровья россиян или это проблема других стран?



Какие меры позволят увеличить приверженность населения к вакцинации?



Видеозапись сессии: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-11-S06>

5. Приветственная речь ректора ВШОУЗ, д.м.н. Улумбековой Г.Э. участникам на открытии конгресса «ОРГЗДРАВ-2024»

Смотреть запись: <https://congress.orgzdrav.com/orgzdrav/2024/06-10-S01>

Мы проводим этот конгресс с 2013 г. Вспомнила, что с первых дней нас поддержали **Михаил Альбертович Мурашко**, тогда руководивший Росздравнадзором, и президент Нацмедпалаты **Леонид Михайлович Рошаль**.

В своем приветствии я коснусь четырех тем о:

- всегда непростых условиях, в которых нам приходится работать;
- победах и подвижничестве;
- новых вызовах и единстве;
- знаниях медиков.

0 непростых условиях

С момента распада Советского Союза здравоохранение сотрясали внешние и внутренние бури. Даже не представляю, как можно было так бездарно разрушать слаженно работающие советские системы здравоохранения и образования. И все в угоду либерально-экономическим интересам, подражая Западу. Это и не подходящая нам система ОМС, и отмена тарифной сетки и сметного финансирования, и уничтожение школьной и производственно-цеховой медицины, и разобщение санитарной службы и здравоохранения. И конечно, десятки лет длившееся недофинансирование, истощавшее наши силы. Напомню, что мы финансируем здравоохранение в размере около 3% ВВП, а в развитых странах финансирование превышает 5% ВВП.

Слава Богу, что хотя бы удалось сохранить отдельную педиатрическую службу – это заслуга академика **Александра Александровича Баранова** и профессора **Леонида Михайловича Рошала** и пример того, что нельзя жить по принципу «чего изволите», надо уметь обосновывать свои позиции.

Отдельно об оптимизации. Как такое мракобесие могло прийти в голову экономистам из ВШЭ и НИИ при Минфине? Они ничего лучше не нашли, как предложить найти средства на повышение оплаты труда медицинских работников, предусмотренное майскими указами Президента, внутри самой системы здравоохранения. Они предложили сократить якобы неэффективные наши расходы. И это в тучные для казны 2010-е годы, когда можно было просто добавить средства. Как следствие, мы лишились почти 10% наших мощностей – стационарных коек и практикующих врачей. В результате к началу пандемии здравоохранение оказалось без необходимых резервов. Это стоило нам по сравнению с развитыми странами дополнительных 180 тыс. жизней российских граждан. Я, конечно, пыталась исправить ситуацию, но один в поле не воин. Сейчас понимание пришло, только дело-то уже сделано.

Затем 3 года пандемии. Героизм наших медицинских работников во главе со штабом отрасли. Два с лишним года спецоперации, и снова наши медики на передовой – и военные, и гражданские.

0 победах и подвижничестве

Невзирая на эти непростые обстоятельства российское медицинское сообщество выстояло, даже есть немалые победы.

- За последние 10 лет благодаря перинатальной программе младенческая смертность сократилась в 2 раза, а ранняя младенческая стала даже ниже, чем в развитых странах.
- Инициированная министром **Вероникой Игоревной Скворцовой** программа помощи больным с сосудистыми заболеваниями и их реабилитация сохранили жизнь и здоровье сотням тысяч пациентов.
- За 4 прошедшие года наши онкологи благодаря федеральному проекту смогли добиться снижения смертности от этой патологии на 5%.

Яркий пример того, как дополнительные средства и сосредоточение усилий неизменно дают отличный результат.

И хотя по-прежнему опросы пациентов показывают много недовольных, а депутаты и губернаторы с пристрастием требуют от здравоохранения новых побед, считаю, что в тех условиях и за те средства, которые нам выделяют, **СДЕЛАНО ВСЕ И ДАЖЕ БОЛЬШЕ, ЧЕМ ВОЗМОЖНО.**

На самом деле те, кто сегодня работает в здравоохранении, – **подвижники**, понимающие меру своей ответственности перед российским народом. Это мы видим и в центре, и в регионах. Об этом говорят горящие до поздней ночи окна Минздрава, лица главных врачей и заведующих отделениями в Тульской и Тюменской областях, где я совсем недавно была. Они светятся гордостью за свои учреждения. Это понимаешь, когда слышишь, с какой болью за дело говорят профессора Дагестанского медицинского университета, и когда в Казанском медицинском университете, моем родном доме, после долгого перерыва возобновилась работа нейрористологической школы, а в отремонтированном актовом зале собрались заведующие кафедрой гистологии из всех медицинских вузов.

Только у подвижников в отрасли могут быть такие замечательные кейсы, которые нам прислали на премию «Лидеры отрасли». Многие из них достойны публиковаться в нашем ВАКовском журнале «ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ». А какие замечательные выступления были на ПМЭФ руководителей

наших НМИЦ – лучше, чем в других отраслях. Сколько таких замечательных лиц и историй вы еще увидите и услышите на конференции.

Сегодня забрезжила надежда на то, что ситуация в здравоохранении будет меняться к лучшему. У власти стало появляться понимание, что здравоохранение – это важнейшая отрасль экономики, и чтобы обеспечить доступность медицинской помощи, нашим медицинским работникам и преподавателям надо достойно платить. Об этом говорят Поручения Президента **Владимира Владимировича Путина**. То, что был и мой вклад в подготовку этих решений, придает силы двигаться дальше.

Новые вызовы и единство в отрасли

Согласно п. 1 Указа Президента, главная национальная цель: **«Сохранение населения и укрепление здоровья» наших людей.** Уверяю вас, в нынешних условиях это сделать очень трудно. И как это сделать, мы будем обсуждать сегодня и завтра на площадках конгресса. После конференции я обожду все предложения, посчитаю, сколько для этого потребуется дополнительных средств. Отмечу, что только организационных усилий без дофинансирования будет недостаточно.

По моим макроэкономическим расчетам, для достижения цели в 78 лет к 2030 г. нам потребуется увеличить финансирование здравоохранения с 6 трлн до 8 трлн руб. в ценах 2023 г., или до 5% ВВП. За примерами далеко ходить не надо. Москва финансирует здравоохранение в 2 раза больше, чем в среднем по РФ, и уже сегодня имеет продолжительность жизни 79 лет, поэтому и посматривает на другие регионы свысока.

Необходимо, чтобы не только я доказывала финансово-экономическому блоку Правительства и депутатам Госдумы, что нам нужны дополнительные ресурсы. У нас же есть общественные профессиональные объединения – Нацмедпалата и Общество врачей России. При всем моем уважении к Леониду Михайловичу и Олегу Олеговичу, во-первых, у нас должно быть одно сообщество, надо объединяться. Во-вторых, не слышен голос этих объединений и по оплате труда медиков и преподавателей, и по членству России в ВОЗ, и по борьбе с антиваксерами, и по запрету абортов. В результате тишину заполняют отдель-

ные субъекты, которые не боятся говорить глупости. И уж совсем негоже, что зачастую от Нацмедпалаты в адрес Минздрава звучит несправедливая критика. В непростые времена, когда поставлены такие амбициозные цели, надо держаться вместе и помогать штабу отрасли, перегруженному оперативной работой. Нельзя, чтобы министр и Минздрав оставались в одиночестве, – они должны чувствовать поддержку профессионального сообщества в решении общих задач.

Фундаментальная задача «Знания»

Здравоохранение – это прежде всего индустрия знаний. Красной нитью в выступлении Президента на ПМЭФ звучало, что главное – это мозги и знания кадров. Но сегодня нам еще столько предстоит сделать в этом отношении. Библиотеки многих медицинских вузов и особенно колледжей финансируются по остаточному принципу. Во всех МО исчезли медицинские библиотеки. Вместо них на столах простые инструкции – КР. Но мы с вами понимаем, что процесс лечения пациента гораздо шире и глубже, чем простое следование инструкциям. Для этого мы и учимся всю жизнь. Главные врачи и региональные министры отговариваются тем, что за это с них не спрашивают, а сами врачи, что они перегружены. А как же клиническое мышление и качество медицинской помощи? Может, надо усилить работу контрольных органов?

Последствия у всего этого катастрофические – у студентов и у многих врачей исчезла привычка к чтению, а значит, и к клиническому мышлению. Это, кстати, касается и знаний управленцев. Раз нам смогли навязать эту вредную оптимизацию, значит, мы сами чего-то не знали.

Хочу обратить внимание, что сегодня за знания с нас будут спрашивать. Это Поручение Президента 616, п. 27 и 5. Они – о создании современных научно-технологических центров знаний, профессиональных библиотек в образовательных организациях и НИИ. И о том, что знания должны быть доведены до потребителей. Особый акцент в поручениях сделан на качестве подготовки специалистов среднего звена.

На прошедшем Совете ректоров на эти вопросы уже обращал внимание **Михаил Альбертович Мурашко**. Недаром за рубежом библиотеку называют **кровью системы здравоохранения**. У них сейчас отмечается бум трансляции знаний.

Из хороших новостей: в России реализация поручений Президента возможна благодаря появлению соответствующих инструментов, созданных трудом специалистов наших ведущих вузов и НМИЦ, а также издательской группы «ГЭОТАР-Медиа».

Это первая отечественная база медицинских знаний MedBaseGeotar.

Это цифровая система взаимодействия лекарств, созданная под руководством академиков **Александра Леонидовича Хохлова** и **Дмитрия Алексеевича Сычева**.

И наконец, переводное фундаментальное руководство «Биомедицинская информатика», которое поможет нам войти с открытыми глазами в мир цифровизации. Оно появится в июле 2024 г. Там, кстати, сделан акцент на то, что цифровизация происходит с одной целью – дать врачам в руки новые знания.

Так что политическая воля есть, инструментарий есть, осталось всем нам проявить волю и построить **ТЕРРИТОРИЮ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ В КАЖДОМ РЕГИОНЕ**.

Приступаем к работе.

Мне очень понравилось, как Вячеслав Викторович Володин, председатель Госдумы, во время выступления министра образования и науки сказал: «Вы, пожалуйста, сосредоточьтесь на проблемах и путях их решения». Давайте на нашей конференции последуем этой рекомендации.

В заключение хочу поблагодарить партнеров конгресса – издательскую группу «ГЭОТАР-Медиа» и Ассоциацию международных фармацевтических производителей (АМФП).

В 1950-е годы поэт Даниил Андреев написал замечательные стихи:

*Есть в медлительной душе русских
Жар, растапливающий любой лед:
Дно всех бездн испытать в спусках
И до звезд совершить взлет.*

Тезисы

XII Международного конгресса «ОРГЗДРАВ-2024» (10–11 июня 2024 г., Москва)

Аблезова А.Ш., Бугагин Д.В., Воронина У.В., Трегубов А.В.

Проблемы организации электрокардиографии с физической нагрузкой на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», 199034, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

В работе представлен анализ проблем организации электрокардиографии с физической нагрузкой на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи. Выявлено, что значительная доля пациентов направляется на исследование с противопоказаниями и ограничениями к его проведению (15%) и после неинформативных исследований (42,9%).

Актуальность. Пациентам с умеренной предстесовой вероятностью ишемической болезни сердца (ИБС) рекомендуется проведение дополнительных специфических неинвазивных тестов для подтверждения или исключения этого диагноза. В настоящее время клинические рекомендации (КР) отдают предпочтение неинвазивным визуализирующим стресс-методам выявления ишемии миокарда. В качестве альтернативы неинвазивным визуализирующим стресс-тестам предлагается мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) коронарных артерий, которая может быть дополнена оценкой перфузии (компьютерная томография сердца с контрастированием).

Рассматривать электрокардиографию (ЭКГ) с физической нагрузкой (ФН) на тредмиле или велоэргометре, выполненную на фоне отмены антиишемической терапии, как альтернативный тест для верификации ишемии рекомендуется, если стресс-методы визуализации или МСКТ коронарных артерий невозможно провести технически. В то же время возможности для проведения стресс-методов визуализации и МСКТ коронарных артерий крайне ограничены, и в клинической практике наиболее широко применяется именно ЭКГ с ФН.

Именно ЭКГ с ФН внесена КР в критерии оценки качества медицинской помощи при стабильной ИБС. Еще одним показанием для проведения ЭКГ с ФН являются желудочковые нарушения ритма сердца.

Кроме того, приказом Минтруда России № 402н, Минздрава России № 631н от 10.06.2021 «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» регламентировано проведение ЭКГ с ФН в качестве основного метода диагностики у пациентов с диагнозами, соответствующими кодам по МКБ-10 I20–I25 и I27, и в качестве дополнительного метода диагностики у пациентов с заболеваниями, соответствующими кодам по МКБ-10 I30–I52, I26–I28, Z95.

Таким образом, в имеющейся на сегодняшний день нормативной документации определен широкий круг показаний, требующих проведения ЭКГ с ФН.

При ориентировочном расчете потребность в данном исследовании в Санкт-Петербурге исходя из заболеваемости различными формами ИБС в 2020 г. (13 039 случаев на 100 тыс. населения), по численности жителей Санкт-Петербурга на 1 января 2023 г. (по данным Росстата, 5 600 044 человек), в соответствии со Стандартом медицинской помощи взрослым при стабильной ИБС (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 410н от 28.04.2021), составляет не менее 73 тыс. исследований в год.

В большинстве случаев эти исследования не требуют госпитализации и могут проводиться в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ). В то же время обеспечение потребности по этой группе исследований населения крупного города требует не только специальной подготовки со стороны персонала учреждений, но и организационных решений по маршрутизации больных.

Цель – проанализировать проблемы организации ЭКГ с ФН на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи и разработать пути их решения.

Материал и методы. В когортное ретроспективное исследование включали пациентов старше 18 лет, явившихся на ЭКГ с ФН в СПб ГБУЗ ГКДЦ № 1 с 1 января по 31 декабря 2023 г. Основную группу составили пациенты, направленные кардиологами АПУ Санкт-Петербурга. В группу сравнения включены пациенты, направленные на ЭКГ с ФН кардиологами СПб ГБУЗ ГКДЦ № 1.

Оценивали количество и долю пациентов, направленных на исследование при наличии абсолютных противопоказаний к исследованию, при наличии ЭКГ-изменений, при которых невозможна достоверная оценка нарушений процессов реполяризации; количество и долю пациентов, направленных на ЭКГ с ФН в условиях АПУ при известном анамнезе желудочковых тахикардий. Проанализированы результаты пробы: отрицательная, положительная, сомнительная, незавершенная.

Хранение и статистический анализ полученных данных производился с применением пакета программ Microsoft Office 2010. При статистической обработке результатов применяли частотный анализ и χ^2 -критерий Пирсона, различие между группами считалось достоверным при $p < 0,05$.

