

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№2.2023



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003



Менеджер здравоохранения

№2
2023

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Стародубов В.И. – д-р мед. наук, профессор, академик Российской академии наук, научный руководитель ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

Журнал включен в категорию К1 ВАК для публикации основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук по специальностям:

- 3.2.3. *Общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история медицины (медицинские науки);*
- 3.3.9. *Медицинская информатика (медицинские и биологические науки).*

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

- Акимкин В.Г.** – д-р мед. наук, профессор, академик Российской академии наук, директор Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии Роспотребнадзора, академик РАН, г. Москва, Россия
- Асадов Д.А.** – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой Организации, экономики и управления здравоохранением Ташкентского Института Усовершенствования Врачей, г. Ташкент, Республика Узбекистан
- Варавикова Е.А.** – канд. мед. наук, эксперт ВОЗ, ведущий научный сотрудник отдела общественного здоровья и демографии ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия
- Иванов И.В.** – канд. мед. наук, генеральный директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный институт качества» Росздравнадзора, г. Москва, Россия
- Кадыров Ф.Н.** – д-р экон. наук, профессор, заместитель директора по экономике здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия
- Какорина Е.П.** – д-р мед. наук, профессор, заместитель директора по науке и международным связям ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия
- Касымов О.Т.** – д-р мед. наук, профессор, академик РАЕ, директор Научно-производственного объединения «Профилактическая медицина» Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек, Кыргызская Республика
- Костюк А.В.** – канд. мед. наук, председатель правления Национального научного центра развития здравоохранения им. Салидат Каирбековой Министерства здравоохранения РК, Астана, Республика Казахстан
- Кицул И.С.** – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования – филиала ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Иркутск, Россия
- Кобякова О.С.** – д-р мед. наук., профессор, директор ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия
- Куракова Н.Г.** – д-р биол. наук, зав. Отделом аналитики и мониторинга ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия
- Пивень Д.В.** – д-р мед. наук, профессор, эксперт по вопросам нормативно-правового регулирования деятельности здравоохранения, г. Санкт-Петербург, Россия
- Полунина Н.В.** – д-р мед. наук, профессор, академик Российской академии наук, заведующий кафедрой ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова», г. Москва, Россия
- Рузанов Д.Ю.** – канд. мед. наук, доцент, директор Республиканского научно-практического центра медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ), г. Минск, Республика Беларусь
- Рузиев М.М.** – д-р мед. наук, директор Таджикского НИИ Профилактической медицины, г. Душанбе, Республика Таджикистан
- Тутельян В.А.** – д-р мед. наук, профессор, академик Российской академии наук, научный руководитель ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», г. Москва, Россия
- Шейман И.М.** – канд. экон. наук, заслуженный экономист России, профессор Высшей школы экономики, руководитель экспертной группы по реформированию здравоохранения Центра стратегических разработок, г. Москва, Россия

Рукописи предоставляются
в редакцию по электронной почте:
idmz@mednet.ru

Редакция в обязательном порядке осуществляет экспертную оценку (рецензирование, научное и стилистическое редактирование) всех материалов, публикуемых в журнале. Более подробно об условиях публикации см: <http://www.idmz.ru>



Manager

Zdravoochranenia



№2
2023

EDITOR-IN-CHIEF

Vladimir I. Starodubov – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Academician-Secretary of the Department of medical Sciences of Russian Academy of Sciences, scientific adviser of the Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD

- Vasily G. Akimkin** – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Director of the Central Research Institute of Epidemiology of Rospotrebnadzor, Moscow, Russia
- Damin A. Asadov** – D.Sc. (Medicine), Professor, Head of the Department of Public Health, Health Care Management of the Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, Tashkent, Republic of Uzbekistan
- Elena A. Varavikova** – Ph.D. (Medicine), WHO expert, Leading Researcher of the Department of Public Health and Demography of the Russian Research Institute of Health of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia
- Igor V. Ivanov** – Ph.D. (Medicine), General Director of the Federal State Budgetary Institution “National Institute of Quality” of Roszdravnadzor, Moscow, Russia
- Farit N. Kadyrov** – D.Sc. (Economy), Professor, Deputy Director for Economics in Healthcare of the Russian Research Institute of Health of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia
- Ekaterina P. Kakorina** – D.Sc. (Medicine), Professor, Deputy Director for Science and International Relations of the Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirov, Moscow, Russia
- Omor T. Kasymov** – D.Sc. (Medicine), Professor, Academician of the Russian Academy of Natural Sciences, Director of the Scientific and Production Association “Preventive Medicine” of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyz Republic
- Alexander V. Kostyuk** – Ph.D. (Medicine), Chairman of the Board of the Salidat Kairbekova National Scientific Center for Health Development of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Astana, Republic of Kazakhstan
- Igor S. Kitsul** – D.Sc. (Medicine), Professor, Professor, Head of the Department of Public Health and Public Health of the Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – the branch of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation, Irkutsk, Russia
- Olga S. Kobayakova** – D.Sc. (Medicine), Professor, Director of the Russian Research Institute of Health of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia
- Natalia G. Kurakova** – D.Sc. (Biology), Head of Analytics and Monitoring Department of the Russian Research Institute of Health of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia
- Dmitry V. Piven** – D.Sc. (Medicine), Professor, Expert on the issues of regulatory and legal regulation of health care activities. Saint Petersburg, Russia
- Natalia V. Polunina** – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Head of the Department of the Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia
- Dmitry Yu. Ruzanov** – Ph.D. (Medicine), Associate Professor, director of the State Institution “Republican Scientific and Practical Center of Medical Technologies, Informatization, Management and Economics of Public Health” (RCPS MT), Minsk, Republic of Belarus
- Murodali M. Ruziev** – D.Sc. (Medicine), Director of the Tajik Research Institute for Preventive Medicine, Dushanbe, Republic of Tajikistan
- Victor A. Tutelyan** – D.Sc. (Medicine), Professor, Full member of the Russian Academy of Sciences, Federal Research Center for Nutrition, Biotechnology and Food Safety, Scientific director, Moscow, Russia
- Igor M. Sheiman** – Ph.D. (Economy), Professor at the Higher School of Economics, Head of the expert group on Healthcare Reform at the Center for Strategic Research, Moscow, Russia

Manuscripts are to be submitted to the editorial office in electronic form:
idmz@mednet.ru

The editorial makes a mandatory expertise (review, scientific and stylistic editing) of all the materials to be published in the journal. More information of publishing terms is at:
<http://www.idmz.ru>

В номере:

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

Периодическая аккредитация по приказу Минздрава России от 28.10.2022 г. № 709н: какой вариант повышения квалификации является более предпочтительным для врача

Пивень Д.В., Кицул И.С.

4-11

ПРАВО

Новая методология медико-юридических аспектов компенсации морального вреда по спорам с пациентами

Свередюк М.Г., Ступак В.С., Кадыров Ф.Н.

12-17

МЕНЕДЖМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Анализ лекарственного обеспечения пациентов со злокачественными новообразованиями на стационарном этапе лечения

Линник С.А., Александрова О.Ю.

18-26

Актуальные проблемы управления службой лучевой диагностики первичного уровня медико-санитарной помощи

Шулькин И.М., Владзимирский А.В., Шульц Е.И., Ахметов Р.Н.

27-39

Льготное лекарственное обеспечение пациентов в Федеральных округах и субъектах Российской Федерации на примере наиболее распространённых заболеваний

Линник С.А., Швачко С.А., Туменко Е.Е.

40-49

Совершенствование системы донорства крови в России (на примере Белгородской и Курской областей)

Скляр Т.М., Котлярова М.В.

50-58

ПОПУЛЯЦИОННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Анализ заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации и ее региональные особенности

Калининская А.А., Васильев М.Д., Лазарев А.В., Кизеев М.В., Смирнов А.А.

59-67

Особенности структуры и динамики показателей заболеваемости детского и подросткового населения Азербайджанской Республики

Мустафаева Э.М., Мингазова Э.Н., Шегай М.М., Мингазов Р.Н.

68-74

Эпидемиология туберкулеза в России и РСО-Алания в период пандемии COVID-19

Кобесов Н.В., Загдын Э.М., Синицын М.В., Пагиева М.К.

75-82

МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Влияние эксклаивности и уровня доходов населения на потребительские предпочтения пациентов на рынке медицинских услуг

Тихонова Н.К., Шилин С.Н., Авдеева Е.С., Цупова Е.А.

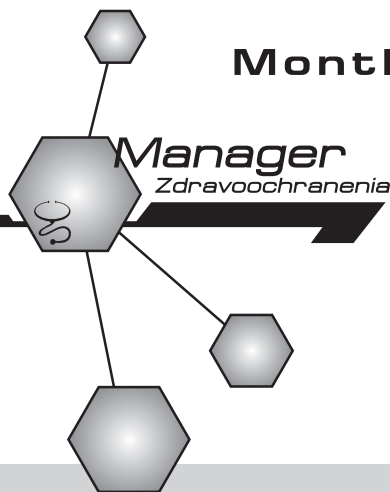
83-90

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ

Вопросы осуществления новых специальных социальных выплат медицинским работникам, в том числе, работающих в амбулаторных условиях, с 1 января 2023 года

Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Ендовицкая Ю.В., Чилилов А.М.

91-98



Contents:

FOCUS OF THE PROBLEM

Periodic accreditation by order of the Ministry of Health of Russia dated 10.28.2022 No. 709n: which option of professional development is more preferable for a doctor

Piven D.V., Kitsul I.S.

4-11

LAW

A new methodology of medical and legal aspects of compensation for moral damage in disputes with patients

Sveredyuk M.G., Stupak V.S., Kadyrov F.N.

12-17

MANAGEMENT IN HEALTHCARE

Analysis of drug supply for patients with malignant neoplasms at the inpatient stage of treatment

Linnik S.A., Alexandrova O.Yu.

18-26

Actual problems of management of the radiology diagnostics service of the primary level of health care

Shulkin I.M., Vladzimirsky A.V., Shults E.I., Akhmetov R.N.

27-39

Subsidized Pharmaceutical Provision for patients in the Federal Districts and subjects of the Russian Federation using the example of the most common diseases

Linnik S.A., Shvachko S.A., Tumenko E.E.

40-49

Improving the blood donation system in Russia (by the example of the Belgorod and Kursk regions)

Sklyar T.M., Kotlyarova M.V.

50-58

POPULATION HEALTH

Analysis of the incidence of the population older than working age in the Russian Federation and its regional features

Kalininskaya A.A., Vasiliev M.D., Lazarev A.V., Kizeev M.V., Smirnov A.A.

59-67

Features of the structure and dynamics of morbidity rates in children and adolescents in the Republic of Azerbaijan

Mustafaeva Z.M., Mingazova E.N., Shegai M.M., Mingazov R.N.

68-74

Epidemiology of tuberculosis in Russia and Rno-Alania during the COVID-19 pandemic

Kobesov N.V., Zagdyn Z.M., Sinitsyn M.V., Pagiieva M.K.

75-82

MARKETING IN HEALTHCARE

Influence of exclaveity and income level of the population on consumer preferences of patients in the market of medical services

Tikhonova N.K., Shilin S.N., Avdeeva E.S., Tsupova E.A.

83-90

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

Issues of implementation of new special social payments to medical workers, including those working on an outpatient basis, from January 1, 2023

Kadyrov F.N., Obukhova O.V., Endovitskaya Yu.V., Chillilov A.M.

91-98

МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Издаётся с 2004 года

Научно-практический журнал
№ 2, 2023

Свидетельство о регистрации:
ПИ № ФС 77-83030 от 30.03.2022 г.

Учредитель: ИП Цветкова
Лилия Анатольевна

Главный редактор –
Стародубов Владимир Иванович

Ответственный редактор –
Куракова Наталия Глебовна,
idmz@mednet.ru

Выпускающий редактор –
Цветкова Лилия Анатольевна,
idmz@yandex.ru

Литературный редактор –
Борисенко Светлана Владимировна

Компьютерная верстка и дизайн –
Пескова Елена Викторовна

Издатель:
ИП Цветкова Лилия Анатольевна

Адрес издателя:
143900, Моск. обл., г. Балашиха,
ул. Ю. Фучика 6-3-53

Адрес редакции:
127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11
Тел.: (495)-618-07-92 (доб. 115)
e-mail: idmz@mednet.ru

Подписано в печать: 15.02.2023
Заказ: 193

Отпечатано в ООО «Клуб печати».
127018, г. Москва, 3-ий проезд
Марьиной Роши, д.40, стр. 1
Тел. +7 (495) 669-5009

© ИП Цветкова Лилия Анатольевна

MANAGER ZDRAVOOKHRANENIA

Published since 2004

Scientific and practical journal
No. 2, 2023

Certificate of registration:
PI No. 77-83030 of 30.03.2022
Founder: IE Tsvetkova Lilia Anatolyevna

Editor-in-Chief –
Vladimir I. Starodubov

Executive Editor –
Natalia G. Kurakova
idmz@mednet.ru

Issuing Editor –
Lilia A. Tsvetkova
idmz@yandex.ru

Literary Editor –
Svetlana V. Borisenko

Computer layout and design –
Elena V. Peskova

Publisher:
IE Tsvetkova Lilia Anatolyevna

Publisher office address:
6-3-53 Yu. Fuchika str., Balashikha,
Moscow region, 143900

Editorial office address:
11 Dobrolyubova str., Moscow, 127254
Tel.: (495)-618-07-92 (# 115)
e-mail: idmz@mednet.ru

Signed to the press: 15.02.2023
Order: 193

Printed by: "Print Club".
127018, Moscow, street 3-й проезд
Марьиной рощи, 40, building 1
Tel. +7 (495) 669-5009

© IE Tsvetkova Lilia Anatolyevna



ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-4-11

УДК 614.2

ПЕРИОДИЧЕСКАЯ АККРЕДИТАЦИЯ ПО ПРИКАЗУ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 28.10.2022 Г. № 709Н: КАКОЙ ВАРИАНТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ДЛЯ ВРАЧА

Д.В. Пивень^а✉, И.С. Кицул^б

^а Эксперт по вопросам нормативно-правового регулирования деятельности здравоохранения, г. Санкт-Петербург, Россия;

^б Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – Филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Иркутск, Россия.

^а <https://orcid.org/0000-0001-9202-9916>;

^б <https://orcid.org/0000-0001-6745-3862>

✉ Автор для корреспонденции: Пивень Д.В.

АННОТАЦИЯ

В статье подробно проанализированы возможные варианты обучения врача, предлагаемые приказом Минздрава России от 28.10.2022 г. № 709н с целью подготовки к периодической аккредитации. Авторы детально обосновывают, что для прохождения периодической аккредитации самым качественным, надёжным, безопасным и наименее затратным вариантом обучения для врача является освоение программ повышения квалификации, суммарный срок освоения которых составляет не менее 144 часов в течение 5 лет. В качестве основных причин для этого названы следующие: в отечественном законодательстве под повышением квалификации врача понимается исключительно освоение соответствующих образовательных программ; в силу многочисленных требований законодательства к содержанию и разработке образовательных программ, требований к научно-педагогическим кадрам и к образовательным организациям, реализующим эти программы, именно освоение программ повышения квалификации обеспечивает подготовку специалиста надлежащего качества, обуславливающего его допуск к профессии; в соответствии с Трудовым кодексом РФ работодатель обязан проводить дополнительное профессиональное образование врача, т.е. в том числе содействовать обучению врача именно по программам повышения квалификации.

Ключевые слова: повышение квалификации врачей, программы дополнительного профессионального образования, непрерывное медицинское образование, периодическая аккредитация, обучение.

Для цитирования: Пивень Д.В., Кицул И.С. Периодическая аккредитация по приказу Минздрава России от 28.10.2022 г. № 709н: какой вариант повышения квалификации является более предпочтительным для врача // Менеджер здравоохранения. 2023; 2: 4–11. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-4-11.

Одним из наиболее знаковых нормативных документов, появившихся в конце 2022 г., безусловно, стал приказ Минздрава России от 28 октября 2022 г. № 709н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» (далее Приказ 709н). Знаковость данного приказа определяется тем, что он прямо касается и каждого врача лично, и каждого руководителя медицинской организации. Теперь данный документ, в отличие от его предшественников последних лет, будет регламентировать допуск врачей к профессии в течение ближайших 6 лет, т.е. до 1 января 2029 г. В 2022 г. мы неоднократно обращались к теме повышения квалификации врачей и подробно рассматривали

разные ее аспекты [1, 2]. Теперь же в связи с изданием Приказа 709н считаем необходимым остановиться на самом главном вопросе, который сегодня волнует буквально каждого действующего врача: «Какой вариант повышения квалификации из двух предлагаемых в пункте 103 нового Положения об аккредитации специалистов является более предпочтительным?». В этой связи напомним, что в пункте 103 Положения об аккредитации специалистов, утверждённого Приказом 709н, указаны следующие возможные варианты повышения квалификации, один из которых и надо выбрать врачу для последующего прохождения периодической аккредитации. О данных вариантах говорится при описании

© Пивень Д.В., Кицул И.С., 2023 г.



содержания портфолио: «Портфолио включает ... сведения об освоении программ повышения квалификации, суммарный срок освоения которых не менее 144 часов, либо сведения об освоении программ повышения квалификации и сведения об образовании, подтвержденные на Интернет-портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (за исключением сведений об освоении программ повышения квалификации), суммарный срок освоения которых не менее 144 часов, из них не менее 72 часов – сведения об освоении программ повышения квалификации».

Из представленной выше цитаты пункта 103 нового Положения об аккредитации специалистов видно, что принципиальным отличием второго варианта от первого как раз и является тезис о том, что медицинскому работнику для прохождения периодической аккредитации предлагается возможность предоставить сведения об освоении программ повышения квалификации и сведения об образовании, подтвержденные на Интернет-портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования (далее портал НМО) в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (за исключением сведений об освоении программ повышения квалификации), суммарный срок освоения которых не менее 144 часов, из них не менее 72 часов – сведения об освоении программ повышения квалификации» (далее Схема НМО 72+72 часа). Как известно, на портале НМО помимо сведений о программах повышения квалификации, размещены сведения о конференциях, семинарах, школах, интерактивных образовательных модулях и т.п. То есть именно подтвержденные на портале НМО сведения об участии в таких мероприятиях и должны включаться в портфолио медицинского работника в том случае, если он предоставляет сведения, соответствующие Схеме НМО 72+72 часа.

При этом первый вариант, который предлагается пунктом 103 нового Положения об аккредитации специалистов, является традиционным и хорошо известным для всех медицинских работников. Именно этот вариант для прохождения периодической аккредитации предусматривает освоение программ повышения квалификации, суммарный срок освоения которых не менее 144 часов (далее Программа повышения квалификации 144 часа).

Если ориентироваться только на минимально необходимое для прохождения периодической аккредитации количество часов, то может показаться,

что существенных отличий между двумя вариантами (Программа повышения квалификации 144 часа и Схема НМО 72+72 часа) нет. Ведь в обоих случаях минимальное итоговое количество часов для прохождения периодической аккредитации должно составлять не менее 144 часов в течение 5 лет. Однако на самом деле отличия между предлагаемыми вариантами – принципиальные, и именно о них должны быть хорошо информированы как руководители медицинских организаций, так и врачи. Рассмотрим эти отличия детально.

Следует сразу обратить внимание на то, что в первом варианте врачу предлагается освоение программ повышения квалификации в объёме не менее 144 часов, при этом во втором варианте предлагается освоение **программ повышения квалификации в объёме не менее 72 часов, к которым для достижения минимально необходимых 144 часов надо добавить ещё не менее 72 часов «сведений об образовании, подтвержденных на Интернет-портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (за исключением сведений об освоении программ повышения квалификации)»**. Как уже было отмечено выше, к указанным сведениям, прежде всего, относятся сведения об участии врачей с начислением часов (зачётных единиц, баллов) НМО в конференциях, семинарах, школах, об освоении интерактивных образовательных модулей. Отметим, что именно часы (зачётные единицы, баллы) НМО за участие в конференциях, семинарах, школах, освоение интерактивных образовательных модулей как раз и является сегодня одним из главных рисков, который может повлиять на допуск врача к профессии, а если быть более точным – на обоснованность такого допуска в том случае, если врач для прохождения периодической аккредитации выбрал вариант по Схеме НМО 72+72 часа.

Всё дело в том, что Схема НМО 72+72 часа может являться программой повышения квалификации только в объёме не менее 72 часов, потому что остальной объём в 72 часа в виде конференций, семинаров, школ, интерактивных образовательных модулей и т.п. никакого отношения к программам повышения квалификации не имеет. Сторонники Схемы НМО 72+72 часа могут возразить: «А какое это имеет значение? Ведь при выборе любого варианта (или Программа повышения квалификации





144 часа, или Схема НМО 72+72 часа) минимально необходимый объём сведений об образовании, которые должен представить врач составляет 144 часа. То есть в целом предлагаемые варианты – равнозначны!».

Отвечаем: «Нет, предлагаемые в Приказе 709н варианты абсолютно неравнозначны! И эта неравнозначность чётко следует из целого ряда важнейших федеральных законов». К таковым, прежде всего, относятся следующие:

- Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (далее Закон об образовании);

- Федеральный закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Основы);

- «Трудовой кодекс Российской Федерации» от 30.12.2001 г. № 197-ФЗ (далее Трудовой кодекс).

Что же говорят указанные выше законы о повышении квалификации?

Во-первых, в соответствии со статьями 12 и 76 Закона об образовании понятие «повышение квалификации» в данном законе употребляется исключительно во взаимосвязи с программами повышения квалификации и ни с чем другим более! Так, часть 4 ст. 76 Закона об образовании гласит: «Программа повышения квалификации направлена на совершенствование и (или) получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности, и (или) повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации». При этом частью 4 ст. 12 названного закона программы повышения квалификации отнесены к дополнительным профессиональным программам. То есть **в соответствии с Законом об образовании повышением квалификации является исключительно освоение программ повышения квалификации**, но при этом к повышению квалификации никак не относится посещение конференций, семинаров, освоение интерактивных образовательных модулей и т.п.

Во-вторых, в части 2 ст. 73 Основ закреплена следующая обязанность медицинских работников: «Совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти». То есть в Основах прямо указано, что **совершенствованием профессиональных знаний и навыков**

у медицинского работника является обучение только по дополнительным профессиональным программам, к которым в соответствии с Законом об образовании и относятся программы повышения квалификации. При этом в Основах, как и в Законе об образовании, также ничего не упоминается ни о конференциях, ни о семинарах, ни об интерактивных образовательных модулях.

И, наконец, в-третьих, в ст. 196 Трудового кодекса сказано: «В случаях, предусмотренных федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, работодатель обязан проводить профессиональное обучение или дополнительное профессиональное образование работников, если это является условием выполнения работниками определенных видов деятельности». Применительно к действующим врачам из представленной цитаты непосредственно относится положение о том, что «работодатель обязан проводить дополнительное профессиональное образование работников, если это является условием выполнения работниками определенных видов деятельности». Отметим, что в соответствии со ст. 11 и 12 Закона об образовании дополнительное профессиональное образование является ничем иным как освоением дополнительных профессиональных программ, в том числе программ повышения квалификации. При это именно в соответствии с указанной выше частью 2 ст. 73 Основ медицинские работники обязаны совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным программам.

Кроме того, следует подчеркнуть, что именно на основании рассмотренных положений трёх указанных выше законов и сформулированы «Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», утверждённые приказом Минздрава России от 08.10.2015 г. № 707н. В указанном приказе о повышении квалификации говорится исключительно в контексте дополнительного профессионального образования, то есть говорится исключительно об освоении медицинскими работниками программ повышения квалификации. При этом в данном документе не упоминается о том, что к квалификационным требованиям медицинских работников относится посещение ими семинаров, конференций, освоение интерактивных образовательных модулей и т.п.



Таким образом, в соответствии с законодательством РФ, под повышением квалификации медицинских работников, обеспечивающим допуск врача к профессии, понимается исключительно освоение соответствующих программ повышения квалификации и ничего иного более!

Теперь рассмотрим, как соотносятся названные выше положения трёх важнейших федеральных законов с вариантами предоставления сведений об образовании, предлагаемых в п. 103 Положения об аккредитации специалистов.

В случае, если медицинский работник в соответствии с п. 103 Положения об аккредитации специалистов при подготовке к аккредитации выбрал вариант обучения «Программа повышения квалификации 144 часа», то это означает, что он, как и положено по законодательству, с целью последующего допуска к профессии осваивает соответствующую программу повышения квалификации в объёме 144 часа.

В случае, если медицинский работник в соответствии с п. 103 Положения об аккредитации специалистов при подготовке к аккредитации выбрал вариант обучения «Схема НМО 72+72 часа», то это означает, что он тоже, как и положено по законодательству, осваивает соответствующую программу повышения квалификации, но уже только в объёме 72 часов.

И здесь возникает вопрос: «А на каком основании медицинские работники, освоившие программу повышения квалификации объёмом 72 часа, допускаются к профессии точно так же, как и медицинские работники, освоившие программу повышения квалификации объёмом в два раза больше, т.е. в объёме 144 часа?».

Ответ на данный вопрос сторонников НМО очевиден: «В п. 103 Положения об аккредитации специалистов сказано, что медицинскому работнику для прохождения периодической аккредитации, в том числе предлагается возможность предоставить сведения об освоении программ повышения квалификации и сведения об образовании, подтвержденные на портале НМО в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, суммарный срок освоения которых не менее 144 часов, из них не менее 72 часов – сведения об освоении программ повышения квалификации. То есть суммарно получается тот же, минимально необходимый объём сведений об образовании в 144 часа, что и при выборе варианта обучения «Программа повышения квалификации 144 часа»».

На первый взгляд, так оно и есть, что при выборе варианта обучения «Программа повышения квалификации 144 часа», что при выборе варианта обучения «Схема НМО 72+72 часа», врачу надо набрать один и тот же минимально необходимый объём часов – 144 часа.

И тем не менее можно утверждать, что рассматриваемые варианты абсолютно неравнозначны, и представленное выше объяснение о равенстве минимально необходимых часов на самом деле никак не объясняет равнозначность допуска к профессии врачей, прошедших обучение по варианту «Схема НМО 72+72 часа», по сравнению с врачами, прошедшими обучение по варианту «Программа повышения квалификации 144 часа». Почему?

Всё дело в том, что в предлагаемом п. 103 Положения об аккредитации специалистов варианте обучения врачей по Схеме НМО 72+72 часа из суммарных 144 часов программами повышения квалификации, которые, как было показано выше, в соответствии с законодательством должен регулярно осваивать каждый врач, являются только 72 часа, а не все 144. Остальные же 72 часа это часы, которые набирает врач, участвуя в конференциях, семинарах, школах, осваивая интерактивные образовательные модули и т.п. Однако все эти мероприятия не имеют никакого отношения к программам повышения квалификации. Отсюда следует ещё один важнейший вопрос: «А на каком основании вот эти 72 часа за участие в конференциях, семинарах, школах, освоение интерактивных образовательных модулей и т.п. по сути приравнены к часам за освоение программ повышения квалификации?». Как мы уже показали выше, обязанностью врача и одновременно важнейшим условием его допуска к профессии является именно освоение программ повышения квалификации и ничего иного! Таким образом, в силу того, что в Схеме НМО 72+72 часа ровно половина (50%) часов не являются освоением программ повышения квалификации, ни о какой равнозначности вариантов «Программа повышения квалификации 144 часа» и «Схема НМО 72+72 часа» и речи быть не может.

Из сказанного выше прямо следует, что врач, который в течение 5 лет прошёл обучение по Схеме НМО 72+72 часа, тем не менее освоил в два раза меньший объём программ повышения квалификации, чем его коллега, который прошёл обучение по Программе повышения квалификации 144 часа. Более того, те 72 часа, которые набрал врач за участие в семинарах, конференциях, школах,





освоении интерактивных образовательных модулей и т.п., как уже неоднократно было отмечено выше, в соответствии с отечественным законодательством не являются ни дополнительным профессиональным образованием, ни освоением программ повышения квалификации. Следовательно, участие в семинарах и конференциях за часы (зачётные единицы, баллы) НМО не является и не может являться выполнением очень конкретных требований Основ, Закона об образовании и Трудового Кодекса РФ в части допуска врача к профессии.

Сторонники Схемы НМО 72+72 часа могут возразить: «Но ведь теперь есть Приказ 709н, регламентирующий порядок допуска врача к аккредитации, где и прописана Схема НМО 72+72 часа. Соответственно и проблем никаких у врачей здесь быть не может по определению!».

Однако, вероятность появления проблем у врача в случае выбора им обучения по Схеме НМО 72+72 часа как раз не исключена. И при этом проблем очень значимых.

Например:

Как известно, медицинская деятельность сопряжена с риском появления тех или иных жалоб пациентов. И ситуации такие, к сожалению, отнюдь не редкость. Представим, что на медицинскую организацию поступила жалоба на оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, и дело дошло до суда. Очевидно, что суд одним из первых вопросов изучит вопрос о соответствии уровня образования и квалификации врачей, имеющих отношение к жалобе, установленным требованиям. Предположим, что в ходе судебного разбирательства будет установлено, что при наличии у всех врачей свидетельств об аккредитации специалиста одни врачи повышали свою квалификацию не реже одного раза в 5 лет путём освоения Программ повышения квалификации 144 часа, а другие проходили обучение по Схеме НМО 72+72 часа. То есть в обоих случаях формально требования Приказа 709н, казалось бы, выполнены. Однако, если в ходе судебного разбирательства будет обращено внимание на то, что Схема НМО 72+72 часа не имеет под собой в части 72 часов НМО, не относящихся к программам повышения квалификации, соответствующей законодательной основы, то и суд, чтобы вынести своё решение должен будет ответить на вопрос: «А почему к оказанию медицинской помощи были допущены врачи, освоившие программы повышения квалификации только в объёме 72 часа, наравне с врачами, освоившими

указанные программы в объёме 144 часа?». Нетрудно предположить, что ответы разных судов на данный вопрос тоже будут разными. И при этом нет никаких гарантий того, что судами всегда будет признано, что врач, прошедший обучение по Схеме НМО 72+72 часа, обоснованно, то есть строго в соответствии с законодательством, допущен к осуществлению медицинской деятельности.

Именно на вполне реальную вероятность возникновения подобного рода рисков и надо обратить внимание как врачу, так и руководителю медицинской организации при выборе врачом в целях последующего прохождения периодической аккредитации либо варианта обучения по Программе повышения квалификации 144 часа, либо варианта по Схеме НМО 72+72 часа.

Выше мы подробно рассмотрели с точки зрения федерального законодательства возможные риски для врача при выборе варианта обучения по Схеме НМО 72+72 часа. Между тем, следует обратить внимание и на то, что установленные в федеральном законодательстве требования к повышению квалификации врача имеют отнюдь не формальный, а глубокий содержательный характер, прямо определяющий качество подготовки медицинских кадров. Здесь необходимо напомнить, что требования федеральных законов к освоению каждым врачом именно программ повышения квалификации являются неотъемлемой составной частью целого комплекса других чётко прописанных в федеральном законодательстве многочисленных требований к содержанию и разработке образовательных программ, а также требований к научно-педагогическим кадрам и требований к образовательным организациям, реализующим эти программы. Именно поэтому федеральное законодательство определяет в качестве базового условия для допуска врача к профессии регулярное освоение исключительно программ повышения квалификации.

Однако сторонники НМО опять могут возразить, что в системе НМО тоже есть свой порядок отбора образовательных мероприятий (конференций, семинаров, школ, образовательных модулей и т.п.), предшествующий их размещению на портале НМО. И порядок этот как раз и направлен на повышение качества указанных мероприятий. Да, действительно такой порядок есть. Но, как уже было отмечено выше, в законодательстве весьма объёмно и детально прописаны требования к содержанию, разработке и реализации именно образовательных программ, что по всем качественным



характеристикам делает их на порядок выше, чем любые иные мероприятия.