Результаты. За период исследования в СПб ГБУЗ ГКДЦ № 1 для выполнения ЭКГ с ФН был направлен 2671 пациент. 1789 были направлены из АПУ Санкт-Петербурга и составили основную исследуемую группу (средний возраст – 58,06±10,2 года, 58% мужчин). Группу сравнения составили 882 пациента, направленных на исследование из КДЦ (средний возраст – 60,71±9,6 года, 54% мужчин).

В основной группе пациентов в 268 (15%) случаях ЭКГ с ФН не была проведена: 53 (3,0%) пациента имели абсолютные противопоказания к исследованию, у 106 (5,9%) больных достоверная оценка изменений процессов реполяризации на ЭКГ была невозможна из-за полной блокады левой ножки пучка Гиса либо из-за желудочковой стимуляции. Еще 109 (6,1%) пациентов были направлены на исследование при известном анамнезе желудочковой тахикардии. Этим пациентам по соображениям безопасности было рекомендовано выполнять исследование в стационарных условиях с возможностью своевременного проведения реанимации. Среди пациентов группы сравнения противопоказаний и ограничений к проведению исследования не выявлено.

В основной группе (АПУ) у 574 (32,1%) пациентов проба была трактована как отрицательная, у 143 (8,0%) – как положительная, у 36 (2,0%) – как сомнительная, у 768 (42,9%) – как неинформативная.

Причины неинформативности исследования: прекращение его проведения до достижения суб-максимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС) – наиболее часто (712 пациентов, 39,8%) из-за усталости пациента, у 56 (3,1%) пациентов – из-за избыточного повышения артериального давления.

Среди больных, направленных КДЦ, у 495 (56,1%) пациентов проба была трактована как отрицательная, у 114 (12,9%) – как положительная, у 26 (3,0%) – как сомнительная, у 247 (28,0%) –

как неинформативная. Исследование было прекращено до достижения субмаксимальной ЧСС из-за усталости пациента в 221 (25,1%) случаях, из-за избыточного повышения артериального давления у 26 (2,9%) пациентов.

При сопоставлении результатов ЭКГ с ФН доли исследований с положительным и отрицательным результатом были достоверно выше среди пациентов, направленных КДЦ (соответственно $\chi^2=7,257$; $p<0,008$ и $\chi^2=76,964$; $p<0,001$). Среди больных, направленных АПУ, достоверно чаще исследование было неинформативным ($\chi^2=116,370$; $p<0,001$)

Выводы

1. Низкая доля положительных результатов может быть следствием недостаточной оценки предтестовой вероятности ИБС врачами, направляющими пациентов на исследование.

2. Большое количество неинформативных ЭКГ с ФН может быть обусловлено как низкой толерантностью больных к ФН, так и недостаточной подготовкой пациентов к исследованию.

3. Значительная доля пациентов, направленных из АПУ на ЭКГ с ФН при наличии противопоказаний и ограничений к исследованию, указывает на необходимость информирования врачей АПУ о противопоказаниях к данному исследованию и маршрутизации больных с известными желудочковыми тахикардиями в стационары города.

Ахминеева А.Х.¹, Ожогин М.В.¹, Дорфман Ю.Р.²

Значимость телемедицинских технологий в здравоохранении Китайской Народной Республики

¹ Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, 194044, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 414000, г. Астрахань, Российская Федерация

Актуальность исследования обусловлена лидерскими позициями Китайской Народной Республики (КНР) в развитии технологических платформ, связанных с облачным хранением, большими данными (Big Data), информационными и блокчейн-технологиями, мобильными устройствами для дистанционного мониторинга состояния здоровья пациентов и при этом ограниченным количеством статей, находящихся в открытом доступе, о развитии и результатах внедрении телемедицинских технологий (ТМТ) в практическое здравоохранение.

Цель исследования – изучение опыта развития и внедрения ТМТ в систему здравоохранения КНР.

Материал и методы. Проведен анализ публикаций, размещенных в электронных базах PubMed, Chinese Social Sciences Citation Index, CochraneLibrary, WoS, Scopus, eLibrary, UpToDate, CyberLeninka, а также в библиотечных каталогах и китайской периодике. Поиск осуществлялся по ключевым словам и словосочетаниям на русском, английском и китайском языках: «телемедицина», «telemedicine», «telehealth», «телемедицина в Китае», «telemedicine in the China» «развитие телемедицины в Китае», «the development of telemedicine in China», «远程医疗», «远程医疗在中国». Глубина поиска составила 10 лет.

Результаты. Анализируя публикации, касающиеся системы здравоохранения, можно прийти к выводу, что общего количества имеющихся медицинских, кадровых и технических ресурсов Китая

уже недостаточно для обеспечения многомиллионного населения страны, которое неравномерно распределено по территории, – высококвалифицированные специалисты и высокоточное диагностическое медицинское оборудование в основном сосредоточены в экономически развитых районах и крупных провинциях. Доступность современного медицинского обслуживания для остального населения Китая находится на более низком уровне.

Выход из сложившейся ситуации – активное внедрение дистанционного медицинского обеспечения населения страны ТМТ, которые позволяют консультировать на расстоянии, собирать и хранить медицинские данные, диагностировать и лечить на основании полученных данных, проводить защищенные видеоконференции и мониторинг физического состояния пациента в режиме реального времени, получать второе мнение специалиста, а также обучать медицинский персонал всех уровней.

В эпоху цифровой революции Китай стремительно внедряет инновационные технологии во многие сферы жизни, в том числе в сферу здравоохранения. Один из ярких примеров этого – интернет-больницы, которые быстро набирают популярность в Поднебесной.

Первые интернет-больницы в Китае появились около 10 лет назад, но настоящий бум пришелся на период пандемии COVID-19, когда традиционные медицинские учреждения были перегружены, а их посещение было сопряжено с риском заражения: интернет-больницы стали спасительным решением для многих китайцев.

По данным Национальной комиссии по здравоохранению КНР, в 2022 г. в стране насчитывалось более 1200 официально зарегистрированных интернет-больниц, а количество онлайн-консультаций превысило 1,2 млрд. Крупнейшими игроками на рынке интернет-медицины в Китае являются компании Ping An Good Doctor, Alibaba Health и Tencent Trusted Doctors.

Интернет-больница представляет собой онлайн-платформу, которая позволяет пациентам получать медицинские консультации и услуги удаленно, без физического посещения медицинского учреждения. Через специальное приложение или веб-сайт пациенты могут записаться на онлайн-прием к врачу, загрузить результаты анализов и обследований, получить рекомендации по лечению и электронный рецепт на приобретение лекарств, которые, в свою очередь, можно заказать через специализированные платформы онлайн-аптек, загрузив в приложение электронный рецепт.

Несомненные преимущества интернет-больниц:

1. Удобство и экономия времени. Пациенты могут получить медицинскую помощь, практически не отвлекаясь от важной работы или не выходя из дома, что особенно актуально для людей с ограниченными возможностями, пожилых граждан или проживающих в отдаленных районах.

2. Доступность высококвалифицированных специалистов. Интернет-больницы позволяют пациентам консультироваться с ведущими врачами из престижных клиник независимо от их географического местоположения.

3. Снижение нагрузки на традиционные медицинские учреждения. Онлайн-консультации помогают разгрузить очереди в поликлиниках и больницах, сократив количество ненужных визитов.

4. Экономия средств. Удаленные консультации обычно стоят дешевле, чем очные приемы, что делает медицинскую помощь более доступной для широких слоев населения.

Изучая стремительный рост количества интернет-больниц и их растущую популярность среди населения, власти КНР осознают необходимость их тщательного регулирования для обеспечения безопасности и качества медицинских услуг. В последние годы были приняты новые законы и правила, регламентирующие деятельность онлайн-платформ в сфере здравоохранения.

В ближайшее время ожидается дальнейшее развитие и совершенствование интернет-больниц в Китае. В дальнейшем планируется внедрение новых технологий, таких как искусственный интеллект и Big Data, для повышения эффективности и качества удаленной медицинской помощи, а также усовершенствование уже имеющихся ТМТ.

Заключение. С помощью информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) значительно повысилась доступность медицинской помощи, в том числе в сельской и труднодоступной местности, произошла оптимизация ресурсов, увеличилось количество и качество консультаций, проводимых крупными медицинскими центрами, что в том числе способствовало повышению квалификации персонала и стандартов медицинского обслуживания, – это наглядно демонстрируют преимущества ИКТ в современных реалиях развития КНР. Кроме того, телемедицинские устройства и системы мониторинга позволяют в реальном времени отслеживать состояние здоровья пациентов, и это особенно важно для пациентов с хроническими заболеваниями, а также для пожилых пациентов, которые составляют 1/5 1,4-миллиардного населения КНР. Очень важно, что ТМТ используются для образования медицинских специалистов, – это способствует повышению квалификации и обучению на рабочем месте.

Интернет-больницы в Китае являются ярким примером того, как цифровые технологии способны трансформировать традиционные сферы, делая их более доступными, эффективными и ориентированными на потребности пациентов. Этот опыт может быть полезен и для других стран, стремящихся модернизировать свои системы здравоохранения.

Баташан И.А., Бутырская И.Б., Иванов С.В., Косенко В.В.

Заболеваемость и смертность в Республике Крым и пути их уменьшения

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», 295051, г. Симферополь, Российская Федерация

Организация здравоохранения и общественное здоровье являются важными аспектами национальной политики. Республика Крым также столкнулась с вызовами в области здравоохранения. В данной работе рассматриваются организация здравоохранения и ее влияние на общественное здоровье. Крым имеет специфическую ситуацию в области здравоохранения, связанную с особенностями территориального положения и климатическими условиями. Кроме того, после присоединения к России были внесены изменения в систему здравоохранения.

Для проведения исследования были проанализированы статистические данные о заболеваемости и смертности населения, а также изучены внедренные технологии, которые напрямую влияют на организацию здравоохранения и общественное здоровье.

Данные государственной статистики смертности населения в РФ: 2021 г. – 2,45 млн; 2022 г. – 1,9 млн; 2023 г. – 1,76 млн. За этот же промежуток времени статистика смертности в Республике Крым: 2021 г. – 35,7 тыс.; 2022 г. – 28,5 тыс.; 2023 г. – 28,6 тыс. Исходя из статистических данных следует, что смертность имеет тенденцию к снижению.

Организация здравоохранения обеспечивает инфраструктуру и ресурсы, необходимые для реализации программ. Общественное здоровье предоставляет данные и рекомендации, которые информируют политику и практику организации здравоохранения.

Например, в последние годы активно развиваются методы диагностики у постели больного, которые могут применяться самим пациентом. Эти методы применялись в экстренных случаях, а в последние годы, особенно после пандемии COVID-19, они стали широко известны медицинским работникам и пациентам, а также расширилось их применение. Среди этих исследований – диагностические тесты при нарушениях свертываемости крови, хронической сердечной недостаточности, анализ липидов крови, диагностика при сахарном диабете и анализ газового состава крови.

С 2009 г. активное развитие генетических и молекулярных технологий открывает им широкое применение в клинической практике. Речь идет о полногеномном секвенировании. Это исследование дает максимально полную информацию о генетических изменениях, которые могли стать причиной развития заболевания. Также активно ведутся инженерные разработки в области экзоскелетов. Он повторяет биомеханику человека для пропорционального увеличения усилий при движениях. Планируется создать более удобные устройства, которые будут иметь меньшую стоимость и широкие возможности использования искусственного интеллекта.

Исследование также позволило получить новые данные. В 2022 г. Всемирная организация здравоохранения опубликовала данные о том, что в будущем старение населения будет влиять на деятельность систем здравоохранения и общественное здоровье. В настоящее время в среднем по миру доля пожилого населения составляет 12%. К 2025 г. в среднем по миру доля пожилых людей удвоится – до 22%. К 2030 г. каждый 6-й житель Земли будет иметь возраст старше 60 лет. В Республике Крым этот показатель по прогнозам может составлять 69–74 года.

Нерациональный образ жизни в популяции ведет к распространенности хронических неинфекционных заболеваний. Распространенными причинами смерти станут заболевания сердца, онкологические и хронические заболевания легких, инсульт и болезнь Альцгеймера.

Из-за увеличения хронических неинфекционных заболеваний значительно вырастут потребность в медицинской помощи и затраты на ее оказание.

Одновременно меняются и стереотипы поведения пациентов. В 2022 г. в РФ 19% пациентов после постановки диагноза врачом читают о нем в интернете, а 32% ищут дополнительную информацию о выписанных лекарственных препаратах.

В **заключение** можно сделать вывод о необходимости проведения реформ в системе здравоохранения Республики Крым, которые включают улучшение условий труда для медицинских работников, модернизацию оборудования и усовершенствование медицинской помощи населению. Такие меры помогут повысить качество оказываемой медицинской помощи и улучшить общественное здоровье в регионе, увеличить продолжительность жизни.

Бенян А.С., Вейнер Н.В., Ефимов Е.В., Адамян М.Ю.

Льготное лекарственное обеспечение пациентов, перенесших инфаркт миокарда и хирургические вмешательства на коронарных артериях

Министерство здравоохранения Самарской области, 443020, г. Самара, Российская Федерация

Льготное лекарственное обеспечение (ЛЛО) пациентов, перенесших инфаркт миокарда, открытые и рентгенэндоваскулярные вмешательства на коронарных артериях, является ключевым мероприятием, способным повысить эффективность реваскуляризации миокарда. Организация ЛЛО требует синергизма всех звеньев медицинской помощи и проспективного контроля качества и доступности дистрибуции препаратов. Непосредственные эффекты проявляются в снижении частоты повторных госпитализаций.

Актуальность. Программа ЛЛО, включенная в структуру федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», реализуется на территории Самарской области с 2020 г. При этом 3 из 5 клинико-нозологических групп, подлежащих обеспечению в рамках проекта, составляют пациенты, перенесшие инфаркт миокарда (ИМ), аортокоронарное шунтирование (АКШ), рентгенэндоваскулярные вмешательства (РЭВ) – ангиопластику коронарных артерий со стентированием.

Задачи, которые были поставлены перед органами исполнительной власти в сфере здравоохранения в части ЛЛО, заключались в создании бесшовных механизмов обеспечения пациентов на весь необходимый период, требующийся для создания достаточного профилактического фона, предупреждения рецидивов и осложнений. Для этого необходимо было в первоочередном порядке обеспечить координацию и преемственность между первичным и специализированными звеньями в обоих направлениях. Кроме этого, проспективная оценка доступности и качества ЛЛО позволяет в кратчайшие сроки проводить корректирующие мероприятия по оптимизации инфраструктурных и логистических процессов.

Цель исследования – провести оценку качества организации ЛЛО пациентов, перенесших вмешательства на коронарных артериях, а также анализ эффективности медикаментозной терапии в части предупреждения осложнений и рецидивов.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ охвата ЛЛО пациентов, которым в 2020–2023 гг. были проведены хирургические вмешательства по реваскуляризации миокарда. В 2020 г. продолжительность бесплатного ЛЛО пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), установленная федеральным законодательством, составляла 1 год. Начиная с этого времени в 4 региональных сосудистых центрах и в 8 первичных сосудистых отделениях был организован процесс выписки рецептов и отпуска лекарственных препаратов на курс лечения пациентам в день выписки из стационара с последующим обеспечением в учреждении здравоохранения по месту жительства в рамках оказания амбулаторно-поликлинической помощи по назначению лечащего врача.

В последующие 2021–2023 гг. последовательно вносились изменения в законодательство, что позволило: а) увеличить срок действия льготы от 1 года до 2 лет; б) расширить перечень лекарственных препаратов, подлежащих бесплатному отпуску, до 8 препаратов. В данный перечень в настоящее время включено 31 международное непатентованное наименование лекарственных препаратов для лечения ССЗ в амбулаторных условиях; в) пересмотреть список заболеваний, установленных для ЛЛО путем включения категории лиц, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с уточненными параметрами фибрилляции предсердий и хронической сердечной недостаточности.

Объем финансирования, направляемый ежегодно на реализацию программы «Борьба с ССЗ» в части ЛЛО составляет 267,1±8,9 млн руб. В 2023 г. необходимыми лекарственными препаратами было обеспечено 8370 пациентов, перенесших ИМ (прирост к 2020 г. составил +382,4%); 5252 пациента, у которых была выполнена ангиопластика коронарных артерий со стентированием (+424,3%/2020 г.); 1927 пациентов, которым было проведено АКШ (+409,8%/2020 г.). В целом, доля пациентов с ССЗ, подлежащих ЛЛО, выросла с 80 (2020 г.) до 99,9% (2023 г.).

Результаты и обсуждение. Вклад ЛЛО в формирование показателей частоты дальнейшего развития заболеваемости, возникновения осложнений, уровня госпитальной смертности и общей смертности от ИБС определяется качественными критериями эффективности организации ЛЛО. Так, количество обслуженных рецептов выросло со 124 630 в 2020 г. до 245 652 в 2023 г. (+197%). При этом прирост суммы отпущенных рецептов в сравниваемом временном промежутке составил 340%. Несмотря на то что среднее количество рецептов на одного пациента остается сравнительно неизменным – 9,8±0,3, отмечается существенный рост средней стоимости одного рецепта до 1629 руб. (+212%/2020 г.), что свидетельствует о приоритетном использовании наиболее полноценных схем лекарственной терапии.

Оценка течения ССЗ с началом обеспечения ЛЛО первоначально складывается из результатов лечения целевых групп пациентов на всех этапах медицинской помощи. Так, общее количество последующих госпитализаций у пациентов с ЛЛО снизилось с 9497 в 2020 г. до 6907 в 2023 г. (-27,3%). Отмечается уменьшение удельного числа госпитализаций на 1 пациента – с 0,440 до 0,196.

В целом, из общего количества пациентов с ССЗ, получавших ЛЛО, в 2023 г. госпитализировано 15,2%, что в 2,1 раза меньше показателя 2020 г. (32,1%).

Верхнеуровневые показатели лечения пациентов с ИБС, отраженные в госпитальной летальности от ИМ и смертности, также продемонстрировали положительные тренды. Больничная летальность от ИМ снизилась с 16,8 (2020 г.) до 8,5% (2023 г.). Смертность от ИБС снизилась с 280,1 до 264,3 на 100 тыс. населения.

Следует отметить, что приведенные значения отражают статистический срез в популяции пациентов с ИБС в целом, при этом среди пациентов с предварительным ЛЛО заданные параметры были еще ниже, чем у группы без должного диспансерного наблюдения. Точками роста у этой когорты являются повышение охвата и расширение спектра углубленной диспансеризации у пациентов с ССЗ. Важный аспект в организации ЛЛО – создание взаимодействия между первичным и специализированным звеньями, предоставляющего возможность старта терапии уже в условиях стационара в преддверии выписки. Последующий регулярный контроль количества выписанных рецептов, средней стоимости рецепта, соотношения разных схем лечения и сравнения эффективности разных по конечной стоимости лекарственных программ позволит обеспечить улучшение ключевых процессов и результатов.

Заключение. ИБС как одна из ведущих причин смертности населения в возрастных группах старше 30 лет является объектом повышенного внимания специалистов сердечно-сосудистой службы и организаторов здравоохранения. Основными целевыми мероприятиями для управления заболеваемостью и смертностью от ИБС, реализуемыми в рамках нацпроекта «Здравоохранение», являются увеличение охвата РЭВ и ЛЛО пациентов, перенесших острые сердечно-сосудистые события и соответствующие вмешательства на коронарных артериях. Это обеспечивает планомерное уменьшение госпитальной летальности от ИМ и смертности от ИБС с опережением значений, установленных федеральным проектом «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Бенян А., Денчик А.В., Черногаева Г.Ю., Чернуха Р.С.

Приемно-диагностические отделения – вектор трансформации медицины неотложных состояний

Министерство здравоохранения Самарской области, 443020, г. Самара, Российская Федерация

В статье описан опыт строительства приемно-диагностических отделений (ПДО) в межрайонных центральных больницах Самарской области. Принципы территориального планирования позволяют эффективно определить маршрутизацию и логистику. Приведены критерии оценки доступности и качества медицинской помощи в новых подразделениях. Улучшились качество, время сортировки, повысилась диагностическая точность методов, увеличено число госпитализаций. Отмечена высокая роль цифровой трансформации и бережливых технологий.

Актуальность. Несмотря на интенсификацию деятельности амбулаторно-поликлинического звена и усиление профилактического направления работы, увеличивается количество пациентов с острыми жизнеугрожающими состояниями, поступающими в ПДО многопрофильных больниц. В Самарской области это обусловлено ростом заболеваемости по таким группам, как болезни системы кровообращения, онкологические заболевания, болезни органов пищеварения. Стабильно высокой остается и доля пострадавших с повреждениями и политравмой вследствие воздействия техногенных факторов. Это диктует необходимость перестройки форматов функционирования ПДО как в части ресурсной составляющей, так и по отдельным ключевым процессам. При этом актуальным представляется одновременное проведение ремонтно-строительных работ по возведению

новых ПДО и внедрение принципов менеджмента качества и бережливого производства на территориях уже существующих подразделений, отвечающих за прием, сортировку и оказание неотложной помощи пациентам с острыми заболеваниями и травмой.

Цель исследования – провести анализ эффективности деятельности ПДО, возведенных в 2022 г. на базе центральных районных больниц (ЦРБ) в рамках федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения», и оценку целесообразности масштабирования представленных и аналогичных подходов.

Материал и методы. В 2022–2023 гг. в 4 ЦРБ, являющихся межрайонными центрами по маршрутизации пациентов сердечно-сосудистого, хирургического и травматологического профилей, были проведены мероприятия по строительству ПДО с использованием быстровозводимых модульных конструкций. Планировочные решения ПДО учитывали требования, предъявляемые к входной группе, сортировочной площадке, расположению и последовательности диагностических служб и лечебных кабинетов. Зонай покрытия ответственности ПДО стали северные районы Самарской области общей численностью прикрепленного населения 256 097 человек, в том числе 132 957 (51,9%) лиц трудоспособного возраста и 51 671 (20,2%) детей, а также 105 841 (41,3%) пациентов на диспансерном наблюдении.

Организация работы ПДО на начальном этапе включала строгое соответствие порядкам оказания медицинской помощи по профилям с соблюдением принципов медицины неотложных состояний и отработку действий персонала при массовом поступлении пострадавших. Была внедрена единая медицинская информационная аналитическая система и применены методы контроля доступности и качества медицинской помощи с использованием чек-листов. Также в настоящее время во всех существующих приемных отделениях начаты процессы оценки Региональным центром компетенции по управлению качеством и безопасностью медицинской деятельности Самарского государственного медицинского университета с целью выявления проблемных зон и предложения оптимизационных решений.

За 12 мес работы 4 ПДО было зарегистрировано 42 156 обращений. Из них службой скорой медицинской помощи доставлены 12 137 (28,8%) пациентов, направлены из амбулаторно-поликлинического звена – 14 960 (35,5%), в порядке самообращения приняты 15 059 (35,7%) пациентов.

Результаты и обсуждение. Для оценки производительности труда в новых ПДО были определены и утверждены следующие критерии: а) время от первого контакта с медицинским работником до начала сортировки; б) время, затраченное на проведение диагностических мероприятий; в) среднее количество пациентов, одновременно находящихся в ПДО; г) доля госпитализации на диагностическую койку; д) частота госпитализаций в стационарные отделения.

Поскольку выбор площадки для строительства ПДО происходил с учетом территориального планирования, а также исходно организованных ранее функционирующих первичных сосудистых отделений и травмоцентров II уровня, для исследования системной составляющей были проанализированы такие дополнительные факторы, как процент заявок на телемедицинские консультации (ТМК) в региональные центры для уточнения диагноза и лечебной тактики; процент выполнения ТМК, заказанных соседними ЦРБ; процент вызовов службы санитарной авиации.

Анализ динамики ключевых индикаторов эффективности процессов в ПДО позволил выявить следующие закономерности. Имеется прямая зависимость длительности ожидания первого контакта с медицинским работником при увеличении количества пациентов, обратившихся в одном временном промежутке продолжительностью 30–60 мин. При этом данное сопряжение не распространяется на пациентов с жизнеугрожающими состояниями (инфаркт, инсульт, асфиксия, кома, шок, кровотечение), начало помощи у которых приходилось на первые 60 с от момента появления в отделении. Предельное количество пациентов, с которого отмечено значимое увеличение времени сортировки, по разным ПДО эквивалентно от 8 до 10. Среднее время проведения комплекса диагностических мероприятий составляет $46 \pm 22,4$ мин, в сравнении с предыдущим периодом, до строительства ПДО,

отмечено сокращение этого показателя в 1,5–1,8 раза. Благодаря подключению парка рентгенологического оборудования к центральному архиву медицинских изображений количество запросов на проведение ТМК с региональными центрами продолжает расти с исходного значения 11,5 до 20,3%. Частота госпитализации в круглосуточный стационар имеет тенденцию к увеличению до 59,8% – это связано с повышением качества обследования и широтой диагностического спектра. Одновременно отмечено снижение частоты повторных обращений в ПДО пациентов, первично направленных на амбулаторное лечение, с 10,6 до 6,6%.

В целом, улучшение таких показателей, как время ожидания сортировки, продолжительность непосредственно сортировочных мероприятий, время, затрачиваемое на проведение комплекса диагностических мероприятий, в первую очередь свидетельствует о должном администрировании и координации работы персонала ПДО. Очевидно также, что, помимо контроля процессных мероприятий, важную связующую роль выполняют элементы цифровой трансформации, позволяющие максимально оперативно обеспечивать обмен информацией, получение второго мнения, формирование аналитических данных.

Заключение. Создание в многопрофильных больницах ПДО позволяет решить задачи сортировки при обращении пациентов с разной степенью тяжести и угрозы для жизни, а также при происшествии с массовым количеством пострадавших. Для больниц, расположенных на сельских территориях, наличие современного ПДО является основанием для организации межрайонных центров II уровня для лечения пациентов с острыми сердечно-сосудистыми заболеваниями и политравмой. Наличие мощной диагностической базы позволяет использовать ресурсы ПДО для проведения комплекса углубленных профилактических мероприятий среди прикрепленного населения.

Бенян А.С., Золотарев П.Н., Шамсудинов Р.Ш., Малютина Э.Н.

Телемедицина в амбулаторно-поликлинической практике: точки роста и механизмы управления

Министерство здравоохранения Самарской области, 443020, г. Самара, Российская Федерация

Проведен ретроспективный анализ места и роли телемедицинских технологий (ТМТ) в работе амбулаторно-поликлинического звена. Описан пример создания Центра телемедицины в городской больнице с возможностью курации районных больниц из сельских территорий. Показано развитие телемедицины в направлении мониторинга пациентов с хроническими заболеваниями. Рост количества и качества телемедицинских консультаций (ТМК) способствует уменьшению количества обострений и снижению смертности.

Актуальность. ТМТ на современном этапе развития системы здравоохранения представляют собой устоявшийся формат оказания медицинской помощи с регулярным усовершенствованием нормативно-правовой базы и обоснованием клиничко-экономической эффективности. Ускорению и широте охвата ТМК способствовали федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)» в структуре национального проекта «Здравоохранение», пандемия COVID-19 и усиление акцентов на профилактический сегмент медицины. Однако вопросы развития и векторы эффективности ТМК находятся еще в стадии обсуждения специалистами, требуют проспективной оценки и прогнозирования с учетом появляющихся технологий дистанционного слежения и искусственного интеллекта.

Цели исследования – оценить эффективность внедрения ТМТ в практику амбулаторно-поликлинического звена и определить направления дальнейшего развития.

Материал и методы. Проведен количественно-качественный анализ работы Центра ТМК, организованного на базе Самарской городской больницы № 6 (СГБ № 6). Создание Центра пришлось на вторую волну пандемии COVID-19, целеполагание его на начальном этапе было направлено преимущественно на решение задач по мониторингу, коррекции терапии и определению порядков и последовательности лечебно-диагностических процессов у пациентов с новой коронавирусной инфекцией. В последующем, по мере уменьшения заболеваемости коронавирусом, основное внимание было сосредоточено на диспансерном наблюдении пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), а также на дистанционном мониторинге пациентов с сахарным диабетом и артериальной гипертензией.

СГБ № 6 расположена в Советском районе городского округа Самара с количеством прикрепленного населения 85 402 человека, из них 49 011 (57,4%) человек трудоспособного возраста и 15 710 (18,4%) детей. Кроме того, на правах функционального закрепления, согласно приказу Минздрава Самарской области, учреждение курирует работу 5 центральных районных больниц с общей численностью прикрепленного населения более 73 тыс. человек. Содержательная часть курации заключается в проведении ТМК в формате «врач–врач» для пациентов с неуточненным клиническим диагнозом или неопределенной тактикой ведения, а также в оценке показателей дистанционного мониторинга пациентов с сахарным диабетом и артериальной гипертензией, проводимого в рамках регионального проекта «Цифровой фельдшерско-акушерский пункт» с использованием набора измерительных приборов (глюкометр, тонометр, пульсоксиметр, термометр) и возможностью дистанционной передачи данных.