Возможно, что сейчас у кого-либо может появиться следующее предложение: «Но ведь, чтобы убрать указанные выше риски, можно на законодательном уровне приравнять семинары, конференции, образовательные модули к образовательным программам или назвать эти мероприятия, например, образовательными мини-программами!». Полагаем, что такой подход абсолютно неприемлем, так как его реализация неизбежно приведёт к фрагментации и деструкции всей отечественной системы медицинского дополнительного профессионального образования, а также к фактическому исчезновению программ повышения квалификации! Здесь уместно напомнить, что в содержащей общие требования к реализации образовательных программ статье 13 Закона об образовании прописана как раз совершенно иная ситуация, которая с точностью до наоборот позволяет при определённых условиях считать семинары, конференции, интерактивные образовательные модули частью образовательных программ, но ни в коем случае не допускает их отнесения к самостоятельным образовательным программам. Дословно там сказано следующее:

«4. Для определения структуры профессиональных образовательных программ и трудоёмкости их освоения может применяться система зачетных единиц. Зачетная единица представляет собой унифицированную единицу измерения трудоёмкости учебной нагрузки обучающегося, включающую в себя все виды его учебной деятельности, предусмотренные учебным планом (в том числе аудиторную и самостоятельную работу), практику.

5. ... Количество зачетных единиц по дополнительной профессиональной программе устанавливается организацией, осуществляющей образовательную деятельность».

Да, в представленной выше цитате из ст. 13 Закона об образовании нет слов «семинары, конференции, интерактивные образовательные модули» и т.п. Однако, в то же время именно данное положение Закона об образовании позволяет образовательным организациям чётко структурировать образовательные программы, в том числе предусматривая в их составе семинары, конференции, интерактивные образовательные модули, и определяя трудоёмкость их освоения в зачётных единицах. Отметим, что такой подход, направленный, прежде всего, на обеспечение комплексности

и взаимосвязи всех возможных компонентов образовательной программы, только повышает качество её реализации. Нельзя не обратить внимание и на то, что в Законе об образовании право использования указанного выше механизма при разработке и реализации дополнительных профессиональных программ делегировано исключительно самим образовательным организациям. В соответствии с Законом об образовании аналогичные требования закреплены и в пункте 9 Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам, утверждённого Приказом Министерства образования и науки РФ от 1 июля 2013 г. № 499. Кроме того, в пункте 12 данного документа чётко указано, что «срок освоения дополнительной профессиональной программы должен обеспечивать возможность достижения планируемых результатов и получение новой компетенции (квалификации), заявленных в программе. При этом минимально допустимый срок освоения программ повышения квалификации не может быть менее 16 часов...». То есть и эти, представленные выше доводы, более чем конкретно указывают на то, что семинары, конференции, интерактивные образовательные модули и т.п. ни при каких условиях не могут быть ни самостоятельными программами повышения квалификации, ни чем-либо иным, аналогичным или равнозначным данным программам.

Остановимся на ещё одном важном факторе, который тоже необходимо учитывать врачам при выборе обучения или по Программе повышения квалификации 144 часа, или по Схеме НМО 72+72 часа. Как уже было отмечено выше, ст. 196 Трудового кодекса РФ в том числе гласит следующее:

«В случаях, предусмотренных федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, работодатель обязан проводить профессиональное обучение или дополнительное профессиональное образование работников, если это является условием выполнения работниками определенных видов деятельности.

Работникам, проходящим подготовку, работодатель должен создавать необходимые условия для совмещения работы с получением образования, предоставлять гарантии, установленные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями,





локальными нормативными актами, трудовым договором».



Обратите внимание, что речь в представленных выше положениях ст. 196 Трудового кодекса идёт исключительно о дополнительном профессиональном образовании, которое и включает в себя освоение дополнительных профессиональных программ – программ повышения квалификации. При этом Трудовой кодекс никак не обязывает работодателя создавать необходимые условия работникам для посещения мероприятий НМО в виде семинаров, конференций, освоения интерактивных образовательных модулей и т.п., т.е. работодатель не обязан предоставлять медицинским работникам на эти цели оплачиваемое время, выделять средства на командировочные расходы, предоставлять оргтехнику, оплачивать услуги связи и т.д. Очевидно, что в случае выбора врачом закреплённого в п. 103 Положения об аккредитации специалистов варианта обучения по Схеме НМО 72+72 часа все указанные выше расходы на участие в мероприятиях НМО в объёме 72 часов несёт сам медицинский работник, в том числе включая использование для этих целей своего личного времени – после работы, в выходные и в праздничные дни!

В заключение отметим, что выше были подробно рассмотрены возможные риски, которые могут возникнуть при выборе врачом варианта обучения по Схеме НМО 72+72 часа. Очевидно, что на практике у конкретных врачей может и будет возникать ситуация, когда они в силу тех или иных обстоятельств с целью подготовки к последующей аккредитации специалиста будут выбирать данный

вариант, т.е. обучение по Схеме НМО 72+72 часа. Возможность выбора данного варианта установлена Приказом 709н, и, следовательно, врач вправе сделать такой выбор. Но, делая такой выбор, врач имеет право знать и о возможных рисках, возникающих в данной ситуации.

Выводы

Для прохождения периодической аккредитации самым качественным, надёжным, безопасным и наименее затратным вариантом обучения для врача является освоение программ повышения квалификации, суммарный срок освоения которых составляет не менее 144 часов в течение 5 лет.

Основные причины для этого следующие:

- В отечественном законодательстве под повышением квалификации врача понимается исключительно освоение соответствующих образовательных программ.
- В силу многочисленных требований законодательства к содержанию и разработке образовательных программ, требований к научно-педагогическим кадрам и к образовательным организациям, реализующим эти программы, именно освоение программ повышения квалификации обеспечивает подготовку специалиста надлежащего качества, обуславливающего его допуск к профессии.
- В соответствии с Трудовым кодексом работодатель обязан проводить дополнительное профессиональное образование врача, т.е. в том числе содействовать обучению врача именно по программам повышения квалификации.



СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Пивень Д.В. Повышение квалификации врачей: основные вызовы сегодня и что делать // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 2. – С. 4–13.
2. Пивень Д.В., Кицул И.С. Перспективы и возможные варианты развития непрерывного медицинского образования в России // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 7. – С. 4–9.



ORIGINAL PAPER

PERIODIC ACCREDITATION BY ORDER OF THE MINISTRY OF HEALTH OF RUSSIA DATED 10.28.2022 No. 709N: WHICH OPTION OF PROFESSIONAL DEVELOPMENT IS MORE PREFERABLE FOR A DOCTOR

D.V. Piven^a ✉, **I.S. Kitsul^b**

^a Expert on the issues of regulatory and legal regulation of health care activities;

^b Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – the branch of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation, Irkutsk, Russia.

^a <https://orcid.org/0000-0001-9202-9916>; ^b <https://orcid.org/0000-0001-6745-3862>.

✉ Corresponding author: Piven D.V.

ABSTRACT

The article analyzes in detail the possible options for training a doctor, offered by order of the Ministry of Health of Russia dated October 28, 2022 No. 709n in order to prepare for periodic accreditation. The authors substantiate in detail that in order to pass periodic accreditation, the most high-quality, reliable, safe and least expensive training option for a doctor is the development of advanced training programs, the total development period of which is at least 144 hours over 5 years. The following are named as the main reasons for this: in the domestic legislation, advanced training of a doctor is understood exclusively as the development of relevant educational programs; due to the numerous requirements of the legislation for the content and development of educational programs, the requirements for scientific and pedagogical personnel and for educational organizations implementing these programs, it is the development of advanced training programs that ensures the training of a specialist of the proper quality, which determines his admission to the profession; in accordance with the Labor Code of the Russian Federation, the employer is obliged to conduct additional professional education for a doctor, i.e. including to promote the training of a doctor specifically for advanced training programs.

Keywords: advanced training of doctors, programs of additional professional education, continuous medical education, periodic accreditation, training.

For citation: Piven D.V., Kitsul I.S. Periodic accreditation by order of the Ministry of Health of Russia dated 10.28.2022 No. 709n: which option of professional development is more preferable for a doctor // *Manager Zdravoohranenia*. 2023; 2: 4–11. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-4-11.

REFERENCES

1. Piven D.V. Advanced training of doctors: the main tasks today and what to do // *Manager Zdravoohranenia*. – 2022. – № 7. – P. 4–13.
2. Piven D.V., Kitsul I.S. Prospects and possible options for the development of continuing medical education in Russia // *Manager Zdravoohranenia*. – 2022. – № 7. – P. 4–9.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Пивень Дмитрий Валентинович – д-р мед. наук, профессор, эксперт по вопросам нормативно-правового регулирования деятельности здравоохранения, г. Санкт-Петербург, Россия.

Dmitrii V. Piven – D.Sc. (Medicine), Professor, Expert on the issues of regulatory and legal regulation of health care activities, Saint-Petersburg, Russia.

E-mail: piven_dv@mail.ru

Кицун Игорь Сергеевич – д-р мед. наук, профессор, профессор РАН, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования – филиала ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Иркутск, Россия.

Igor S. Kitsul – D.Sc. (Medicine), Professor, Professor, Head of the Department of Public Health and Public Health of the Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – the branch of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of the Ministry of Health of the Russian Federation, Irkutsk, Russia.

E-mail: zdravirk@mail.ru



НОВАЯ МЕТОДОЛОГИЯ МЕДИКО-ЮРИДИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА ПО СПОРАМ С ПАЦИЕНТАМИ

М.Г. Свередюк^а, В.С. Ступак^б, Ф.Н. Кадыров^{б, с} ✉

^а КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск, Россия;

^б ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия;

^с ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия.

<https://orcid.org/0000-0002-8722-1142>; <https://orcid.org/0000-0002-8722-1142>;

<https://orcid.org/0000-0003-4327-4418>.

✉ Автор для корреспонденции: Кадыров Ф.Н.

АННОТАЦИЯ

Авторами рассматриваются разъяснения Верховного Суда РФ, содержащиеся в новом Постановлении о компенсации морального вреда, в том числе пункты, затрагивающие компенсационные аспекты при оказании медицинской помощи и причинении вреда здоровью пациентов.

Показаны изменения в политике Верховного Суда РФ по рассматриваемой проблеме.

Дана оценка возможных последствий разъяснений Верховного Суда РФ в отношении граждан (пациентов) и медицинских организаций, перспектив правоприменительной практики на основе положений нового Постановления.

Ключевые слова: компенсация морального вреда, исковое заявление, пациент, медицинская помощь.

Для цитирования: Свередюк М.Г., Ступак В.С., Кадыров Ф.Н. Новая методология медико-юридических аспектов компенсации морального вреда по спорам с пациентами // Менеджер здравоохранения. 2023; 2: 12–17. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-12-17.

Введение

Согласно статье 2 Конституции Российской Федерации, человек, его права и свободы являются высшей ценностью. В развитии данной нормы глава II Конституции Российской Федерации ставит право на жизнь, здоровье, честь и достоинство в ранг естественных и неотчуждаемых прав личности, что предполагает, в частности, эффективную их охрану и защиту. В связи с этим важнейшей задачей правового государства является обеспечение справедливого, быстрого и эффективного восстановления нарушенного права и (или) возмещение причиненного вреда.

Опираясь на Конституцию Российской Федерации, законодатель на уровне закона – Гражданского кодекса РФ – взял под охрану такую ценность человека, как моральное благополучие (ст. 151 ГК РФ), определив нравственные или физические страдания как моральный вред, подлежащий компенсации в случае каких-либо неправомерных действий.

Общеправовые нормы определяют следующие аспекты морального вреда: частью 1 статьи 151 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее – ГК РФ) предусмотрено, что если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину нематериальные блага, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда.

Статья 1101 ГК РФ предусматривает, что компенсация морального вреда осуществляется в денежной форме (пункт 1). Размер компенсации морального вреда определяется судом в зависимости от характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий, а также степени вины причинителя вреда в случаях, когда вина является основанием возмещения вреда. При определении размера компенсации вреда должны учитываться требования разумности и справедливости (пункт 2).

© Свередюк М.Г., Ступак В.С., Кадыров Ф.Н., 2023 г.



Постановка проблемы

Однако, несмотря на имеющуюся фундаментальную законодательную базу, институт защиты морального благополучия граждан до настоящего времени вызывал массу вопросов и разночтений, а проблемы компенсации морального вреда в российском суде не нашли единого подхода к решению по большинству позиций. Особого внимания заслуживают вопросы, связанные с решением данной проблемы в системе здравоохранения РФ – отрасли, непосредственно связанной с обеспечением самого главного из неотъемлемых прав граждан, – с сохранением жизни и восстановлением здоровья человека. Тем более, что право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь также непосредственно закреплено в Конституции Российской Федерации (п. 1 ст. 1).

Применительно к здравоохранению Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» напрямую компенсацию морального вреда не предусматривает, но закрепляет право пациентов на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи (п. 9), ч. 5 ст. 19 323-ФЗ), а также вопросы правового статуса пациента и медицинского работника, предусматривает пациент-ориентированность как один из основных принципов охраны здоровья [1].

В связи с этим представляется крайне актуальным проанализировать последние документы Верховного Суда РФ, посвященные данной проблеме.

Материалы и методы

Действовавшее постановление Пленума Верховного Суда РФ от 20.12.1994 г. № 10 «Некоторые вопросы применения законодательства о компенсации морального вреда» порождало больше вопросов, чем разъяснений [2, 3]. За период, прошедший с 1994 года, кардинально изменилось законодательство, уровень жизни, представление людей о чести, достоинстве, моральных качествах. В этой связи 15.11.2022 г. данное Постановление № 10 от 20.12.1994 г. было отменено и принят новый документ – Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 г. № 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» (далее Постановление № 33).

В связи с этим рассмотрим основные положения данного Постановления, в том числе с точки зрения возможного его влияния на правоприменительную практику, на интересы граждан и медицинских организаций.

Принимая данное Постановление, Верховный Суд РФ написал, что разъяснения принимаются в целях обеспечения единства практики применения судами норм о компенсации морального вреда.

Как следует из статьи 126 Конституции РФ, наряду с другими полномочиями Верховного Суда РФ указано на его полномочия давать разъяснения по вопросам судебной практики.

Толкование текста ст. 126 Конституции дает основание для вывода о том, что дача Верховным Судом РФ разъяснений по вопросам судебной практики является таким же равноценным его полномочием, как и другие полномочия, перечисленные в этой статье. Содержащиеся в постановлении Пленума Верховного Суда РФ разъяснения по вопросам применения законодательства, основанные на требованиях закона и обобщенных данных судебной практики в масштабах страны, представляют собой своеобразную форму судебного прецедента и являются ориентиром, подлежащим обязательному учету в целях вынесения законных и обоснованных приговоров, решений, определений и постановлений¹.

В этой связи Постановление Пленума Верховного Суда, обязательное для всех судов, представляет особую актуальность и важность, нуждается в детальном анализе.

Согласно Постановлению № 33, под моральным вредом понимаются нравственные или физические страдания, причиненные действиями (бездействием), посягающими на принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона нематериальные блага или нарушающими его личные неимущественные права (например, жизнь, здоровье и др.) либо нарушающими имущественные права гражданина.

При этом конкретизировано, что под физическими страданиями следует понимать физическую боль, связанную с причинением увечья, иным повреждением здоровья, либо заболевание, в том числе перенесенное в результате нравственных страданий, ограничение возможности передвижения вследствие повреждения здоровья, неблагоприятные ощущения или болезненные симптомы, а под нравственными страданиями – страдания, относящиеся к душевному неблагополучию (нарушению душевного спокойствия) человека (чувства страха, унижения, беспомощности, стыда, разочарования, осознание своей неполноценности из-за

¹ «О роли и значении постановлений пленума верховного суда Российской Федерации» / <https://www.vsrfr.ru/files/11552/>





наличия ограничений, обусловленных причинением увечья, переживания в связи с утратой родственников, потерей работы, невозможностью продолжать активную общественную жизнь, раскрытием семейной или врачебной тайны, распространением не соответствующих действительности сведений, порочащих честь, достоинство или деловую репутацию, временным ограничением или лишением каких-либо прав и другие негативные эмоции).

Понимание физических и нравственных страданий изложено более детально, чем в ранее действовавшем документе.

Пунктом 26 Постановления № 33 четко установлено: «Определяя размер компенсации морального вреда, суду необходимо, в частности, установить, какие конкретно действия или бездействие причинителя вреда привели к нарушению личных неимущественных прав заявителя или явились посягательством на принадлежащие ему нематериальные блага, и имеется ли причинная связь между действиями (бездействием) причинителя вреда и наступившими негативными последствиями, форму и степень вины причинителя вреда и полноту мер, принятых им для снижения (исключения) вреда».

Наличие причинной связи между противоправным поведением причинителя вреда и моральным вредом (страданиями как последствиями нарушения личных неимущественных прав или посягательства на иные нематериальные блага) означает, что противоправное поведение причинителя вреда повлекло наступление негативных последствий в виде физических или нравственных страданий потерпевшего (Пункт 18 Постановления № 33).

При этом, как следует из пункта 15 данного Постановления, необходимо обратить внимание, что причинение морального вреда потерпевшему в связи с причинением вреда его здоровью во всех случаях предполагается, и сам факт причинения вреда здоровью, в том числе при отсутствии возможности точного определения его степени тяжести, является достаточным основанием для удовлетворения иска о компенсации морального вреда.

Обязанность компенсации морального вреда может быть возложена судом на причинителя вреда при наличии предусмотренных законом оснований и условий применения данной меры гражданско-правовой ответственности, а именно: физических или нравственных страданий потерпевшего; неправомерных действий (бездействия) причинителя вреда; причинной связи между неправомерными действиями (бездействием) и моральным вредом;

вины причинителя вреда (статьи 151, 1064, 1099 и 1100 ГК РФ) (Пункт 18 Постановления № 33).

Пункт 25 Постановления № 33 предусматривает, что суду при разрешении спора о компенсации морального вреда, исходя из статей 151, 1101 ГК РФ, устанавливающих общие принципы определения размера такой компенсации, необходимо в совокупности оценить конкретные незаконные действия причинителя вреда, соотнести их с тяжестью причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий и индивидуальными особенностями его личности, учесть заслуживающие внимания фактические обстоятельства дела, а также требования разумности и справедливости, соразмерности компенсации последствиям нарушения прав. При этом соответствующие мотивы о размере компенсации морального вреда должны быть приведены в судебном постановлении.

Тяжесть причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий оценивается судом с учетом заслуживающих внимания фактических обстоятельств дела, к которым могут быть отнесены любые обстоятельства, влияющие на степень и характер таких страданий. При определении размера компенсации морального вреда судам следует принимать во внимание, в частности: существо и значимость тех прав и нематериальных благ потерпевшего, которым причинен вред; характер и степень умаления таких прав и благ (интенсивность, масштаб и длительность неблагоприятного воздействия), которые подлежат оценке с учетом способа причинения вреда, а также поведение самого потерпевшего при причинении вреда; последствия причинения потерпевшему страданий, определяемые, помимо прочего, видом и степенью тяжести повреждения здоровья, длительностью (продолжительностью) расстройства здоровья, степенью стойкости утраты трудоспособности, необходимостью амбулаторного или стационарного лечения потерпевшего, сохранением либо утратой возможности ведения прежнего образа жизни (пункт 27 Постановления № 33).

Абсолютно новым в Постановлении № 33, являются специализированные разъяснения относительно медицинской деятельности.

Пункт 48 Постановления № 33, предусматривая вопросы компенсации морального вреда медицинскими организациями, подчеркивает следующее: медицинские организации, медицинские и фармацевтические работники государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения несут ответственность за нарушение прав граждан



в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью гражданина при оказании ему медицинской помощи, при оказании ему ненадлежащей медицинской помощи и обязаны компенсировать моральный вред, причиненный при некачественном оказании медицинской помощи (статья 19 и части 2, 3 статьи 98 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»). Разрешая требования о компенсации морального вреда, причиненного вследствие некачественного оказания медицинской помощи, суду надлежит, в частности, установить:

- были ли приняты при оказании медицинской помощи пациенту все необходимые и возможные меры для его своевременного и квалифицированного обследования в целях установления правильного диагноза;
- соответствовала ли организация обследования и лечебного процесса установленным порядкам оказания медицинской помощи, стандартам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения);
- повлияли ли выявленные дефекты оказания медицинской помощи на правильность проведения диагностики и назначения соответствующего лечения;
- повлияли ли выявленные нарушения на течение заболевания пациента (способствовали ухудшению состояния здоровья, повлекли неблагоприятный исход) и, как следствие, привели к нарушению его прав в сфере охраны здоровья.

При этом на медицинскую организацию возлагается обязанность доказать наличие оснований для освобождения от ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи, в частности:

- отсутствие вины в оказании медицинской помощи, не отвечающей установленным требованиям;
- отсутствие вины в дефектах такой помощи, способствовавших наступлению неблагоприятного исхода;
- а также отсутствие возможности при надлежащей квалификации врачей, правильной организации лечебного процесса оказать пациенту необходимую и своевременную помощь, избежать неблагоприятного исхода.

На медицинскую организацию возлагается не только бремя доказывания отсутствия своей вины,

но и бремя доказывания правомерности тех или иных действий (бездействия), которые повлекли возникновение морального вреда.

Требования о компенсации морального вреда в случае нарушения прав граждан в сфере охраны здоровья, причинения вреда жизни и (или) здоровью гражданина при оказании ему медицинской помощи, при оказании ему ненадлежащей медицинской помощи могут быть заявлены членами семьи такого гражданина, если ненадлежащим оказанием медицинской помощи этому гражданину лично им (то есть членам семьи) причинены нравственные или физические страдания вследствие нарушения принадлежащих лично им неимущественных прав и нематериальных благ. Моральный вред в указанных случаях может выражаться, в частности, в заболевании, перенесенном в результате нравственных страданий в связи с утратой родственника вследствие некачественного оказания медицинской помощи, переживаниях по поводу недооценки со стороны медицинских работников тяжести его состояния, неправильного установления диагноза заболевания, непринятия всех возможных мер для оказания пациенту необходимой и своевременной помощи, которая могла бы позволить избежать неблагоприятного исхода, переживаниях, обусловленных наблюдением за его страданиями или осознанием того обстоятельства, что близкого человека можно было бы спасти оказанием надлежащей медицинской помощи (пункт 49 Постановления № 33).

Изменилась методология и в отношении подходов к присуждаемым суммам компенсации морального вреда. При определении размера компенсации морального вреда необходимо учитывать требования разумности и справедливости (пункт 2 статьи 1101 ГК РФ). В связи с этим сумма компенсации морального вреда, подлежащая взысканию с ответчика, должна быть соразмерной последствиям нарушения и компенсировать потерпевшему перенесенные им физические или нравственные страдания (статья 151 ГК РФ), устранить эти страдания либо сгладить их остроту. В Постановлении № 33 говорится: судам следует иметь в виду, что вопрос о разумности присуждаемой суммы должен решаться с учетом всех обстоятельств дела, в том числе значимости компенсации относительно обычного уровня жизни и общего уровня доходов граждан, в связи с чем исключается присуждение потерпевшему чрезвычайно малой, незначительной денежной суммы, если только такая сумма не была указана им в исковом заявлении.





При этом не разъяснено, что понимается под чрезвычайно малой, незначительной суммой, соотносится ли это, например, с минимальным размером оплаты труда или ориентир на среднемесячный доход по стране либо региону? Термины «общий уровень жизни» и «общий уровень доходов граждан» в настоящее время в законодательстве не содержатся.

Между тем, после принятия Постановления № 33 намечается тенденция к увеличению компенсации морального вреда. Например, 08.12.2022 по делу № 7453/2022 Хабаровский краевой суд увеличил сумму компенсации морального вреда, присужденную судом первой инстанции в размере 150000 рублей, до 800000 рублей², в том числе основываясь на новых разъяснениях.

Вопрос относительно возможности досудебного разрешения спора с пациентом, к сожалению, в действующем законодательстве остается открытым. Решаясь на досудебное удовлетворение требований, медицинская организация рискует тем, что на этом конфликт не будет исчерпан, и пациент пойдет в суд.

В этом отношении в Постановлении содержится следующее: причинитель вреда вправе добровольно предоставить потерпевшему компенсацию морального вреда как в денежной, так и в иной форме (например, в виде ухода за потерпевшим, в передаче какого-либо имущества (транспортного средства, бытовой техники и т.д.), в оказании какой-либо услуги, в выполнении самим причинителем вреда или за его счет работы, направленной на сглаживание (смягчение) физических и нравственных страданий потерпевшего). Факт получения потерпевшим добровольно предоставленной причинителем вреда компенсации как в денежной, так и в иной форме не исключает возможности взыскания компенсации морального вреда в порядке гражданского

судопроизводства. Суд вправе взыскать компенсацию морального вреда в пользу потерпевшего, которому во внесудебном порядке была выплачена (предоставлена в неденежной форме) компенсация, если, исходя из обстоятельств дела, с учетом положений статей 151 и 1101 ГК РФ придет к выводу о том, что компенсация, полученная потерпевшим, не позволяет в полном объеме компенсировать причиненные ему физические или нравственные страдания.

Заключение

Резюмируя вышеизложенное, можно сказать, что принятие Постановления № 33 стало важной вехой в судебном урегулировании вопросов компенсации причиненного морального вреда в процессе оказания медицинской помощи.

При этом многие пункты Постановления № 33 являются новаторскими, акцентирующими внимание на ранее не закрепленные аспекты, разъяснения безусловно учитывают временные тенденции, применительно к современному восприятию понятий «честь», «достоинство», «жизнь», «здоровье».

Представляется, что в целом появляются предпосылки к увеличению присуждаемых сумм возмещения морального вреда. С одной стороны, это усиливает защиту прав пациентов. Однако, с другой стороны, может дать повод для злоупотребления правом, как основание для безграничных компенсационных прав, и, соответственно, для новой волны пациентского экстремизма [4], ущемления прав медицинского работника и медицинской организации.

Тем не менее, появление Постановления № 33 создает методическую и правовую базу для медицинских организаций по грамотному отстаиванию своих прав в случаях отсутствия их вины в исходе лечения и т.д.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ



1. Свередюк М.Г., Ступак В.С., Ушакова О.В., Кадыров Ф.Н. «Десять лет правоприменения Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: спорные вопросы, пробелы, перспективы // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 5. – С. 68–76.
2. Сидоренко М.А. Вопросы компенсации морального вреда по делам о возмещении вреда жизни и здоровью гражданина / М.А. Сидоренко. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2022. – № 48 (443). – С. 327–329. – URL: <https://moluch.ru/archive/443/97152/> (Дата обращения: 11.01.2023).
3. Брянская Е.В. Проблемы справедливости компенсации морального вреда в судопроизводстве России // Вестник Санкт-Петербургской юридической академии. – 2022. – № 1 (54). – С. 96–102.
4. Свередюк М.Г. Правоотношения в сфере охраны здоровья: проблемы, пробелы, правовые риски // Материалы межвузовского научно-практического онлайн круглого стола «Регулирование правоотношений: вопросы истории, теории и юридической практики» (Хабаровск, 20.11.2020) / Верховный Суд Российской Федерации, Дальневосточный филиал ФГБОУ ВО «Российский государственный университет правосудия», Российское объединение судей в Хабаровском крае. / от. ред. К.А. Волков и др. – Хабаровск.: Издательство ТОГУ, 2021.

² kraevoy.hbr.sudrf.ru



ORIGINAL PAPER

A NEW METHODOLOGY OF MEDICAL AND LEGAL ASPECTS OF COMPENSATION FOR MORAL DAMAGE IN DISPUTES WITH PATIENTS

M.G. Sverediuk^a, V.S. Stupak^b, F.N. Kadyrov^{b,c}✉

^a The Territorial State Budgetary Educational Institution of Additional Professional Education «Postgraduate Institute for Public Health Workers» under the Health Ministry of Khabarovsk Territory, Khabarovsk, Russia;

^b Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia;

^c North-Western State Medical University. I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia.

<https://orcid.org/0000-0002-8722-1142>; <https://orcid.org/0000-0002-8722-1142>;

<https://orcid.org/0000-0003-4327-4418>.

✉ Corresponding author: Kadyrov F.N.

ANNOTATION

The authors consider the explanations of the Supreme Court of the Russian Federation contained in the new Resolution on compensation for moral damage, including items affecting compensatory aspects in the provision of medical care and harm to the health of patients. Changes in the policy of the Supreme Court of the Russian Federation on the problem under consideration are shown.

An assessment of the possible consequences of the explanations of the Supreme Court of the Russian Federation in relation to citizens (patients) and medical organizations, prospects of law enforcement practice based on the provisions of the new Resolution is given.

Keywords: *compensation for moral damage, statement of claim, patient, medical care.*

For citation: Sveredyuk M.G., Stupak V.S., Kadyrov F.N. A new methodology of medical and legal aspects of compensation for moral damage in disputes with patients // *Manager Zdravoohranenia*. 2023; 2: 12–17. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-12-17.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Свередюк Максим Геннадьевич – доцент кафедры «Организация здравоохранения и медицинское право» КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», заместитель директора по правовым вопросам Института инновационных медико-эстетических технологий, г. Хабаровск, Россия.

Maxim G. Sverediuk – associate Professor of the Department of health care organization and medical law of the Territorial State Budgetary Educational Institution of Additional Professional Education «Postgraduate Institute for Public Health Workers» under the Health Ministry of Khabarovsk Territory, deputy Director for Legal Affairs of the Institute of Innovative Medical and Aesthetic Technologies, Khabarovsk, Russia.

E-mail: uristms27@bk.ru

Ступак Валерий Семенович – доктор медицинских наук, доцент, начальник отдела общественного здоровья и демографии ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Valery S. Stupak – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Public Health and Demography of the Federal State Budgetary Institution "Central Research Institute of Organization and Informatization of Healthcare" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

E-mail: stupak@mednet.ru

Кадиров Фарит Накипович – доктор экономических наук, советник директора ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия; профессор кафедры социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия.

Farit N. Kadyrov – Doctor of Economics, Advisor to the Director of the Federal State Budgetary Institution "Central Research Institute of Health Organization and Informatization" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia; Professor of the Department of Social Hygiene, Economics and Health Management of the I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia.

E-mail: kadyrov@mednet.ru



ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-18-26

УДК: 614.2

АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

С.А. Линник¹✉, О.Ю. Александрова²

^{1,2} ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.С. Семашко» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, г. Москва, Россия.

¹ <https://orcid.org/0000-0002-0538-5400>;

² <https://orcid.org/0000-0002-0761-1838>

✉ Автор для корреспонденции: Линник С.А.

АННОТАЦИЯ

Лекарственное обеспечение пациентов со злокачественными новообразованиями в условиях стационара и дневного стационара в субъектах и федеральных округах Российской Федерации изучено недостаточно. Между тем, на закупку лекарственных препаратов для этих пациентов ежегодно тратятся сотни миллиардов рублей. Целью исследования является анализ лекарственного обеспечения пациентов со злокачественными новообразованиями на стационарном этапе лечения. Мы проанализировали закупки лекарственных препаратов за счёт средств ОМС в субъектах и федеральных округах РФ по данным сайта zakupki.gov.ru. Для сравнения федеральных округов и субъектов между собой мы сравнили суммы, потраченные на закупку лекарственных препаратов за счёт средств ОМС, в пересчёте на 1 пациента с впервые установленным диагнозом ЗНО в каждом федеральном округе и субъекте, соответственно. Мы обнаружили существенные различия в лекарственном лечении пациентов с ЗНО не только между федеральными округами, но и субъектами внутри федерального округа. Причём разница в лекарственном обеспечении пациентов конкретными лекарственными препаратами в субъектах достигает кратных значений. Также по-разному используются лекарственные препараты с пероральным способом применения с разнонаправленной тенденцией в федеральных округах их применения в течение последних двух лет. Лекарственное обеспечение пациентов со злокачественными новообразованиями в субъектах Российской Федерации на стационарном этапе лечения существенно различается, пациенты имеют различную доступность к лекарственным препаратам с пероральным способом применения.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, злокачественные новообразования, лекарственное обеспечение, лекарственные препараты, медицинская помощь в условиях стационара.

Для цитирования: Линник С.А., Александрова О.Ю. Анализ лекарственного обеспечения пациентов со злокачественными новообразованиями на стационарном этапе лечения // Менеджер здравоохранения. 2023; 2: 18–26. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-18-26.