В структуру Центра ТМК входят 6 врачей, 4 сотрудника из звена среднего медицинского персонала, при этом вся работа построена на принципах внутреннего совместительства. График работы Центра – ежедневно с 08.00. до 20.00. Руководство Центром возложено на заместителя главного врача СГБ № 6 по амбулаторно-поликлинической работе. Оформление и регистрация ТМК осуществляются в Единой медицинской информационной аналитической системе (ЕМИАС) регионального здравоохранения. С целью масштабирования ТМТ в плане работы медицинского учреждения количество ТМК было декомпозировано на 45 участков с ежемесячным контролем исполнения на уровне лечебно-профилактического учреждения и ежеквартальным – на уровне главного внештатного специалиста по ТМК. Немаловажным ракурсом в организации деятельности Центра стало планирование его работы через призму инцидента № 38 «Запись на прием к врачу», когда утверждение целевого объема количества ТМК проводилось с учетом показателей обеспеченности и укомплектованности специалистами по отдельным профилям.

Результаты и обсуждение. Для оценки эффективности и вклада ТМК в достижение результатов, составляющих верхнеуровневые показатели национального проекта «Здравоохранение», проведено сравнение показателей охвата ТМК прикрепленного населения в 2020–2023 гг., динамики по отдельным профилям, сопряженной со значениями распределения по структуре смертности населения. Кроме этого, были оценены такие дополнительные показатели, как частота направления поликлинических бригад неотложной медицинской помощи, вызовов бригад скорой медицинской помощи (СМП), доля госпитализаций, процент направления пациентов в региональные и федеральные центры, удовлетворенность населения качеством и доступностью медицинской помощи.

Общее количество ТМК возросло с 32 в 2020 г. до 15 288 в 2023 г. (в 477,7 раза). Динамика увеличения количества ТМК по годам свидетельствует о наибольшем приросте во временном промежутке апрель–июнь 2023 г. Значимое увеличение количества произошло по профилям «терапия» (+87,2%), «анестезиология-реаниматология» (+63,8%) и «акушерство и гинекология» (+377,8%). Следует также отметить, что имеются статистически достоверные различия в динамике прироста ТМК по модулям «врач–врач» (+223,5%) и «врач–пациент» (+1086,9%). Сравнение функциональных

показателей деятельности медицинского учреждения также проводилось по указанным временным промежуткам. Отмечается увеличение частоты задействования бригад неотложной медицинской помощи с 0,13 до 0,28 в перерасчете на прикрепленное население. Это является прямым следствием улучшения качества дистанционного мониторинга посредством телемедицинских ресурсов.

В то же время количество вызовов бригад СМП имеет тенденцию к снижению с 0,2 до 0,18 в перерасчете на прикрепленное население, при этом удельный вес госпитализированных пациентов вырос с 0,14 до 0,15, что свидетельствует, с одной стороны, о смещении объема терапии на амбулаторно-поликлинический этап, с другой – о росте доли обоснованных медицинских эвакуаций и госпитализаций в стационар. При этом следует также отметить, что зафиксировано снижение доли повторных госпитализаций в течение года – с 15,6 до 12,1%. Помимо этих показателей, для оценки качества и вклада ТМК в результаты и исходы лечения пациентов учитывали рост случаев направления пациентов в региональные и федеральные центры (с 3008 до 3265 случаев), повышение удовлетворенности населения качеством предоставленного медицинского обеспечения (с 35,2 до 41,3%). Что касается эффективности закрепления сельских территорий за СГБ № 6, в указанных муниципалитетах также отмечается улучшение основных показателей работы, хотя и в меньшем числовом выражении.

Несмотря на то что активное использование ТМК способствует увеличению выявляемости ХНИЗ, а следовательно, и обуславливает рост заболеваемости по отдельным классам болезней, в целом это не формирует отрицательных морбидных и демографических трендов, а, напротив, предоставляет возможность объективизации эпидемиологической картины по заболеваемости и смертности в регионе. При этом основной вклад телемедицины в снижение общей смертности после подъема, вызванного пандемией COVID-19, состоит именно в улучшении качества мониторинга острых инфекционных и хронических пациентов за счет компенсации возможностей дистанционного наблюдения в условиях жестких противоэпидемических режимов, порой значимого несоответствия количества медицинских работников и общего количества одновременно выявленных пациентов с COVID-19.

Заключение. Роль телемедицинского модуля в работе первичного медико-санитарного звена здравоохранения заключается в повышении доступности в условиях определенного дефицита кадрового обеспечения, а также в повышении качества лечебно-диагностических мероприятий путем регулярности дистанционного мониторинга и нелимитированного привлечения узких специалистов городского и регионального уровней к определению и согласованию программ ведения пациентов. Расширение телемедицинской сети способно оптимизировать работу амбулаторно-поликлинической службы и повысить приверженность пациента к цифровым технологиям и профилактической медицине.

Ботова С.Н.

Оптимизация внутригоспитальной логистики на основе принципов управления качеством для обеспечения реперфузии при ишемическом инсульте

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Государственная клиническая больница № 13 Автозаводского района», 603018, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Введение. Реперфузионная терапия, в частности тромболитическая терапия (ТЛТ), при ишемическом инсульте (ИИ) является основополагающим методом лечения. Ее выполнение возможно лишь в первые 4,5 ч от начала симптомов, поэтому оно зависит от правильной организации внутригоспитальной логистики и слаженности действий команды специалистов, оказывающей помощь

пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК). Ключевым сигнальным индикатором в РФ и Нижегородской области является доля больных с ИИ, которым выполнена системная ТЛТ, – не менее 5% [2, 3].

Принципы управления качеством – процессный подход, принцип постоянного улучшения качества [4]. Для реализации этих принципов используются цикл Деминга PDCA, анализ диаграммы Исикавы [5].

Цель – оценить эффективность оптимизации внутригоспитальной логистики на основе принципов управления качеством для обеспечения реперфузии при ИИ.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование, проанализированы данные госпитального регистра ИИ (сведения о последовательно поступивших пациентах с ИИ в Городскую клиническую больницу № 13).

На первом этапе (до вмешательства) проведена оценка частоты проведения ТЛТ при ИИ с 2019 по 2022 г. На втором этапе (февраль 2023 г.) проводился анализ причин невыполнения реперфузии, разрабатывали корректирующие мероприятия, внедряли их в практику на основе принципов управления качеством, третий этап – контроль реперфузии через 8 мес (октябрь 2023 г.). Сравнивали частоту проведения ТЛТ при ИИ за 10 мес 2022 г. и 10 мес 2023 г. При сравнении долей использовали χ^2 Пирсона.

Результаты. При анализе госпитального регистра отмечена недостаточная частота проведения ТЛТ при ИИ: так, частота проведения ТЛТ при ИИ составила 2% в 2019 и 2020 гг., в 2021 г. – 3,6%, в 2022 г. – 4%. При этом сигнальный индикатор данного показателя в РФ и Нижегородской области – 5%. Таким образом, сигнальный индикатор частоты проведения ТЛТ при ИИ с 2019 по 2022 г. в ГКБ № 13 не был достигнут.

С целью оптимизации процесса реперфузии использовали принципы управления качеством (цикл Деминга PDCA):

- 1) обнаружение проблемы (низкий процент ТЛТ при ИИ);
- 2) подтверждение проблемы (статистические данные госпитального регистра);
- 3) анализ проблемы (поиск ошибок и дефектов);
- 4) разработка корректирующих мероприятий;
- 5) внедрение;
- 6) контроль.

Для анализа причин недостаточной частоты проведения ТЛТ при ИИ использовали диаграмму Исикавы, которая позволила выявить и сгруппировать условия и факторы, влияющие на проблему. К основным факторам относятся недостатки управления и квалификации, усталость врачей, связанная с высокой интенсивностью труда, проблемы преемственности.

На основе анализа дефектов процесса реперфузии проведены следующие корректирующие мероприятия:

- 1) изменение региональной маршрутизации (перевод потока экстренных неврологических пациентов, не с ОНМК, в другой стационар), тем самым снижена нагрузка на невролога приемного отделения;
- 2) создание внутреннего чата для всей ОНМК-команды (на платформе Viber, в чат включены все неврологи, КТ-специалисты, рентгенхирурги, реаниматологи реанимации ОНМК, начмед; по каждому пациенту в чат подается информация и определяется решение о необходимости проведения ТЛТ или о наличии противопоказаний);
- 3) обучение (неврологов, КТ-специалистов): серия обучающих семинаров;
- 4) простые стандартные операционные процедуры, касающиеся логистики пациента с ИИ и принятия решения о ТЛТ;
- 5) вовлечение руководителя (участие в чате, ежедневные обходы в отделении реанимации с разбором каждого поступившего больного).

Через 6 мес после оптимизации внутригоспитальной логистики и проведения корректирующих мероприятий отмечено статистически достоверное увеличение частоты проведения реперфузии при ИИ до 6% ($p=0,042$, χ^2 Пирсона). Сигнальный индикатор частоты проведения ТЛТ при ИИ в Нижегородской области был достигнут.

Заключение. Оптимизация внутригоспитальной логистики на основе принципов управления качеством позволяет повысить частоту проведения тромболитика при ИИ.

Ботова С.Н., Корнева К.Г., Стронгин Л.Г., Починка И.Г.

Использование принципов и инструментов управления качеством для уменьшения ошибок лечения диабетического кетоацидоза

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Государственная клиническая больница № 13 Автозаводского района», 603018, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

При анализе историй болезни за 2021 г. пациентов, поступивших с диабетическим кетоацидозом (ДКА), выявлены многочисленные дефекты лечения. С помощью принципов и инструментов управления качеством выполнен анализ дефектов, разработаны и проведены корректирующие мероприятия (обучение персонала, разработка стандартной операционной процедуры, организация круглосуточной консультативной поддержки эндокринологов). В 2023 г. выполнен анализ эффективности вмешательства. Подтверждено статистически достоверное уменьшение количества дефектов.

Актуальность. ДКА – опасное осложнение сахарного диабета, требующее комплексного командного подхода к лечению.

Цель – выявить ошибки лечения ДКА в отделении реанимации, оценить эффективность применения инструментов управления качеством для коррекции ошибок.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование, в ходе которого проанализировали истории болезни пациентов, проходивших лечение в отделении реанимации многопрофильного стационара по поводу ДКА в 2021 г. Оценивали наличие ошибок лечения. В 2022 г. проведен анализ ошибок при помощи инструментов системы управления качеством (процессного подхода и диаграммы Исикавы). Разработаны корректирующие мероприятия, в том числе организована круглосуточная телемедицинская консультация (ТМК) эндокринолога, внедрена стандартная операционная процедура (СОП). Проведено сравнение частоты ошибок лечения ДКА в 2021 и 2023 гг.

Результаты. В 2021 г. в отделении реанимации были пролечены 38 пациентов с ДКА. Выявлены следующие ошибки лечения:

- поздняя консультация эндокринолога;
- отсутствие ежечасного контроля глюкозы крови в 1-е сутки;
- неверная инфузионная терапия (позднее начало, недостаточный объем инфузии в первые 2 ч);
- неправильный выбор растворов для регидратации;
- отсутствие профилактики гипогликемии;
- отсутствие измерения массы тела;
- ошибки коррекции дефицита калия;
- ошибки инсулинотерапии (выбор начальной дозы инсулина без учета массы тела, ранее прекращение инфузии инсулина через инфузomat).

С помощью инструментов управления качеством (цикл Деминга, диаграмма Исикавы) проведен анализ ошибок лечения. Основными проблемами признаны:

- проблемы управления (отсутствие контроля ежечасного измерения гликемии, контроля диуреза, массы тела);
- проблема среды (ограниченность времени для принятия решения, интенсивный график);
- проблема процесса (разнообразные сценарии для врача реаниматолога; этапность оказания медицинской помощи пациентам с ДКА: скорая помощь – приемное отделение – реанимация, дефекты преемственности);
- человеческий фактор (недостаточная квалификация; усталость).

Разработан план корректирующих мероприятий:

1) обучение врачей:

- врачебная конференция с разбором историй болезни и ошибок лечения;
- разработка и внедрение простых СОПов по лечению ДКА;

2) организация круглосуточного дежурства эндокринологов на дому с возможностью проведения ТМК (выезда для очной консультации в случае необходимости);

3) поддержка внутреннего врачебного чата для оперативного обмена информацией с целью обеспечения преемственности;

4) прием в отделение реанимации и интенсивной терапии новых врачей, стабилизация кадровой ситуации;

5) усиление контроля и ответственности руководителей отделения реанимации (контроль сестринских процессов), эндокринологического отделения (контроль каждого пациента с ДКА, ретроспективный анализ всех историй болезни с индивидуальной проработкой ошибок с врачами).

В 2023 г. пролечены 49 больных с ДКА, все пациенты были проконсультированы врачом-эндокринологом в первые 6 ч от поступления, в том числе ТМК проведена для 20 пациентов. Проведена оценка результатов корректирующих мероприятий.

Отмечена положительная динамика по следующим дефектам:

- поздняя консультация эндокринолога – в первые 6 ч эндокринолог проконсультировал 65% пациентов против 32% в 2021 г. ($p<0,01$);
- отсутствие ежечасного контроля глюкозы крови в 1-е сутки – ежечасный контроль гликемии у 86 против 5% в 2021 г. ($p<0,01$);
- неправильный выбор растворов для регидратации – отсутствие введения глюкозы при сопутствующем лактацидозе – 20 против 47% в 2021 ($p<0,01$), введение раствора бикарбоната без показаний у 6 против 78% ($p<0,01$);
- отсутствие профилактики гипогликемии – отсутствие профилактики гипогликемии при уровне глюкозы <13 ммоль/л – 35 против 64% в 2021 г. ($p<0,01$);
- отсутствие измерения массы тела – масса тела измерена у 100% пациентов против 3% в 2021 г. ($p<0,01$);
- ошибки коррекции дефицита калия: отсутствие коррекции дефицита калия – 4 против 49% в 2021 г. ($p<0,01$);
- ошибки инсулинотерапии – неправильный выбор начальной дозы инсулина для внутривенного введения 8 против 97% ($p<0,01$).

Не получено достоверной разницы по частоте начала инфузионной терапии в первые 30 мин от поступления (73 против 50% в 2021 г., $p=0,07$), достаточному объему инфузии впервые 4 ч (средний объем 1352 ± 710 против 1634 ± 882 мл в 2021 г., $p=0,1$), раннему прекращению инфузии инсулина (31 против 31% в 2021 г., $p=0,9$).

Заключение. Использование системы менеджмента качества снижает частоту ошибок лечения ДКА. Требуется дальнейшее использование процессного подхода для коррекции оставшихся ошибок лечения.

Величко Е.А., Иванов Ю.В., Станкевич В.Р., Какурин О.В.

Организационная модель системы подготовки и распространения навыков оказания первой помощи

Федеральный центр медицины катастроф, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 121552, г. Москва, Российская Федерация

Учитывая необходимость широкого распространения знаний и навыков оказания первой помощи (ПП) среди населения ввиду увеличения количества возникающих в настоящее время крупномасштабных чрезвычайных ситуаций, острых заболеваний и травм, нами проведено исследование, в результате которого разработана организационная модель системы подготовки и распространения навыков оказания ПП.

Актуальность. Вопрос подготовки населения или его отдельных групп навыкам оказания ПП в настоящее время стоит очень остро, ввиду того что зачастую данную дисциплину преподают люди, не имеющие медицинского образования, по не утвержденным программам подготовки.

Цель исследования – разработать модель организации системы подготовки и распространения навыков оказания ПП.

Материал и методы. С целью разработки модели организации системы подготовки и распространения навыков оказания ПП путем метода экспертных оценок был изучен вопрос необходимости модернизации процесса обучения навыкам оказания ПП рядовыми гражданами (132 руководителя медицинских организаций, проходивших обучение на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России путем анкетирования по вопросам эффективности действующей системы обучения ПП и необходимости ее совершенствования), а также проведена сравнительная характеристика оценки базового уровня знаний по ПП у повторно пришедших на курс ПП по предлагаемой нами методике обучения (87 человека).

Методы исследования: анкетирование; аналитический и статистический анализ экспертных оценок.

Результаты. Методом экспертной оценки установлено, что законодательная база недостаточно совершенна, чтобы оказывающий ПП чувствовал себя защищено и был бы мотивирован к ее оказанию. При этом на необходимости оказания ПП на месте происшествия настаивали 93,1%; однако ряд экспертов высказали сомнение (13,3%) в том, что каждый медицинский работник всегда в состоянии оказать качественную ПП на месте происшествия и лишь 9% от общего числа считает, что население в достаточном объеме владеет необходимыми знаниями для оказания ПП.

При оценке отдаленных результатов обучения на курсах ПП, проведенного по нашей методике, средняя величина правильных ответов в данной группе составила 11,87 (79,13% от возможного), что выше исходного уровня знаний на 36% (средняя величина повторного курса – 79,13%, средняя величина исходного уровня знаний 43,1% = 36%). При анализе полученных данных установлена статистически достоверная разница ($p < 0,05$) в знаниях обучающихся впервые (включая медработников) и группы, проходившей ранее предлагаемый курс ПП по используемой нами методике, что свидетельствует об эффективности методики предлагаемого курса ПП, обеспечивающего долговечность (выживаемость) приобретенных знаний и навыков.

Полученные результаты позволили разработать организационную модель распространения системы навыков ПП среди населения.

Системообразующий элемент – образовательная организация (аккредитованные педагоги, специальная учебная литература, учебно-методический комплекс). Подготовка преподавательского

состава (в том числе их аккредитация), разработка методических рекомендаций, лицензирование организаций, утверждение образовательных программ, а также координирующую и контролирующую функцию должна осуществлять профессиональная медицинская ассоциация. Непосредственное руководство, а также создание и актуализацию нормативной правовой базы по вопросам оказания ПП осуществляют Министерство здравоохранения РФ и Министерство науки и высшего образования РФ.

Заключение. В результате проведенного исследования разработана организационная модель системы подготовки и распространения навыков оказания ПП, которая позволит повысить качество обучения по данной дисциплине во всех образовательных организациях путем подготовки квалифицированных преподавателей по вопросам оказания ПП разными категориями граждан.

Витрищак А.А., Владовская М.Д., Кулагин А.Д., Шапорова Н.Л.

Вклад образовательного кластера в систему организации оказания медицинской помощи по профилю «гематология» в Северо-Западном федеральном округе

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 197022, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. В субъектах Северо-Западного федерального округа (СЗФО) сохраняется кадровый дефицит среди врачей-гематологов, наблюдается разрыв между освоенными теоретическими знаниями, практическими навыками и условиями реальной клинической практики, а также низкая информированность о порядке маршрутизации пациентов с гематологическими заболеваниями, наличии и доступности различных видов дополнительных исследований, отмечено недостаточное владение современными принципами и методами лабораторной диагностики.

Цель – проанализировать основные кадровые проблемы в сфере гематологии в СЗФО и оценить роль образовательного компонента в их решении.

Материал и методы. Проанализированы открытые источники и данные официальных интернет-ресурсов образовательных учреждений, информация Ассоциации выпускников медицинских вузов за 2021–2023 гг.

Результаты. Подготовка врачей-гематологов проводится в ординатуре или по программам профессиональной переподготовки (ПП).

Обучение в ординатуре проводится в 6 федеральных учреждениях, все они находятся в Санкт-Петербурге. Из них 4 учреждения – образовательные, подчинения Минздрава России, 1 – НИИ в структуре ФМБА, и еще 1 – НИИЦ Минздрава России.

Ежегодно выделяются бюджетные ассигнования для обучения в ординатуре около 25 специалистов, около 50% этого количества запланированы за счет целевого приема. На договорной основе обучения предлагаются до 20 мест в год. Конкурс на бюджетные образовательные места достигает 5 человек на место, на целевые места – ниже.

По данным Ассоциации выпускников медицинских вузов, по окончании обучения в ординатуре более 85% врачей-гематологов ежегодно остаются работать в СЗФО. Сохраняется разрыв между освоенными теоретическими знаниями, практическими навыками и условиями реальной клинической практики региональных рабочих мест, которые формируются особенностями организации, уровнем лабораторной инфраструктуры, лекарственной обеспеченности, материально-технической базы региона.

Отдельного внимания заслуживает знакомство врачей с особенностями организации оказания медицинской помощи по профилю «гематология» в субъекте. Практика показывает, что после ординатуры гематологи имеют ограниченные представления о порядке маршрутизации пациентов с онко- и гематологическими заболеваниями, слабо владеют информацией о наличии и доступности различных видов дополнительных исследований, в первую очередь специфических лабораторных, в регионе своей профессиональной деятельности.

Со временем гематология становится все больше лабораторной специальностью, когда диагностика, динамика клинического процесса и принятие стратегических решений о курации пациента, а также оценка эффективности терапии в первую очередь зависят от лабораторных данных. При этом в программах обучения гематологии продолжается сужение раздела лабораторной диагностики. Как результат, в практическом здравоохранении отмечаются случаи нерационального использования ресурсов лабораторной диагностики, нецелесообразного, несвоевременного, необоснованного назначения лабораторных исследований, некорректной интерпретации результатов.

Таким образом, ординатура как фундаментальный и академичный подход к освоению специальности наряду с явными преимуществами в плане формирования глубоких базовых знаний имеет некоторые спорные моменты с точки зрения готовности специалиста к реальной клинической практике.

ПП по специальности гематология в СЗФО доступна в 4 федеральных образовательных учреждениях: в Санкт-Петербурге – 3, в Архангельске – 1. Обучение по программам ПП в СЗФО субсидируется из государственного бюджета в среднем для 10 специалистов в семестр.

Слушатели программ ПП более мотивированные специалисты, имеющие опыт работы в практическом здравоохранении, зачастую уже знакомые с особенностями курации пациентов с профильными диагнозами, лабораторными и диагностическими возможностями региона, имеющие практический опыт по маршрутизации пациентов. По ряду факторов: преобладающая категория слушателей, заинтересованность командующей стороны, появление фактора приоритизации тематических направлений в зависимости от производственных требований, изменение образовательных маршрутов за счет перераспределения учебного времени на востребованные направления – ПП по своей форме максимально приближена к целевому виду обучения.

В то же время вышеупомянутые факторы оказывают влияние на некоторые организационные моменты при формировании рабочего плана обучения. Согласно действующим требованиям продолжительность программ ПП не может быть менее 500 академических часов. Для действующих специалистов проблематично отсутствие на рабочем месте такое продолжительное время. В связи с этим особую практическую ценность приобретает возможность использования дистанционных образовательных технологий и электронного обучения. При этом учебный план выстраивается по модульному типу: модуль теоретической подготовки с лекционными и семинарскими занятиями, которые проводятся в дистанционном формате; модуль самостоятельной работы слушателей также организован с использованием методов электронного обучения с представлением методических образовательных материалов, дистанционного консультирования и тестирования; формат модуля практической подготовки сохраняется очным, а его тематическая направленность, продолжительность и трудоемкость совместно регулируются образовательным учреждением и работодателем, направившим слушателя на обучение (целевым заказчиком).

Таким образом, ежегодно на рынок труда СЗФО выпускаются около 40–45 врачей-гематологов. Однако, как показывает практика, этого числа специалистов недостаточно для удовлетворения кадровой потребности субъекта в данной области. Кроме того, после окончания ординатуры врачам-гематологам необходим период профессиональной адаптации, что сказывается в том числе на качестве и интенсивности их работы.

С целью дальнейшей оптимизации существующей гематологической службы видится целесообразным ряд мер, направленных на дальнейшее сближение практического здравоохранения, законодательных органов и образовательной системы:

1. Полноправное участие экспертов-организаторов образовательного процесса в разработке нормативно-правовых актов, формировании практико-ориентированных проектов, протоколов и рекомендаций в области оказания медицинской помощи по профилю «гематология» позволит рационализировать нормативную базу образовательного кластера и продолжить адаптацию учебных планов и программ к реальным потребностям практического здравоохранения

2. Дальнейшее переформатирование образовательного процесса по специальности «гематология» со сдвигом акцента на целевую форму в перспективе позволит повысить качество и эффективность медицинской помощи по профилю «гематология» на местах с учетом медико-социальных, социально-демографических, экологических, материально-технических, инфраструктурных особенностей региона осуществления профессиональной деятельности специалиста.

3. Формирование дополнительных путей практико-ориентированной интеграции в образовательные программы учебных разделов по направлению лабораторной диагностики внесет положительный вклад не только в качество подготовки врачей-гематологов, но и целесообразное планирование и расходование материально-технических ресурсов за счет их экономного и формализованного использования.

4. Использование дистанционных образовательных технологий демонстрирует свою эффективность в разделах рационального распределения рабочего времени, расширения объема учебной информации, интеграции самообразования, повышает гибкость учебных траекторий, тем самым повышая доступность образования по специальности «гематология».

Одним из возможных путей реализации предложений может быть сосредоточение регуляторных механизмов в руках административного лица, имеющего профильное образование, практический опыт работы по специальности как в клинической сфере, так и в образовательной, доступ к информационным источникам, отражающим реальную ситуацию в подведомственном субъекте. В СЗФО сложилась ситуация, когда должность главного внештатного специалиста врача-гематолога занимает руководитель одной из ведущих гематологических клиник с полной инфраструктурой, и одновременно заведующий профильной кафедрой федерального образовательного учреждения. Такое сочетание критериев перспективно для рационального решения существующих и возникающих вопросов в области организации оказания медицинской помощи.

Витрищак А.А., Цебровская Е.А., Коробенков Е.А., Владовская М.Д., Кулагин А.Д.

Применение системы телемедицинских консультаций «врач–врач» в деятельности клиники онкогематологического профиля (на примере НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 197022, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Проанализированы некоторые показатели качества и эффективности использования системы телемедицинских консультаций (ТМК) формата «врач–врач» в работе клиники гематологического профиля, сформулированы предложения о перспективах прикладного применения функционала системы ТМК в различных сферах деятельности научно-практического учреждения.

Актуальность. Цифровизация здравоохранения – одно из приоритетных направлений модернизации системы оказания медицинской помощи. Важной задачей цифровизации является развитие телемедицинских технологий (ТМТ) и их внедрение в рутинную практику.

Цель – проанализировать активность и эффективность ТМК в клинике гематологического профиля.

Материал и методы. Телемедицинская консультативная помощь по широкому спектру клинических и лабораторных специальностей осуществляется в Телемедицинской системе дистанционных консультаций федерального и регионального уровней Минздрава России (ФТМС).

ФТМС реализует консультации формата «врач–врач» и соответствует основным требованиям, предъявляемым к ТМК: безопасность за счет передачи данных по защищенному каналу связи; повышение эффективности консультативной медицинской помощи (МП), путем экономии ресурсов при сохранении регламентируемого объема и сроков оказания МП; оптимизация качества консультативной МП в условиях повышения ее доступности, в том числе для удаленных субъектов, за счет своевременности получения экспертных мнений, заключений референс-центров, обеспечения условий для соблюдения порядков маршрутизации пациентов.

Результаты и обсуждение. Клиника НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой (далее – НИИ) ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова осуществляет ТМК по профилям, являющимся целевыми для направлений научной, клинической и образовательной деятельности НИИ: гематология, онкология, детская онкология, детская онкология-гематология, трансфузиология. Однако в потоке запросов ТМК, адресованных экспертам НИИ, некоторые были сформированы по нецелевым профилям. Запросы на ТМК поступали из всех субъектов РФ, наибольший удельный вес составили запросы из Приволжского (21,5%), Сибирского (18,99%) и Уральского (16,0%) федеральных округов (ФО), наименьший – из Северо-Кавказского ФО (3,3%).

В 2021–2023 гг. эксперты НИИ провели 1901 ТМК, из них по профилям гематология – 66,9%, детская онкология – 21,6%, онкология – 10,1%, аллергология и иммунология – 0,8%, педиатрия, неврология, нейрохирургия, нефрология – по 0,1%, терапия, пульмонология, детская кардиология – по 0,05%.

Встречались запросы, сформированные по профилям, не соответствующим диагнозу либо отражающим осложнения основных заболеваний и требующим консультации онкологов-гематологов. Цель таких запросов – получение заключения по профилям гематология, детская онкология, онкология как смежных специальностей в структуре диагноза.

Так, запросы по профилю «педиатрия» включали группы диагнозов D80–D89 «Отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм», С92.1 «Хронический миелолейкоз»; по профилю «терапия» – D47.1 «Хроническая миелопролиферативная болезнь»; по профилям «неврология» и «нефрология» – диагноз С90 «Множественная миелома», D68.6 «Другая тромбофилия», С83.3 «Крупноклеточная (диффузная) лимфома».

Некоторые запросы расценивались как технические ошибки, например ТМ запрос С47.8 «Поражение периферических нервов и вегетативной нервной системы», выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций, сформированный по профилю «пульмонология»; С90.0 «Множественная миелома» – по профилю «аллергология и иммунология»; запрос ХМПЗ – по профилю «терапия»; другие аутоиммунные гемолитические анемии – по профилю «кардиология»; болезнь Ходжкина и лейкоз неуточненного клеточного типа – по профилю «нейрохирургия».