Введение

Финансовое обеспечение национального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями 2019–2024 гг.» осуществляется за счёт субвенций Федерального Фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) территориальным фондам обязательного медицинского страхования (ТФОМС). То есть, лекарственное обеспечение пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗНО) за счёт этого проекта предполагается только в условиях стационара и дневного стационара. На лекарственное обеспечение на все годы реализации проекта запланировано 750 миллиардов рублей¹. Федеральный закон требует строгого соответствия оказываемой медицинской помощи клиническим рекомендациям².

¹ Паспорт Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями 2019–2024 гг.».

² Федеральный закон № 323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

© Линник С.А., Александрова О.Ю., 2023 г.



Учитывая вышесказанное, очевидно, что понимание того, насколько пациенты с ЗНО обеспечены ЛП на стационарном этапе лечения в разных федеральных округах и субъектах РФ, а также как федеральные округа и субъекты тратят средства на лекарственное обеспечение при оказании помощи в условиях стационара и дневного стационара, является актуальным.

Материалы и методы

Мы проанализировали закупки лекарственных препаратов (ЛП) за счёт средств обязательного медицинского страхования (ОМС) в субъектах и федеральных округах Российской Федерации в 2019–2021 годах по данным сайта zakupki.gov.ru. Для сравнения обеспеченности пациентов ЛП между субъектами и федеральными округами пересчитали сумму средств, потраченных на закупку ЛП на одного пациента с впервые установленным диагнозом ЗНО и поставленного на учёт, проживающего в федеральном округе или субъекте. Данные о количестве пациентов с впервые установленным диагнозом онкологического заболевания, поставленных на учёт в субъектах РФ основаны на ежегодном статистическом отчёте, издаваемом НМИЦ радиологии.

Результаты

С 2019 г. по 2021 г. сумма средств ОМС, затраченных на покупку ЛП для лечения пациентов с ЗНО, последовательно увеличилась в сравнении с 2019 годом с 80 миллиардов рублей до более

132 миллиардов рублей в 2021 году. Однако федеральные округа сильно отличались друг от друга суммой затраченных средств в пересчёте на 1 вновь диагностированного пациента, взятого на учёт. Причём эта разница увеличивалась: так, если в 2019 году она составила 67% между минимальной суммой в Приволжском федеральном округе и максимальной в г. Москве, то в 2021 году разница между минимальной (Южный федеральный округ) и максимальной (г. Москва) суммами достигла 144%. Даже без учёта средств г. Москвы разница между федеральными округами в 2019 г. составила 64%, а в 2021 г. – 74% (таблица 1).

Сравнение субъектов обнаружило ещё большую разницу, чем между федеральными округами: в 2019 году разница между субъектом, потратившим на закупку ЛП за счёт средств ОМС в пересчёте на 1 пациента с впервые установленным диагнозом ЗНО и поставленным на учёт минимум (Новгородская область – 47727 рублей) и субъектом с максимальной суммой (Камчатский край – 450736 рублей) составила 944%. В 2021 году эта разница уменьшилась, но всё равно оставалась почти пятикратной – 488% (минимум в Курской области – 126062 рубля, максимум в Республике Саха – 614660 рубля).

Отдельно мы проанализировали структуру закупок ЛП. Оказалось, что в 2019 году доля закупок ЛП с пероральным способом применения за счёт средств ОМС в структуре закупок ЛП всех способов применения в РФ составила 24%, а в федеральных округах колебалась от 16% (в ЦФО) до

Таблица 1

Средства ОМС, затраченные на покупку ЛП для лечения ЗНО в 2019–2021 гг. в федеральных округах РФ

Федеральный округ	Потрачено на покупку ЛП, млн. рублей			на 1 п-та с впервые установленным диагнозом ЗНО, рублей		
	2019	2020	2021	2019 руб.	2020 руб.	2021 руб.
РФ	80030	116144	132746	144938	246320	270585
ЦФО (без г. Москвы)	16574	22251	24496	134211	205961	225434
г. Москва	6916	10842	14857	164412	334217	447990
ДФО	5485	9434	9817	160614	322130	327296
СКФО	3456	5713	5333	130683	240903	216629
СЗФО	8793	10695	13364	131986	183608	245793
СибФО	11797	16167	15893	145146	226984	228325
ЮФО	7725	11427	11620	106690	167894	182562
УрФО	6351	10214	11470	116772	212421	241514
ПФО	12932	19401	25896	97555	166281	219528





37% (ДФО), за исключением г. Москвы, в котором эта доля составляла 2%. В 2021 году доля ЛП с таким способом применения в РФ незначительно уменьшилась до 20%, динамика долей в федеральных округах также показала снижение, но динамика была разнонаправленной. Одни федеральные округа существенно уменьшили как абсолютную сумму закупок таких ЛП, так и их долю в структуре закупок ЛП всех способов применения (например, СЗФО). Другие, уменьшив долю в общей структуре, увеличивали абсолютные суммы (например, ЦФО, ДФО, СибФО), треть вообще увеличили как абсолютные суммы, так и долю (например, УрФО). В Приволжском федеральном округе сумма, потраченная на закупку этих ЛП, увеличилась в 2 раза, но доля в общей структуре закупок осталась неизменной (таблица 2).

Мозаичность доли закупок ЛП с пероральным способом применения за счёт средств ОМС в субъектах оказалась значительной. Например, если в 2019 году Москва и Тверская область тратили 1% от закупок ЛП всех способов применения, Смоленская и Брянская области 2%, Московская область 4%, то Республики Бурятия и Карелия, Магаданская и Сахалинская области – 40% и более. В 2021 году некоторые субъекты практически не закупали ЛП с пероральным способом применения, например, Москва, Московская и Тверская области – не более 0,5%. Другая часть субъектов, напротив, существенную часть своего бюджета ОМС направили на закупку ЛП с таким способом

применения: например, более 40% от всех средств потратили Нижегородская, Иркутская, Свердловская области и Республика Бурятия. Также необходимо отметить совершенно разную динамику структуры закупок ЛП между субъектами. Так, существенно сократили долю покупаемых ЛП с пероральным способом применения в 2021 году по сравнению с 2019 в Республике Адыгея (7% и 19%), Камчатской крае (10% и 19%), Мурманской области (4% и 28%), г. Санкт-Петербурге (3% и 33%). Другие субъекты, напротив, увеличили долю в закупке этих ЛП за счёт средств ОМС в 2021 году в сравнении с 2019 годом: Республики Дагестан (38% и 16%) и Калмыкия (34% и 11%), Калининградская (39% и 24%), Свердловская (41% и 18%), Тюменская (36% и 10%) области (рис. 1).

В пересчёте суммы, потраченной субъектами на закупку ЛП с пероральным способом применения, на одного пациента с впервые установленным диагнозом и взятым на учёт в субъекте по месту жительства разница оказалась существенной (рис. 1).

Поскольку ЛП с пероральным способом применения могут применяться как в условиях стационара и дневного стационара, так и в амбулаторных условиях, мы отдельно проанализировали закупки ЛП с этим способом применения за счёт средств регионального бюджета – РЛО и федерального бюджета – программа ОНЛП, и пересчитали суммы на 1 пациента с впервые установленным диагнозом ЗНО (таблица 3).

Таблица 2

Динамика закупок ЛП с пероральным способом применения в федеральных округах РФ за счёт средств ОМС в 2019–2021 годах

Федеральный округ	Средства, потраченные на закупку ЛП всех способов применения, млн. рублей		Средства, потраченные на закупку ЛП для перорального применения, млн. рублей / доля в общей сумме средств, %	
	2019	2021	2019 руб.	2021 руб.
РФ	80030	132746	19066 / 24%	25924 / 20%
ЦФО (без г. Москвы)	16574	24496	2602 / 16%	2710 / 11%
г. Москва	6916	14857	140 / 2%	54 / 0,4%
ДФО	5485	9817	2026 / 37%	2646 / 27%
СКФО	3456	5333	1097 / 32%	1541 / 29%
СЗФО	8793	13364	2694 / 31%	1359 / 10%
СибФО	11797	15893	3865 / 33%	5017 / 32%
ЮФО	7725	11620	1846 / 24%	2294 / 20%
УрФО	6351	11470	1491 / 23%	3597 / 31%
ПФО	12932	25896	3304 / 26%	6705 / 26%

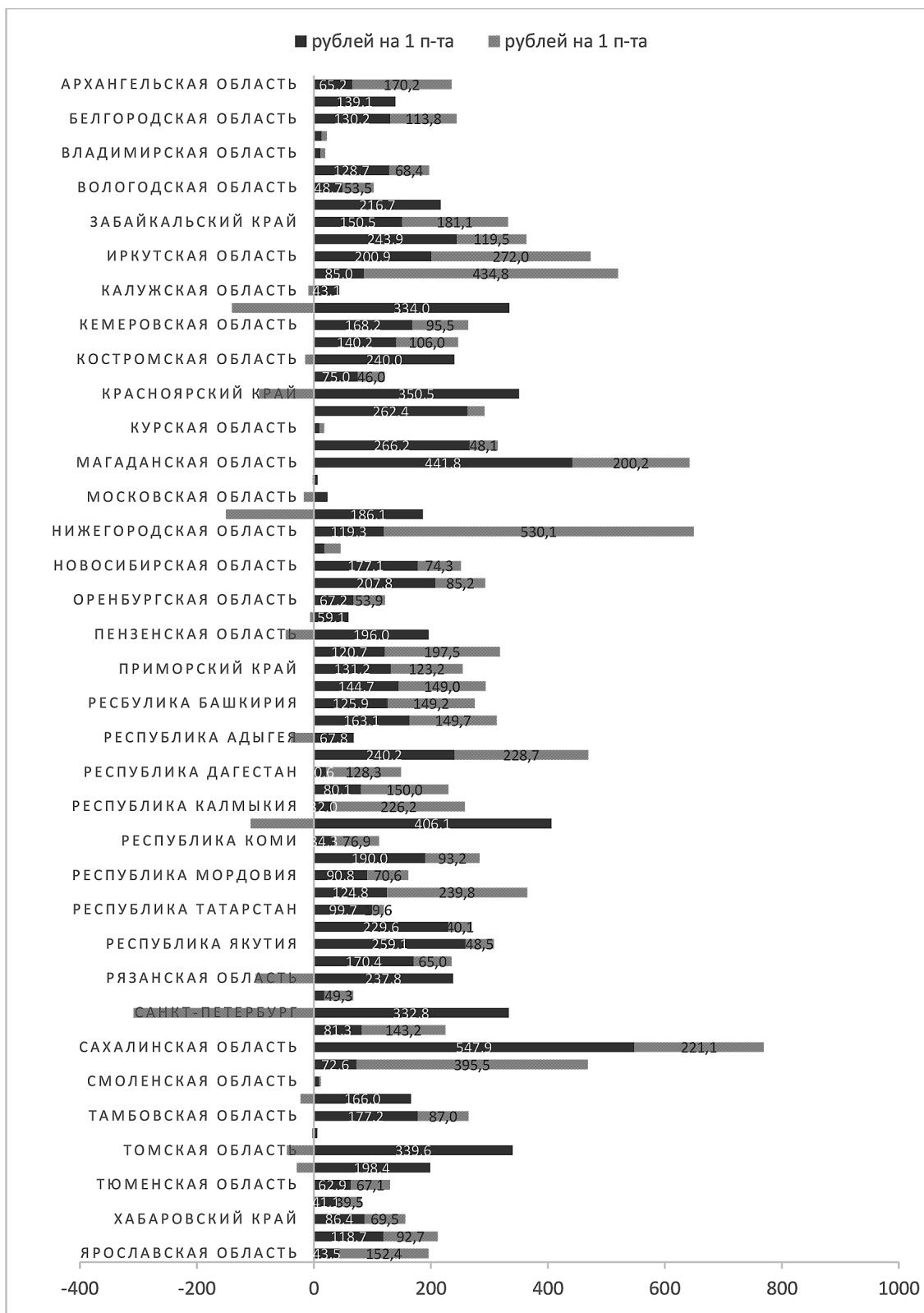


Рис. 1. Динамика сумм на 1 пациента, потраченных на закупку ЛП с пероральным способом применения в субъектах РФ в 2019 и 2021 годах за счёт средств ОМС





Таблица 3

Средства, потраченные на закупку пероральных ЛП за счёт всех каналов финансирования в пересчёте на 1 пациента с впервые установленным диагнозом ЗНО

Федеральный округ	Средства, потраченные на закупку ЛП для перорального применения за счёт средств ОМС в пересчёте на 1 пациента с впервые установленным диагнозом ЗНО, руб.		Средства, потраченные на закупку ЛП для перорального применения за счёт средств РЛО и ОНЛП в пересчёте на 1 пациента с впервые установленным диагнозом ЗНО, руб.		Суммарно по всем каналам финансирования, руб.	
	2019	2021	2019	2021	2019	2021
ЦФО (без Москвы)	20 830	27 852	58 068	83 517	78 898	111 369
ДФО	58 756	99 382	47 593	25 851	91 047	125 233
СКФО	41 418	69 688	16 519	13 142	57 937	82 830
СЗФО	40 051	28 516	46 083	85 295	86 134	113 810
СибФО	47 245	81 723	18 481	11 606	65 727	93 329
ЮФО	25 433	40 866	22 334	27 294	42 893	68 160
УрФО	27 341	86 310	27 825	26 852	55 166	113 162
ПФО	25 708	64 007	16 124	13 816	41 833	77 823

Также мы проанализировали закупку ЛП, имеющего показания в небольшом количестве нозологий икупающихся преимущественно за счёт средств ОМС. Выбор был сделан в пользу двух ЛП: трастузумаб эмтанзин и рамуцирумаб. Оба ЛП с инфузионным способом применения, закупки обоих осуществлялись за счёт средств ОМС в 2021 году (трастузумаб эмтанзин 98,4% от суммы закупок этого ЛП за счёт всех источников финансирования, рамуцирумаб – 84%), трастузумаб эмтанзин имеет показание для лечения пациенток с метастатическим раком молочной железы (РМЖ), рамуцирумаб показан для лечения пациентов с раком ободочной и прямой кишки (КРР), раком желудка (РЖ),

гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦР) и раком лёгкого (РЛ). Мы анализировали не только общее количество закупленных миллиграмм, но и количество миллиграмм, приходящееся на 1 пациента с впервые выявленным РМЖ, КРР, РЛ, ГЦК и РЖ и взятых на учёт для каждого ЛП отдельно.

В 2019 году отмечена разница между федеральными округами в количестве миллиграмм трастузумаба эмтанзина из расчёта на одного впервые выявленного и взятого на учёт пациента РМЖ. Эта разница составляла 76% (минимум в ПФО, максимум в г. Москве). Однако в 2021 году эта разница стала уже четырёхкратной: 48 мг в УрФО и 202 мг в г. Москве (таблица 4).

Таблица 4

Динамика закупок трастузумаба эмтанзина за счёт средств ОМС в федеральных округах РФ в 2019–2021 годах

Федеральные округа	Кол-во закупленных миллиграмм		Миллиграмм в пересчёте на 1 пациента с впервые выявленным РМЖ и взятого на учёт	
	2019	2021	2019	2021
ЦФО	538 080	1 419 440	40	111
г. Москва	294 120	1 085 160	47	202
ДФО	74 600	392 720	22	125
СКФО	125 540	240 260	42	89
СЗФО	252 620	669 100	37	109
СибФО	343 700	562 980	45	76
ЮФО	328 280	646 820	44	96
УрФО	157 300	249 060	30	48
ПФО	369 040	820 720	27	62



Таблица 5

Динамика закупок рамуцирумаба за счёт средств ОМС в федеральных округах РФ в 2019–2021 годах

Федеральные округа	Кол-во закупленных миллиграмм		Миллиграмм в пересчёте на 1 пациентку с впервые выявленным КРР, РЖ, ГЦК и РЛ, взятого на учёт	
	2019	2021	2019	2021
ЦФО	587200	3251 000	36	120
Москва	94700	491500	19	61
ДФО	189600	456511	34	55
СКФО	27700	188600	7	32
СЗФО	365600	975400	44	72
СибФО	514900	801700	44	44
ЮФО	213800	880300	23	58
УрФО	204400	670200	28	54
ПФО	510000	1338 400	28	43

Разница между федеральными округами в количестве миллиграмм в пересчёте на 1 пациента рамуцирумаба, закупленного за счёт средств ОМС в 2019 достигла более шестикратного размера с минимальным количеством в Северо-Кавказском федеральном округе и максимальном – в Северо-Западном и Сибирском федеральных округах. В 2021 году эта разница сократилась, но всё равно составила существенную цифру в 3,8 раза (таблица 5).

Обсуждение

Российская Федерация – огромное государство, включающее в себя 89 субъектов, различающихся по плотности населения, климатическим условиям, размерам, обеспеченностью медицинскими кадрами и современной медицинской инфраструктурой, транспортной доступностью, наконец. Исходя из этого, субъекты по-разному подходят к планированию медицинской помощи по профилю «Онкология»: в одних медицинская помощь концентрируется в небольшом количестве медицинских организаций с преимущественным оказанием помощи в условиях стационара и дневного стационара, другие, напротив, развивают оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе лекарственного лечения, инвестируя средства в программы регионального лекарственного обеспечения.

Вместе с тем, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»³ требует соблюдения клинических

рекомендаций, утверждённых Министерством здравоохранения РФ, при оказании медицинской помощи на любом её этапе. Этим можно объяснить разницу в сумме выделенных средств в пересчёте на 1 пациента с впервые установленным диагнозом ЗНО и взятым на учёт. Безусловно, это условный показатель, который мы считаем необходимым использовать при сравнении субъектов и федеральных округов между собой, ведь абсолютные суммы не отражают подлинной картины ввиду не только разного количества населения, но и разной онкологической заболеваемости. Наше исследование обнаружило существенную разницу между федеральными округами по этому показателю, причём за период 2019–2021 гг. эта разница увеличивалась. Ещё большие различия выявлены при анализе закупок ЛП в субъектах РФ. Чем же можно объяснить такую разницу? Во-первых, субвенции Федерального Фонда ОМС (ФФОМС) Территориальным Фондам: они рассчитываются исходя из количества застрахованного населения, а не заболеваемости⁴. Отсюда, субъектам с большей заболеваемостью приходится оказывать медицинскую помощь большему количеству пациентов, при этом субвенции ФФОМС это финансово не обеспечивают. Во-вторых, часть субъектов софинансирует территориальные программы ОМС, что увеличивает общий бюджет территориальной программы субъекта и, следовательно, позволяет

³ Федеральный закон 323 от 21 ноября 2011 г. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

⁴ Постановление Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 г. № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов».





больше тратить на закупку лекарственных препаратов. В-третьих, субвенции ФФОМС – это общий бюджет на оказание медицинской помощи по профилю «Онкология», включающий в себя все виды лечения, а не только лекарственного. Онкологические службы субъектов самостоятельно определяют объёмы каждого вида помощи, в том числе не предполагающие использование лекарственных препаратов (тарифные соглашения субъектов РФ). Существенная разница в средствах, затраченных системой ОМС на закупку ЛП, между федеральными округами и субъектами, в перерасчёте на одного пациента с впервые установленным диагнозом свидетельствует и о разных условиях лечения пациентов, особенно если речь идёт о ЛП с пероральным способом применения: пациенты в одних субъектах имеют больше шансов на лечение такими ЛП в амбулаторных условиях, другие, напротив, вынуждены посещать дневной стационар [1]. Очевидно, что эта ситуация связана не только с географическими особенностями субъектов, их обеспеченностью медицинскими организациями и квалифицированными медицинскими кадрами, но и выделением субъектами средств на льготное лекарственное обеспечение, которое часто недостаточно [2]. Возможно, включение в стоимость законченного случая лечения пациента в условиях стационара, продолжения лечения пациента в течение определённого периода на амбулаторном этапе позволило бы выровнять ситуацию, однако имеющийся международный опыт неоднозначен [3, 4, 5].

Необходимость широкого применения лекарственных препаратов с пероральным способом в условиях стационара и дневного стационара давно и широко обсуждается. В одних субъектах ЛП этим способом применения пользуются в основном на амбулаторном этапе лечения, в других, напротив, в условиях стационара и дневного стационара [6]. Наше исследование подтвердило это: разница в сумме средств как между субъектами РФ, так и федеральными округами, потраченных на закупку ЛП с пероральным способом применения, оказалась значительной. С 2021 года основное количество схем лекарственного лечения с применением пероральных ЛП отнесено расшифровщиком клинико-статистических групп к схемам дневного стационара. Интересно, что различия в обеспеченности койками дневных стационаров в федеральных округах достигает двукратной разницы [7]. Между тем, применение ЛП

с пероральным способом применения в условиях стационара или дневного стационара у тех пациентов, которые могут получать такое лечение амбулаторно, во-первых, неудобно для пациентов, поскольку требует визитов (в случае дневного стационара ежедневных) в медицинскую организацию, что в свою очередь влияет как на доступность медицинской помощи в целом, так и качество жизни пациентов, а во-вторых, повышает нагрузку на медицинскую организацию и приводит к перерасходу объёмов медицинской помощи.

ЛП с парентеральным, и особенно инфузионным способом применения, требующие соблюдения холодовой цепи, должны применяться в условиях стационара [8]. В нашем исследовании мы проанализировали закупки двух оригинальных ЛП, не имеющих аналогов. Выбор этих ЛП обусловлен не только показанием в небольшом количестве нозологии (трастузумаб эмтанзин – 1 нозология, рамуцирумаб – 4 нозологии), но и инфузионным способом введения, необходимостью соблюдения холодовой цепи и тем, что почти все закупки этих ЛП приходятся на ОМС: 98% трастузумаба эмтанзина и 84% рамуцирцмаба закупалось за счёт средств ОМС. Разница между федеральными округами в количестве миллиграмм, приходящихся на 1 пациента с впервые установленным диагнозом и взятым на учёт, оказалась кратной. Поскольку эти ЛП практически не закупались за счёт средств бюджетов льготного лекарственного обеспечения, можно сделать вывод о разной доступности пациентов к лечению этими лекарственными препаратами. Отметим, что оба ЛП рекомендованы действующими клиническими рекомендациями, включены в перечень жизненно необходимых и важнейших ЛП и расшифровщик клинико-статистических групп ФФОМС, следовательно, должны применяться приблизительно с одинаковой частотой во всех субъектах страны. Вместе с тем, действующие клинические рекомендации предусматривают и другие лечебные опции помимо анализируемых ЛП, в этой работе частоту применения альтернативных схем лечения мы не оценивали. Однако, наше исследование этого не подтвердило.

Выводы

1. Лекарственное обеспечение пациентов со злокачественными новообразованиями в субъектах Российской Федерации на стационарном этапе лечения существенно различается.



2. Пациенты со злокачественными новообразованиями в федеральных округах и субъектах Российской Федерации имеют различную доступность к лекарственным препаратам с пероральным способом применения.

3. Обеспеченность пациентов отдельными лекарственными препаратами на стационарном этапе лечения существенно отличается между федеральными округами.



СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Агафонова Ю.А., Федяев Д.В., Снеговой А.В., Омеляновский В.В. Совершенствование эффективности системы лекарственного обеспечения пациентов со злокачественными новообразованиями // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2022; 15(2):209–220
2. Агафонова Ю.А., Федяев Д.В., Омеляновский В.В., Снеговой А.В. Преемственность лекарственного обеспечения на амбулаторном и стационарном этапах терапии онкологических пациентов. Проблемы и пути решения // Медицинские технологии. Оценка и выбор 2021. – № 3 (43). – С. 37–44.
3. Гордев С.С., Авксентьева М.В., Ледовских Ю.А., Трякин А.А., Федянин М.Ю., Мамедли З.З., Стильди И.С., Петровский А.В. Стационарная медицинская помощь: эволюция методов оплаты и их влияние на качество // Практическая онкология. 2020; 21(2):91–100.
4. Gani F., Makary M.A., Wick E.C. et al. Bundled payments for surgical colectomy among Medicare enrollees: potential savings vs the need for further reform. JAMA surgery. – 2016. – Vol. 151. – № 5. – P. e160202.
5. Wang C.J., Cheng S.H., Wu J.Y. et al. Association of a Bundled-Payment Program With Cost and Outcomes in Full-Cycle Breast Cancer Care // JAMA Oncol. – 2017. – Vol. 3. – P. 327–334.
6. Линник С.А. Анализ обеспечения лекарственными препаратами пациентов с ЗНО в субъектах РФ. Общественное здоровье и здравоохранение. 2022; 75(3):28–32.
7. Евдаков В.А., Мельников Ю.Ю., Бантьева М.Н., Маношкина Е.М. Деятельность дневных стационаров онкологического профиля в Российской Федерации и её субъектах за 2010–2019 годы // Менеджер здравоохранения. 2021;1:40–47.
8. Зудин А.Б., Линник С.А., Щепин В.О., Александрова О.Ю. Анализ перечней лекарственных препаратов для лечения пациентов со злокачественными новообразованиями на предмет возможности применения данных лекарственных препаратов в амбулаторных условиях // Вопросы онкологии. 2020; 66(6):609–617.

ORIGINAL PAPER

ANALYSIS OF DRUG SUPPLY FOR PATIENTS WITH MALIGNANT NEOPLASMS AT THE INPATIENT STAGE OF TREATMENT

S.A. Linnik¹✉, O.Yu. Alexandrova²

^{1,2} N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia.

¹ <https://orcid.org/0000-0002-0538-5400>;

² <https://orcid.org/0000-0002-0761-1838>

✉ Corresponding author: Linnik S.A.

ABSTRACT

Drug provision of patients with malignant neoplasms in a hospital and day hospital in the constituent entities and Federal districts of the Russian Federation has not been studied enough. Meanwhile, hundreds of billions of rubles are annually spent on the purchase of drugs for these patients. The aim of the study is to analyze the drug supply of patients with malignant neoplasms at the inpatient stage of treatment. We analyzed the purchase of medicines at the expense of compulsory medical insurance in the subjects and federal districts of the Russian Federation according to the website zakupki.gov.ru. To compare federal districts and constituent entities with each other, we compared the amounts spent on the purchase of medicines at the expense of compulsory medical insurance, in terms of 1 patient with a newly diagnosed cancer in each federal district and constituent entity, respectively. We found significant differences in the drug treatment of patients with MN not only between the Federal Districts, but also within the Federal District. Moreover, the difference in drug provision of patients with specific drugs in the subjects reaches multiple values. Oral drugs are also used differently, with a mixed trend in the Federal Districts of their use over the past two years. Drug provision of patients with malignant neoplasms in the constituent entities of the Russian Federation at the inpatient stage of treatment varies significantly, patients have different access to drugs with oral administration.

Keywords: compulsory health insurance, malignant neoplasms, drug provision, medicines, medical care in a hospital setting.

For citation: Linnik S.A., Alexandrova O.Yu. Analysis of drug supply for patients with malignant neoplasms at the inpatient stage of treatment // *Manager Zdravoochraneniya*. 2023; 2: 18–26. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-18-26.





REFERENCES



1. Agafonova Yu.A., Fedyaev D.V., Snegovoy A.V., Omelyanovskiy V.V. Improving the efficiency of the medicine provision system for patients with malignant neoplasms // FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology. 2022; 15(2):209–220. (In Russ.).
2. Agafonova Yu.A., Fedyaev D.V., Omelyanovskiy V.V., Snegovoy A.V. Continuity of outpatient and inpatient drug supply of cancer patients – problems and solutions // Medical Technologies. Assessment and Choice. 2021; (3):37–44. (In Russ.).
3. Gordeev S.S., Avxentyeva M.V., Ledovskikh Yu.A., Tryakin A.A., Fedyanin M.Yu., Mamedli Z.Z., Stilidi I.S., Petrovsky A.V. Inpatient care: the evolution of payment methods and their impact on quality // Practical oncology. 2020; 21(2):91–100. (In Russ.).
4. Gani F., Makary M.A., Wick E.C. et al. Bundled payments for surgical colectomy among Medicare enrollees: potential savings vs the need for further reform // JAMA surgery. – 2016. – Vol. 151. – № 5. – P. e160202.
5. Wang C.J., Cheng S.H., Wu J.Y. et al. Association of a Bundled-Payment Program With Cost and Outcomes in Full-Cycle Breast Cancer Care // JAMA Oncol. – 2017. – Vol. 3. – P. 327–334.
6. Linnik S.A. Analysis of the provision of medicines to patients with malignant neoplasms in the constituent entities of the Russian Federation // Public health and healthcare. 2022; 75(3):28–32. (In Russ.).
7. Evdakov V.A., Melnikov Y.Y., Banteva M.N., Manoshkina E.M. Activity of daily stay oncological hospitals in the Russian Federation and its regions for 2010–2019. 2021;1:40–47. (In Russ.).
8. Linnik S.A., Zudin A.B., Shepin V., Alexandrova O.Yu. Analysis of the lists of drugs for the treatment of patients with malignant neoplasms for the possibility of using these drugs on an outpatient basis // Problems in oncology. 2020; 66(6):609–617. (In Russ.).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Линник Сергей Александрович – канд. мед. наук, старший научный сотрудник, ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.С. Семашко», г. Москва, Россия.

Sergey A. Linnik – PhD, senior investigator of N.A. Semashko National Research Institute of Public Health.

E-mail: Linnik2001@mail.ru

Александрова Оксана Юрьевна – д-р мед. наук, профессор, заместитель директора по науке, ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.С. Семашко», г. Москва, Россия.

Oxana Yurevna A. – Doctor of Medicine (MD), Deputy Director of N.A. Semashko National Research Institute of Public Health.

<https://orcid.org/0000-0002-0761-1838>

Здравоохранение-2023



О МОРАТОРИИ НА ЗАКОН О ГОСЗАКУПКАХ НА ВРЕМЯ СВО

Спикер Совета Федерации Валентина Матвиенко на пленарном заседании 1 февраля 2023 г. призвала наложить мораторий на действие закона № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» на все время специальной военной операции (СВО) и «дать регионам возможность в ускоренном режиме по началу строительства инфраструктурных и иных объектов». В Совфеде планируют в течение недели обратиться в Правительство с предложением.

По словам Матвиенко, законодатели «напрягаются», чтобы принять бюджет до 1 декабря, а в силу действия закона о госзакупках выделенные средства могут начинать осваиваться только с лета 2023 года. По ее словам, новый порядок в случае его принятия не отменяет контроля правоохранительных органов, «но нельзя из-за теоретических подозрений останавливать всю машину освоения федеральных средств».

Участники рынка закупок для здравоохранения неоднократно призывали изменить систему. Они предлагают обеспечить прямые госзаказы отечественным предприятиям и ограничить круг участников закупок.

Источник: Медвестник.ру



ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-27-39

УДК: 614.2

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ СЛУЖБОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНОГО УРОВНЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

И.М. Шулькин ✉, **А.В. Владимирский**, **Е.И. Шульц**, **Р.Н. Ахметов**

ГБУЗ города Москвы «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия

✉ Автор для корреспонденции: Шулькин И.М.

АННОТАЦИЯ

Рассматриваются основные проблемы организации работы службы лучевой диагностики и возможности для их решения, предоставляемые инструментами информационных систем. Сформулированы организационные задачи, которые необходимо предусмотреть при цифровизации здравоохранения. Проведен анализ изменения организационно-управленческого подхода к обеспечению работы диагностического отделения. Решающую роль в развитии современного здравоохранения играет системный подход к цифровизации отрасли и создание цифровой инфраструктуры в соответствии с актуальными запросами для оперативного управления.

Ключевые слова: лучевая диагностика, телемедицина, телерадиология, первичная медицинская помощь, поликлиника.

Для цитирования: Шулькин И.М., Владимирский А.В., Шульц Е.И., Ахметов Р.Н. Актуальные проблемы управления службой лучевой диагностики первичного уровня медико-санитарной помощи // Менеджер здравоохранения. 2023; 2: 27–39.

DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-27-39.

Введение

По данным Минздрава России ежегодно в стране проводится более 350 миллионов лучевых исследований; при этом годовой прирост их количества составляет 2,5% [1]. Интенсивное развитие и цифровизация парка диагностических устройств решила вопрос дефицита оборудования, но обусловила возникновение новых проблем. К их числу относятся нехватка кадров (прежде всего врачебных), эффективность использования аппаратуры (включая баланс загруженности и технической сохранности, вопросы корректности назначений), доступность исследований для пациентов в условиях постоянно нарастающего спроса. Высокая технологичность, ресурсоемкость, многообразие и сложность процессов, социальная значимость, особые требования к качеству и доступности при лавинообразно нарастающем спросе – вот условия, в которых современный организатор здравоохранения должен формировать и реализовывать стратегию управления службой лучевой диагностики. Очевидно, что в этом контексте требуются специальные организационные технологии, учитывающие специфику и задачи отрасли.