Отдельного внимания заслуживает ситуация с ТМ запросами по профилям «гематология и онкология», «детская онкология». Согласно действующим Порядкам оказания МП по профилям «гематология и онкология», «детская онкология», МП при ряде диагнозов может быть оказана как врачом-гематологом, так и врачом-онкологом/детским онкологом. Среди них диагнозы С81–С88 «Лимфомы», С90 «Множественная миелома», С91–С95 «Лейкозы», С96 «Другие и неуточненные злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей», D45–D47 «Миелодиспластические синдромы, полицитемии, другие новообразования неопределенного или неизвестного характера лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей».

По профилю онкология были получены запросы для диагнозов, не входящих в перечень нозологий Порядка оказания МП по онкологии: апластическая анемия, гемолитическая анемия, другие

анемии (D56, D59, D61, D64); агранулоцитоз, иммунодефициты (D70, D80–D89); остеопетроз (Q78); эозинофилия (D72.1); мукополисахаридоз (E76); изменения лимфатических узлов (R59); нарушения свертываемости крови (D69).

Среди запросов по профилю «гематология» также встречались запросы для диагнозов, не включенных в перечень нозологий в Порядке оказания МП по профилю «гематология». Среди них диагнозы злокачественных новообразований из групп С40 «Поражение костей и суставных хрящей конечностей», С46 «Саркома Капоши», С47 «Злокачественное новообразование периферических нервов и вегетативной нервной системы», С48 «Злокачественное новообразование забрюшинного пространства и брюшины», С67 «Злокачественное новообразование пузыря», С71 «Злокачественное новообразование головного мозга», Е85 «Амилоидоз», Q78 «Остеопетроз», Q82 «Мастоцитоз», G31.2 «Дегенеративные болезни нервной системы», I88 «Изменения лимфатических узлов», N03, N08 «Гломерулярные болезни», I82 «Болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов, не классифицированные в других рубриках».

Отдельного внимания заслуживает ситуация с потоком ТМ запросов для пациентов детского возраста и взрослых. Учитывая перечень целевых профилей клинической и научной деятельности для НИИ ожидается условное разделение потоков запросов для педиатрических пациентов (возраст от 0 до 17 лет 11 мес 30 дней) по профилям «детская онкология», «детская онкогематология» и «детская гематология», «гематология» как опция выбора специальности, формально допустимая для детей, и другие – в зависимости от диагноза.

Также для взрослых пациентов в ФТМС представлены целевые для НИИ профили «онкология» и «гематология» и другие – в зависимости от диагноза и цели ТМ запроса.

Однако в работу поступали ТМ запросы относительно детей по профилю «онкология» для диагнозов лейкозы, лимфомы, злокачественные новообразования, апластическая анемия и пароксизмальная ночная гемоглобинурия, иммунодефициты, гемолитические анемии, доброкачественные новообразования, миелодиспластический синдром.

По результатам ТМК, 47,8% пациентам было рекомендовано обращение в федеральные центры для получения лечения либо проведения лабораторных исследований.

В НИИ обратились 16,4% пациентов, а общее число обращений составило 1459. По каналу ОМС были оказаны услуги, включая лабораторные исследования, в 19,7% обращений. Госпитализация в клинику НИИ была оформлена для 68,4% обращений, из них 24,1% по каналу ВМП; в дневной стационар – 44,3%, из них по каналу ОМС-ВМП – 2,7%. По результатам ТМК, у 20,1% пациентов были определены показания к ТГСК и проведена инициация поиска донора, выполнено HLA-типирование в лаборатории НИИ, а на последующих этапах – 9,1% случаев госпитализации доноров для заготовки ГСК.

Заключение. Технические и организационные условия осложняли работу специалистов с платформой и возможность анализа результатов использования сервиса ТМК. Запросы по профилям, не специфичным для НИИ, дублирующие запросы, корректность оформления паспортной части, вероятно, связаны с недостаточным владением специалистами в удаленных регионах техническим функционалом платформы и определяется финансированием раздела работы специалиста. Рост количества ТМК косвенно отражает процесс распространения цифровизации медицины. ТМК остается доступной, безопасной, быстрой технологией организации и оказания медицинской помощи. Дальнейшие направления совершенствования эффективности технологии ТМ могут включать оптимизацию нормативной базы, меры повышения мотивации экспертов-консультантов к увеличению объема использования ТМ, расширение перечня направлений прикладного использования ТМ в сфере медицинского документооборота и цифровизации здравоохранения в целом, меры по повышению компетентности специалистов, задействованных в системе ТМ, дальнейшая интеграция ТМ в организационные этапы проектов, клинических исследований.

Гельдыева Ш.А., Гурбангулыева М.М.

Применение роботизированных методов реабилитации у пациентов, перенесших инсульт

Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мырата Гаррыева, 744000, г. Ашхабад, Республика Туркменистан

Актуальность. Одной из основных причин смерти и инвалидизации населения является острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Важным показателем, характеризующим структуру сосудистых заболеваний головного мозга, является соотношение между геморрагическими и ишемическими инсультами. За последние десятилетия структура сосудистых заболеваний мозга меняется за счет нарастания ишемических форм. Инсульт является важнейшей проблемой здравоохранения во многих странах мира. Активная нейрореабилитация в остром периоде инсульта (первые 3–4 нед госпитализации) возможна при стабилизации гемодинамики и отсутствии соматических противопоказаний, как правило, с 5-го дня от начала заболевания.

Кинезотерапия – один из базовых методов комплексного лечения пациентов с инсультами. С ее помощью успешно решают двигательные проблемы, улучшают психологические, биологические и физиологические процессы, что немаловажно для реабилитации данного контингента. Однако следует отметить, что в настоящее время для тренировки ходьбы у больных с постинсультными гемипарезами в острой и ранней стадиях инсульта широко применяется роботизированная тренировка.

В основе современных систем для роботизированной ходьбы лежат биохимические законы движения суставов, которые позволяют имитировать естественные движения человека, подбирать индивидуальные программы реабилитации, контролировать состояние пациента в режиме реального времени. Аппараты для восстановления навыков ходьбы с биологической обратной связью позволяют вертикализировать пациентов с целью формирования правильного стереотипа ходьбы в естественном положении. Локопат имитирует реальный физиологический акт ходьбы с помощью специального монитора, который виден пациенту на протяжении всего занятия.

Цель – изучение применения роботизированных методов реабилитации у пациентов, перенесших инсульт.

Материал и методы. Реабилитация пациентов проводилась в Международном центре неврологии при Дирекции международных медицинских центров в отделении физиотерапии. В данное исследование были включены 65 пациентов, перенесших ОНМК (43 пациента с ишемическим, 22 пациента с геморрагическим инсультами).

Все пациенты были рандомизированно разделены на 2 группы – основную и контрольную. В основную группу вошли 49 человек, у которых в программу реабилитации был включен курс тренировок на роботизированной системе LokoHelpGait Trainer Woodway. Контрольная группа состояла из 16 пациентов, которые, помимо традиционного комплекса ЛФК, дополнительно в течение 40 мин обучались ходьбе при индивидуальном занятии с физиотерапевтом. Продолжительность курса – 20 занятий, а общее время реабилитации в течение дня (электростимуляция, массаж, кинезотерапия, LokoHelp Gait Trainer Woodway или специальная тренировка ходьбы с физиотерапевтом) – 2,5 ч как для контрольной, так и для основной группы. Курс реабилитации состоял из 20 занятий. А также проводили оценку клинических параметров до и после окончания курса реабилитации с использованием следующих формализованных клинических шкал (шкала Фугл–Мейера, Бартеля). Основная и контрольная группа по возрасту, давности инсульта, выраженности спастичности и мобильности были сопоставимы.

Результаты. Проведенные исследования показали высокую эффективность применения роботизированных методов в реабилитации пациентов, у большинства больных, перенесших ОНМК, были получены положительные результаты лечения: у 61 (93,8%) больного – хорошие, у 4 (6,2%) – удовлетворительные.

Заключение. Таким образом, курс реабилитации больных с двигательным дефицитом вследствие перенесенного ОНМК с использованием роботизированной системы LokoHelp Woodway можно рассматривать как эффективный способ восстановления навыков ходьбы у этих пациентов.

Горбунова Г.Д.

Оценка здоровья и качества жизни детей трудовых мигрантов

Департамент педиатрии, Кишиневский государственный университет медицины и фармакологии имени Николая Тестемицану, MD-2004, г. Кишинев, Республика Молдова

В настоящее время Республика Молдова находится в топе стран, подверженных миграционным процессам. Феномен детей, оставшихся без внимания родителей из-за трудовой миграции, нуждается в тщательном анализе, так как родители в любых условиях несут ответственность за жизнь, здоровье, безопасность и образование своих детей.

Согласно официальным данным, во временной трудовой миграции находится более 25% активного населения страны.

Положительные и отрицательные эффекты трудовой миграции ощущают на себе не только мигранты и общество в целом, но и население, не вовлеченное в миграционные процессы, в частности дети мигрантов и люди пожилого возраста, на попечение которых эти дети остаются. К сожалению, для Республики Молдова в современных экономических и социальных условиях выезд родителей на работу за пределы страны стал реальностью.

Результаты ретроспективного исследования за 2009–2021 гг., проведенного в Республике Молдова, выявил, что число детей, лишенных родительского «мониторинга» из-за их трудовой миграции, выросло в 2,14 раза: от 17 656 детей в 2009 г. до 37 866 детей в 2020 г. и 29 186 детей в 2023 г.

При изучении распространенности феномена детей, подверженных трудовой миграции родителей, была выявлена стойкая тенденция к увеличению (23,2%) от 526,81 в 2016 г. до 649,18 детей на 10 тыс. педиатрического населения в 2023 г.

В результате исследования у 97,75% детей были выявлены психологические проблемы, развившиеся после выезда родителей на работу. Неодобрение или осуждение окружающих чувствовали 30% детей мигрантов [95% доверительный интервал (ДИ) 26,0–35,3]; в последние 12 мес ощущали грусть, безысходность, депрессию 16% (95% ДИ 12,4–19,3), страх и бессонницу – 14,25% (95% ДИ 10,8–17,6) детей; в 0,75% (95% ДИ 0,1–1,6) случаев дети проявляли суицидальное поведение. У детей мигрантов уже в первый месяц после инициации трудовой миграции родителей в 7,3% случаев выявляли наличие привычек, отрицательно влияющих на здоровье: начинали курить – 4,0% (95% ДИ 2,1–5,9), употреблять алкоголь – 3,0% (95% ДИ 1,3–4,7) и наркотические вещества – 0,3% (95% ДИ 0,25–0,7) детей мигрантов.

При изучении влияния трудовой миграции родителей на здоровье их детей было выявлено, что дети пренебрегают и грубо нарушают ежедневную гигиену, что может способствовать развитию инфекционных и паразитарных заболеваний. Сравнивая частоту выполнения гигиенических мероприятий у детей мигрантов и детей из контрольной группы (не подверженных трудовой миграции родителей), были выявлены различия высокой статистической значимости: чистили зубы – $\chi^2=32,65$, $df=4$, $p=0,000$; ежедневно мыли руки с мылом – $\chi^2=34,517$, $df=2$, $p=0,000$; принимали душ – $\chi^2=23,219$, $df=5$, $p=0,000$.

При анализе данных о частоте использования необходимых продуктов питания было выявлено, что дети мигрантов имеют менее разнообразный и бедный рацион питания: они редко употребляют мясные, молочные и кисломолочные продукты, яйца, супы, каши, овощи и фрукты.

Исследования структуры общей заболеваемости детей мигрантов тоже продемонстрировали некоторые особенности: наибольшую долю – 58,5% имели болезни органов дыхания; затем следовали болезни глаза и его придаточного аппарата и болезни уха и сосцевидного отростка с соответствующими долями 5,5 и 4,9%; болезни нервной системы и болезни кожи и подкожной клетчатки – 4,4%; некоторые инфекционные и паразитарные болезни и болезни системы кровообращения – 4,3 и 4,2%; болезни органов пищеварения – 3,6%, болезни кожи и подкожной клетчатки и болезни кожно-мышечной системы и соединительной ткани – 2,8%.

Обращаемость детей мигрантов за медицинской помощью в первую очередь обусловлена профилактическими мероприятиями – в 58,4% (95% ДИ 5–59,3) случаев. На 2-м месте находились обращения по поводу интеркуррентных заболеваний – 32,1% (95% ДИ 31,3–33,1), на 3-м месте были обращения, обусловленные осложнениями или обострениями хронических процессов – 9,5%. В то же время было отмечено, что частота проведения профилактических мероприятий детям после инициации трудовой миграции родителей упала в 1,7 раза – с 66% (95% ДИ 65,2–66,9) до 38,6% (95% ДИ 34,9–38,4) случаев. В то же время в 2 раза выросла доля обращаемости по поводу интеркуррентных заболеваний – с 25,4% (95% ДИ 24,4–26,4) до 49,5% (95% ДИ 49,0–52,8) случаев и в 6 раз из-за обострения хронических заболеваний – с 1,1% (95% ДИ 0,9–1,1) до 6,56% (95% ДИ 6,1–7,6) случаев ($p=0,000$). Дети с обоими родителями – трудовыми мигрантами показали высокую долю обращаемости по поводу заболеваний – 74,1% (95% ДИ 72,6–75,7), в 4,8 раза более высокую, чем дети, чьи родители не являются трудовыми мигрантами ($p=0,000$).

При опросе семей мигрантов определили, что доля обращаемости к семейному врачу при заболеваниях составляет 70,4% (95% ДИ 69,5–71,4), а к профильным специалистам лишь 29,6% случаев. Обращаемость, обусловленная хирургической и травматологической патологией, более высокая была у детей мигрантов по сравнению с детьми контрольной группы. Детям мигрантов чаще, чем детям из контрольной группы, была оказана неотложная помощь: в 4 раза по поводу ожоговых состояний; в 2,3 раза из-за аспирации инородных тел и укусов животных; в 2 раза из-за кровотечений и укусов насекомых; в 2,7 раза из-за бытовых отравлений; в 2,9 раза из-за судорожного синдрома.

Была определена иерархия факторов риска для здоровья детей мигрантов. 1-е место – туберкулез и контакт с больным туберкулезом. На 2-м месте – питание нерегулярное, редкое; на 3-м месте – недостаточность финансовых средств; наличие анемии – на 4-м месте; на 5-м месте – нерегулярные, редкие гигиенические мероприятия. Наличие физического насилия, нарушение календаря вакцинации и несвоевременность оказания медицинской помощи занимают соответственно 6–7-е и 8-е место.

В ходе исследования была изучена и аргументирована информативность метода определения качества жизни детей – опросника Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™4.0), который способствовал оценке здоровья детей мигрантов. В ходе определения суммарного балла качества жизни детей мигрантов были выявлены переменные значения – от $56,01 \pm 12,75$ баллов у детей в возрасте 5–7 лет до $46,77 \pm 11,09$ баллов у детей 13–18 лет. Полученные результаты были статистически ниже показателей детей, чьи родители не относятся к трудовым мигрантам ($p=0,000$). Показатели по всем модулям и характеристикам качества жизни позволили определить уровень качества жизни детей мигрантов как очень низкий.

Данное исследование позволило изучить влияние трудовой миграции родителей на здоровье и качество жизни их детей, оценить реальное состояние оказания медицинской помощи детям мигрантов, выявить медико-социальные факторы, влияющие на заболеваемость детей исследуемой группы, а полученные результаты могут быть использованы в ходе разработки мероприятий по улучшению показателей здоровья детей трудовых мигрантов.

Димова С.

Опыт работы Студенческой поликлиники Оренбургского государственного университета

Студенческая поликлиника, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный университет», 460018, г. Оренбург, Российская Федерация

В статье представлены данные о состоянии здоровья студентов Оренбургского государственного университета (ОГУ), организационные формы оказания лечебно-профилактической помощи данному контингенту лиц. Выделены ключевые моменты по оптимизации профилактической и реабилитационной помощи обучающимся.

Состояние здоровья студентов – это актуальная проблема современного общества. Подготовка высококвалифицированных кадров тесно связана с сохранением и укреплением здоровья обучающихся. Студентов образовательных учреждений можно выделить в отдельную группу населения, которая обладает рядом характерных признаков, связанных с возрастными особенностями, родом деятельности, характеристиками быта и иными показателями их повседневной жизни.

На фоне постоянного негативного воздействия ряда неблагоприятных факторов: увеличение потока научной информации, внедрение инновационных образовательных технологий, проблемы с регулярным питанием, сном, сокращением физической активности – происходит перегрузка студентов. Поэтому ряд исследователей отмечает тенденцию к снижению общего уровня здоровья у представителей этой социальной группы за счет психоэмоционального напряжения, снижения адаптационных резервов организма и увеличения вероятности заболеваний.

В отличие от обычных поликлиник, студенческие медицинские учреждения появились не так давно – им чуть более полусотни лет. Во времена Советского Союза создавалось множество специальных поликлиник для отдельных слоев населения, и студенты не стали исключением. Открытие студенческих поликлиник позволило студентам колледжей, институтов, университетов и академий получать полный спектр медицинских услуг от квалифицированных специалистов, как в обычных поликлиниках.

Студенческая поликлиника ОГУ была открыта в 2005 г. и продолжает свою работу по настоящее время.

Студенческая поликлиника работает в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению Оренбургской области и оказывает первичную медико-санитарную помощь студентам ОГУ и Университетского колледжа. На медицинское обслуживание к студенческой поликлинике прикреплен 9061 студент, из них 329 несовершеннолетних в возрасте до 18 лет, 6756 человек по стоматологии, 3924 – по гинекологии.

Поликлиника финансируется из двух источников: Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) и за счет средств от приносящей доход деятельности. Медицинская помощь оказывают по следующим профилям: терапия, педиатрия, офтальмология, оториноларингология, неврология, хирургия, акушерство-гинекология, стоматология, эндокринология, кардиология, дерматология, профпатология. Прием ведут нарколог, психиатр.

В студенческой поликлинике работают дневные стационары по четырем клиническим направлениям: терапия, оториноларингология, гинекология, неврология. Возраст обслуживаемого контингента – 15–27 лет. В поликлинике сформированы 3 терапевтических участка. За каждым терапевтом закреплены определенные факультеты. В учреждении оказывается весь комплекс лабораторных, инструментальных и функциональных исследований.

Основные функции учреждения:

- 1) обеспечение полноценной квалифицированной амбулаторно-поликлинической медицинской помощи студентам;
- 2) организация и проведение различных мероприятий, направленных на профилактику и снижение заболеваемости среди обучающихся;
- 3) всесторонний контроль допуска абитуриентов и студентов к обучению в соответствии с действующими требованиями перечней медицинских показаний и противопоказаний для получения высшего образования;
- 4) организация и проведение ежегодных профилактических осмотров для студентов с дальнейшим сопровождением лиц, нуждающихся в дополнительной диагностике, лечении, реабилитации;
- 5) организация и проведение противозидемических мероприятий.

Все рабочие места в поликлинике оснащены оргтехникой для полноценной работы на базе Единой цифровой платформы (ЕЦП). В 2022 г. поликлиника полностью перешла на электронный документооборот. Таким образом, внедрение ЕЦП в поликлинике позволило интегрироваться в систему здравоохранения области, были созданы электронные карты пациентов. В данную систему интегрированы лаборатория и кабинеты функциональной диагностики.

Появилась возможность дистанционно записать пациента на прием в любое учреждение здравоохранения области. В 2022 г. была организована самозапись пациентов к врачам через Региональный портал медицинских услуг (<https://portal56.is-mis.ru/>), через мобильное приложение «К врачу» (ООО «РТ МИСС»).

В регистратурах у работников появилась возможность видеть прикрепление пациента, запись к врачам и формировать расписание в электронном виде. Внедрена талонная система записи к докторам и на лабораторные и инструментальные исследования. Данные в территориальный ФОМС предоставляются только в электронном формате. В нашей поликлинике созданы аккаунты в социальных сетях, мессенджерах, работает сайт.

По результатам профилактического осмотра за 2021–2023 гг. было установлено, что доля студентов, отнесенных к первой группе здоровья составляет 68,8% в 2021 г., 72,6% в 2022 г., 64,7% в 2023 г.; ко второй группе – 18,8% в 2021 г., 15,4% в 2022 г., 19,2 в 2023 г.; к третьей А – 4,8% в 2021 г., 4,6% в 2022 г., 3,3 в 2023 г., к третьей Б – 7,5% в 2021 г., 7,3% в 2022 г., 12,8% в 2023 г. Преобладание в структуре первой группы здоровья можно объяснить возрастным составом прикрепленного населения (до 30 лет).

Анализ заболеваемости за 3 года показал, что у лиц старше 18 лет общая заболеваемость остается одинаковой за этот период – 1442,6 на 1000 населения в 2021 г., 1316,5 – в 2022 г., 1293,4 – в 2023 г. Таким образом, имеется снижение всего в 1,1 раза.

Первичная заболеваемость за 3 года тоже практически не менялась и составляла 1074 на 1000 в 2021 г., 828,8 – в 2022 г., 925,2 – в 2023 г. При анализе заболеваемости подростков можно отметить, что за 3 года общая заболеваемость не менялась – от 2489,7 на 1000 в 2021 г. до 2315,3 в 2023 г., а первичная заболеваемость за 3 года снизилась в 1,5 раза – 2167,4 на 1000 в 2021 г. и соответственно 1491,4 на 1000 в 2023 г.

Это можно объяснить профилактическими и реабилитационными мероприятиями, проводимыми в поликлинике. Охват профилактическими прививками составляет 98%, что выше среднеобластного показателя, используется широкий спектр физиотерапевтического воздействия, спелеотерапия, специалистами нашей поликлиники проводятся профилактические мероприятия, направленные на повышение мотивации к сохранению здоровья.

В структуре первичной заболеваемости студентов старше 18 лет на 1-м месте находятся болезни органов дыхания – 75,2%, на 2-м – заболевания мочеполовой системы, 6,6%, на 3-м – заболева-

ния желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (2,7%). В структуре общей заболеваемости на 1-м месте – заболевания органов дыхания (55,1%), на 2-м – заболевания ЖКТ (6,4%), на 3-м – заболевания нервной системы (5,9%).

Структура первичной заболеваемости подростков: на 1-м месте – заболевания органов дыхания (89%), на 2-м – заболевания опорно-двигательного аппарата (2,3%), на 3-м – заболевания ЖКТ (1,9%). В структуре общей заболеваемости 1-е место занимает патология органов дыхания (75,3%), 2-е – заболевания нервной системы (5,2%), 3-е – заболевания глаз (4,2%).

Таким образом, здоровье студентов требует постоянного внимания со стороны медицинских работников. Работники поликлиники осуществляют регулярный контроль состояния здоровья обучающихся, проводят лечебно-профилактические мероприятия, диспансерное наблюдение и учет больных, ежегодные медицинские осмотры врачами-специалистами. Студенческая поликлиника ОГУ оказывает студентам полный спектр медицинских услуг в соответствии с принятой нормативно-правовой базой, позволяя постоянно контролировать состояние здоровья этой социальной группы.

Журавлев М.Н.

Демографические тенденции и система оказания помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения в Тюменской области

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая больница № 2», 625039, г. Тюмень, Российская Федерация

Тюменская область – один из наиболее активно развивающихся регионов России. По предварительным оценочным данным, численность населения Тюменской области на начало 2024 г. составляла 1617 тыс. человек. Это на 108 тыс. больше, чем 5 лет назад, и на 232 тыс. больше, чем в 2012 г., когда в Тюменской области начала реализовываться федеральная программа по борьбе с сосудистыми заболеваниями. Организаторам здравоохранения необходимо своевременно реагировать на изменения демографической ситуации.

Положительная динамика демографической ситуации в регионе складывается как из естественного прироста, так и за счет высокого процента миграции. В 2023 г. естественный прирост населения за 9 мес составил 1117 человек, а миграционный прирост – более 5 тысяч. Однако следует отметить существенную диспропорцию демографической ситуации внутри региона. Наиболее активный рост численности населения отмечен в областном центре, в то время как в ряде административных округов и районов отмечена отрицательная динамика статистических показателей.

По данным статистических материалов Департамента здравоохранения Тюменской области, на конец 2012 г. численность постоянного населения Тюменской области составляла 1 385 008 человек. При этом взрослое население составляло 1 077 253 человек.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 928н от 15.11.2012 «Об утверждении порядка оказания помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения», при определении необходимого количества специализированных коек рекомендовано исходить из расчета 30 коек на 150 тыс. взрослого населения. В соответствии с приказом Департамента здравоохранения Тюменской области № 58-ос от 10.03.2011 «Об организации оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» было организовано 3 первичных сосудистых отделения (ПСО) на 30 коек каждое: на базе ГБУЗ ТО «ОБ № 3» г. Тобольска,

ГБУЗ ТО «ОБ № 4» г. Ишима, ГБУЗ ТО «ОБ № 23» г. Ялуторовска – и региональный сосудистый центр (РСЦ) на 90 коек на базе ГБУЗ ТО «ОКБ № 2» г. Тюмени. Общее количество специализированных инсульта коек в регионе составило 180. Таким образом, исходный дефицит коечного фонда составлял 35 коек.

Мониторинг эффективности работы системы оказания помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в Тюменской области показывает ежегодный рост числа больных с инсультом. Учитывая растущую нагрузку на РСЦ в 2020 г. в Тюмени было организовано еще одно 30-коечное ПСО № 4 на базе ГБУЗ ТО «ОКБ № 1», но при этом уменьшилось количество инсульта коек в РСЦ до 83 за счет открытия кардиологических коек. В настоящее время количество специализированных коек для больных с ОНМК в Тюменской области составляет 203. Однако следует отметить, что увеличение коек со 180 до 203 увеличило коечный фонд на 13%. В то же время количество взрослого населения региона за это период выросло на 160 607 человек, что дало прирост на 15% и практически нивелировало увеличение коечного фонда.

Кроме того, диспропорция динамики демографической ситуации внутри региона привела к тому, что опережающий рост населения шел в областном центре. В результате численность взрослого населения, проживающего на территории обслуживания ПСО № 4 и РСЦ, увеличилась с 506 488 до 814 664 человек, а это привело к росту на 35%, в то время как количество коек увеличилось с 90 до 113 (прирост 25%). Рост нагрузки усугубляется еще тем, что за ПСО № 4 закреплены ряд населенных пунктов Свердловской области, из которых время транспортировки больных с ОНМК меньше времени транспортировки до сосудистых центров Свердловской области.

Таким образом, несмотря на открытие дополнительного ПСО № 4, расчетный дефицит специализированных инсульта коек в регионе продолжает нарастать и в настоящее время составляет 43 койки. Обеспеченность коечным фондом для больных с ОНМК в Тюменской области составляет 82%, обеспеченность коечным фондом населения территории обслуживания ПСО № 4 и РСЦ – 69%. Учитывая, что в наиболее неблагоприятной ситуации находятся территории обслуживания РСЦ и ПСО № 4, где суммарный дефицит коечного фонда составляет 50, а также с учетом динамики развития демографической ситуации в Тюменской области, в настоящее время необходимо открыть еще одного дополнительного ПСО в Тюмени.

Анализ динамики демографической ситуации в регионе требует от организаторов здравоохранения своевременного прогнозирования и принятия оперативных организационных решений с целью предотвращения рисков ухудшения качества оказания специализированной медицинской помощи.

Завалев В.И., Завалева Е.В., Андрузская А.Г., Зябкин И.В.

Цифровое кадровое досье

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства», 115409, г. Москва, Российская Федерация

Качество оказания медицинской помощи как один из базовых индикаторов успешности проводимой политики в сфере здравоохранения напрямую зависит от кадровых ресурсов. Создание цифрового кадрового досье на базе существующей информационной платформы, интеграция с другими государственными ИТ-системами позволит не только систематизировать и аккумулировать данные о специалистах в сфере здравоохранения, но и выступать в качестве инструмента кадровой политики на разных уровнях принятия решений.

В настоящее время в сферу управления системой здравоохранения активно внедряются современные концепции менеджмента, одной из них является кайдзен – непрерывное улучшение бизнес-процес-

сов, в том числе связанных с решением вопроса кадрового дефицита. Государством проводится активная кадровая политика по созданию единой цифровой базы данных с целью рационального планирования, распределения, мониторинга количественного и качественного состава кадровых ресурсов в здравоохранении, а также по привлечению и закреплению специалистов в государственном сегменте.

Проведен анализ практики учета и развития персонала в различных коммерческих организациях, а также существующих ИТ-систем в сфере кадровых ресурсов в здравоохранении (КРЗ).

Приказ Минздрава России от 28.10.2022 № 708н с целью комплексного подхода в кадровом менеджменте вменил образовательным организациям предоставлять в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) сведения о лицах, получающих высшее/среднее профессиональное образование в области медицины или фармацевтики, что стало одним из этапов формирования единой автоматизированной системы по кадровым ресурсам в здравоохранении, в которой будет предусмотрен полный цикл управления КРЗ.

Еще одним важным компонентом вышеуказанной системы является портал непрерывного медицинского образования, позволяющий осуществлять мониторинг периодической аккредитации КРЗ. Кроме того, с целью отслеживания перемещения, а также планирования развития карьеры специалистов в сфере охраны здоровья на помощь руководителю любого уровня приходит электронная трудовая книжка (с 1 января 2020 г.), в которой содержится информация о должности и месте работы сотрудника.