Вместе с тем, проблема обоснованного расчета потребности и объемов лучевых исследований, особенно в контексте конкретной эпидемиологической и социальной обстановки, также сохраняет свою актуальность (Каприн с соавт., 2015; Куцаинова с соавт., 2018; Ломаков с соавт., 2020; Малеков с соавт., 2019; Тюрин, 2018; Шахабов с соавт., 2020; Шелехов, 2019; Blessing et al, 2020; Castillo et al, 2021; O’Hagan et al, 2019).

Обсуждение

Востребованность и ресурсное обеспечение

В глобальной перспективе спрос на лучевые исследования постоянно возрастает, пропорционально растет оснащенность [2–6]. Структура соответствующих услуг остается относительно стабильной: преобладают рентгенологические диагностические и профилактические (до 55,0%), а также ультразвуковые исследования (около 43,0%). Вместе с тем, есть тенденции постепенного увеличения количества компьютерных и магнитно-резонансных томографий пропорционально росту числа соответствующих структурных подразделений медицинских

© Шулькин И.М., Владимирский А.В., Шульц Е.И., Ахметов Р.Н., 2023 г.





организаций. Так, количество отделений и кабинетов компьютерной томографии (КТ) в государственных медицинских организациях выросло с 1190 в 2014 г. до 1283 в 2019 г., а магнитно-резонансной томографии – с 461 до 477 соответственно [7, 8]. При этом надо учитывать стремительный рост частного сектора лучевой диагностики, в отношении которого не опубликовано надежных статистических данных; однако оценка реальной практической ситуации позволяет судить о значительном росте спроса на КТ- и МРТ-исследования в формате коммерческих услуг. По данным отдельных частных медицинских организаций ежегодный прирост числа лучевых исследований может достигать 38,4% [9–12].

Необходимо отметить отсутствие в глобальной перспективе единого понимания оптимального или рационального количества «тяжелой медицинской техники» в расчете на объем населения. Относительно низкая оснащенность может сопровождаться высокой используемостью и хорошей сохранностью парка, в то время как относительный переизбыток оборудования часто приводит к его простоям. С позиций бенчмаркинга, в настоящее время число компьютерных томографов на 100 тысяч населения в России приближается к средним значениям в странах Европы. Например, в 2019 г. в РФ зафиксировано 1,3 КТ на 100 тыс. населения; в Нидерландах в 2018 г. – 1,35, во Франции – 1,22, в Германии – 1,92, в Австрии – 1,78. Вместе с тем, отмечается отставание по числу магнитно-резонансных томографов [7]. Необходимо отметить, что ситуация с оснащенностью высокотехнологичным оборудованием разных модальностей достаточно широко варьируется в разных субъектах РФ, что требует индивидуализации подходов к организации и управлению, учитывающих локальные потребности, возможности и исходное состояние [1, 13, 14].

С учетом принципов рационального использования ресурсов в здравоохранении необходимо стремиться не к механическому увеличению количества аппаратов, а к достоверному определению потребности (как текущей, так и прогнозируемой) и обеспечению сбалансированной загрузки оборудования. Под «сбалансированной нагрузкой» мы понимаем рациональный режим работы диагностических устройств, обеспечивающих максимальное количество исследований за период на фоне оптимального режима работы, то есть – недопущения преждевременного технического износа.

Реализация сказанного является важной организационной задачей. Если рассматривать службу

лучевой диагностики как компонент системы здравоохранения административно-территориальной единицы (субъекта РФ), то становится очевидным отсутствие научно обоснованных подходов, методов и способов мониторинга загрузки и режимов работы диагностического оборудования в реальном режиме времени. Именно такой «онлайн»-мониторинг необходим для оценки динамики состояния службы, принятия оперативных управленческих решений. В современных высокодинамичных условиях система здравоохранения (и служба лучевой диагностики как ее неотъемлемый компонент) должны чутко и очень быстро реагировать на изменения социально-экономической, клинической, эпидемиологической ситуации. Помимо режима реального времени, считаем важным осуществление мониторинга по совокупности параметров, включающих различные характеристики медицинских организаций, потоки пациентов, собственно оборудование, а также – клинические аспекты (прежде всего – направления на исследования, формируемые врачами клинических специальностей). Необходимо определить те метрики, которые будут наиболее комплексно и практико-ориентированно отражать деятельность службы лучевой диагностики. Также должны быть разработаны организационные технологии формирования обоснованного целеполагания для развития, прогнозирования состояния и оперативного управления службой лучевой диагностики.

Другой проблемой, связанной с управлением службой лучевой диагностики, является кадровый дефицит. Из года в год сохраняются стандартные проблемы – высокий рост совместительства (недостаток физических лиц), потребность в более интенсивном и действительно непрерывном повышении квалификации [15–20]. В период 2009–2013 гг. отмечался постоянный рост суммарной обеспеченности населения физическими лицами – специалистами лучевой диагностики на 13,5%. В период 2014–2019 гг. количество именно врачей-рентгенологов возросло на 8,5%, врачей ультразвуковой диагностики – на 17,1%, рентгенолаборантов – на 3,1%. Вместе с тем, стремительный рост спроса на лучевые исследования и оснащенность значительно превосходит по своим темпам рост численности специалистов. Причем даже очень качественная и системная подготовка кадров не может компенсировать сложившийся дисбаланс.

С учетом высокой цифровизации всей отрасли лучевой диагностики, универсальным организационным решением проблемы кадрового дефицита



стало масштабное применение телемедицинских технологий. Здесь сформировались два основных подхода [21–24]:

1. Модель централизации, подразумевающая физическое объединение специалистов в структуре референс-центра лучевой диагностики для дистанционных описаний исследований, выполняемых в сети медицинских организаций.

2. Модель аутсорсинга, подразумевающая дистанционную работу определенного числа врачей – сотрудников данной медицинской организации и/или передачу части исследований на дистанционные описания в иную медицинскую организацию.

Результативность работы центров «телерадиологии» хорошо изучена в определенном количестве научных публикаций. Ретроспективные и внутренние мероприятия по контролю качества демонстрируют очень положительные и обнадеживающие результаты. В целом, можно утверждать, что в условиях стандартизации и при корректной методической организации результативность обеих моделей (централизации и аутсорсинга) достаточно высока, так же, как и качество работы специалистов лучевой диагностики [25–27]. При этом остается неизученным аспект использования телемедицинских технологий в целях экспертной поддержки, то есть ситуации, когда врач-рентгенолог обращается за телемедицинской консультацией к своему более квалифицированному коллеге. Между тем распространенность такой формы дистанционного взаимодействия в лучевой диагностике достаточно высока. Полагаем, что экспертная поддержка со стороны врачей, имеющих субспециализации и работающих в медицинских центрах третьего уровня медицинской помощи, может и должна оказываться дистанционно врачам-рентгенологам, работающим на первом уровне медико-санитарной помощи. Объективная востребованность и особенности такой деятельности, важные для планирования и организации работы службы лучевой диагностики административно-территориальной единицы (вплоть до уровня субъекта РФ), остаются неизученными и явно требуют специального исследования.

Информатизация и цифровизация

В Российской Федерации, как и в глобальной перспективе, отмечается активная цифровизация здравоохранения [28–31]. Даже в странах с ограниченными ресурсами именно благодаря информационным технологиям удается успешно решать задачи предоставления медицинской помощи, обучения

и поддержки медицинского персонала (в том числе в сфере лучевой диагностики) [32–37]. Согласно опубликованной информации в настоящее время в России функционирует 237 радиологических информационных систем (РИС), 5662 аппаратов лучевой диагностики непосредственно подключены к сети Интернет, еще 3668 устройств подключены к системам получения, архивирования, хранения и поиска цифровых изображений (англ. «PACS») [7]. К сожалению, авторы цитируемой статьи – фактически единственной с данными общегосударственного масштаба – не уточняют модальности подключенных устройств, не соотносят количество именно цифровых аппаратов и PACS-систем, не уточняют масштабы использования РИС в плане охвата медицинских организаций. Предположительно, использованные авторами источники первичных данных не вполне корректны и информативны.

Действующими нормативно-правовыми актами предусмотрено создание в государственных информационных системах в сфере здравоохранения субъектов РФ централизованных архивов медицинских изображений (ЦАМИ); опубликованы соответствующие методические рекомендации Минздрава России. Наличие ЦАМИ подразумевает развертывание радиологической информационной системы на уровне всего субъекта с соответствующей интеграцией как диагностических устройств, так и медицинских информационных систем, автоматизированных рабочих мест. В научных публикациях преимущественно рассматриваются технологические аспекты построения соответствующих информационных ресурсов [38–41]. Причем часть авторов ограничивается вопросами информатизации отделений лучевой диагностики сугубо в пределах отдельных медицинских организаций [15, 18, 42], что является явным ограничением на современном этапе развития.

В подавляющем большинстве публикаций информационные системы для лучевой диагностики (РИС, PACS, ЦАМИ) рассматриваются как сугубо прикладной инструмент специалистов лучевой диагностики либо как средство для дистанционного взаимодействия. Достаточно часто публикуются разные формы телемедицинского консультирования посредством указанных информационных систем. При этом акцент делается либо на описательную статистику применения телемедицинских технологий, либо вновь на технические аспекты; реже обсуждаются вопросы качества дистанционных описаний [1]. Важно еще раз подчеркнуть, что интенсивное расширение способов применения





радиологических информационных систем (за счет телемедицины, внедрения инновационных технологий, развития образовательной деятельности, контроля дозовой нагрузки и т.д.) возникает при условии масштабирования такой системы на сеть медицинских организаций, в том числе – на уровне административно-территориальных единиц [43–45].

Особых организационно-управленческих подходов потребовало обеспечение функционирования подразделений лучевой диагностики, продолжающих оказывать помощь пациентам с различными иными заболеваниями, в том числе в экстренном и неотложном порядках [46, 47]. Пандемия COVID-19 подчеркнула критичную важность системной, научно-обоснованной организационно-управленческой работы в сфере лучевой диагностики. Более того, в литературе показано, что недостатки именно в организации работы служб лучевой диагностики (включая недооснащенность и недоступность требуемого диагностического оборудования) пагубно сказывались на объемах оказываемой медицинской помощи и, в конечном счете, на ее эффективности [48]. Важным результатом анализа опыта пандемии стало осознание безальтернативности цифровизации здравоохранения в целом и лучевой диагностики в частности. Наибольшая стабильность и результативность служб лучевой диагностики на пике пандемии фиксировалась именно при исходном наличии развитых радиологических информационных систем и централизованных архивов медицинских изображений [49, 50].

Полагаем, что с учетом объемов затрачиваемых ресурсов, недопустимо рассматривать ЦАМИ исключительно как долговременное хранилище медицинских документов, аналог больничного архива (пусть даже и применяемого в ходе телемедицинских консультаций). Количество и характер разнообразных данных, накапливаемых в централизованных архивах, создает основу для появления принципиально новых управленческих подходов. В настоящее время отсутствует систематизированный, научно обоснованный подход к использованию потенциала ЦАМИ в организации и управлении службой лучевой диагностики. Требуется научная разработка соответствующих подходов и методологий.

Доступность

Ключевым показателем доступности диагностических исследований является время выполнения, включающее период от назначения соответствующего

теста до финализации описания его результатов врачом-специалистом. В указанном периоде четко выделяются три составляющие. Время от назначения до выполнения – длительность этого периода зависит от оснащенности, загруженности, наличия выстроенной системы маршрутизации (в том числе зафиксированной в нормативных документах), а также от имеющихся возможностей оперативного управления потоками пациентов. Время непосредственного выполнения – длительность этого периода, как правило, минимальна; она зависит от стандартизации протоколов исследований, квалификации персонала. Время подготовки описания результатов диагностического исследования может значительно варьироваться, так как зависит от кадровой ситуации [51–54].

С точки зрения организации здравоохранения необходимо воздействие на все три составляющие. Для минимизации первого этапа требуется наличие системы мониторинга в режиме реального времени, о которой мы уже говорили выше; в таком случае появляется возможность не только зафиксировать правила маршрутизации в нормативно-правовых актах, но действительно управлять потоками пациентов. Второй и третий этап требуют методической работы по стандартизации, непрерывному повышению квалификации и системы внутреннего контроля качества. Для третьего этапа есть свои особенности: необходимы организационно-управленческие решения по устранению кадрового дефицита (о чем также было сказано выше), а также требуется нормирование длительности описаний. Без нормирования, тем более с учетом модальностей исследований, невозможно спрогнозировать загруженность врачей, как и сроки ожидания заключения пациентами.

Значительно варьируется длительность описаний в зависимости от модели организации службы лучевой диагностики. В научных исследованиях показано значительное сокращение сроков подготовки документации по результатам исследований при реализации концепции централизации лучевой диагностики и внедрению описаний по субспециализациям [53, 55]. Особенно значительным является снижение для таких модальностей, как магнитно-резонансная томография и рентгенография. Рост производительности труда положительно сказывается на доступности соответствующих видов исследований и экономических показателях деятельности медицинских организаций [52]. Наличие клинической информации может как увеличивать,



так и сокращать длительность описаний. Во многом это зависит от простоты доступа и наглядности данных о состоянии здоровья пациента [56]. В этом ключе оптимальным представляется интеграция радиологических и медицинских информационных систем, а также информационных систем в сфере здравоохранения субъектов РФ. На длительность описаний влияют методологические аспекты: например, наличие структурированных шаблонов описаний, предусмотренная необходимость консультирования пациента врачом-рентгенологом и т.д. [57–59].

Приказом Министерства здравоохранения РСФСР от 02.08.1991 г. № 132 «О совершенствовании службы лучевой диагностики» (утратил силу с 03.12.2020) устанавливались примерные расчетные нормы времени на проведение рентгенологических и ультразвуковых исследований. В последние годы обоснованность и реалистичность указанных норм вызвали значительную дискуссию в профессиональном сообществе. С другой стороны, с учетом значительной вариативности структуры служб лучевой диагностики субъектов РФ, расчетные нормы были совершенно неприемлемы во многих ситуациях. Очевидно, что с точки зрения современного управления здравоохранением невозможно не учитывать локальные особенности и потребности субъектов РФ, включая демографические, географические, социально-экономические аспекты, востребованность разных видов исследований и т.д. Также, в научном исследовании было показано, что указанные нормы не учитывают различие затрат на осуществление деятельности врачей и среднего медицинского персонала в рамках оказания конкретной услуги, а также – требуют доработки, в силу значительных изменений технической аппаратной части лучевой диагностики, интенсивного внедрения информационных систем передачи изображений и систем документооборота [60].

В ныне действующем приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.06.2020 г. № 560н «Об утверждении Правил проведения рентгенологических исследований» аспекты нормирования труда отсутствуют. Это создает возможности для субъектов РФ разработать собственные требования, учитывающие локальную специфику, и утвердить их нормативно-правовыми актами органов исполнительной власти в сфере здравоохранения данного региона. Вместе с тем, реализуется сказанное со значительными

затруднениями, в основном – в силу отсутствия современных организационных технологий.

Важно отметить, что нормирование труда само по себе является инструментом управления. Помимо обеспечения доступности медицинской помощи, прогнозирования затрат различных ресурсов, нормирование труда позволяет решать целый ряд актуальных управленческих задач, включая стимулирование работников, реализацию концепции «бережливого производства» и т.д. [61]. В сфере лучевой диагностики исследования по проблематике нормирования труда выполнялись почти 7–8 лет назад, в совершенно ином контексте оснащения, спроса и т.д. Ненормированная и непрогнозируемая длительность подготовки описаний результатов создает серьезные риски ограничения доступности лучевых исследований, при этом согласно опубликованным данным, переход на системное использование радиологических информационных систем приводит к значительному (в разы) снижению длительности подготовки документации по результатам проведенных лучевых исследований [62]. Учитывая все вышесказанное, актуальной является научная разработка новых организационных технологий, в том числе на основе цифровых решений, для решения вопросов нормирования труда в лучевой диагностике.

Научное развитие

Развитие лучевой диагностики за последние два десятилетия привело к тому, что эта сфера стала основополагающей для всей системы здравоохранения. Лучевая диагностика активно используется на всех этапах ведения пациентов, включая раннее выявление в ходе профилактических мероприятий, дифференциальную диагностику, стадирование, прогнозирование, оценку эффективности лечения и уровень исходов.

Высокая технологичность, ресурсоемкость, многообразие и сложность процессов, социальная значимость, особые требования к качеству и доступности при лавинообразно нарастающем спросе – вот условия, в которых современный организатор здравоохранения должен формировать и реализовывать стратегию управления службой лучевой диагностики. Очевидно, что в этом контексте требуются специальные организационные технологии, учитывающие специфику и задачи отрасли.

За последние 10 лет наблюдается изменение характера проблем в организации службы лучевой диагностики, требующих системного научного





подхода. Ранее особую значимость имели недостатки экономического анализа, предшествующие закупочной деятельности, неравномерность и ограничения оснащения медицинских организаций, низкая квалификация кадров. Решению перечисленных проблем был посвящен ряд научных исследований [9, 63–68].

В настоящее время ситуация изменилась. Интенсивное развитие и цифровизация парка диагностических устройств решила вопрос дефицита оборудования, но обусловила возникновение новых проблем. К их числу относятся: нехватка кадров (прежде всего врачебных), эффективность использования аппаратуры (включая баланс загруженности и технической сохранности, вопросы корректности назначений), доступность исследований для пациентов в условиях постоянно нарастающего спроса. Вместе с тем, проблема обоснованного расчета потребности и объемов лучевых исследований, особенно в контексте конкретной эпидемиологической и социальной обстановки, сохраняет свою актуальность [1, 10, 13, 56, 69–74].

В настоящее время предлагаются новые научные подходы к улучшению организации и управления в системе здравоохранения, в том числе – на уровне оказания первичной медико-санитарной помощи и с применением информационных технологий [75–80]. Колоссальная значимость соответствующих научных исследований бесспорна, их практическое внедрение позволяет получить системные положительные результаты. Вместе с тем, в научных исследованиях специфика управления лучевой диагностикой в общем контексте организации первичного звена здравоохранения часто не учитывается или рассматривается фрагментарно. Ситуация, безусловно, негативна с точки зрения безопасности для пациентов и неоправданных экономических затрат для системы здравоохранения. Между тем конкретных мер и подходов к решению данной проблемы не сформулировано (за исключением столь же стандартных утверждений о необходимости повышения квалификации врачей первичного уровня медико-санитарной помощи).

Большинство исследований в сфере организации здравоохранения посвящено изучению проблематики на уровне структурных подразделений (отделений) лучевой диагностики медицинской организации. В частности, изучены вопросы обеспечения контроля безопасности и качества лучевой диагностики, организационные аспекты

деятельности соответствующих структурных подразделений (в том числе с учетом специфики тех или иных модальностей) в составе больниц скорой неотложной помощи, многопрофильных стационаров, онкологических медицинских организаций.

На уровне административно-территориальных единиц, в отдельных случаях, приводится описательная статистика оснащенности и обеспеченности, специфические вопросы организации исследований по отдельным модальностям, реже – аспекты радиационной безопасности [10, 11, 70, 72, 81, 82]. Рекомендуется в каждом субъекте Российской Федерации организовать службу лучевой диагностики с учетом региональных особенностей: климатогеографических, транспортной доступности, плотности расселения населения и прочих факторов, а также кадровых ресурсов [83]. Однако, конкретных организационных технологий для реализации сказанного не предложено.

Имеет место явная нехватка научных исследований, системно рассматривающих проблематику организации и управления службой лучевой диагностики на уровне административно-территориальной единицы или целого субъекта РФ.

Заключение

Таким образом, в современных условиях служба лучевой диагностики должна рассматриваться системно, как компонент системы здравоохранения административно-территориальной единицы (субъекта РФ). Управление службой должно осуществляться оперативно, на основе поступающих в режиме реального времени данных. Необходима научная разработка новых организационных технологий, отвечающих актуальным запросам, а также – создание цифровой инфраструктуры для «сквозного» применения соответствующих технологий.

Благодарность

Авторы благодарят настоящих профессионалов своего дела – руководителей и специалистов Департамента здравоохранения города Москвы, Департамента информационных технологий города Москвы, ГБУЗ г. Москвы «НПКЦ ДиТ ДЗМ», медицинских организаций ДЗМ, подрядных учреждений, чьими трудами в течение ряда лет создавался Единый радиологический информационный сервис ЕМИАС.



СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Тюрин И.Е. Лучевая диагностика в Российской Федерации. // Онкологический журнал: лучевая диагностика, лучевая терапия. – 2018. – Т. 1. – № 4. – С. 43–51.
2. Alexander S. Image Acquisition and Quality in Digital Radiography. // Radiol Technol. 2016 Sep;88(1):53–66.
3. Irwin A.G., Turner C.L., Redman S. Report of the 2020 British Nuclear Medicine Society survey of nuclear medicine equipment, workforce and workload. // Nucl Med Commun. 2022 Jun 1; 43(6):731–741. DOI: 10.1097/MNM.0000000000001561.
4. Olatunji R.B., Akinmoladun J.A., Atalabi O.M. Capacity for paediatric radiology in Nigeria: a survey of radiologists. // Pediatr Radiol. 2021 Apr; 51(4):587–591. DOI: 10.1007/s00247-019-04610-2.
5. Scaglione M., Basilico R., Delli Pizzi A., Iacobellis F., Dick E., Wirth S., Linsenmaier U., Calli C., Berger F.H., Nieboer K.H., Barrio A.B., Dumba M., Grassi R., Katulska K., Schueller G., Patlas M.N., Laghi A., Muto M., Nicola R., Zins M., Miele V., Hartley R., Katz D.S., Derchi L. The practice of emergency radiology throughout Europe: a survey from the European Society of Emergency Radiology on volume, staffing, equipment, and scheduling. // Eur Radiol. 2021 May; 31(5):2994–3001. DOI: 10.1007/s00330-020-07436-x.
6. Miyazono T., Miyake H., Nakamura H., Ochiai K., Saito H., Sagawa J., Asano H., Koyano Y., Abe S., Negishi T., Imai Y. [Report Based on Fiscal 2015 Diagnostic X-ray Equipment Questionnaire Survey]. // Nihon Hoshasen Gijutsu Gakkai Zasshi. 2019;75(1):54–61. Japanese. DOI: 10.6009/ijrt.2019_JSRT_75.1.54.
7. Голубев Н.А., Огрызко Е.В., Тюрина Е.М., Шелепова Е.А., Шелехов П.В. Особенности развития службы лучевой диагностики в Российской Федерации за 2014–2019 гг. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 2. – С. 356–376.
8. Тюрин И.Е. Лучевая диагностика в Российской Федерации в 2016 г. // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2017. – Т. 98. – № 4. – С. 219–226.
9. Бережков Д.В., Москвичева М.Г. Повышение качества и эффективности диагностических исследований в частном медицинском центре. // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2014. – № 1. – С. 88.
10. Каприн А.Д., Рожкова Н.И., Микушин С.Ю. Состояние парка рентгеновских и ультразвуковых аппаратов для исследования молочной железы в Российской Федерации за 2011–2012 гг. // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2015. – № 5. – С. 49–52.
11. Шелехов П.В. Организация службы лучевой диагностики в г. Москве. // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 7. – С. 57–65.
12. Ломаков С.Ю. Оснащенность учреждений здравоохранения лучевым диагностическим оборудованием для обследования онкологических пациентов. // Наука и инновации в медицине. – 2020. – Т. 5. – № 3. – С. 176–180.
13. Шелехов П.В. Кадровая ситуация в лучевой диагностике. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 1. – С. 265–275.
14. Щепин В.О. Сеть подразделений лучевой диагностики и обеспеченность населения Российской Федерации их врачебными кадрами. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2014. – № 5. – С. 13–20.
15. Глушкова И.В., Кошкарров А.А., Мурашко Р.А., Пеннер Д.В., Рубцова И.Т., Дубровин А.В. Региональная радиологическая информационная система Краснодарского края: организация работы референсного клинко-диагностического центра по патологии молочной железы. // Врач и информационные технологии. – 2018. – № S1. – С. 18–27.
16. Морозов С.П., Владимирский А.В., Ветшева Н.Н., Ледихова Н.В., Рыжов С.А. Референс-центр лучевой диагностики: обоснование и концепция. Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 8. – С. 25–34.
17. Aas I.H. Organizational centralization in radiology. // J Telemed Telecare. 2006; 12(1):27–32. DOI: 10.1258/135763306775321344.
18. European Society of Radiology (ESR). ESR teleradiology survey: results. // Insights Imaging. 2016 Aug; 7(4):463–79. DOI: 10.1007/s13244-016-0485-6.
19. Ewing B., Holmes D. Evaluation of Current and Former Teleradiology Systems in Africa: A Review. // Ann Glob Health. 2022 Jun 24; 88(1):43. DOI: 10.5334/aogh.3711.
20. Hunter T.B., Krupinski E.A. University-Based Teleradiology in the United States. // Healthcare (Basel). 2014 Apr 15; 2(2):192–206. DOI: 10.3390/healthcare2020192.
21. Морозов С.П., Ледихова Н.В., Панина Е.В., Владимирский А.В., Фомичева Е.П. Качество работы рентгенолаборантов в условиях дистанционного взаимодействия с референс-центром лучевой диагностики с применением телемедицинских технологий. // Национальное здравоохранение. – 2021. – Т. 2. – № 2. – С. 36–46.
22. Hetenyi S., Goelz L., Boehmcker A., Schorlemmer C. Quality Assurance of a Cross-Border and Sub-Specialized Teleradiology Service. // Healthcare (Basel). 2022 May 28; 10(6):1001. DOI: 10.3390/healthcare10061001.
23. Habib E., Krishnaswamy W., Wu J.K., Schaeffer E.K., Mulpuri K. Evaluating paediatric orthopaedic teleradiology services at a tertiary care centre. // J Pediatr Orthop B. 2022 Jan 1; 31(1): e69–e74. DOI: 10.1097/BPB.0000000000000850.
24. Johnston K., Smith D., Preston R., Evans R., Carlisle K., Lengren J., Naess H., Phillips E., Shephard G., Lydiard L., Lattimore D., Larkins S. “From the technology came the idea”: safe implementation and operation of a high quality teleradiology model increasing access to timely breast cancer assessment services for women in rural Australia. // BMC Health Serv Res. 2020 Nov 30; 20(1):1103. DOI: 10.1186/s12913-020-05922-y.
25. Пугачев П.С., Гусев А.В., Кобякова О.С., Кадыров Ф.Н., Гаврилов Д.В., Новицкий Р.Э., Владимирский А.В. Мировые тренды цифровой трансформации отрасли здравоохранения. // Национальное здравоохранение. – 2021. – Т. 2. – № 2. – С. 5–12.





26. Стародубов В.И., Сидоров К.В., Зарубина Т.В. Оценка уровня информатизации медицинских организаций на этапе создания единого цифрового контура в здравоохранении. // Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 3. – С. 20–27.
27. Hanke R.E., Gibbons A.T., Casar Berazaluze A.M., Ponsky T.A. Digital transformation of academic medicine: Breaking barriers, borders, and boredom. // J Pediatr Surg. 2020 Feb; 55(2):223–228. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2019.10.037.
28. Andronikou S. Pediatric teleradiology in low-income settings and the areas for future research in teleradiology. // Front Public Health. 2014 Aug 21; 2:125. DOI: 10.3389/fpubh.2014.00125.
29. Latifi R., Gunn J.K., Bakiu E., Boci A., Dasho E., Ollidashi F., Pipero P., Stroster J.A., Qesteri O., Kucani J., Sulo A., Oshafi M., Osmani K.L., Dogjani A., Doarn C.R., Shatri Z., Kociraj A., Merrell R.C. Access to Specialized Care Through Telemedicine in Limited-Resource Country: Initial 1,065 Teleconsultations in Albania. // Telemed J E Health. 2016 Dec; 22(12):1024–1031. DOI: 10.1089/tmj.2016.0050.
30. Iyamu I., Xu A.X.T., Gymez-Ramírez O., Ablona A., Chang H.J., Mckee G., Gilbert M. Defining Digital Public Health and the Role of Digitization, Digitalization, and Digital Transformation: Scoping Review. // JMIR Public Health Surveill. 2021 Nov 26; 7(11): e30399. DOI: 10.2196/30399.
31. Shiferaw K.B., Tilahun B.C., Endehabtu B.F. Healthcare providers' digital competency: a cross-sectional survey in a low-income country setting. // BMC Health Serv Res. 2020 Nov 9; 20(1):1021. DOI: 10.1186/s12913-020-05848-5.
32. Бекина Е.Ю., Глущенко Н.П., Грешинова И.В., Жданова В.Ю., Зубенин С.В., Караулова В.Г., Куракина Т.Г., Щипанов С.В. Радиологические информационные системы как часть Единой государственной информационной системы здравоохранения. Внедрение системы PACS в «ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница» / Год здравоохранения: перспективы развития отрасли. Материалы 51-й межрегиональной научно-практической медицинской конференции. Ульяновск, 2016. – С. 237–239.
33. Богданова Т.Г., Родионов А.Т., Герасимова Л.И., Захаров С.А. Опыт Чувашской республики в построении регионального сегмента единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения. // Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 3. – С. 28–36.
34. Карасев Н.А., Васильев В.А., Максимов А.И., Молодов В.А. Некоторые вопросы организации электронных архивов медицинских изображений. // Естественные и технические науки. – 2014. – № 2 (70). – С. 209–210.
35. Cervantes Trejo A., Domenge Treuille S., Castaceda Alcántara I. Implementing an Integrated Large-Scale Clinical Information System for ISSSTE's Hospital Network in Mexico. // SN Compr Clin Med. 2021; 3(2):444–453. DOI: 10.1007/s42399-020-00713-2.
36. Gutiérrez-Martínez J., Núñez-Gaona M.A., Aguirre-Meneses H. Business Model for the Security of a Large-Scale PACS, Compliance with ISO/27002:2013 Standard. // J Digit Imaging. 2015 Aug; 28(4):481–91. DOI: 10.1007/s10278-014-9746-4.
37. Olbrish K., Shanken P., Rabe D., Steven L., Irizarry N. Four-year enterprise PACS support trend analysis. // J Digit Imaging. 2011 Apr; 24(2):284–94. DOI: 10.1007/s10278-009-9262-0.
38. Бомбизо В. Как внедрить цифровой радиологический архив. Опыт больницы скорой помощи. // Здравоохранение. – 2018. – № 5. – С. 106–109.
39. Корендясов П.П. Создание локального архива медицинских изображений на примере клиник Самарского государственного медицинского университета / «Аспирантские чтения 2016». Материалы научно-практической конференции с международным участием «Молодые учёные – от технологий XXI века к практическому здравоохранению». Самара. – 2016. – С. 183–184.
40. Abbas R., Singh Y. PACS Implementation Challenges in a Public Healthcare Institution: A South African Vendor Perspective. // Healthc Inform Res. 2019 Oct; 25(4):324–331. DOI: 10.4258/hir.2019.25.4.324.
41. Hüßers J., Esdar M., Kuhlmann M., Saranto K., Jormanainen V., Hübner U. Bass Models for EHR, RIS and PACS Diffusion in Finland and Germany. // Stud Health Technol Inform. 2021 May 27;281:595–599. DOI: 10.3233/SHIT210240.
42. Дубровин А.В., Кошкарлов А.А. От PACS к телерадиологии. // Врач и информационные технологии. – 2017. – № 3. – С. 106–111.
43. Melício Monteiro E.J., Costa C., Oliveira J.L. A Cloud Architecture for Teleradiology-as-a-Service. // Methods Inf Med. 2016 May 17; 55(3):203–14. DOI: 10.3414/ME14-01-0052.
44. Кошкарлов А.А., Мурашко Р.А., Елишев В.Г., Шевкунов Л.Н., Фролова И.Г., Чойнзонов Е.Л., Дубровин А.В., Умецкий И.Н. Особенности распределенного хранения медицинских изображений в онкологической службе в рамках создания единого цифрового контура. // Врач и информационные технологии. – 2020. – № S1. – С. 15–27.
45. Shi L., Yang X., Yu G., Lai S., Wang Z., Wang Q. [Technical Realization of Integrating Bone Age Artificial Intelligence Assessment System with Hospital RIS-PACS Network]. // Zhongguo Yi Liao Qi Xie Za Zhi. 2020 Oct 8; 44(5):415–419. Chinese. DOI: 10.3969/j.issn.1671-7104.2020.05.008.
46. Chen Q., Zu Z.Y., Jiang M.D., Lu L., Lu G.M., Zhang L.J. Infection Control and Management Strategy for COVID-19 in the Radiology Department: Focusing on Experiences from China. // Korean J Radiol. 2020 Jul;21(7):851–858. DOI: 10.3348/kjr.2020.0342.
47. Никитин А.Э., Знаменский И.А., Шихова Ю.А., Кузьмина И.В., Мельченко Д.С., Алешенко Н.Л., Корвяков С.А., Созыкин А.В., Дьяченко В.В., Никитин П.А., Кудрявцев А.Д. Реорганизация многопрофильного стационара в условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки. // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2020. – Т. 22. – № 10. – С. 43–47.
48. Дац А.В., Дац Л.С., Прокопчук С.В. Оценка качества обследования пациентов, умерших от новой коронавирусной инфекции. // Забайкальский медицинский вестник. – 2022. – № 1. – С. 114–121.
49. Морозов С.П., Кузьмина Е.С., Ледихова Н.В., Владимирский А.В., Трофименко И.А., Мокиенко О.А., Панина Е.В., Андрейченко А.Е., Омелянская О.В., Гомболевский В.А., Полищук Н.С., Шулькин И.М., Решетников Р.В.