С учетом вышеизложенного разработана конструкция единой цифровой базы специалистов в сфере охраны здоровья («кадровое досье») на основе действующей ЕГИСЗ, интегрированной с другими компонентами государственной ИТ-системы, позволяющей управленцу любого уровня проводить системный анализ и формировать перечень корректирующих мероприятий как в отношении отдельно взятого специалиста, так и медицинской организации, субъекта и страны в целом. Кроме того, в кадровое досье можно интегрировать модуль по расчету потребности в специалистах в соответствии с методиками, утвержденными профильным органом исполнительной власти, что позволит получить полную картину в рамках КРЗ.

Земсков И.А., Камалов Э.Т., Борисова Е.В.

Уникальный опыт АО «КардиоКлиника». На стыке двух полюсов: обязательное медицинское страхование или коммерческая медицина – что выбрать пациенту?

Акционерное общество «КардиоКлиника», 196105, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Общественная выгода в рамках участия в программе обязательного медицинского страхования (ОМС) выражена в оказании качественной медицинской помощи гражданам России частной клиникой (на более высоком уровне). Поскольку более высокий уровень качества оказания услуг предполагает увеличение издержек, субъекты частной медицины могут нести убытки, которые невозможны в государственной медицине.

Система ОМС – уникальна и должна оставаться в России, поскольку благодаря ей каждый может получить необходимую медицинскую помощь даже за неимением средств. Участие представителей частной медицины в этой системе является необязательным с правовой точки зрения, но участие тех частных клиник, которые обладают уникальными инструментами для лечения, необходимо с этической точки зрения.

Частная медицина в России развивается медленными темпами, она еще не пришла к максимальной загруженности из-за низкой лояльности со стороны большинства российских потребителей. Даже

явные преимущества в виде отсутствия очередей и сложной бюрократической цепочки при получении медицинской услуги не останавливают пациента от выбора частной медицины при возможности лечиться бесплатно. Поэтому любой клинике необходимо завоевывать несокрушимый авторитет на рынке медицинских услуг и поддерживать свой статус, привлекая все больше и больше пациентов.

АО «КардиоКлиника» осуществляет деятельность по многопрофильному направлению, но основным источником дохода является кардиология. Участвует в государственной программе ОМС, реализует услуги амбулаторного приема, лучевой диагностики и кардиохирургии.

АО «КардиоКлиника» взяла на себя ответственность ежегодно оказывать медицинскую помощь по программе ОМС более 1,5 тысячи пациентов, из них 1/3 находится на грани жизни и смерти, в ситуации острого инфаркта или инсульта. Это решение вызвано нехваткой медицинских учреждений в Санкт-Петербурге по данному профилю и личным желанием руководства быть полезными для социального развития региона в сфере медицины.

Важнейшая задача клиники – оказание услуг на высшем уровне с целью удержания потребителей в дальнейшем и переводе их в статус пациентов на коммерческой основе. Именно это является дополнительной причиной выделяться на фоне государственных учреждений более высоким качеством лечения и пребывания в клинике. Клиника оказывает медицинскую помощь на более высоком уровне, чем среднестатистическое медицинское учреждение, чтобы соответствовать статусу одной из лучших частных клиник в России. Приток пациентов от системы ОМС и высокое качество обслуживания привлекают современного пациента, за счет чего происходит увеличение их количества в коммерческом направлении. За счет того, что большинство пациентов, переходя из статуса ОМС в коммерческий, обращаются за обследованием и кардиологическим приемом в амбулаторно-поликлиническое отделение, маржинальность данных услуг позволяет закрыть убыток по бюджетному направлению деятельности и даже зарабатывать.

При этом, как уже было сказано выше, клиника не рассматривала ранее и не будет рассматривать варианты по уменьшению расходов на обеспечение комфорта для пациентов, получающих услугу по программе ОМС и созданию неравенства между ними и коммерческими пациентами. Соблюдается главный медицинский принцип о том, что помощь должна быть качественной и доступной для каждого гражданина России в рамках выделенных государством квот. Пациенты, которые перешли из статуса ОМС в статус «коммерция» выбирают услуги амбулаторно-поликлинического отделения, наиболее рентабельные в клинике.

По статистике, полученной за 2020–2023 гг., более 90% пациентов, пришедших в клинику за услугой по программе ОМС, затем пришли повторно на коммерческой основе, из них 60% стали постоянными пациентами клиники (более трех посещений за год). Более того, ежегодный средний чек данных пациентов выше на 67%, чем у пациентов, которые появились в клинике на коммерческой основе изначально.

Клиника готова идти на убытки по программе ОМС и закрывать их прибылью по коммерческой деятельности ради организации инфраструктуры в сфере медицины города. К тому же одной из дополнительных мотиваций к работе по программе ОМС является изучение уникальных случаев заболеваний у пациентов. Дело в том, что количество операций по ОМС больше, чем на коммерческой основе, соответственно вероятность оказать помощь пациенту с необычным строением или патологиями выше. Врачам важно постоянно сталкиваться с новыми случаями, чтобы развиваться внутри профессии, поэтому для них работа по программе ОМС также важна.

Коэффициент лояльности среди пациентов, которые изначально пришли по программе ОМС оказался выше, чем среди тех, кто изначально был в статусе коммерческих по данным внутреннего учета. Это может быть связано с тем, что многие эти пациенты оказываются в новой для себя структуре медицины и еще не имеют опыта посещения других медицинских учреждений, из-за чего сразу же становятся лояльными к одной фирме при условии, что их устраивает качество.

Рассчитанный показатель стоимости привлечения пациента традиционными инструментами маркетинга ниже на 85%, однако за счет более высокой рентабельности услуг и среднего чека от пациентов, пришедших в клинику по программе ОМС, достигается более высокая прибыль. Получается, что данный метод привлечения пациентов является эффективным и оправдывает убыток, полученный от вовлечения в программу ОМС.

Заключение. АО «КардиоКлиника» является единственным в Санкт-Петербурге частным кардиоцентром, который реализует программы полного медицинского обследования пациентов, включая нагрузочные исследования, кардиовизуализирующие методики, уникальные исследования МРТ по направлению «кардиология», а также выполняет рентгенэндоваскулярные и аритмологические оперативные вмешательства.

Клиника активно вовлечена в развитие государственного здравоохранения Санкт-Петербурга, а также способна извлекать собственную выгоду от данного проекта в виде конвертации пациентов в статус «коммерция». Благодаря АО «КардиоКлиника» и другим частным медицинским учреждениям государство способно увеличивать количество региональных квот и тем самым развивать медицинские услуги в стране.

Зябкин И.В., Андрузская А.Г., Завалева Е.В.

О некоторых вопросах проведения доклинических (неклинических) исследований

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков Федерального медико-биологического агентства», 115409, г. Москва, Российская Федерация

Проведен анализ нормативно-методической документации в области доклинических исследований. Определены основные направления совершенствования проведения доклинических исследований.

Актуальность. Согласно распоряжению Правительства РФ от 07.06.2023 № 1495-р «О Стратегии развития фармацевтической промышленности РФ на период до 2030 г.», обеспечению устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации содействует в том числе разработка, внедрение и применение лекарственных средств медицинского назначения.

Доклинические исследования (ДКИ) являются одним из этапов создания и регистрации лекарственных препаратов, а также основой для проведения в дальнейшем клинических испытаний с последующим внедрением в медицинскую практику. Необходимо отметить, что к планированию, проведению, анализу, интерпретации и документационному сопровождению ДКИ предъявляются определенные юридически закрепленные требования для регистрации лекарственных препаратов.

Федеральным законом № 1-ФЗ от 30.01.2024 гармонизированы положения Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» с правовыми нормами Евразийского экономического союза (ЕАЭС), определяя, что в том числе ДКИ будут проводиться по правилам ЕАЭС, однако остаются вопросы, требующие проработки.

Цель – провести анализ существующей нормативно-правовой и методической документации в области ДКИ с формированием предложений по совершенствованию нормативно-методического сопровождения их проведения.

Результаты. Создание лекарственных препаратов предусматривает несколько последовательных этапов – от формулирования научной гипотезы и проведения поисковых научных исследований до регистрации лекарственного препарата и его применения в клинической практике.

Одним из важнейших этапов являются ДКИ, от результатов которых зависит эффективность препарата и безопасность его применения, в том числе в рамках клинических испытаний.

Федеральным законом от 31.03.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» регламентировано понятие «доклиническое исследование лекарственного средства», а также определено проведение ДКИ в соответствии с правилами надлежащей лабораторной практики, утвержденными ЕАЭС.

По данным Росаккредитации, в Российской Федерации всего 13 аккредитованных по принципам надлежащей лабораторной практики (GLP) организаций, из них разработчиков лекарственных препаратов всего 4.

В связи с гармонизацией правового поля России и ЕАЭС, в том числе в части проведения ДКИ, необходимо решить ряд вопросов, связанных с внедрением принципов GLP, заключающихся в том числе в следующем:

- формирование маневренной организационной модели управления внедрения принципов GLP, предусматривающей 1–2 органа управления и орган мониторинга;
- внедрение системы обязательного инспектората с пулом независимых высококвалифицированных аудиторов;
- проведение обязательных проверок испытательных лабораторий на соблюдение принципов GLP;
- формирование системы подготовки кадров в области проведения ДКИ.

Кроме вышеперечисленных моментов, немаловажен отдельный вопрос проведения ДКИ радиофармацевтических лекарственных препаратов (РФЛП). В настоящее время в России одним из приоритетных направлений в сфере охраны здоровья является развитие персонализированного подхода, базовым вектором реализации которого выступает таргетная медицина, предполагающая создание и внедрение в клиническую практику РФЛП. Вопросы методических подходов к доклиническому изучению действия РФЛП освещены в единственном действующем в России руководстве по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ от 2005 г., требующем переработки в соответствии с современными тенденциями. Руководство по проведению доклинических исследований лекарственных средств от 2012 г. не содержит сведений по подходам к ДКИ РФЛП.

Заключение. В работе определены основные направления совершенствования в рамках проведения ДКИ (неклинических) лекарственных препаратов в целом и РФЛП в частности.



19.10.2024

IV ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АМБУЛАТОРНАЯ НЕВРОЛОГИЯ»

OFFLINE (Очно) и ONLINE (Трансляция)
подано в НМО

ТЕМАТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНФЕРЕНЦИИ:

- 
- Неврологические осложнения после COVID-19
 - Сосудистые заболевания нервной системы
 - Соматоневрология
 - Нейродегенеративные заболевания
 - Дегенеративные заболевания позвоночника
 - Болевые синдромы
 - Когнитивные нарушения
 - Депрессивно-тревожные расстройства

Место проведения: Отель HOLIDAY INN MOSCOW SOKOLNIKI,
залы Неглинка-Покровка и Фили-Кунцево, г. Москва, Русаковская улица, 24

WWW.AMBNEUROLOG.RU

MEDIAMEDPUZZLE.RU





РМАНПО



Подробная информация

<https://conference.rmanpo.ru/aviation-medicine/>



XI Всероссийская научно-практическая конференция
с международным участием

**«АВИАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА:
ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ»**,
посвященная 85-летию кафедры авиационной
и космической медицины РМАНПО

ОЧНО

Москва, ул. Беломорская, 19/38
(учебный корпус РМАНПО)

29–30 ноября 2024

ПРИГЛАШАЕМ СПЕЦИАЛИСТОВ



Врачи
авиационной
и космической
медицины



Врачи общей
практики



Терапевты



Кардиологи



Врачи
функциональной
диагностики



Авиационные
психологи

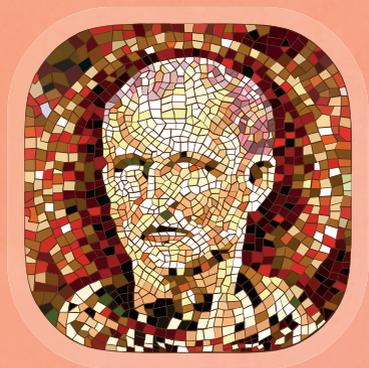
ПРОГРАММНЫЙ КОМИТЕТ

- **СЫЧЕВ**
ДМИТРИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ
академик РАН, д.м.н.,
профессор, заслуженный
деятель науки РФ
- **ЗАБРОДИНА**
НАТАЛЬЯ БОРИСОВНА
д.м.н., доцент
- **КРАПИВНИЦКАЯ**
ТАТЬЯНА АЛЕКСАНДРОВНА
д.м.н., доцент
- **БУХТИЯРОВ**
ИГОРЬ ВАЛЕНТИНОВИЧ
- **МИРЗАЕВ**
КАРИН БАДАВИЕВИЧ
д.м.н., доцент
- **КУЗЬМИНА**
АННА ЮРЬЕВНА
к.м.н.
- **ПРАСКУРНИЧИЙ**
ЕВГЕНИЙ АРКАДЬЕВИЧ
д.м.н.
- **ИВАШОВ**
СЕРГЕЙ НИКОЛАЕВИЧ
- **ВЕРБА**
ОЛЬГА ЮРЬЕВНА
д.м.н.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ:

- Медицинское обеспечение полетов
- Актуальные вопросы врачебно-летной экспертизы
- Современные достижения, перспективы медицинской науки на службе охраны здоровья авиационного персонала
- Реабилитация летного и диспетчерского состава
- Вопросы подготовки по специальности «Авиационная и космическая медицина»
- История авиационной медицины
- Вопросы безопасности и здоровья пассажиров. Роль психологической поддержки
- Новое в законодательстве

УЧАСТИЕ В МЕРОПРИЯТИИ ДЛЯ СЛУШАТЕЛЕЙ БЕСПЛАТНОЕ ПО ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ РЕГИСТРАЦИИ. ПРОГРАММА МЕРОПРИЯТИЯ БУДЕТ ПОДАНА НА АККРЕДИТАЦИЮ В КОМИССИЮ ПО ОЦЕНКЕ УЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ И МАТЕРИАЛОВ ПО УСТАНОВЛЕННЫМ ТРЕБОВАНИЯМ ДЛЯ НМО.



29 НОЯБРЯ -
01 ДЕКАБРЯ 2024

XVIII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ISSAM В КРАСНОЯРСКЕ

ТЕМА КОНГРЕССА:

Гормезис: как не перейти грань, когда стресс приводит к снижению стероидогенеза - пускового фактора развития inflamaging, гипоксии и онкологии

ПО АДРЕСУ

Красноярск, Свободный просп., 82, стр.9. Конгресс-холл СФУ

25+

СПИКЕРОВ

ОЧНО

ОНЛАЙН

ВРАЧАМ **ВСЕХ**

СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