- Мобилизация научно-практического потенциала службы лучевой диагностики г. Москвы в пандемию COVID-19. // Digital Diagnostics. – 2020. – Т. 1. – № 1. – С. 5–12.
- 50.** *Alhasan M., Hasaneen M.* Digital imaging, technologies and artificial intelligence applications during COVID-19 pandemic. // Comput Med Imaging Graph. 2021 Jul; 91:101933. DOI: 10.1016/j.compmedimag.2021.101933.
- 51.** *Pati H.P., Singh G.* Turnaround Time (TAT): Difference in Concept for Laboratory and Clinician. // Indian J Hematol Blood Transfus. 2014 Jun; 30(2):81–4. DOI: 10.1007/s12288-012-0214-3.
- 52.** *Zabel A.O.J., Leschka S., Wildermuth S., Hadler J., Dietrich T.J.* Subspecialized radiological reporting reduces radiology report turnaround time. // Insights Imaging. 2020 Oct 30; 11(1):114. DOI: 10.1186/s13244-020-00917-z.
- 53.** *Stern C., Boehm T., Seifert B., Kawel-Boehm N.* Subspecialized Radiological Reporting Expedites Turnaround Time of Radiology Reports and Increases Productivity. // Rofo. 2018 Jul; 190(7):623–629. English. DOI: 10.1055/s-0044-100728.
- 54.** *Maurer M.H., Brönnimann M., Schroeder C., Ghadamgahi E., Streitparth F., Heverhagen J.T., Leichtle A., de Bucourt M., Meyl T.P.* Time Requirement and Feasibility of a Systematic Quality Peer Review of Reporting in Radiology. // Rofo. 2021 Feb; 193(2):160–167. English. DOI: 10.1055/a-1178-1113.
- 55.** *Meyl T.P., de Bucourt M., Berghufer A., Huppertz A., Rosenkrantz A.B., Streitparth F., Heverhagen J.T., Maurer M.H.* Subspecialization in radiology: effects on the diagnostic spectrum of radiologists and report turnaround time in a Swiss university hospital. // Radiol Med. 2019 Sep; 124(9):860–869. DOI: 10.1007/s11547-019-01039-3.
- 56.** *Castillo C., Steffens T., Sim L., Caffery L.* The effect of clinical information on radiology reporting: A systematic review. // J Med Radiat Sci. 2021 Mar; 68(1):60–74. DOI: 10.1002/jmrs.424.
- 57.** *Bink A., Benner J., Reinhardt J., De Vere-Tyndall A., Stieltjes B., Hainc N., Stippich C.* Structured Reporting in Neuroradiology: Intracranial Tumors. // Front Neurol. 2018 Feb 6; 9:32. DOI: 10.3389/fneur.2018.00032.
- 58.** *Kim S.H., Sobez L.M., Spiro J.E., Curta A., Ceelen F., Kampmann E., Goepfert M., Bodensohn R., Meinel F.G., Sommer W.H., Sommer N.N., Galie F.* Structured reporting has the potential to reduce reporting times of dual-energy x-ray absorptiometry exams. // BMC Musculoskelet Disord. 2020 Apr 16; 21(1):248. DOI: 10.1186/s12891-020-03200-w.
- 59.** *Mohan S.K., Hudgins P.A., Patel M.R., Stapleton J., Duszak R. Jr., Aiken A.H.* Making Time for Patients: Positive Impact of Direct Patient Reporting. // AJR Am J Roentgenol. 2018 Jan; 210(1): W12-W17. DOI: 10.2214/AJR.17.18327.
- 60.** *Басарболиев А.В., Черкасов С.Н., Ким С.Ю., Тернавский А.П.* Нормирование трудовых операций в оценке планирования деятельности отделения лучевой диагностики амбулаторного учреждения. // Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. – № 10–4 (52). – С. 64–68.
- 61.** *Кадыров Ф.Н., Иванова М.А., Чилилов А.М.* Нормирование труда как один из эффективных инструментов управления медицинской организацией. // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 9. – С. 88–93.
- 62.** *Hasani N., Hosseini A., Sheikhtaheri A.* Effect of Implementation of Picture Archiving and Communication System on Radiologist Reporting Time and Utilization of Radiology Services: A Case Study in Iran. // J Digit Imaging. 2020 Jun; 33(3):595–601. DOI: 10.1007/s10278-019-00314-z.
- 63.** *Баженова Ю.В.* Современные аспекты деятельности службы лучевой диагностики в Российской Федерации. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2015. – Т. 134. – № 3. – С. 78–81.
- 64.** *Кривушкина Е.В., Ивановский О.И., Шалыгина Л.С., Шаратов И.В., Шаманская Ю.А.* Результаты оценки деятельности службы лучевой диагностики в новосибирской области (по данным статистики). // Медицина и образование в Сибири. – 2013. – № 4. – С. 56.
- 65.** *Стрыгин А.В.* Основные направления совершенствования организации работы службы лучевой диагностики в субъекте Российской Федерации. // Хирургия позвоночника. – 2009. – № 3. – С. 84–92.
- 66.** *Ataral C.S., Rozenfeld H., Costa J.M., Magon Mde F., Mascarenhas Y.M.* Improvement of radiology services based on the process management approach. Eur J Radiol. 2011 Jun; 78(3):377–83. DOI: 10.1016/j.ejrad.2010.12.025.
- 67.** *Pereira A.G., Vergara L.G., Merino E.A., Wagner A.* Solutions in radiology services management: a literature review. // Radiol Bras. 2015 Sep-Oct; 48(5):298–304. DOI: 10.1590/0100-3984.2014.0065.
- 68.** *Sharpe R.E. Jr., Mehta T.S., Eisenberg R.L., Kruskal J.B.* Strategic planning and radiology practice management in the new health care environment. // Radiographics. 2015 Jan-Feb; 35(1):239–53. DOI: 10.1148/rg.351140064.
- 69.** *Кусаинова М.Б., Айтманбетова А.А., Кошимбеков М.К., Жакупова М.Н., Мусина М.С., Нурбақыт А.Н., Раушанова А.М.* К вопросу совершенствования организации службы лучевой диагностики. // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2018. – № 3. – С. 333–335.
- 70.** *Ломаков С.Ю., Вишняков Н.И., Шапиро К.И.* Организация и объемы работы по лучевой диагностике и терапии в городских медицинских учреждениях. // Скорая медицинская помощь. – 2012. – Т. 13. – № 2. – С. 076–079.
- 71.** *Малеков Д.А., Юрьев В.К.* Основные направления совершенствования организации обследования больных методами лучевой диагностики. // Медицина: теория и практика. – 2019. – Т. 4. – № 5. – С. 331–332.
- 72.** *Шахабов И.В., Мельников Ю.Ю., Смышляев А.В.* Анализ деятельности службы ультразвуковой диагностики в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях. // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2021. – Т. 26. – № 2. – С. 10–12.
- 73.** *Blessing K.F., Brabrand M., Graumann O., Foldrup A., Mussmann B.* Can the examination time in CT and conventional x-ray be reduced in an emergency department with integrated radiology unit? A retrospective study. // Acute Med. 2020; 19(1):21–25.
- 74.** *O'Hagan S., Lombard C.J., Pitcher R.D.* The Role of the Integrated Digital Radiology System in Assessing the Impact of Patient Load on Emergency Computed Tomography (CT) Efficiency. // J Digit Imaging. 2019 Jun; 32(3):396–400. DOI: 10.1007/s10278-018-0129-0.





- 75.** Деев И.А., Кобякова О.С., Бойков В.А., Шибалков И.П., Барановская С.В., Протасова Л.М., Шнайдер Г.В., Суворова Т.А. Результаты внедрения стандарта организации амбулаторной помощи на территории Томской области. // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66. – № 6. – С. 1.
- 76.** Неверова Е.Н., Павлова В.И., Гайсина Е.А., Гайсин Т.А., Зотин Ю.С. Организация работы центров амбулаторной онкологической помощи в Тюменской области. // Академический журнал Западной Сибири. – 2020. – Т. 16. – № 5 (88). – С. 9–10.
- 77.** Павлова К.А., Кобякова О.С., Деев И.А., Бойков В.А., Барановская С.В., Шибалков И.П., Перфильева Д.Ю., Бабешина М.А. Обзор практик применения бережливого производства в клинических лабораториях. // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 5. – С. 4–12.
- 78.** Стародубов В.И., Иванцова М.А., Хаин В.В., Павловских А.Ю. Риск-ориентированные подходы к эндоскопической диагностике рака ЖКТ в медицинских организациях первичного звена (на примере ГАУЗ СО ГБ № 1 г. Нижний Тагил). // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 6. – С. 31–40.
- 79.** Gonçalves-Bradley D., Khangura J.K., Flodgren G., Perera R., Rowe B.H., Shepperd S. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. // Cochrane Database Syst Rev. 2018 Feb 13; 2(2): CD002097. DOI: 10.1002/14651858.
- 80.** Roblin D.W., Cram P., Lou Y., Edmonds S.W., Hall S.F., Jones M.P., Saag K.G., Wright N.C., Cramwell L.F., Robinson B.E., Wolinsky F.D.; PAADRN Investigators. The Contribution of Patient, Primary Care Physician, and Primary Care Clinic Factors to Good Bone Health Care. // Perm J. 2021 Jan; 25:1–3. DOI: 10.7812/TPP/20.095.
- 81.** Конченко А.В., Калинина М.В., Жукова Т.В., Бондарев А.В. Формирование структуры лучевой диагностики и доз медицинского диагностического облучения в Ростовской области на современном этапе. В сборнике: Актуальные вопросы гигиены на современном этапе. Материалы 3-й научно-практической конференции Южного федерального округа. Ростов-на-Дону. – 2020. – С. 152–166.
- 82.** Трофимова Т.Н., Панфиленко А.Ф. Лучевая диагностика в цифрах: Санкт-Петербург, 2017. // Лучевая диагностика и терапия. – 2018. – № 3 (9). – С. 99–101.
- 83.** Шелехов П.В. Эффективность использования оборудования лучевой диагностики в субъектах Российской Федерации. // Менеджер здравоохранения. – 2017. – № 5. – С. 33–41.

ORIGINAL PAPER

ACTUAL PROBLEMS OF MANAGEMENT OF THE RADIOLOGY DIAGNOSTICS SERVICE OF THE PRIMARY LEVEL OF HEALTH CARE

I.M. Shulkin ✉, **A.V. Vladzimirsky**, **E.I. Shultz**, **R.N. Akhmetov**

State Budget-Funded Health Care Institution of the City of Moscow “Research and Practical Clinical Center for Diagnostics and Telemedicine Technologies of the Moscow Health Care Department”, Moscow, Russia

✉ Corresponding author: Shulkin I.M.

ABSTRACT

The main problems of the organization of the work of the radiation diagnostics service and the possibilities for their solution provided by the tools of information systems are considered. The organizational tasks that need to be provided for in the digitalization of healthcare are formulated. The analysis of changes in the organizational and managerial approach to ensuring the work of the diagnostic department is carried out. A decisive role in the development of modern healthcare is played by a systematic approach to the digitalization of the industry and the creation of digital infrastructure in accordance with current requests for operational management.

Keywords: radiodiagnosis, telemedicine, teleradiology, primary health care, polyclinic.

For citation: Shulkin I.M., Vladzimirsky A.V., MD, Shultz E.I., PhD, Akhmetov R.N. Actual problems of management of the radiology diagnostics service of the primary level of health care // *Manager Zdravoohranenia*, 2023; 2: 27–39. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-27-39.

REFERENCES

1. Tyurin I.E. Radiation diagnostics in the Russian Federation. // *Journal of Oncology: Radiation Diagnostics, Radiation Therapy*. – 2018. – Т. 1. – No. 4. – P. 43–51.
2. Alexander S. Image Acquisition and Quality in Digital Radiography. // *Radiol Technol*. 2016 Sep; 88(1):53–66.
3. Irwin A.G., Turner C.L., Redman S. Report of the 2020 British Nuclear Medicine Society survey of nuclear medicine equipment, workforce and workload. // *Nucl Med Commun*. 2022 Jun 1; 43(6):731–741. DOI: 10.1097/MNM.0000000000001561.
4. Olatunji R.B., Akinmoladun J.A., Atalabi O.M. Capacity for paediatric radiology in Nigeria: a survey of radiologists. *Pediatr Radiol*. 2021 Apr; 51(4):587–591. DOI: 10.1007/s00247-019-04610-2.
5. Scaglione M., Basilico R., Delli Pizzi A., Iacobellis F., Dick E., Wirth S., Linsenmaier U., Calli C., Berger F.H., Nieboer K.H., Barrio A.B., Dumba M., Grassi R., Katulska K., Schueller G., Patlas M.N., Laghi A., Muto M., Nicola R., Zins M., Miele V., Hartley R., Katz D.S., Derchi L. The practice of emergency radiology throughout Europe: a survey from the European Society of Emergency Radiology on volume, staffing, equipment, and scheduling. // *Eur Radiol*. 2021 May; 31(5):2994–3001. DOI: 10.1007/s00330-020-07436-x.
6. Miyazono T., Miyake H., Nakamura H., Ochiai K., Saito H., Sagawa J., Asano H., Koyano Y., Abe S., Negishi T., Imai Y. [Report Based on Fiscal 2015 Diagnostic X-ray Equipment Questionnaire Survey]. // *Nihon Hoshasen Gijutsu Gakkai Zasshi*. 2019; 75(1):54–61. Japanese. DOI: 10.6009/jirt.2019_JSRT_75.1.54.



7. Golubev N.A., Ogryzko E.V., Tyurina E.M., Shelepova E.A., Shelekhov P.V. Features of the development of the radiodiagnosis service in the Russian Federation for 2014–2019. // Modern problems of public health and medical statistics. – 2021. – No. 2. – P. 356–376.
8. Tyurin I.E. Radiation diagnostics in the Russian Federation in 2016. // Bulletin of radiology and radiology. – 2017. – V. 98. – No. 4. – P. 219–226.
9. Berezkhov D.V., Moskvicheva M.G. Improving the quality and efficiency of diagnostic studies in a private medical center. // Bulletin of new medical technologies. Electronic edition. – 2014. – No. 1. – P. 88.
10. Kaprin A.D., Rozhkova N.I., Mikushin S.Yu. The state of the fleet of X-ray and ultrasound machines for breast examination in the Russian Federation for 2011–2012. // Bulletin of radiology and radiology. – 2015. – No. 5. – P. 49–52.
11. Shelekhov P.V. Organization of radiodiagnosis service in Moscow. Health manager. – 2018. – No. 7. – P. 57–65.
12. Lomakov S.Yu. Provision of healthcare facilities with radiation diagnostic equipment for examining cancer patients. // Science and innovations in medicine. – 2020. – V. 5. – No. 3. – P. 176–180.
13. Shelekhov P.V. Personnel situation in radiation diagnostics. // Modern problems of public health and medical statistics. – 2019. – No. 1. – P. 265–275.
14. Shchepin V.O. The network of divisions of radiation diagnostics and the provision of the population of the Russian Federation with their medical personnel. // Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko. – 2014. – No. 5. – P. 13–20.
15. Glushkova I.V., Koshkarov A.A., Murashko R.A., Penner D.V., Rubtsova I.T., Dubrovin A.V. Regional radiological information system of the Krasnodar Territory: organization of the work of the reference clinical and diagnostic center for breast pathology. // Physician and information technology. – 2018. – No. S1. – P. 18–27.
16. Morozov S.P., Vladzimirsky A.V., Vetsheva N.N., Ledikhova N.V., Ryzhov S.A. Reference Center for Radiation Diagnostics: Rationale and Concept. // Manager Zdravoochraneniya. – 2019. – No. 8. – P. 25–34.
17. Aas I.H. Organizational centralization in radiology. // JTelemed Telecare. 2006; 12(1):27–32. DOI: 10.1258/135763306775321344.
18. European Society of Radiology (ESR). ESR teleradiology survey: results. // Insights Imaging. 2016 Aug; 7(4):463–79. DOI: 10.1007/s13244-016-0485-6.
19. Ewing B., Holmes D. Evaluation of Current and Former Teleradiology Systems in Africa: A Review. // Ann Glob Health. 2022 Jun 24; 88(1):43. DOI: 10.5334/aogh.3711.
20. Hunter T.B., Krupinski E.A. University-Based Teleradiology in the United States. // Healthcare (Basel). 2014 Apr 15; 2(2):192–206. DOI: 10.3390/healthcare2020192.
21. Morozov S.P., Ledikhova N.V., Panina E.V., Vladzimirsky A.V., Fomicheva E.P. The quality of work of radiologists in conditions of remote interaction with the reference center of radiation diagnostics using telemedicine technologies. // National Health. – 2021. – Vol. 2. – No. 2. – P. 36–46.
22. Hetenyi S., Goelz L., Boehmcker A., Schorlemmer C. Quality Assurance of a Cross-Border and Sub-Specialized Teleradiology Service. // Healthcare (Basel). 2022 May 28; 10(6):1001. DOI: 10.3390/healthcare10061001.
23. Habib E., Krishnaswamy W., Wu J.K., Schaeffer E.K., Mulpuri K. Evaluating paediatric orthopaedic teleradiology services at a tertiary care centre. // J Pediatr Orthop B. 2022 Jan 1; 31(1): e69–e74. DOI: 10.1097/BPB.0000000000000850.
24. Johnston K., Smith D., Preston R., Evans R., Carlisle K., Lengren J., Naess H., Phillips E., Shephard G., Lydiard L., Lattimore D., Larkins S. “From the technology came the idea”: safe implementation and operation of a high quality teleradiology model increasing access to timely breast cancer assessment services for women in rural Australia. // BMC Health Serv Res. 2020 Nov 30; 20(1):1103. DOI: 10.1186/s12913-020-05922-y.
25. Pugachev P.S., Gusev A.V., Kobayakova O.S., Kadyrov F.N., Gavrilov D.V., Novitsky R.E., Vladzimirsky A.V. Global trends in the digital transformation of the healthcare industry. // National Health. – 2021. – Vol. 2. – No. 2. – P. 5–12.
26. Starodubov V.I., Sidorov K.V., Zarubina T.V. Assessment of the level of informatization of medical organizations at the stage of creating a single digital circuit in healthcare. // Bulletin of Roszdravnadzor. – 2020. – No. 3. – P. 20–27.
27. Hanke R.E., Gibbons A.T., Casar Berazaluze A.M., Ponsky T.A. Digital transformation of academic medicine: Breaking barriers, borders, and boredom. // J Pediatr Surg. 2020 Feb; 55(2):223–228. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2019.10.037.
28. Andronikov S. Pediatric teleradiology in low-income settings and the areas for future research in teleradiology. // Front Public Health. 2014 Aug 21; 2:125. DOI: 10.3389/fpubh.2014.00125.
29. Latifi R., Gunn J.K., Bakiu E., Boci A., Dasho E., Olldash F., Pipero P., Stroster J.A., Qesteri O., Kucani J., Sulo A., Oshafi M., Osmari K.L., Dogjani A., Doarn C.R., Shatri Z., Kociraj A., Merrell R.C. Access to Specialized Care Through Telemedicine in Limited-Resource Country: Initial 1,065 Teleconsultations in Albania. // Telemed J E Health. 2016 Dec; 22(12):1024–1031. DOI: 10.1089/tmj.2016.0050.
30. Iyamu I., Xu A.X.T., Gymez-Ramírez O., Ablona A., Chang H.J., Mckee G., Gilbert M. Defining Digital Public Health and the Role of Digitization, Digitalization, and Digital Transformation: Scoping Review. // JMIR Public Health Surveill. 2021 Nov 26; 7(11): e30399. DOI: 10.2196/30399.
31. Shiferaw K.B., Tilahun B.C., Edehabtu B.F. Healthcare providers’ digital competency: a cross-sectional survey in a low-income country setting. // BMC Health Serv Res. 2020 Nov 9; 20(1):1021. DOI: 10.1186/s12913-020-05848-5.
32. Bekina E.Yu., Glushchenko N.P., Greshnova I.V., Zhdanova V.Yu., Zubenin S.V., Karaulova V.G., Kurakina T.G., Shchipanov S.V. Radiological information systems as part of the Unified State Health Information System. Implementation of the PACS system in the Ulyanovsk Regional Clinical Hospital / Year of Healthcare: Prospects for the Development of the Industry. Materials of the 51st interregional scientific and practical medical conference. Ulyanovsk, 2016. – P. 237–239.
33. Bogdanova T.G., Rodionov A.T., Gerasimova L.I., Zakharov S.A. The experience of the Chuvash Republic in building a regional segment of a unified state information system in the field of healthcare. // Bulletin of Roszdravnadzor. – 2020. – No. 3. – P. 28–36.
34. Karasev N.A., Vasiliev V.A., Maksimov A.I., Molodov V.A. Some issues of organization of electronic archives of medical images. // Natural And technical science. – 2014. – No. 2 (70). – S. 209–210.
35. Cervantes Trejo A., Domenge Treuille S., Castaceda Alcántara I. Implementing an Integrated Large-Scale Clinical Information System for ISSSTE’s Hospital Network in Mexico. // SN Compr Clin Med. 2021; 3(2):444–453. DOI: 10.1007/s42399-020-00713-2.
36. Gutiérrez-Martínez J., Núñez-Gaona M.A., Aguirre-Meneses H. Business Model for the Security of a Large-Scale PACS, Compliance with ISO/27002:2013 Standard. // J Digit Imaging. 2015 Aug; 28(4):481–91. DOI: 10.1007/s10278-014-9746-4.
37. Olbrish K., Shanken P., Rabe D., Steven L., Irizarry N. Four-year enterprise PACS support trend analysis. // J Digit Imaging. 2011 Apr; 24(2):284–94. DOI: 10.1007/s10278-009-9262-0.
38. Bombiso V. How to implement a digital radiological archive. // Hospital emergency experience. Healthcare. – 2018. – No. 5. – P. 106–109.





39. *Korendyasov P.P.* Creation of a local archive of medical images on the example of clinics of the Samara State Medical University / Postgraduate Readings 2016. Materials of the scientific-practical conference with international participation "Young scientists – from technologies of the XXI century to practical healthcare". Samara, 2016. – P. 183–184.
40. *Abbas R., Singh Y.* PACS Implementation Challenges in a Public Healthcare Institution: A South African Vendor Perspective. // *Healthc Inform Res.* 2019 Oct; 25(4):324–331. DOI: 10.4258/hir.2019.25.4.324.
41. *Hüsers J., Esdar M., Kuhlmann M., Saranto K., Jormanainen V., Hübner U.* Bass Models for EHR, RIS and PACS Diffusion in Finland and Germany. // *Stud Health Technol Inform.* 2021 May 27;281:595–599. DOI: 10.3233/SHTI210240.
42. *Dubrovin A.V., Koshkarov A.A.* From PACS to teleradiology. // *Physician and information technology.* – 2017. – No. 3. – P. 106–111.
43. *Melicio Monteiro E.J., Costa C., Oliveira J.L.* A Cloud Architecture for Teleradiology-as-a-Service. // *Methods Inf Med.* 2016 May 17; 55(3):203–14. DOI: 10.3414/ME14-01-0052.
44. *Koshkarov A.A., Murashko R.A., Elishev V.G., Shevkunov L.N., Frolova I.G., Choinzonov E.L., Dubrovin A.V., Umetsky I.N.* Features of distributed storage of medical images in the oncology service as part of the creation of a single digital circuit. // *Physician and information technology.* – 2020. – No. S1. – P. 15–27.
45. *Shi L., Yang X., Yu G., Lai S., Pan Z., Wang Q.* [Technical Realization of Integrating Bone Age Artificial Intelligence Assessment System with Hospital RIS-PACS Network]. // *Zhongguo Yi Liao Qi Xie Za Zhi.* 2020 Oct 8; 44(5):415–419. Chinese. DOI: 10.3969/j.issn.1671-7104.2020.05.008.
46. *Chen Q., Zu Z.Y., Jiang M.D., Lu L., Lu G.M., Zhang L.J.* Infection Control and Management Strategy for COVID-19 in the Radiology Department: Focusing on Experiences from China. // *Korean J Radiol.* 2020 Jul; 21(7):851–858. DOI: 10.3348/kjr.2020.0342.
47. *Nikitin A.E., Znamensky I.A., Shikhova Yu.A., Kuzmina I.V., Melchenko D.S., Aleshchenko N.L., Korvyakov S.A., Sozykin A.V., Dyachenko V.V., Nikitin P.A., Kudryavtsev A.D.* Reorganization of a multidisciplinary hospital in an unfavorable epidemiological situation. // *Medico-pharmaceutical journal Pulse.* – 2020. – V. 22. – No. 10. – P. 43–47.
48. *Dats A.V., Dats L.S., Prokopchuk S.V.* Assessment of the quality of examination of patients who died from a new coronavirus infection. // *Transbaikal Medical Bulletin.* – 2022. – No. 1. – P. 114–121.
49. *Morozov S.P., Kuzmina E.S., Ledikhova N.V., Vladimirovsky A.V., Trofimenko I.A., Mokienko O.A., Panina E.V., Andreichenko A.E., Omelyanskaya O.V., Gombolevsky V.A., Polishchuk N.S., Shulkin I.M., Reshetnikov R.V.* Mobilization of the scientific and practical potential of the radiology service in Moscow during the COVID-19 pandemic. // *Digital Diagnostics.* – 2020. – T. 1. – No. 1. – P. 5–12.
50. *Alhasan M., Hasaneen M.* Digital imaging, technologies and artificial intelligence applications during COVID-19 pandemic. // *Comput Med Imaging Graph.* 2021 Jul; 91:101933. DOI: 10.1016/j.compmedimag.2021.101933.
51. *Pati H.P., Singh G.* Turnaround Time (TAT): Difference in Concept for Laboratory and Clinician. // *Indian J Hematol Blood Transfus.* 2014 Jun; 30(2):81–4. DOI: 10.1007/s12288-012-0214-3.
52. *Zabel A.O.J., Leschka S., Wildermuth S., Hodler J., Dietrich T.J.* Subspecialized radiological reporting reduces radiology report turnaround time. // *Insights Imaging.* 2020 Oct 30; 11(1):114. DOI: 10.1186/s13244-020-00917-z.
53. *Stern C., Boehm T., Seifert B., Kavel-Boehm N.* Subspecialized Radiological Reporting Expedites Turnaround Time of Radiology Reports and Increases Productivity. // *Rofo.* 2018 Jul; 190(7):623–629. English. DOI: 10.1055/s-0044-100728.
54. *Maurer M.H., Brönnimann M., Schroeder C., Ghadamgahi E., Streiparth F., Heverhagen J.T., Leichtle A., de Bucourt M., Meyl T.P.* Time Requirement and Feasibility of a Systematic Quality Peer Review of Reporting in Radiology. // *Rofo.* 2021 Feb; 193(2):160–167. English. DOI: 10.1055/a-1178-1113.
55. *Meyl T.P., de Bucourt M., Berghöfer A., Huppertz A., Rosenkrantz A.B., Streiparth F., Heverhagen J.T., Maurer M.H.* Subspecialization in radiology: effects on the diagnostic spectrum of radiologists and report turnaround time in a Swiss university hospital. // *Radiol Med.* 2019 Sep; 124(9):860–869. DOI: 10.1007/s11547-019-01039-3.
56. *Castillo C., Steffens T., Sim L., Caffery L.* The effect of clinical information on radiology reporting: A systematic review. // *J Med Radiat Sci.* 2021 Mar; 68(1):60–74. DOI: 10.1002/jmrs.424.
57. *Bink A., Benner J., Reinhardt J., De Vere-Tyndall A., Stieltjes B., Hainc N., Stippich C.* Structured Reporting in Neuroradiology: Intracranial Tumors. // *Front Neurol.* 2018 Feb 6; 9:32. DOI: 10.3389/fneur.2018.00032.
58. *Kim S.H., Sobez L.M., Spiro J.E., Curta A., Ceelen F., Kampmann E., Goepfert M., Bodensohn R., Meinel F.G., Sommer W.H., Sommer N.N., Galìè F.* Structured reporting has the potential to reduce reporting times of dual-energy x-ray absorptiometry exams. // *BMC Musculoskelet Disord.* 2020 Apr 16; 21(1):248. DOI: 10.1186/s12891-020-03200-w.
59. *Mohan S.K., Hudgins P.A., Patel M.R., Stapleton J., Duszak R. Jr., Aiken A.H.* Making Time for Patients: Positive Impact of Direct Patient Reporting. // *AJR Am J Roentgenol.* 2018 Jan; 210(1):W12–W17. DOI: 10.2214/AJR.17.18327.
60. *Basarboliev A.V., Cherkasov S.N., Kim S.Yu., Ternavsky A.P.* Rationing of labor operations in the evaluation of the planning of the activities of the radiology department of an outpatient institution. // *International research journal.* 2016. No. 10–4 (52). pp. 64–68.
61. *Kadyrov F.N., Ivanova M.A., Chililov A.M.* Labor rationing as one of the effective tools for managing a medical organization. // *Manager Zdravoohranenia.* – 2021. – No. 9. – P. 88–93.
62. *Hasani N., Hosseini A., Sheikhtaheri A.* Effect of Implementation of Picture Archiving and Communication System on Radiologist Reporting Time and Utilization of Radiology Services: A Case Study in Iran. // *J Digit Imaging.* 2020 Jun; 33(3):595–601. DOI: 10.1007/s10278-019-00314-z.
63. *Bazhenova Yu.V.* Modern aspects of the activity of the radiodiagnosis service in the Russian Federation. // *Siberian Medical Journal (Irkutsk).* – 2015. – V. 134. – No. 3. – P. 78–81.
64. *Krivushkina E.V., Ivaninsky O.I., Shalygina L.S., Sharapov I.V., Shamanskaya Yu.A.* The results of the assessment of the activities of the radiology service in the Novosibirsk region (according to statistics). // *Medicine and education in Siberia.* – 2013. – No. 4. – P. 56.
65. *Stygin A.V.* The main directions for improving the organization of the work of the radiodiagnosis service in the constituent entity of the Russian Federation. // *Spine surgery.* – 2009. – No. 3. – P. 84–92.
66. *Amaral C.S., Rozenfeld H., Costa J.M., Magon Mde F., Mascarenhas Y.M.* Improvement of radiology services based on the process management approach. // *Eur J Radiol.* 2011 Jun; 78(3):377–83. DOI: 10.1016/j.ejrad.2010.12.025.
67. *Pereira A.G., Vergara L.G., Merino E.A., Wagner A.* Solutions in radiology services management: a literature review. // *Radiol Bras.* 2015 Sep-Oct; 48(5):298–304. DOI: 10.1590/0100-3984.2014.0065.
68. *Sharpe R.E. Jr., Mehta T.S., Eisenberg R.L., Kruskal J.B.* Strategic planning and radiology practice management in the new health care environment. // *Radiographics.* 2015 Jan-Feb; 35(1):239–53. DOI: 10.1148/rg.351140064.



69. *Kusainova M.B., Aitmanbetova A.A., Koshimbekov M.K., Zhakupova M.N., Musina M.S., Nurbakyt A.N., Raushanova A.M.* On the issue of improving the organization of the service of radiation diagnostics. // Bulletin of the Kazakh National Medical University. – 2018. – No. 3. – P. 333–335.
70. *Lomakov S.Yu., Vishnyakov N.I., Shapiro K.I.* Organization and scope of work on radiation diagnostics and therapy in urban medical institutions. // Emergency. – 2012. – V. 13. – No. 2. – P. 076–079.
71. *Malekov D.A., Yuriev V.K.* The main directions of improving the organization of examination of patients by methods of radiation diagnostics. // Medicine: theory and practice. – 2019. – V. 4. – No. 5. – P. 331–332.
72. *Shakhobov I.V., Melnikov Yu.Yu., Smyshlyaev A.V.* Analysis of the activities of the ultrasound diagnostic service in medical organizations providing assistance on an outpatient basis. // Bulletin of the Ivanovo Medical Academy. – 2021. – V. 26. – No. 2. – P. 10–12.
73. *Blessing K.F., Brabrand M., Graumann O., Foldrup A., Mussmann B.* Can the examination time in CT and conventional x-ray be reduced in an emergency department with integrated radiology unit? A retrospective study. // Acute Med. – 2020; 19(1):21–25.
74. *O'Hagan S., Lombard C.J., Pitcher R.D.* The Role of the Integrated Digital Radiology System in Assessing the Impact of Patient Load on Emergency Computed Tomography (CT) Efficiency. // J Digit Imaging. 2019 Jun; 32(3):396–400. DOI: 10.1007/s10278-018-0129-0.
75. *Deev I.A., Kobyakova O.S., Boikov V.A., Shibalkov I.P., Baranovskaya S.V., Protasova L.M., Schneider G.V., Suvorova T.A.* The results of the implementation of the standard for the organization of outpatient care in the territory of the Tomsk region. // Social aspects of public health. – 2020. – V. 66. – No. 6. – P. 1.
76. *Neverova E.N., Pavlova V.I., Gaisina E.A., Gaisin T.A., Zotin Yu.S.* Organization of the work of outpatient cancer care centers in the Tyumen region. // Academic journal of Western Siberia. 2020. V. 16. No. 5 (88). pp. 9–10.
77. *Pavlova K.A., Kobyakova O.S., Deev I.A., Boikov V.A., Baranovskaya S.V., Shibalkov I.P., Perfilova D.Yu., Babeshina M.A.* Overview of Lean Practices in Clinical Laboratories. // Manager Zdravoohraneniya. – 2022. – No. 5. – P. 4–12.
78. *Starodubov V.I., Ivantsova M.A., Khain V.V., Pavlovskikh A. Yu.* Risk-based approaches to endoscopic diagnosis of gastrointestinal cancer in primary health care organizations (on the example of GAUZ SO GB No. 1, Nizhny Tagil). // Manager Zdravoohraneniya. – 2022. – No. 6. – P. 31–40.
79. *Gonçalves-Bradley D., Khangura J.K., Flodgren G., Perera R., Rowe B.H., Sheppard S.* Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. // Cochrane Database Syst Rev. 2018 Feb 13; 2(2): CD002097. DOI: 10.1002/14651858.
80. *Roblin D.W., Cram P., Lou Y., Edmonds S.W., Hall S.F., Jones M.P., Saag K.G., Wright N.C., Cromwell L.F., Robinson B.E., Wolinsky F.D.*; PAADRN Investigators. The Contribution of Patient, Primary Care Physician, and Primary Care Clinic Factors to Good Bone Health Care. Perm J. 2021 Jan; 25:1–3. DOI: 10.7812/TPP/20.095.
81. *Konchenko A.V., Kalinina M.V., Zhukova T.V., Bondarev A.V.* Formation of the structure of radiation diagnostics and doses of medical diagnostic radiation in the Rostov region at the present stage. In the collection: Topical issues of hygiene at the present stage. Materials of the 3rd scientific-practical conference of the Southern Federal District. Rostov-on-Don, 2020. – P. 152–166.
82. *Trofimova T.N., Panfilenko A.F.* Radiation diagnostics in numbers: St. Petersburg, 2017. // Radiation diagnostics and therapy. 2018. – No. 3(9). – P. 99–101.
83. *Shelekhov P.V.* Efficiency of using radiodiagnostics equipment in the constituent entities of the Russian Federation. // Manager Zdravoohraneniya. – 2017. – No. 5. – P. 33–41.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Шулькин Игорь Михайлович – заместитель директора по перспективному развитию, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

Igor M. Shulkin – Deputy Director for Prospective Development, State Budget-Funded Health Care Institution of the City of Moscow “Research and Practical Clinical Center for Diagnostics and Telemedicine Technologies of the Moscow Health Care Department”, Moscow, Russia.

E-mail: shulkinim@zdrav.mos.ru

Владимирский Антон Вячеславович – д.м.н., заместитель директора по научной деятельности, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

Anton V. Vladimirsky – Doctor of Medical Sciences, Deputy Director for Research, State Budget-Funded Health Care Institution of the City of Moscow “Research and Practical Clinical Center for Diagnostics and Telemedicine Technologies of the Moscow Health Care Department”, Moscow, Russia.

E-mail: vladimirskyav@zdrav.mos.ru

Шульц Евгений Игоревич – к.м.н., заместитель главного врача, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

Evgeny I. Shults – Candidate of Medical Sciences, Deputy Chief Physician, State Budget-Funded Health Care Institution of the City of Moscow “Research and Practical Clinical Center for Diagnostics and Telemedicine Technologies of the Moscow Health Care Department”, Moscow, Russia.

E-mail: shultsei@zdrav.mos.ru

Ахметов Рустем Насихович – руководитель проектного офиса, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

Rustem N. Akhmetov – Head of the project office, State Budget-Funded Health Care Institution of the City of Moscow “Research and Practical Clinical Center for Diagnostics and Telemedicine Technologies of the Moscow Health Care Department”, Moscow, Russia.

E-mail: akhmetovrn1@zdrav.mos.ru



ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-40-49

УДК: 614.2

Льготное лекарственное обеспечение пациентов в федеральных округах и субъектах Российской Федерации на примере наиболее распространённых заболеваний

С.А. Линник¹✉, С.А. Швачко², Е.Е. Туменко³

^{1, 2, 3} ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.С. Семашко» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, г. Москва, Россия.

¹ <https://orcid.org/0000-0002-0538-5400>;

² <https://orcid.org/0000-0002-9387-6479>;

³ <https://orcid.org/0000-0001-5097-3722>

✉ Автор для корреспонденции: Линник С.А.

АННОТАЦИЯ

В Российской Федерации законодательно определены обязанности федеральных и региональных органов власти по льготному лекарственному обеспечению пациентов, с разной степенью проработки проанализированы вопросы обеспечения пациентов лекарственными препаратами для лечения той или иной нозологии, однако комплексная оценка льготного лекарственного обеспечения пациентов с наиболее распространёнными заболеваниями в Федеральных округах и субъектах страны не проводилась. Это и явилось целью данного исследования. Мы проанализировали закупки лекарственных препаратов для лечения пациентов с онкологическими заболеваниями, бронхообструктивными заболеваниями (бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких) и сахарным диабетом в Федеральных округах и субъектах России за счёт средств регионального и федерального бюджетов и пересчитали суммы на 1 пациента, проживающего в Федеральном округе или субъекте.

Мы обнаружили, что как Федеральные округ, так и субъекты сильно отличались между собой в сумме закупок лекарственных препаратов для лечения той или иной из анализируемых нозологий. Кроме того, мы обнаружили непоследовательность в объёмах средств, затрачиваемых на покупку лекарственных препаратов для льготного лекарственного обеспечения от года к году.

Обеспеченность ЛП на амбулаторном этапе лечения пациентов со злокачественными новообразованиями, бронхообструктивными заболеваниями и сахарным диабетом сильно отличается как между различными Федеральными округами, так и субъектами РФ, что создаёт неравную доступность к лекарственному лечению пациентов на амбулаторном этапе лечения. Органы управления здравоохранением не имеют ни единой методики определения потребности в лекарственных препаратах на амбулаторном этапе лечения пациентов, ни единой стратегии льготного лекарственного обеспечения.

Ключевые слова: льготное лекарственное обеспечение, лекарственные препараты, региональная льгота, потребность в лекарственных препаратах, онкологические заболевания, бронхообструктивные заболевания, сахарный диабет.

Для цитирования: Линник С.А., Швачко С.А., Туменко Е.Е. Льготное лекарственное обеспечение пациентов в Федеральных округах и субъектах Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. 2023; 2: 40–49. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-40-49.

Введение

В Российской Федерации система льготного лекарственного обеспечения бесплатными лекарственными препаратами (ЛП) достаточно развита. Обеспечение пациентов ЛП в целом ряде случаев осуществляется за счёт бюджета субъектов Российской Федерации – региональное лекарственное обеспечение (РЛО), регламентируемое Постановлением Правительства РФ № 890

от 30 июля 1994 года¹ или за счёт бюджета Российской Федерации – программа обеспечения ЛП для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских

¹ Постановление Правительства РФ № 890 от 30 июля 1994 года «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

© Линник С.А., Швачко С.А., Туменко Е.Е., 2023 г.



организаций (ОНЛП), регулируемая Федеральным законом Российской Федерации № 178 от 17 июля 1999 года². Постановление № 890 устанавливает перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно или с 50% скидкой. Согласно данному Постановлению, пациенты со злокачественными новообразованиями (ЗНО), бронхиальной астмой (БА), сахарным диабетом (СД) обеспечиваются ЛП в амбулаторных условиях бесплатно вне зависимости от наличия или отсутствия инвалидности. Перечень ЛП для обеспечения пациентов с ЗНО, БА и СД за счёт бюджетов субъектов РФ регламентируется Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи³, в соответствии с которой за счёт бюджетных ассигнований субъектов РФ происходит обеспечение граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации ЛП в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия в соответствии с законодательством Российской Федерации отпускаются по рецептам врачей бесплатно, не менее Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), за исключением препаратов, используемых исключительно в стационарных условиях.

Федеральный закон № 178 от 17.07.1999 г. «О государственной социальной помощи» определяет право на бесплатное лекарственное обеспечение ряда наиболее социально уязвимых категорий граждан, среди которых инвалиды, ветераны боевых действий и другие.

Значение лекарственного лечения в амбулаторных условиях, особенно пациентов, имеющих хронические или инвалидизирующие заболевания, сложно переоценить [1]. В этой связи ответственность субъектов по льготному лекарственному обеспечению пациентов является важнейшей задачей органов управления здравоохранением субъектов РФ. Мы поставили своей целью провести анализ льготного лекарственного обеспечения (ЛЛО) пациентов с тремя наиболее распространёнными

группами заболеваний, требующих лечения в амбулаторных условиях. Для этого мы выбрали онкологические заболевания, сахарный диабет и бронхообструктивные заболевания (БОЗ), включающие бронхиальную астму и хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ).

Другие источники финансирования пациентов на амбулаторном этапе лечения, как то федеральная целевая государственная программа, осуществляющая обеспечение дорогостоящими лекарственными препаратами лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственной им тканей, рассеянным склерозом и другими заболеваниями, программа обеспечения пациентов с некоторыми орфанными заболеваниями за счёт фонда «Круг добра», программы лечения пациентов с ВИЧ, психическими и некоторыми другими заболеваниями в данной работе мы не анализировали.

Материалы и методы

Мы проанализировали закупки ЛП для лечения пациентов с ЗНО, БОЗ и СД за счёт средств РЛО и ОНЛП в 2019–2021 годах по данным сайта zakupki.gov.ru в Федеральных округах и субъектах РФ. Чтобы сравнить ФО и субъекты между собой, мы использовали условную сумму, полученную путём пересчёта суммы затрат на закупки ЛП на 1 пациента с впервые установленным диагнозом ЗНО и взятым на учёт и пересчёте на 1 пациента, имеющего диагнозы БОЗ или СД.

Результаты

Анализ закупок ЛП для лечения пациентов с ЗНО с 2019 по 2021 годы в Российской Федерации показал увеличение суммы затрат за счёт средств РЛО на 11%, достигнув в 2021 году почти 32 млрд. рублей. В то же время затраты бюджета ОНЛП снизились за этот же промежуток времени на 25%. В пересчёте на 1 пациента с вновь установленным диагнозом ЗНО и взятым на учёт сумма консолидированного бюджета РЛО и ОНЛП на закупки ЛП увеличилась с 62595 рублей до 74610 рублей.

Однако, Федеральные округа сильно различались между собой. Все ФО увеличили сумму затрат на закупку ЛП за счёт средств РЛО. Два из восьми ФО увеличили также закупки за счёт ОНЛП, пять ФО существенно снизили суммы затрат в рамках этой программы, один, ЮФО, оставил закупки в рамках ОНЛП практически без изменений. Ещё больше различий между ФО

² Федеральный закон Российской Федерации № 178 от 17 июля 1999 года «О государственной социальной помощи»

³ Постановление Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 г. № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов»





Таблица 1

Закупки ЛП для лечения пациентов с ЗНО за счёт средств РЛО и ОНЛП по Федеральным округам в 2019–2021 годах

ФО	РЛО, млн. рублей			ОНЛП, млн. рублей			РЛО+ОНЛП на 1 п-та с вновь уст. д-ом ЗНО, рублей		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
РФ	28053	24542	31715	6510	5686	4888	62595	64108	74610
ЦФО (без. Москвы)	5625	5695	9571	852	1237	1265	59835	74345	111355
СЗФО	1638	3354	5045	234	304	300	34152	77881	112163
ЮФО	1152	985	1536	546	521	531	26860	27793	36821
СКФО	267	296	447	400	142	106	28347	20876	25009
ПФО	997	1129	1713	954	937	575	16814	20716	21840
УрФО	921	905	1506	449	413	395	30212	33414	45615
СибФО	756	721	1299	700	520	536	21137	20944	29888
ДФО	720	851	982	305	234	220	34535	34371	45144

обнаружены в суммах средств консолидированных бюджетов РЛО и ОНЛП в пересчёте на 1 пациента с впервые установленным диагнозом и взятым на учёт. В 2019 году разница между этими суммами составляла 3,5 раза от 16814 рублей в ПФО до 59835 рублей в ЦФО. В 2021 году в 7 из 8 ФО эта сумма увеличилась по сравнению с 2019 годом, однако разница между ФО также возросла, достигнув пятикратного размера с минимумом в 21840 рублей в ПФО и максимумом в 111355 рублей в СЗФО. Два ФО (СКФО и СибФО) уменьшили эти суммы в 2020 году, по сравнению с 2019 годом и вновь увеличили их в 2021 году (таблица 1).

Анализ закупок ЛП для лечения пациентов с бронхообструктивными заболеваниями на амбулаторном этапе за счёт средств РЛО обнаружил ту же динамику, что и закупки ЛП для лечения пациентов с онкологическими заболеваниями: сумма средств ежегодно увеличивалась, достигнув в 2021 году почти 6,5 млрд. рублей, что составило +33% в сравнении с 2019 годом. Бюджет ОНЛП снизился за этот же промежуток времени на 15% – с 3,3 млрд. рублей в 2019 году до 2,8 млрд. рублей в 2021 году. Во всех без исключения ФО увеличилась сумма средств, потраченных на закупку ЛП за счёт программы РЛО (в ДФО рост был минимальным, составив только 2%) (таблица 2).

Таблица 2

Закупки ЛП для лечения пациентов с БОЗ за счёт средств РЛО и ОНЛП по Федеральным округам в 2019–2021 годах

ФО	РЛО, млн. рублей			ОНЛП, млн. рублей			РЛО+ОНЛП на 1 п-та с д-ом БОЗ, рублей		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
РФ	4302	5838	6425	3313	2965	2802	3829	4595	5266
ЦФО (без. Москвы)	830	755	1156	397	355	299	3175	3207	4149
СЗФО	733	869	871	342	370	341	5001	6506	7374
ЮФО	283	319	429	108	177	210	3273	4142	5628
СКФО	15	27	41	42	40	45	1994	1986	2269
ПФО	690	821	873	442	521	490	2850	3367	4255
УрФО	652	723	960	373	381	496	5124	5932	7966
СибФО	589	987	922	510	539	484	3253	4430	4309
ДФО	155	132	158	145	179	198	3282	3485	4369



Два (ЦФО и ДФО) из восьми ФО уменьшили суммы средств на закупку ЛП за счёт средств ОНЛП, 5 ФО её увеличили, 1 ФО (СЗФО) – оставил без изменений. Различия между ФО в сумме средств на 1 пациента с установленным диагнозом БОЗ в 2019 году был велик и составил 2,6 раза с минимумом в СКФО и максимумом в УрФО. В 2021 году этот показатель увеличился во всех ФО, а разница по этому показателю между ФО увеличилась до 3,5 раз с минимальным значением в СКФО и максимальным в УрФО.

Сумма средств РЛО, потраченная в РФ на закупку ЛП для лечения пациентов с СД, увеличивалась в течение всех трёх анализируемых лет, достигнув более, чем 26 млрд. рублей в 2021 году (+21% в сравнении с 2019 г.). Сумма средств ОНЛП, израсходованная на эти же цели, сократилась в 2021 году в сравнении с 2019 годом на 10%, составив 10,5 млрд. рублей.

Шесть ФО увеличили сумму бюджета РЛО, потраченную на закупки ЛП для лечения пациентов с СД, один ФО её уменьшил (ПФО), другой (УрФО) – оставил неизменной. Также сумма программы ОНЛП осталась без изменений в четырёх ФО, один ФО её сократил (ЮФО), остальные три увеличили (таблица 3).

В 2019 году ФО сильно отличались суммами средств в пересчёте на 1 пациента с СД: минимальное значение было в СКФО – 4419 рублей, а максимальное в СЗФО – 10552 рубля, т.е. разница составила 2,4 раза. В 2021 году минимальная сумма затрат была в ПФО – 4818 рублей в сравнении

с 12330 рублей в СЗФО, т.е. разница между минимальной и максимальной суммами осталась практически неизменной в сравнении с 2019 годом. Шесть ФО увеличили суммы закупок ЛП в пересчёте на 1 пациента в 2021 году, ПФО уменьшил, СибФО оставил практически без изменений (рост +10%).

Мы сопоставили суммы консолидированных трат бюджетов РЛО и ОНЛП на закупку ЛП для лечения пациентов с ЗНО, БОЗ и СД по Федеральным округам. Оказалось, что одни ФО тратят больше средств, чем в среднем в РФ, на закупку ЛП для всех трёх указанных групп заболеваний – ЦФО и СЗФО (за исключением ЗНО в 2019 году), другие тратят больше средств для закупки ЛП для лечения БОЗ или СД – УрФО (БОЗ и СД), ДФО (СД). Четыре ФО за все три анализируемых года тратили меньше средств, чем в среднем в РФ, на ЛЛО для лечения пациентов ЗНО, БОЗ и СД (таблица 4).

Мы выбрали три Федеральных округа для анализа ситуации с ЛЛО в субъектах: ЦФО, ЮФО и УрФО. Выбор этих ФО обусловлен, во-первых, плотностью населения – в этих ФО проживает 46% населения РФ. Во-вторых, эти ФО различаются по размерам субъектов – наименьший в ЦФО и ЮФО (и, следовательно, меньше расстояния и простая транспортная доступность до медицинских организаций), а наибольший в УрФО, в-третьих, разной плотностью населения и его возрастным составом.

В ЦФО только 3 из 17 субъектов последовательно увеличивали сумму средств с 2019 по 2021 гг., затрачиваемых на закупку ЛП для лечения пациентов

Таблица 3

Закупки ЛП для лечения пациентов с СД за счёт средств РЛО и ОНЛП по Федеральным округам в 2019–2021 годах

ФО	РЛО, млн. рублей			ОНЛП, млн. рублей			РЛО+ОНЛП на 1 п-та с д-ом СД, рублей		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
РФ	20696	25728	26173	11625	10180	10509	6734	7481	7643
ЦФО (без Москвы)	4830	5705	6000	2093	1554	2100	7349	7706	8599
СЗФО	2585	3398	3358	1278	1198	1169	10522	12518	12330
ЮФО	1718	2589	3211	1125	1030	734	5560	7078	7716
СКФО	488	625	872	306	392	417	4419	5661	7175
ПФО	3466	3832	2949	1995	1907	1835	5500	5780	4818
УрФО	2532	2923	2543	747	776	994	7654	8634	8256
СибФО	1698	1852	2010	1191	1175	1211	5370	5626	5987
ДФО	1198	1436	1765	565	540	613	7970	8943	10763





Сравнение затрат на закупки за счёт средств РЛО и ОНЛП для лечения пациентов с ЗНО, БОЗ и СД в пересчёте на 1 пациента по Федеральным округам в 2019–2021 годах

ФО	РЛО+ОНЛП на 1 п-та с впервые установленным д-ом ЗНО, тыс. рублей			РЛО+ОНЛП на 1 п-та на учёте с д-ом БОЗ, рублей			РЛО+ОНЛП на 1 п-та на учёте с д-ом СД, рублей		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
РФ	62595	64108	74610	3775	4529	5190	6734	7481	7643
ЦФО (без Москвы)	59835	74345	111355	3175	3207	4149	7349	7706	8599
СЗФО	34152	77881	112163	5001	6506	7374	10522	12518	12330
ЮФО	26860	27793	36821	2660	3363	4543	5560	7078	7716
СКФО	28347	20876	25009	1994	1986	2269	4419	5661	7175
ПФО	16814	20716	21840	2850	3367	4255	5500	5780	4818
УрФО	30212	33414	45615	5124	5932	7966	7654	8634	8256
СибФО	21137	20944	29888	3253	4430	4309	5370	5626	5987
ДФО	34535	34371	45144	3282	3485	4369	7970	8943	10763

с ЗНО за счёт средств РЛО и ОНЛП, в пересчёте на 1 пациента с впервые выявленным ЗНО и взятым на учёт. Три субъекта увеличили эту сумму в 2021 году в сравнении с 2019 годом, однако в 2020 году эти суммы были меньше суммы 2019 года. Шесть субъектов, напротив, уменьшили сумму в 2021 году в сравнении с 2019 годом. Разница между субъектами в расчётной сумме на 1 пациента с впервые выявленным ЗНО в 2019 году составила более, чем 6 раз от минимальной в Ивановской и Курской областях (34 тыс. рублей) до максимальной в Московской области (215 тыс. рублей). В 2021 разница между субъектами увеличилась, достигнув 14 раз с минимумом в Воронежской области и максимумом в Московской (таблица 5).

При анализе закупок ЛП для лечения пациентов с БОЗ за счёт средств РЛО и ОНЛП в ЦФО выявлено, что в 11 субъектах сумма закупок ЛП в пересчёте на одного пациента увеличилась в 2021 году, по сравнению с 2019 годом, а в пяти – напротив, уменьшилась. Разница в сумме на 1 пациента между субъектами в 2019 году составила почти 7 раз и увеличилась в 2021 году до 14-кратной.

В 11 субъектах сумма средств, потраченных на закупку ЛП за счёт средств РЛО и ОНЛП в пересчёте на 1 пациента с СД в 2021 увеличилась, по сравнению с 2019 годом, а в четырёх, напротив, уменьшилась. Однако, разница между субъектами в 2019 году была не столь большой, составив немногим более 2 раз. В 2021 году эта разница увеличилась до 3,2 раз (таблица 5).

При анализе закупок ЛП за счёт средств РЛО и ОНЛП для лечения пациентов с ЗНО в УрФО выявлено снижение суммы затрат в 2021 году по сравнению с 2019 годом в пересчёте на 1 пациента с впервые установленным диагнозом и взятым на учёт в трёх (50%) субъектах ФО (Курганская, Свердловская области и Челябинская области). Два субъекта эти суммы увеличили – Тюменская область и ХМАО. Сумма затрат в ЯНАО осталась без изменений. Обращает внимание большая разница в сумме затрат на 1 пациента между различными субъектами в 2019 году: максимум в ЯНАО 483 тыс. рублей и минимум в Тюменской области 34 тыс. рублей, т.е. более, чем в 14 раз. В 2021 году эта разница не только не сократилась, но, напротив, увеличилась до 21 раза: максимум в ЯНАО – 482 тыс., минимум в Свердловской области – 23 тыс. рублей. Также мы выявили неоднородность сумм, потраченных на ЛЛО, в пересчёте на 1 пациента с впервые выявленным диагнозом ЗНО в субъектах по годам. Так, например, Тюменская область потратила 34, 52 и 48 тыс. рублей в 2019, 2020 и 2021 годах, соответственно. Челябинская область 57, 74 и 51 тыс. рублей в те же годы. Т. е. на закупки ЛП в каждый год тратилось то больше, то меньше средств РЛО и ОНЛП (таблица 6).

Анализ закупок ЛП для лечения пациентов с СД показал уменьшение суммы средств, потраченных на ЛЛО в пересчёте на 1 пациента, в трёх (50%) субъектах. Другие три субъекта эту сумму увеличили. Так же как и в случае с закупками ЛП для лечения



Таблица 5

Суммы средств бюджетов РЛО и ОНЛП, затраченные субъектами ЦФО на закупку ЛП для лечения пациентов с ЗНО, БОЗ и СД в пересчёте на 1 пациента в 2019–2021 годах

Субъекты	РЛО+ОНЛП на 1 п-та с впервые установленным д-ом ЗНО, тыс. рублей			РЛО+ОНЛП на 1 п-та на учёте с д-ом БОЗ, тыс. рублей			РЛО+ОНЛП на 1 п-та на учёте с д-ом СД, тыс. рублей		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Белгородская обл.	40	69	38	1	1,9	2,9	7	9	10
Брянская обл.	72	64	87	7,4	1,9	3,2	7	7	7
Владимирская обл.	101	95	105	1,8	1,9	3,3	5	8	6
Воронежская обл.	35	52	20	0,5	0,7	0,8	4	4	4
Ивановская обл.	34	48	28	2,6	3,3	5,4	5	5	7
Калужская обл.	166	208	179	4,4	10	11,2	7	8	10
Костромская обл.	46	69	64	2	2,3	3,6	6	8	9
Курская обл.	34	73	93	4,8	5	4,7	9	10	13
Липецкая обл.	43	75	48	3,8	3	2,8	7	5	6
Московская обл.	215	256	280	3,7	2	3	9	10	12
Орловская обл.	73	103	71	3	2,9	4	6	7	7
Рязанская обл.	42	93	95	1,1	1,3	2	8	8	8
Смоленская обл.	84	91	45	2,9	3	2	6	6	4
Тамбовская обл.	39	50	25	3	3,1	3,5	6	7	8
Тверская обл.	91	114	107	3	3,3	3,7	6	6	7
Тульская обл.	94	142	149	2,3	2,1	1,7	7	9	6
Ярославская обл.	113	29	158	4,6	4,9	9,1	8	13	9

пациентов с ЗНО, обнаружены межгодовые колебания в суммах на 1 пациента в субъектах. Например, в ХМАО эти суммы составляли 14 тыс., 19 тыс., 10 тыс. рублей в 2019–2021 годах, похожие значения в ЯНАО. Разница между субъектами в 2019 году в суммах на 1 пациента, составлявшая 3,5 раза, в 2021 году уменьшилась до двухкратной разницы.

В пяти из шести субъектах УрФО сумма средств, потраченная на закупки ЛП в пересчёте на 1 пациента с БОЗ, увеличилась в 2021 году в сравнении с 2019 годом, а разница между субъектами была в 2019 году двукратной, увеличившись до 3-кратной в 2021 году (таблица 6).

Анализ ЛЛО в ЮФО выявил следующее. Сумма средств на закупку ЛП для лечения пациентов с ЗНО увеличилась в 2021 году в сравнении с 2019 годом в трёх из шести субъектов, в одном субъекте (Краснодарский край) эта сумма осталась неизменной, в двух других – увеличилась. Разница в сумме на 1 пациента в 2019 году между субъектами составила менее 3-х раз, однако она увеличилась за три года до 5,5 раз. Отмеченная непоследовательность в суммах на 1 пациента

в анализе предыдущих ФО обнаружена и в 4 других субъектах ЮФО (67%).

В пяти из шести анализируемых субъектах ЮФО сумма средств, потраченная на ЛЛО в пересчёте на 1 пациента с БОЗ, увеличилась в 2021 году по сравнению с 2019 годом. Однако только в двух из этих пяти субъектов суммы увеличивались и в 2020, и в 2021 годах. В 2019 году разница в этих суммах между субъектами составляла более 5 раз, оставшись такой же в 2021 году.

Все шесть субъектов ЮФО увеличили суммы ЛЛО в пересчёте на 1 пациента с СД, однако делали это непоследовательно, т.е. не ежегодно. Разница в суммах между субъектами 2019 году была невелика и увеличилась до двухкратной в 2021 году (таблица 7).

Из всех 29 анализируемых субъектов только в 6 увеличились суммы средств в 2021 году, потраченных на закупку ЛП за счёт средств РЛО и ОНЛП в пересчёте на 1 пациента для лечения пациентов всех трёх групп заболеваний (ЗНО, БОЗ, СД), по сравнению с 2019 годом: в Астраханской, Владимирской, Тверской, Тюменской и Калужской областях





Таблица 6

Суммы средств бюджетов РЛО и ОНЛП, затраченные субъектами УрФО на закупку ЛП для лечения пациентов с ЗНО, БОЗ и СД в пересчёте на 1 пациента в 2019–2021 годах

Субъекты	РЛО+ОНЛП на 1 п-та с впервые установленным д-ом ЗНО, тыс. рублей			РЛО+ОНЛП на 1 п-та на учёте с д-ом БОЗ, тыс. рублей			РЛО+ОНЛП на 1 п-та на учёте с д-ом СД, тыс. рублей		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Курганская обл.	42	32	23	6	6,2	6,7	10	8	9
Свердловская обл.	57	70	31	4,7	5	9	5	5	7
Тюменская обл.	34	52	48	7,7	6,7	8,2	9	9	12
Челябинская обл.	57	73	51	2,7	3,2	3,6	5	8	6
ХМАО	97	185	157	3,3	5,8	3	14	19	10
ЯНАО	483	413	482	4,7	5,9	7,3	17	19	13

Таблица 7

Суммы средств бюджетов РЛО и ОНЛП, затраченные субъектами ЮФО на закупку ЛП для лечения пациентов с ЗНО, БОЗ и СД в пересчёте на 1 пациента в 2019–2021 годах

Субъекты	РЛО+ОНЛП на 1 п-та с впервые установленным д-ом ЗНО, тыс. рублей			РЛО+ОНЛП на 1 п-та на учёте с д-ом БОЗ, тыс. рублей			РЛО+ОНЛП на 1 п-та на учёте с д-ом СД, тыс. рублей		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Астраханская обл.	80	114	114	6,6	4,4	8,9	8	10	14
Волгоградская обл.	36	52	17	1,3	1	1,6	5	5	7
Краснодарский кр.	83	94	84	2,8	3,7	5	5	6	7
Ростовская обл.	28	41	21	2,4	4,7	5	8	12	11
Респ. Адыгея	34	76	54	2,4	2,5	2,3	8	7	12
Респ. Калмыкия	49	64	62	1,9	3,9	4,8	5	6	8

и в Республике Калмыкия. В то же время, ни в одном из перечисленных субъектов суммы не увеличивались от года к году. Например, в Калмыкии сумма, потраченная на препараты для лечения ЗНО в 2020 году составила 64 тыс. рублей, в 2021 г. – 62 тыс., а в Тюменской области эта сумма составила в 2020 г. 52 тыс., в 2021 г. – 48 тыс., а у пациентов с БОЗ – 6,7 и 8,2 тыс. в 2020 и 2021 годах, соответственно.

Обсуждение

С развитием медицины и фармацевтики всё большее количество лекарственных препаратов выходит в обращение. Одни из них увеличивают продолжительность жизни, другие снижают частоту обострений и госпитализаций, третьи улучшают качество жизни, четвёртые обладают всеми перечисленными качествами. При этом хронические заболевания требуют длительного, часто пожизненного, приёма ЛП. В такой ситуации лечение в амбулаторных условиях обладает неоспоримым преимуществом: пациент живёт в привычной

обстановке дома, часто может работать, вести ту или иную социальную активность. Эта возможность реализуется только при наличии льготных лекарственных препаратов.

В различных исследованиях изучалось лекарственное обеспечение для лечения в амбулаторных условиях. Мы же ставили своей задачей проанализировать ЛЛО в одних и тех же ФО и субъектах РФ для лечения пациентов с ЗНО, БОЗ и СД. Имеющиеся в нашем распоряжении исследования свидетельствуют о серьезных различиях средних объемов фактических затрат на одного обратившегося льготополучателя [2], отмечается значительный разброс значений данного показателя и, прежде всего, в сегменте онкологических заболеваний, между субъектами РФ [3]. Недостаточность ЛЛО вынуждает пациентов тратить собственные средства на покупку ЛП: каждый третий пациент тратит 10% ежемесячного бюджета, а каждый пятый – 25% [4].

Для сравнения ФО и субъектов между собой мы использовали пересчёт на 1 пациента с впервые



установленным диагнозом ЗНО и взятым на учёт и 1 пациента, стоящего на учёте, с диагнозами БОЗ или СД. Это относительный показатель, имеющий единственную цель – сравнить между собой ФО и субъекты. Анализируя ЛЛО по Федеральным округам, мы обнаружили, что наименьшие суммы средств, потраченных на закупку ЛП для ЛЛО в пересчёте на одного пациента во всех трёх группах заболеваний, были в 2019 году в СКФО, ЮФО и ПФО. Сибирский Федеральный округ тратил меньше других для обеспечения пациентов с ЗНО и СД, Уральский – на лечение пациентов с ЗНО. В 2021 году Федеральные округа с наименьшими суммами в пересчёте на одного пациента были практически те же: ПФО, СКФО, ЮФО и СибФО во всех трёх группах заболеваний. Это приводит к разной доступности лекарственной терапии на амбулаторном этапе лечения для пациентов, проживающих в разных ФО [5, 6]. Тульская область, напротив, тратит больше средств на закупку онкологических препаратов, но существенно меньше, чем другие субъекты ЦФО, на закупку ЛП для лечения пациентов с СД.

Анализ ЛЛО в субъектах выявил существенную неоднородность внутри Федеральных округов. Причём разница в сумме, потраченной на закупки ЛП для ЛЛО в пересчёте на одного пациента, достигала десятикратных значений. Такая ситуация хорошо известна на примере лечения пациентов с онкологическими заболеваниями [7]. Кроме того, нередки ситуации, когда субъект больше (по сравнению с субъектами своего ФО) финансирует какую-либо одну нозологию, деприоритизируя при этом ЛЛО для лечения пациентов с другими нозологиями, т.е. отчётливо прослеживается некоторая избирательность. Например, Ростовская область существенно меньше тратит средств для закупки ЛП для лечения пациентов с ЗНО, но лидирует по закупкам ЛП для лечения пациентов с СД.

Для обеспечения пациентов ЛП на амбулаторном этапе лечения необходимо увеличивать суммы, затрачиваемые на закупку ЛП за счёт РЛО и ОНЛП. Стоимость ЛП будет увеличиваться [8], что тоже требует увеличения сумм на ЛЛО. Учитывая особенности сложившейся системы здравоохранения РФ – бюджетирование, планирование закупок и т.д., органам управления здравоохранения субъектов РФ необходимо планировать потребность в лекарственных препаратах через прогнозируемое количество пациентов, которые будут нуждаться в ЛЛО в течение года. В случае, когда консолидированный бюджет РЛО и ОНЛП,

затраченный на закупку ЛП для лечения пациентов, оказывается меньше предыдущего года, не только новые пациенты не могут быть полностью обеспечены ЛП, но и, возможно какому-то количеству пациентов, получавших ЛП на амбулаторном этапе лечения ранее, придётся продолжать лечение в условиях стационара, дневного стационара или за счет собственных средств.

Проблемы, с которыми сталкиваются органы управления здравоохранением в субъектах, очевидны. Программа ОНЛП, после возможности монетизации льгот, по сути, разрушилась. Например, в Краснодарском крае только 21–23% федеральных льготников не прибегли к монетизации льгот, следовательно, краевой бюджет, получив субвенции, большую часть средств будет вынужден направить на выплаты, а не на закупку лекарственных препаратов [9]. Близкие цифры к упомянутой выше характеризуют положение с ОНЛП в стране в целом [8] – бюджет сокращается. Не менее остро стоит вопрос с региональными льготниками – дефицит бюджетов подавляющего большинства субъектов. Вероятно, строгое исполнение Постановления № 890 непосильно большинству субъектов РФ [10]. Кроме того, возникшие правовые коллизии – требование Постановления № 890 обеспечить льготными ЛП пациентов из перечня заболеваний с одной стороны, и указание на обязательность включения в региональный перечень лекарственных препаратов, которые будут закупаться за счёт средств РЛО, не менее перечня ЖНВЛП, за исключением ЛП, применение которых возможно только в стационаре (в отсутствии официальных критериев условий места применения ЛП) – приводят к юридической неопределённости [1, 11]. Субъекты принимают решение о ЛЛО той или иной льготной категории пациентов по своему усмотрению, включают разное количество МНН в региональные перечни [12] и по-разному обеспечивают пациентов, страдающих наиболее распространёнными заболеваниями, что было выявлено в нашем исследовании. Ещё одна правовая коллизия заключается в том, что в случае монетизации льгот, обязательства субъектов по ЛЛО пациента в соответствии с постановлением Правительства № 890 не снимаются, если это заболевание включено в него.

Отсутствие последовательности в суммах закупок ЛП для ЛЛО в субъектах РФ свидетельствует об отсутствии понимания необходимого количества ЛП для лечения пациентов с той или иной нозологией. Отсутствие единой методики определения





потребности ЛП в субъектах приводит к тому, что они по-разному рассчитывают эту потребность, что в свою очередь приводит к разной обеспеченности пациентов ЛП на амбулаторном этапе лечения.

Безусловно, судить об обеспеченности лекарственными препаратами пациентов с анализируемыми группами заболеваний нельзя. Мы провели анализ обеспеченности пациентов ЛП только в амбулаторных условиях за счет средств РЛО и ОНЛП. Возможно, в тех ФО и субъектах, в которых затраты на ЛЛО меньше, чем в среднем по стране, пациенты больше получают помощь в условиях стационара и дневного стационара или прибегают к покупке ЛП за собственные средства.

Выводы

1. Обеспеченность ЛП на амбулаторном этапе лечения пациентов со злокачественными ново-

образованиями, бронхообструктивными заболеваниями и сахарным диабетом сильно отличается как между Федеральными округами, так и на уровне субъектов РФ, что создаёт неравную доступность к лекарственному лечению пациентов на амбулаторном этапе лечения.

2. Обеспеченность пациентов ЛП на амбулаторном этапе лечения значимо меняется от года к году во многих субъектах РФ, что затрудняет планирование лечения пациентов.
3. Органы управления здравоохранением не имеют единой методики определения потребности в лекарственных препаратах на амбулаторном этапе лечения пациентов, что усиливает неравенство к доступности к лекарственному лечению пациентов с разными нозологиями, проживающих в разных ФО и субъектах России.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Феоктисова Ю.В., Поддубный Е.А., Манеева Е.С., Елисеева Е.В. Нормативно-правовые и организационные основы льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан. // Таврический медико-биологический вестник. – 2018. – Т. 21. – № 4. – С. 120–127.
2. Петрухина И.К., Блинова П.Р., Логинова Л.В., Рязанова Т.К., Егорова А.В., Хусаинова А.И. Анализ показателей региональных программ льготного лекарственного обеспечения в субъектах РФ. // Материалы конференции «Синтез наук как основа развития медицинских знаний». 2018. Самара. – С. 424–431.
3. Петрухина И.К., Егорова А.В., Логинова Л.В., Бубнова А.В. Анализ особенностей реализации региональных программ льготного лекарственного обеспечения в отдельных субъектах РФ. // Современная организация лекарственного обеспечения. – 2019. – № 2. – С. 63–64.
4. Казаков Е.В. Удовлетворенность населения программами льготного лекарственного обеспечения // Дальневосточный медицинский журнал. – 2019. – № 1. – С. 71–74.
5. Тельнова Е.А., Загоруйченко А.А. О государственном регулировании на российском фармацевтическом рынке и проблемах лекарственного обеспечения // Современная организация лекарственного обеспечения. – 2020. – Т. 7. – № 3. – С. 11–20.
6. Петрухина И.К., Рязанова Т.К., Егорова А.В., Логинова Л.В., Хусаинова А.И., Блинова П.Р. Особенности реализации программ региональной лекарственной поддержки федеральных льготополучателей в субъектах РФ // Современная организация лекарственного обеспечения. – 2020. – Т. 7. – № 1. – С. 72–74.
7. Линник С.А. Анализ обеспечения лекарственными препаратами пациентов с ЗНО в субъектах РФ. // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2022. – Т. 75. – № 3. – С. 28–32.
8. Ковалева К.К., Наркевич И.А., Немятых О.Д., Васягина Ю.А. Анализ федеральных программ льготного лекарственного обеспечения населения. // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской техники. – 2019. – № 3. – С. 54–58.
9. Пильщикова В.В., Шильцова Т.А., Васильев Ю.А. Анализ стратегии лекарственного обеспечения отдельных категорий населения краснодарского края // Новые технологии. – 2021. – Т. 17. – № 4. – С. 94–102.
10. Комаров И.А., Александрова О.Ю., Нагибин О.А. Современная организация лекарственного обеспечения льготных категорий граждан. Федеральные и региональные особенности. // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 5. – С. 53–60.
11. Нагибин О.А., Манухина Е.В., Комаров И.А. Нормативно-правовое регулирование льготного лекарственного обеспечения в Российской Федерации. // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2019. – Т. 27. – № 4. – С. 520–529.
12. Нагибин О.А., Селявина О.Н., Караушева Л.Е. Анализ нормативно-правовых актов по организации лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на меры социальной поддержки. // Лечебное дело. – 2020. – № 2. – С. 128–136.



ORIGINAL PAPER

SUBSIDIZED PHARMACEUTICAL PROVISION FOR PATIENTS IN THE FEDERAL DISTRICTS AND SUBJECTS OF THE RUSSIAN FEDERATION USING THE EXAMPLE OF THE MOST COMMON DISEASES

S.A. Linnik¹✉, **S.A. Shvachko**², **E.E. Tumenko**³

^{1,2,3} N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia.

¹ <https://orcid.org/0000-0002-0538-5400>; ² <https://orcid.org/0000-0002-9387-6479>

³ <https://orcid.org/0000-0001-5097-3722>

✉ Corresponding author: Linnik S.A.

ABSTRACT

In the Russian Federation, the obligations of federal and regional authorities for Subsidized Pharmaceutical Provision for patients are legally defined, the issues of providing patients with drugs for the treatment of a particular nosology are analyzed with varying degree of detail, however, a comprehensive assessment of Subsidized Pharmaceutical Provision for patients with the most common diseases in the Federal Districts and federal subjects was not carried out. This was the aim of this study. We analyzed the purchase of medicines for the treatment of patients with cancer, broncho-obstructive diseases (bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease) and diabetes in the Federal Districts and federal subjects of Russia through regional and federal budgeting and recalculated the total spendings per 1 patient living in the Federal District or federal subject.

We found that both the federal districts and the constituent entities differed in the budget spendings for purchase of medicines for the treatment of the analyzed nosologies. In addition, we found inconsistency in the sum of funds spent on the subsidized Pharmaceutical Provision from year to year.

The availability of medicines at the outpatient stage of treatment of cancer, broncho-obstructive diseases and diabetes mellitus differs greatly between the different Federal Districts and on the federal subject level. This creates unequal access to drug treatment for patients at the outpatient stage of treatment. Health authorities do not use a unified methodology for planning the demand of medicines at the outpatient stage of treatment, nor a unified strategy for Subsidized Pharmaceutical Provision execution.

Keywords: preferential drug provision, drugs, regional benefit, need for drugs, oncological diseases, bronchial asthma, diabetes mellitus.

For citation: Linnik S.A., Shvachko S.A., Tumenko E.E. Subsidized Pharmaceutical Provision for patients in the Federal Districts and subjects of the Russian Federation using the example of the most common diseases // *Manager Zdravoohranenia*. 2023; 2: 40–49. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-40-49.



ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Линник Сергей Александрович – канд. мед. наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.С. Семашко» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Sergey A. Linnik – PhD, senior investigator of N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia.

E-mail: Linnik2001@mail.ru

Швачко Сергей Александрович – аспирант ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.С. Семашко» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Sergey A. Shvachko – graduate student of N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia.

Туменко Елена Евгеньевна – лаборант – исследователь ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественно-го здоровья имени Н.С. Семашко» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Elena E. Tumenko – laboratory assistant researcher of N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia.



ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-50-58

УДК: 614.2

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДОНОРСТВА КРОВИ В РОССИИ (НА ПРИМЕРЕ БЕЛГОРОДСКОЙ И КУРСКОЙ ОБЛАСТЕЙ)

Т.М. Скляр¹✉, М.В. Котлярова²

^{1,2} Высшая школа менеджмента Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург, Россия.

¹ ORCID 0000-0003-2707-5240

✉ Автор для корреспонденции: Скляр Т.М.

АННОТАЦИЯ

Развитие донорства крови и ее компонентов является стратегическим направлением системы здравоохранения. Активная работа по привлечению доноров и формированию базы регулярных доноров служит важным фактором в системе обеспечения населения компонентами донорской крови.

Исследовательский вопрос статьи заключается в выявлении мотивов, стимулов и барьеров для донорства крови в России. Этот вопрос рассматривается на примере Белгородской и Курской областей, в которых количество доноров крови и ее компонентов на 1000 человек населения ниже среднего российского показателя. Целью статьи является разработка рекомендаций по развитию донорства крови и ее компонентов в РФ. В исследовании используются социологические, статистические, эконометрические методы исследования. Статья основана на анализе годовых отчетов, подготовленных для ФМБА России организациями Службы крови Белгородской и Курской областей с 2019 по 2021 гг. Методом сбора первичной информации является опрос доноров крови и ее компонентов и населения Белгородской и Курской областей, проведенный в марте-мае 2022 г. На основании результатов опроса показано, что результативность проведения рекламных кампаний по пропаганде добровольного и безвозмездного донорства крови и ее компонентов недостаточно высока, донорский светофор в настоящее время не является достаточно эффективным инструментом оповещения населения об актуальном состоянии запасов и потребности в отдельных компонентах донорской крови. Составлен социальный портрет донора, который целесообразно использовать для корректировки маркетинговых мероприятий с точки зрения увеличения охвата целевой аудитории. В статье сформулированы рекомендации по развитию донорства крови и ее компонентов.

Ключевые слова: донорство крови, Служба крови, медицинские учреждения, государственное регулирование.

Для цитирования: Скляр Т.М., Котлярова М.В. Совершенствование системы донорства крови в России (на примере Белгородской и Курской областей) // Менеджер здравоохранения. 2023; 2: 50–58. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-50-58.

Введение

Развитие донорства крови и ее компонентов является стратегическим направлением системы здравоохранения. Донорство крови и (или) ее компонентов – добровольная сдача крови и (или) ее компонентов донорами, а также мероприятия, направленные на организацию и обеспечение безопасности заготовки крови и ее компонентов [1, Ст. 2]. Донорство крови – это социально значимое благо, поэтому государство играет основную роль в финансировании, организации и регулировании его обращения. Обращение донорской крови и (или) ее компонентов – деятельность по заготовке, хранению, транспортировке, обеспечению безопасности, клиническому использованию донорской крови и (или) ее компонентов, а также по безвозмездной передаче, обеспечению

за плату, утилизации, ввозу на территорию государства и вывозу за пределы территории донорской крови и (или) ее компонентов [1, Ст. 2]. Компоненты донорской крови – составляющие части крови, взятые от донора или произведенные различными методами из крови донора и предназначенные для клинического использования, производства лекарственных средств и медицинских изделий, а также для использования в научно-исследовательских и образовательных целях [1, Ст. 2].

Для развития сферы переливания крови и/или ее компонентов в 2008–2014 гг. была реализована государственная программа развития Службы крови. Служба крови – это структура, объединяющая по всей стране медицинские учреждения и их структурные подразделения, основным видом деятельности которых является заготовка, переработка,

© Скляр Т.М., Котлярова М.В., 2023 г.



хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов. Задачами Службы крови являются обеспечение лечебных учреждений компонентами крови, техническая модернизация учреждений Службы крови, развитие добровольного донорства крови. Учреждения Службы крови финансируются из федерального или регионального бюджета, в зависимости от их уровня подчинения. Служба крови является связующим элементом между донором и пациентом, который нуждается в переливании крови и ее компонентов [2].

Государственный контроль за обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов осуществляется Федеральным медико-биологическим агентством (ФМБА России) и его территориальными органами. Предметом государственного контроля является соблюдение организациями, осуществляющими деятельность по заготовке, хранению, транспортировке и клиническому использованию донорской крови и (или) ее компонентов, правил заготовки, хранения, транспортировки и клинического использования донорской крови и ее компонентов [3].

Активная работа по привлечению доноров и формированию базы регулярных доноров служит важным фактором в системе обеспечения населения компонентами донорской крови.

Исследовательский вопрос статьи: каковы мотивы, стимулы и барьеры для донорства крови в России. Этот вопрос рассматривается на примере Белгородской и Курской областей. Белгородская область представлена Центром крови и тремя отделениями заготовки крови, Курская область – станцией переливания крови и подстанцией станции переливания крови. Количество доноров крови и ее компонентов на 1000 человек населения в этих областях ниже среднего значения индикаторов (см. таблицу 1).

В Белгородской области государственное задание выполнялось в полном объеме в 2019–2021 гг., регион обеспечен необходимыми запасами крови и ее компонентов. Курская область имеет более нестабильную динамику изменения индикатора по

сравнению с Белгородской областью из-за наличия достаточно высокого процента перевыполнения госзаказа в 2019 и 2021 гг (на 22% и 14%, соответственно) и невыполнения его в 2020 г. (на 5%) [5]. Это может негативно повлиять на качество оказания медицинской помощи в регионе в ситуациях, когда критически нужна кровь и ее компоненты.

Целью исследования является разработка рекомендаций по развитию донорства крови и ее компонентов в РФ. Для достижения поставленной цели необходимо решение следующих задач: анализ сферы обращения донорской крови, выявление информированности населения относительно рекламы добровольного донорства и мер социальной поддержки доноров, составление социального портрета донора крови и ее компонентов в Белгородской и Курской областях.

Методы

В исследовании используются социологические, статистические, эконометрические методы исследования. Статья основана на анализе годовых отчетов, подготовленных для ФМБА России, организациями Службы крови Белгородской и Курской областей с 2019 по 2021 гг. Методом сбора первичной информации является опрос доноров крови и ее компонентов и населения Белгородской и Курской областей, проведенный в марте-мае 2022 г. Количество респондентов составило 111 человек, донорами являются 82 человека, из них 70 человек – это повторные доноры. Количество респондентов составило 111 человек, что соответствует условию репрезентативности выборки с уровнем значимости 96% и средней ошибкой выборки 10%.

Результаты

Задачами опроса населения и доноров Белгородской и Курской областей являлись оценка результативности проведения рекламных кампаний по пропаганде добровольного и безвозмездного донорства крови и ее компонентов; определение

Таблица 1

Количество доноров крови и ее компонентов на 1000 человек населения

	Белгородская область	Курская область	Среднее значение по России
2019	9,921	7,899	11,8
2020	9,920	6,763	11,2
2021	9,921	7,519	11,2

Составлено по [4], [5]





степени информированности о донорском светофоре; выявление информированности населения относительно мер социальной поддержки доноров, отношения к размеру льгот и выплат; составление социального портрета донора; выявление мотивов и барьеров к сдаче крови.

Проанализируем распределение ответов респондентов на вопросы анкеты.

1. Результативность проведения рекламных компаний.

1.1. Частота увиденной рекламы донорства крови и ее компонентов.

Большинство респондентов, а именно 58 человек (52,3% опрошенных), ответило, что редко; 28 человек (25,2%) никогда не сталкивались; 22 человека (19,8%) – иногда сталкиваются с рекламой, и только 3 респондента (2,7%) часто сталкивались с рекламой донорства крови.

1.2. Спектр мест, в которых респонденты видели рекламу донорства крови.

31 человек (27,9% опрошенных) видел рекламу на телевидении, 23 человека (20,7%) – в социальных сетях, 16 человек (14,4%) – в средствах массовой информации: журналах, газетах, 6 человек (5,4%) – на сайте учреждений Службы крови, 2 человека (1,8%) – в университете, 1 человек (0,9%) – в армии, 1 человек (0,9%) отметил вариант «другое», 31 человек (27,9%) – не сталкивался с рекламой донорства крови.

1.3. Спектр источников, из которых опрошенные узнают информацию о донорстве крови

Вариант ответа «от друзей и родственников» отметил 41 человек (36,9% респондентов), 24 человека (21,6%) – в Интернете, 20 человек (18%) – в печатных СМИ, 3 человека (2,7%) – на телевидении, 1 человек (0,9%) – на федеральном сайте Службы крови, 22 человека (19,8%) не получают информацию о донорстве крови.

Результаты опроса показывают, что официальные сайты Службы крови не являются распространенным источником информации о донорстве крови и проводимых акциях среди населения. Высокая доля доноров среди опрошенных и почти треть респондентов (31 человек), никогда не сталкивавшаяся с рекламой донорства крови, свидетельствуют об ограниченности распространения применяемой рекламы в исследуемых регионах.

В России существуют различные подходы к организации пропаганды донорства крови и ее компонентов, применяются современные форматы и методы создания рекламы (геотаргетинг, лендинг,

используются классические инструменты (рекламные плакаты в местах скопления людей и общественном транспорте). Однако множество успешных рекламных кампаний разработано некоммерческими организациями, в большинстве случаев без сотрудничества с учреждениями Службы крови. Так, анализ проводимых в Белгородской и Курской области рекламных акций, а также результаты опроса свидетельствуют о наличии таких недочетов, как ограниченный спектр маркетинговых инструментов, однотипность проводимых акций, недостаточность распространения рекламы среди населения. Целесообразным является совместная деятельность учреждений Службы крови и некоммерческих организаций по пропаганде донорства крови и ее компонентов для внедрения новых методов маркетинга и создания эффективной социальной рекламы, которая повысит уровень донорской активности.

2. Для актуального информирования населения о потребности в определенных видах крови применяется донорский светофор. В нем каждой группе крови и резус-фактору соответствует один из трех цветов, отражающий потребности учреждения. Зелёный сигнал светофора означает, что кровь данной группы и резус-фактора имеется в достаточном количестве. Жёлтый сигнал светофора означает, что крови данной группы и резус-фактора недостаточно, нужно прийти и сдать кровь. Красный сигнал светофора означает, что запас крови данной группы и резус-фактора достиг критического минимума, необходимо срочно прийти и сдать кровь [6]. Таким образом, донор всегда может узнать, в каком учреждении требуется кровь его группы и резус-фактора. Обновление информации осуществляется ежедневно по результатам мониторинга запасов и потребностей донорской крови и её компонентов.

Значительная часть респондентов, 51 человек (45,9%), отмечает, что не использует донорский светофор, т.е. он не является ориентиром для решения о сдаче крови и ее компонентов; 43 человека (38,7%) – не знает о существовании донорского светофора, 8 человек (7,2%) отвечает, что используют донорский светофор, но на их посещение пунктов сдачи крови это не влияет. Таким образом, только 9 респондентов (8,1%) проверяют и используют донорский светофор для координации сдачи крови и ее компонентов, т.е. используют его по назначению.

Результаты опроса показывают, что донорский светофор не является достаточно эффективным инструментом оповещения населения об актуальном



состоянии запасов и потребности в отдельных компонентах донорской крови в исследуемых регионах, что препятствует более качественной и быстрой заготовке крови в момент крайней необходимости и на постоянной основе.

3. Информированность населения относительно мер социальной поддержки доноров информированности населения, отношение к размеру льгот и выплат

Меры социальной поддержки доноров являются одним из инструментов государственного регулирования сферы обращения донорской крови и ее компонентов. Комплекс социальных, экономических, правовых, медицинских мер по организации донорства, защите прав донора устанавливается Федеральным законом от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов, региональными нормативно-правовыми актами и Трудовым кодексом РФ.

Результаты опроса выявили, что 95 респондентов (85,6% опрошенных) знает о предоставляемых льготах и выплатах. Следовательно, осведомленность опрошенных граждан о мерах социальной поддержки, оказываемых государством донорам крови и ее компонентов, является достаточно высокой для принятия решения о сдаче крови.

Однако 70 человек (63,1% опрошенных) считает, что меры недостаточные и незначительные, 15 человек (13,5%) удовлетворены объемом предоставляемых льгот и 26 человек (23,4%) – затруднились ответить.

Распределение ответов относительно мер государственной поддержки лиц, награжденных знаком «Почетный донор России»/«Почетный донор СССР» следующее. Почти половина респондентов, 51 человек (45,9%), считает меры привлекательными и действенными, 25 человек (22,5%) имеют противоположное мнение, 35 человек (31,5%) затруднились ответить на вопрос.

В рассматриваемых регионах существует полностью безвозмездное донорство, но результаты опроса свидетельствуют, что подавляющее большинство опрошенных, а именно 98 человек (88,3%), хотело бы получать денежное вознаграждение за донацию, 4 человека (3,6%) – дали отрицательный ответ, 9 человек (8,1%) – затруднились ответить. Таким образом, предположение о материальной заинтересованности при сдаче крови и потребности населения в дополнительных мерах социальной поддержки является верным.

4. Социальный портрет донора.

Для совершенствования работы с донорскими кадрами, пропаганды важности и значимости донорства крови, создания действенной программы коммуникации с потенциальными донорами важно изучить социально-демографические, психологические и физиологические особенности донорского контингента. Под социальным портретом донора крови понимается комплекс социальных, демографических, психологических, экономических и политических установок, а также культурных ценностей. Социальный портрет донора крови может различаться в разных регионах, что обусловлено социально-демографической, экономической, культурной дифференциацией субъектов РФ. Это свидетельствует о необходимости проведения подобных исследований в каждом регионе России для корректировки региональных программ по взаимодействию с населением и с донорским контингентом.

В Белгородской и Курской областях было проведено исследование донорского контингента посредством проведения опроса для построения социального портрета донора крови, изучения социально-демографических, мотивационных характеристик донорских кадров и тенденций, присутствующих в сфере обращения донорской крови и ее компонентов.

Полученные статистические данные были обработаны с помощью метода главных компонент.

Метод главных компонент (англ. principal component analysis, PCA) – один из способов уменьшить размерность данных, потеряв наименьшее количество информации.

Метод главных компонент является инструментом для анализа текстовых данных и используется для предоставления сводки текстовых данных или в качестве входных данных для дальнейшего анализа (например, в качестве переменных для использования в сегментации) [9].

Социальный портрет донора в Белгородской и Курской областях был построен с учетом следующих социально-демографических характеристик: пол, возраст; уровень образования; вид деятельности; материальное положение; семейное положение; наличие детей.

На основе проведенного анализа можно сделать следующие выводы:

- Преимущественно сдают кровь мужчины.
- Доноры, как правило, имеют семьи и состоят в браке.





- Те, кто чаще сдают кровь, имеют высшее образование.
- Материальное положение людей, которые сдают кровь, более устойчивое.
- Люди, активно сдающие кровь, осведомлены о мерах социальной поддержки и пользуются ими.
- Работники бюджетных учреждений, студенты и пенсионеры заинтересованы в сдаче крови за денежную компенсацию.
- Военные, пенсионеры и студенты в меньшей степени заинтересованы в сдаче крови.

Также для анализа донорского контингента были проанализированы данные Центра крови Белгородской области и Курской станции переливания крови. Было выявлено преобладание среди доноров мужчин среднего возраста (30–45 лет), что обусловлено множеством факторов: наличием большего количества антител у женщин, хронических заболеваний у людей более зрелого возраста, большего количества временных отклонений для женщин и т.п.

Таким образом, в результате исследования информации о донорском контингенте было выявлено, что социальным портретом донора крови в Белгородской и Курской областях является мужчина, 30–45 лет, состоящий в браке, имеющий детей, с высшим образованием и имеющий устойчивое материальное положение, являющийся работником коммерческой организации, осведомленный о наличии мер социальной поддержки доноров и активно пользующийся ими.

5. Выявление мотивов и барьеров к повторной сдаче крови

Респондентам было предложено оценить по шкале Лайкерта, насколько сильно влияют различные факторы на решение о сдаче крови. В разделе опроса о барьерах указаны как психологические факторы («я не хочу испытывать побочных действий после донации»), в том числе так называемые «мифы о донорстве», т.е. предубеждения, распространенные среди населения («сдача крови – это больно», «я боюсь вида крови, иголок, шприцов», «во время сдачи крови можно заразиться инфекцией», «сдача крови вредна для организма»), так и факторы доступности учреждений Службы крови («мне не подходит время, в которое можно сдать кровь», «неудобное расположение пункта сдачи крови»), факторы осведомленности о потребности государства в крови («я не осведомлен о необходимости государства в крови»), факторы социальной

поддержки доноров крови («за это мало платят, и нет льгот»).

В разделе о мотивах донорства крови респондентам было предложено оценить по шкале Лайкерта следующие факторы: социальная поддержка доноров крови («возможность получения государственной социальной поддержки в виде выплат и других поощрений», «наличие денежной компенсации за питание»), личные и мотивационные факторы («донорство – общественно-полезное дело», «я хочу помогать людям, нуждающимся в переливании», «возможность регулярно следить за своим здоровьем»).

Полученные данные были обработаны с помощью построения логит-модели, в работе применен 10% уровень значимости.

Результаты моделирования

Факторы, которые отрицательно влияют на решение о сдаче крови второй и более раз: боязнь вида крови, иголок, шприцов, страх заражения инфекцией во время донации, страх, что сдача крови – это вредно для организма, неосведомленность о потребности в крови у государства, недостаток льгот и денежных компенсаций, общественная полезность донации, возраст.

Является логичным, что переменные «боязнь вида крови, шприцов и иголок», «страх заражения инфекцией во время донации», «неосведомленность о потребности в крови государства» имеют отрицательные коэффициенты, так как при изменении идентификации каждого из перечисленных факторов на один пункт (например, изменение мнения и ответа донора с «полностью согласен» на «скорее согласен» на вопрос о том, как сильно влияет боязнь вида крови, шприцов и иголок на сдачу крови) вероятность сдачи крови донором второй раз и более возрастет на 13,8% – в случае со страхом вида крови, иголок, шприцов, на 19% – в случае с боязнью инфекций, на 17,8% – в случае с неосведомленностью о потребности в крови государства.

Также для определения мотивов для донорства крови следует проанализировать результаты опроса, в котором респондентам было предложено ответить на вопрос о том, в каком случае они бы согласились сдать кровь.

Самым сильным мотивом для опрошенных является необходимость сдать кровь родственнику, близкому человеку (79,3%). Следующими по значимости мотивами выступает материальная компенсация (63,3%) и наличие льгот (57,7%). Желание помочь людям и проявить сострадание в качестве мотива



для согласия сдать кровь отмечают 39,6% опрошенных. 25,2% респондентов желают поддержать российскую армию и помочь раненым солдатам.

Таким образом, с учетом построения модели влияния факторов на принятие решения о сдаче крови второй раз и более, выявлено, что барьерами к донорству крови являются: боязнь вида крови, иголок, шприцов; страх заражения инфекцией во время донации; страх, что сдача крови – это вредно для организма; неосведомленность о государственной потребности в крови; недостаточные льготы и денежные компенсации. Основные мотивы у доноров следующие: общественная полезность донорства крови, необходимость сдать кровь родственнику или близкому человеку, материальная компенсация и наличие льгот.

Обсуждение и рекомендации по совершенствованию сферы обращения донорской крови и ее компонентов

Исследование носит пилотный характер, охватывает только два региона РФ и относительно ограниченный круг респондентов. Представляется целесообразным регулярное проведение исследований донорского контингента при разработке региональных программ по пропаганде донорства крови, организации акций, направленных на привлечение донорских кадров.

Сформулируем рекомендации по совершенствованию сферы обращения донорской крови и ее компонентов.

1. Обновление официальных сайтов

Создание современного и удобного сайта является одной из задач в рамках рекламы донорства крови и ее компонентов.

В результате опроса выявлено, что сайтами Центра крови Белгородской области и Станции переливания крови Курской области пользуется сайтом лишь около 60% опрошенных. На вопрос об удобстве и информативности сайта 44% респондентов дали негативный ответ. Доноры также отмечали «сложность восприятия сайта», «плохой дизайн», «слишком много неупорядоченной информации», «устаревшая информация», «нет актуальной информации для доноров», «непривлекательная и непонятная главная страница», что подтверждает наличие недостатков с точки зрения визуализации и актуальности информации на сайте.

Таким образом, модернизация сайтов организаций Службы крови поможет донести информацию

о донорстве до целевой аудитории – потенциальных и регулярных доноров.

2. Повышение осведомленности населения о наличии системы донорского светофора

Результаты опроса показали, что значительная часть респондентов не знает о существовании донорского светофора. Поэтому представляется важным включение информации о нем в материалы, содержащие пропаганду донорства крови.

3. Развитие системы социальной поддержки доноров крови и ее компонентов

Совершенствование системы социальной поддержки доноров крови является необходимой составляющей в сфере привлечения регулярных, здоровых донорских кадров. Разработка системы льгот и социальных выплат не только почетным, но и регулярным донорам – это важный аспект для мотивации к донации. Поэтому целесообразно разработать систему мер поддержки доноров в соответствии с количеством и структурой донаций. Она может быть как аналогичной системе платного донорства, так и включать меры поддержки, содержащие иные социальные льготы, например, бесплатный или льготный проезд на общественном транспорте, особенно до пунктов сдачи крови; полис добровольного медицинского страхования для регулярных и почетных доноров; скидка на услуги ЖКХ в месяц сдачи крови; увеличение процента от прожиточного минимума, принимаемого в качестве базы при расчете компенсации за питание.

4. Совершенствование маркетинговых мероприятий по популяризации донорства крови

4.1. Создание новостного канала учреждений Службы крови и чат-бота в социальной сети Телеграмм.

По данным исследования Deloitte «Медиапотребление в России в 2021 году», Telegram является вторым по распространенности мессенджером (охватывает 61% населения) и одним из лидеров среди ресурсов, к которым интерес россиян в 2021 г. вырос сильнее всего (+11% пользователей за год) [7]. На фоне блокировки Instagram (экстремистской организации, запрещенной в РФ), в которой были аккаунты учреждений Службы крови, в том числе, Центра крови Белгородской области и Станции переливания крови Курской области и растущей распространенности Телеграмм, целесообразным является создание новостного и информационного канала организаций Службы крови.

Чат-бот, созданный в Телеграмме, следует направить на развитие осведомленности в сфере





донорства крови и ее компонентов. Любой желающий с помощью подобного инструмента сможет узнать интересующие его вопросы о донорстве крови и ее компонентов. В случае невозможности ответа на вопрос автоматически, чат-бот может направлять соответствующий вопрос специалисту Службы крови или уполномоченному на это волонтеру.

Чат-боты будут призваны осуществлять просветительскую, образовательную функцию для формирования потенциального донорского контингента, а телеграмм-канал – уведомительную функцию об актуальной информации.

4.2. Создание телевизионных сюжетов о донорстве

В рамках повышения эффективности мероприятий по пропаганде донорства крови и ее компонентов целесообразно предложить Совету учредителей региональных и федеральных телеканалов организацию регулярного выпуска телевизионных сюжетов о донорстве крови, например, в сотрудничестве с Российским фондом помощи, российским фандрайзинговым благотворительным фондом, целью которого является сбор пожертвований на оплату лечения больных детей.

5. Включение социального портрета донора крови в план мероприятий учреждений Службы крови регионов

Построение социального профиля донора целесообразно для корректировки маркетинговых мероприятий с точки зрения увеличения охвата целевой аудитории и незадействованных слоев населения. Так, в Белгородской и Курской области социальным профилем донора является мужчина, 30–45 лет, имеющий высшее образование, высокий уровень дохода, состоящий в браке, имеющий детей, что и подразумевает целевую аудиторию. Однако, по данным исследования, студенты наименее заинтересованы в сдаче крови, что свидетельствует о необходимости направления маркетинговых мероприятий на данную категорию граждан, например, с помощью более частого выезда пунктов по заготовке крови в учебные учреждения. Реклама донорства крови также может быть направлена на более молодую (18–29 лет) и более старшую (46–55 лет) категории граждан.

6. Расширение спектра мест для выездных пунктов по заготовке крови

Анализ международного и российского опыта показывает существенные различия с точки зрения спектра мест для выездных пунктов по заготовке крови. Так, в России практика выезда бригад, как

правило, ограничена. Международный опыт более разнообразен, пункты забора крови и ее компонентов нередко расположены в местах массового скопления людей: на станциях метрополитена, в торговых центрах, общественных площадках, перед супермаркетами, в местах проведения городских акций и т.п.

Следует подчеркнуть, что в Курской и Белгородской области имеются различия в структуре заготовки крови стационарным и выездным способами. В Курской области небольшой объем крови и ее компонентов заготавливается выездным способом [5]. В Белгородской области практика заготовки крови и ее компонентов с помощью выездных бригад более распространена. В 2021 г. большой объем крови был заготовлен с помощью выездных станций крови [4]. Данные факты свидетельствуют о существовании благоприятной возможности использования выездных пунктов сдачи крови.

7. Взаимодействие в сфере пропаганды донорства крови с частными и некоммерческими организациями

Анализ международного опыта показывает, что это распространенная практика во многих странах. Для повышения заинтересованности в сотрудничестве в пропаганде донорства крови частных организаций возможно введение стимулирующих практик для бизнеса (например, понижение налоговых ставок), участвующего в корпоративном донорстве.

8. Создание федеральной базы доноров и единого паспорта донора

Общая информационная база может быть построена по аналогии с существующим социальным проектом DonorSearch – сервисом, разработанным некоммерческой организацией, по вовлечению граждан в регулярное безвозмездное донорство. Система для потенциальных и текущих доноров выстроена как своеобразный дневник донора, в котором ведется учет пройденных и планируются будущие донации, размещаются напоминания о сдаче крови. В системе есть элементы мотивации, которые воздействуют на пользователя всесторонне: присутствуют компоненты геймификации, когда у пользователя есть разные уровни донора и достижения, также есть бонусная система лояльности, когда бизнес вовлекается в поддержку доноров, предоставляя специальные предложения для доноров на свои товары и услуги. Весь проект работает как мотивационный сервис для вовлечения пользователя на первую или очередную донацию [8].



Эта мера позволит также облегчить сбор документов для получения статуса «Почетный донор», так как все данные о донациях будут храниться в едином паспорте. Еще одним преимуществом наличия единого паспорта донора является то, что при сдаче крови в другом учреждении Службы крови доноры могут иметь полную информацию о своем состоянии здоровья и характеристиках крови, что позволит сократить экономические издержки ввиду отсутствия повторных клинических анализов для определения группы крови, резус-фактора, фенотипа и т.д.

Выводы

В исследовании на примере Курской и Белгородской областей выявлены мотивы, стимулы и барьеры для донорства крови в России.

На основании данных опроса доноров показано, что результативность проведения рекламных кампаний по пропаганде добровольного и безвозмездного донорства крови и ее компонентов недостаточно высока, донорский светофор в настоящее

время не является достаточно эффективным инструментом оповещения населения об актуальном состоянии запасов и потребности в отдельных компонентах донорской крови.

Составлен социальный портрет донора, который целесообразно использовать для корректировки маркетинговых мероприятий с точки зрения увеличения охвата целевой аудитории.

Сформулированы следующие рекомендации по развитию донорства крови и ее компонентов: обновление официальных сайтов; повышение осведомленности населения о наличии системы донорского светофора; развитие системы социальной поддержки доноров крови и ее компонентов; совершенствование маркетинговых мероприятий по популяризации донорства крови; включение социального портрета донора крови в план мероприятий учреждений Службы крови регионов; взаимодействие в сфере пропаганды донорства крови с частными и некоммерческими организациями; создание федеральной базы доноров и единого паспорта донора.



СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Федеральный закон «О донорстве крови и ее компонентов» от 20.07.2012 № 125-ФЗ. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_132904/
2. О программе развития Службы крови URL: <https://yadonor.ru/about/programm/>
3. Приказ ФМБА России от 31.07.2020 № 214 «Об утверждении Административного регламента Федерального медико-биологического агентства по осуществлению государственного контроля за обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов» (Зарегистрировано в Минюсте России 15.09.2020 № 59895).
4. Публичный отчет ОГБУЗ «Центр крови Белгородской области» // ОГБУЗ «Центр крови Белгородской области». URL: <http://donor-bel.belzdrav.ru/otchet/otchet.php>
5. Публичный отчет по итогам 2021 года ОБУЗ «Курская областная клиническая станция переливания крови» URL: <https://www.yadonor46.ru/>
6. Донорский светофор. URL: <https://yadonor46.ru/donorskij-svetoфор>
7. Медиапотребление в России – 2021. Исследовательский центр компании «Делойт». Москва, сентябрь 2021.
8. DonorSearch. Комьюнити доноров крови URL: <https://donorsearch.org/>
9. Principal Component Analysis of Text Data URL: <https://www.displayr.com/principal-component-analysis-of-text-data/>





ORIGINAL PAPER

IMPROVEMENT OF THE BLOOD DONOR SYSTEM IN RUSSIA: THE CASE OF BELGOROD AND KURSK REGIONS

T.M. Sklyar ✉, **M.V. Kotlyarova**

Graduate School of Management, St. Petersburg University,
Saint Petersburg, Russia

✉ Corresponding author: Sklyar T.M.

ABSTRACT

The development of donation of blood and its components is a strategic direction of the healthcare system. Active work on attracting donors and forming a base of regular donors serves as an important factor in the system of providing the population with donor blood components.

The research question is to identify motives, incentives and barriers to blood donation in Russia. This issue is considered on the example of Belgorod and Kursk regions, where the number of blood donors and its components per 1000 population is lower than the national average. The aim of the article is to develop recommendations for the development of blood donation and its components in the Russian Federation. The study uses sociological, statistical, and econometric research methods. The article is based on the analysis of annual reports prepared for FMBA of Russia by blood service organizations of Belgorod and Kursk regions from 2019 to 2021. The method of collecting primary information is a survey of blood donors and its components and the population of Belgorod and Kursk regions, conducted in March-May 2022. Based on the results of the survey it is shown that the effectiveness of advertising campaigns to promote voluntary and non-remunerated blood donation and its components is not high enough, donor traffic light is not currently an effective tool to inform the population about the current status of blood stocks and need for individual components of donor blood. A social portrait of a donor, which is reasonable to use for the adjustment of marketing activities in terms of increasing the coverage of the target audience, has been compiled. The article formulates recommendations for the development of donation of blood and its components.

Keywords: blood donation, Blood Service, medical institutions, state regulation.

For citation: Sklyar T.M., Kotlyarova M.V. Improvement of the blood donor system in russia: the case of belgorod and kursk regions // *Manager Zdravoochranenia*. 2023; 2: 50–58. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-50-58.

REFERENCES

1. Federal Law of July 20, 2012 № 125-FZ "On the donation of blood and its components" // (In Russ). URL: <https://rg.ru/2012/07/23/donorstvo-dok.html>
2. About the development program of the Blood Service. (In Russ). URL: <https://yadonor.ru/about/programm/>
3. The Law of the Federal Medical and Biological Agency of Russia dated July 31, 2020 N214 "On Approval of the Administrative Regulations of the Federal Medical and Biological Agency for State Control over Ensuring the Safety of Donated Blood and Its Components" (Registered with the Ministry of Justice of Russia on September 15, 2020 N59895) (In Russ). URL: <https://minjust.consultant.ru/documents/23606?items=1&page=1>
4. Public report of the Blood Center of the Belgorod Region // Blood Center of the Belgorod Region, 1997–2023. (In Russ). URL: <http://donor-bel.belzdrav.ru/otchet/otchet.php>
5. Public report on the results of 2021 of the Kursk Regional Clinical Blood Transfusion Station (In Russ). URL: <https://www.yadonor46.ru/>
6. Donor traffic light (In Russ). URL: <https://yadonor.ru/donorstvo/gde-sdat/map-lights/>
7. Media consumption in Russia – 2021 // Deloitte Research Center. Moscow, September 2021 (In Russ). URL: <https://www.studocu.com/row/document/sakarya-universitesi/linear-algebra/mediaconsumption-russia-2021/21963604>
8. DonorSearch // Blood donor community. (In Russ). URL: <https://donorsearch.org>
9. Principal Component Analysis of Text Data // Displayr. (In Russ). URL: <https://www.displayr.com/principal-component-analysis-of-text-data/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Скляр Татьяна Моисеевна – кандидат экономических наук, старший преподаватель, Высшая школа менеджмента Санкт-Петербургского государственного университета, г. Санкт-Петербург, Россия.

Tatyana M. Sklyar – Candidate of Science (Economics), Senior Lecturer, Department of Public Administration, Graduate School of Management, St. Petersburg University, St. Petersburg, Russia.
E-mail: sklyar@gsom.spbu.ru

Котлярова Мария Владимировна – ассистент менеджера отдела закупок и логистики, компания «Ай Кью Компонентс».

Maria V. Kotlyarova – IQ Components Co., Ltd, Purchasing Assistant.
E-mail: mariakotlyarova524@gmail.com



ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-59-67

УДК: 614.2

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЕЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

**А.А. Калининская^{a, b}✉, М.Д. Васильев^c, А.В. Лазарев^d,
М.В. Кизеев^e, А.А. Смирнов^f**

^{a, b, c, d, e, f} ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья

имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия;

^{b, c} Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

^{a, b} <https://orcid.org/0000-0002-6984-6536>; ^c <https://orcid.org/0000-0003-1646-7345>;

^d <https://orcid.org/0000-0001-6574-7875>; ^e <https://orcid.org/0000-0002-0293-8372>;

^f <https://orcid.org/0000-0002-0275-2893>

✉ Автор для корреспонденции: Калининская А.А.

АННОТАЦИЯ

Объективные оценки состояния здоровья и медицинского обеспечения пожилых в условиях прогрессирующего старения населения является одной из ведущих проблем здравоохранения.

Цель исследования. На основе анализа медико-демографической ситуации и заболеваемости населения, а также результатов собственного исследования дать рекомендации по здоровьесбережению населения старше трудоспособного возраста.

Методы исследования: статистический, социологический, экспертных оценок, непосредственного наблюдения. Анализу подверглись формы федерального и отраслевого статистического наблюдения за 2018–2021 гг. Результаты социологических опросов пациентов старше трудоспособного возраста.

Результаты. За 10 лет анализа (2012–2021 гг.) показатель общей заболеваемости всего населения в России вырос на 4,5%, у взрослого населения – на 8,2% и населения трудоспособного возраста – на 1,3%, у детей и подростков показатели снизились на 8,8 и 4,7%. Общая заболеваемость населения старше трудоспособного возраста в 2021 г. в РФ составила 209164‰, что выше, чем всего населения (167714‰) в 1,2 раза. Разница показателей общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в федеральных округах РФ составила 1,3 раза, в субъектах РФ в 2,3 раза. В 2020 г. отмечается значительный спад показателя общей заболеваемости во всех возрастных группах, что связано с пандемией COVID-19. Впервые выявленная заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (в 2021 г.) составила 66183,5 на 100 тыс. соответствующего населения, показатель ниже, чем всего населения на 22,6% (85531,6‰). У населения старше трудоспособного возраста значительно выше показатели впервые выявленной заболеваемости, чем всего населения в классах: болезни системы кровообращения на 103%, показатели составили 6191,7‰, 3048,3‰ соответственно; новообразования (на 66%), костно-мышечной и соединительной ткани (на 16%) и болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (на 15,6%). Результаты исследования следует учитывать для планирования объемов профилактической и диспансерной работы лицам старших возрастных групп. В статье даны рекомендации по здоровьесбережению населения предпенсионного и старше трудоспособного возраста.

Ключевые слова: первичная заболеваемость, общая заболеваемость, лица старше трудоспособного возраста, региональные особенности, дневной стационар (ДС), стационар круглосуточного пребывания (СКП), здоровьесбережение.

Для цитирования: Калининская А.А., Васильев М.Д., Лазарев А.В., Кизеев М.В., Смирнов А.А.: Анализ заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации и ее региональные особенности // Менеджер здравоохранения, 2023; 2: 59–67. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-59-67.

Введение

Человеческий капитал – это важный источник экономического развития страны и здоровьесбережения трудового потенциала. Значимым аспектом является здоровьесбережение

населения старше трудоспособного возраста, которое накопило богатый опыт трудовой, в том числе творческой деятельности [1, 2, 3, 4].

Тенденция старения населения характерна как для всего мира, так и для России. Прогнозируемая



© Калининская А.А., Васильев М.Д., Лазарев А.В., Кизеев М.В., Смирнов А.А., 2023 г.



численность лиц старше трудоспособного возраста в России в 2035 г. составит 24%, в 2050 г. – 30%, т.е. каждый четвертый (третий) житель России будет старше трудоспособного возраста [5, 6].

Стабильный рост лиц старше трудоспособного возраста определяет увеличение демографической нагрузки на трудоспособное население. Согласно международной практике, верхняя граница трудоспособного возраста в большинстве развитых стран мира считается 65 лет [7, 8].

При этом Ouchi с соавт. (2017) отмечают, что повышение верхней границы трудоспособного возраста возможно с 65 до 75 лет. Это заключение авторы обосновывают физиологическими и психосоциальными данными, свойственными для старения (изменения когнитивных и психоэмоциональных нарушений), которые, по мнению авторов, возникают на 5–10 лет позднее, чем считали 10–20 лет назад [9].

Трудоспособный возраст в нашей стране регламентирован принятой в 2018 г. пенсионной реформой, согласно которой увеличение трудоспособного возраста будет осуществляться постепенно и составит с 16 до 65 лет для мужчин и с 16 до 60 лет для женщин [10].

Помимо социально-демографических особенностей лиц старше трудоспособного возраста необходимо учитывать особенности состояния здоровья населения и заболеваемость данного контингента. Целым рядом исследователей отмечается высокий уровень неинфекционных заболеваний, частые обострения и осложнения хронической патологии, мультиморбидность, затяжной период выздоровления и реабилитации, а также атипичность течения патологии у пожилых [11, 12].

Заболеваемость населения пожилого возраста в 2 раза выше, чем у лиц старческого возраста и в 6 раз больше, чем у лиц трудоспособного возраста [13, 14].

Значкова Е.А. (2017) отмечает более высокие показатели общей заболеваемости населения пенсионного возраста, что определяет для них объем медицинской помощи в 11 раз больший, чем для лиц трудоспособного возраста [15].

Результаты кросс-секционного исследования в 28 странах показали, что с возрастом резко увеличивается мультиморбидность, данная тенденция особенно выражена в странах с низким ВВП и среди лиц с низким социоэкономическим статусом [16].

Проблемы большинства лиц старше трудоспособного возраста: одиночество и снижение уровня

доходов и качества жизни, что следует учитывать для планирования медико-социальной помощи этому контингенту населения [17].

Необходимо проявлять заботу о здоровьесбережении лиц позднего трудоспособного и пенсионного возраста, имеющих богатый опыт трудовой, в том числе творческий потенциал. Этот контингент населения имеет хроническую патологию и особо нуждается в диспансерном наблюдении, профилактической и оздоровительной терапии и реабилитации с использованием здоровьесберегающих технологий организации медицинской помощи [18, 19, 20, 21].

Материалы и методы

Методы исследования: социологический, экспертных оценок, статистический, непосредственного наблюдения. Анализу подверглись формы федерального и отраслевого статистического наблюдения (2018–2021 гг.). Федеральным законом № 350 ФЗ от 3 октября 2018 г. определены изменения трудоспособного возраста [10]. Представлены результаты исследовательских работ авторов статьи, касающиеся социологических опросов пациентов старше трудоспособного возраста (2019 г.) (по старому законодательству – мужчины 60 лет и старше, женщины 55 лет и старше).

Результаты

В процессе исследования был проведен анализ общей заболеваемости населения РФ в динамике за 10 лет (2012–2021 гг.) в зависимости от возрастных групп населения.

Как видно из *таблицы 1*, за все годы анализа показатели общей заболеваемости детей (0–14 лет) и подростков (15–17 лет) остаются выше, чем всего взрослого населения, а также населения старше трудоспособного возраста. В 2021 г. эти показатели составили у всего населения 167714‰, у детей – 212529 на 100 тыс. соответствующего населения, у подростков – 217340‰, у взрослого населения (18 лет и старше) – 155767‰. Показатель заболеваемости (общей) населения старше трудоспособного возраста составил 209164‰.

Изучение показало, что за 10 лет анализа (2012–2021 гг.) показатель общей заболеваемости всего населения вырос на 4,5%, взрослого населения – на 8,2% и населения трудоспособного возраста – на 1,3%, у детей и подростков показатели снизились на 8,8 и 4,7% соответственно. При этом в 2020 г. отмечается значительный спад показателя общей



Таблица 1

Общая заболеваемость населения Российской Федерации по возрастным группам в динамике 2012–2021 гг. (МКБ-10) (на 100.000 населения и изменение показателя 2012 г. к 2021 г. в %)

Источники: Заболеваемость населения России в 2012–2021 гг.: статистические материалы ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2013–2022 гг. [22]

Возрастные группы/ годы	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2012–2021, %
0–14 лет	233124,0	230429,0	222926,2	221238,3	222419,0	219947,0	219821,9	219845,6	193193	212529	-8,8
15–17 лет	228138,6	229770,8	229468,3	224725,9	225781,7	220740,8	219504,7	218432,7	199647,3	217340	-4,7
Старше трудосп. возраста	206452,7	206087,9	203094,2	202462,7	198363,0	198132,8	200919,3	202346,9	198681,1	209164	1,3
Взрослое	143919,3	144903,1	145477,3	145028,6	146341,7	146899,0	148941,1	150661,4	146547,9	155767	8,2
Всего	160415,1	161061,8	160670,3	160056,1	161628,4	161734,1	163429,7	164899,4	156419	167714	4,5

заболеваемости во всех возрастных группах, что связано с пандемией COVID-19 и снижением медицинской активности, профилактической и диспансерной работы с населением.

Как видно из анализа, показатель общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в 2021 г. в РФ составил 209164‰, выше, чем всего населения (167714‰) в 1,2 раза, что определяет высокие финансовые затраты на медицинское обеспечение этого контингента населения.

Разница показателей общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в федеральных округах РФ (2021 г.) составила 1,3 раза. Наибольший показатель отмечен в Северо-Западном ФО – 239758,1‰, наименьший в Северо-Кавказском ФО – 180330,4‰, в Российской Федерации – 209164,3‰ (рис. 1).

В субъектах РФ колебания показателей общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста (2021 г.) значительны (в 2,3 раза). Наибольшие показатели были в Алтайском крае – 305197,5‰, наименьшие – в Кабардино-Балкарской Республике – 131323,7‰ (таблица 2).

В процессе исследования было проведено изучение заболеваемости, впервые выявленной у населения старше трудоспособного возраста (2021 г.) по классам болезней, и дан сравнительный анализ этих показателей с аналогичными для всего населения (таблица 3).

Впервые выявленная заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (в 2021 г.) составила 66183,5 на 100 тыс. соответствующего населения, показатель ниже, чем всего населения на 22,6% (85531,6‰), это связано



Рис. 1. Ранжирование федеральных округов РФ по показателю общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в 2021 г.

Источник: Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста по России в 2021 г. – М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022 [22]





Ранжирование регионов РФ по показателю общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в 2021 г.

Источник: Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста по России в 2021 году: статистические материалы. – М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022 [22]

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Зарегистрировано заболеваний – всего, на 100000 соотв. населения	Ранг
Российская Федерация	209164,3	
Алтайский край	305197,5	1
Чувашская Республика	289176,7	2
Самарская область	287890,9	3
город Санкт-Петербург	285569,7	4
Ямало-Ненецкий АО	283469,0	5
Ненецкий автономный округ	274057,5	6
Республика Башкортостан	274042,1	7
Республика Алтай	267234,4	8
Республика Карелия	265036,6	9
Республика Марий Эл	259850,3	10
Саратовская область	169318,1	76
Республика Ингушетия	166544,2	77
Республика Тыва	165738,3	78
Республика Адыгея	161387,3	79
Республика Северная Осетия – Алания	161037,6	80
Астраханская область	155613,5	81
Еврейская автономная область	137250,2	82
Магаданская область	135802,6	83
Курская область	132723,6	84
Кабардино-Балкарская Республика	131323,7	85

с ослаблением профилактической и диспансерной работы в условиях COVID-19. На первом месте у лиц старше трудоспособного возраста класс болезней органов дыхания, показатель составил 21391,3‰, у всего населения этот показатель составил 40624,9‰, ниже, чем всего населения на 47,3%. При этом у лиц старше трудоспособного возраста чаще регистрировался COVID-19, показатель выше на 27,4% и составил у пациентов старше трудоспособного возраста 10304,1 (у всего населения – 8085,7‰), что, возможно, связано с неоднозначностью кодирования COVID-19.

Анализ показал, что у населения старше трудоспособного возраста значительно выше показатель впервые выявленной заболеваемости (2021 г.) в классе болезней системы кровообращения. Показатели составили для трудоспособного

населения 6191,7‰, на 103,1% выше, чем для всего населения (3048,3‰).

У лиц старше трудоспособного возраста также значительно больше показатель первичной заболеваемости, чем у всего населения (на 66,2%) по поводу новообразований, показатели составили 1687,4 и 1015,3‰ соответственно.

У населения старше трудоспособного возраста также выше первичная заболеваемость в классах болезней костно-мышечной и соединительной ткани (на 16%) и болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (на 15,6%), в этом классе лидирующей патологией является сахарный диабет.

Результаты исследования следует учитывать для планирования объемов профилактической и диспансерной работы лицам старше трудоспособного возраста.



Таблица 3

Сравнение заболеваемости в Российской Федерации с диагнозом, установленным впервые в жизни у всего населения и старше трудоспособного возраста (с 56 лет у женщин и с 61 лет у мужчин) в 2021 году по классам болезней (МКБ-10) (на 100000 населения и изменение показателя 2021 к 2020 в %)

Источник: Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста по России в 2021 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы. – М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022 [23]

Классификация болезней	Код МКБ-10	Все возр. группы, 2021	Старш. трудосп. возр, 2021	Изменение пок-ля 2021 к 2020, %
Всего болезней	A01-T98	85531,6	66183,5	-22,6
В том числе:				
I Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	2130,8	1170,6	-45,1
II Новообразования	C00-D48	1015,3	1687,4	66,2
III Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	351,6	163,0	-53,6
IV Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E90	1142,3	1320,4	15,6
V Психические расстройства и расстройства поведения	F00-F99	404,5	348,7	-13,8
VI Болезни нервной системы	G00-G99	1351,0	723,9	-46,4
VII Болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	2485,0	2854,7	14,9
VIII Болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	2129,1	2194,3	3,1
IX Болезни системы кровообращения	I00-I99	3048,3	6191,7	103,1
X Болезни органов дыхания	J00-J99	40624,9	21391,3	-47,3
XI Болезни органов пищеварения	K00-K93	2682,3	2197,3	-18,1
XII Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	3553,6	3124,5	-12,1
XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	2663,8	3090,7	16,0
XIV Болезни мочеполовой системы	N00-N99	3682,8	2817,5	-23,5
XIX Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	R00-R99	8340,9	6528,1	-21,7
COVID-19	S00-T98	8085,7	10304,1	27,4

Население старше трудоспособного возраста нуждается в медицинской помощи, а также в поддержке социального, психологического и физического статуса, при этом следует использовать резерв оптимизации затрат на оказание медицинской помощи этому контингенту населения. Рядом исследовательских работ отмечена значимость дневных стационаров при проведении профилактического и противорецидивного лечения пожилых пациентов диспансерной группы.

В ранее проведенных нами исследовательских работах экспертным путем установлено, что койный фонд в стационарах круглосуточного пребывания (СКП) используется неэффективно, при этом более 1/3 пациентов, лечившихся в СКП, могли получать лечение в дневном стационаре [21, 24].

Результаты проведенного исследования показали, что стоимость профилактического лечения пациентов в ДС с хроническими заболеваниями

в 2–3 раза ниже, чем лечение в стадии обострения [25].

В организации медицинской помощи лицам пожилого возраста необходимо учитывать их особенности: мультиморбидность, а также более высокие затраты на оказание медицинской помощи.

Целесообразно активно использовать ДС для здоровьесбережения населения предпенсионного и старше трудоспособного возраста. У этого контингента населения имеется хроническая патология, и они нуждаются в профилактической и оздоровительной терапии, в том числе в условиях ДС.

В процессе исследования нами были проанализированы основные показатели деятельности ДС для пациентов старших возрастных групп в пилотной медицинской организации (2019 г.) [26]. Оценка эффективности лечения пациентов старше трудоспособного возраста в ДС в пилотной медицинской организации показала, что у 24% пациентов,





пролеченных в ДС, наступило выздоровление, у 72% отмечено улучшение состояния и у 4% здоровье стабилизировалось. Социологические опросы свидетельствуют о востребованности ДС для этого контингента. Так, 96% положительно оценили деятельность ДС, были не удовлетворены или сомневались с ответом 4%. Основное большинство респондентов указали, что домашняя обстановка является для них более психологически комфортной, позволяет сохранять социальные связи, а также не исключает трудовую деятельность [26].

Актуальность развития стационарозамещающих технологий (СЗТ) для населения предпенсионного и старше трудоспособного возраста определяется высокой потребностью населения в данном виде медицинской помощи в условиях ресурсосбережения, экономии материально-технических и финансовых средств.

Обсуждение

Необходимо использовать знания и умения, накопленные людьми старшего поколения. Политика эйджизма для лиц позднего трудоспособного возраста тормозит развитие не только конкретного индивида, но и самого общества.

Вступивший в силу в январе 2019 г. ФЗ № 350 регламентировал постепенное увеличение возраста выхода на пенсию для россиян на 5 лет: у мужчин 65 лет и старше, у женщин 60 лет и старше. Это требует усиления политики здоровьесбережения лиц старше трудоспособного возраста, максимально возможное продление автономной жизни и трудового потенциала.

Для лиц старших возрастных групп характерны высокие уровни заболеваемости и смертности,

подобные закономерности необходимо учитывать при планировании объемов и структуры оказания медицинской помощи данному возрастному контингенту населения.

Принимая во внимание высокую заболеваемость данного контингента, следует укреплять систему диспансерного наблюдения и повышать роль профилактической работы, что позволит предотвратить обострения хронической патологии, улучшить качество и повысить продолжительность жизни, а также понизить расходы на оказание медицинской помощи.

Выводы

Деятельность здравоохранения по укреплению здоровья населения старше трудоспособного возраста должна включать:

- разработку и законодательное закрепление государственной социальной политики, направленной на увеличение потенциала здоровья;
- усиление деятельности по охране здоровья на региональном и муниципальном уровнях; внедрение механизмов индивидуальных навыков здорового образа жизни и профилактики заболеваний;
- переориентацию деятельности здравоохранения на ПМСП, на активную профилактику заболеваний и укрепление здоровья пожилых;
- требуют внедрения ресурсосберегающие технологии здоровьесбережения, жизненного и трудового потенциала лиц позднего трудоспособного возраста, таковыми могут являться стационарозамещающие технологии, в том числе дневные стационары, которые нацелены на максимально возможное продление автономной жизни и трудоспособности.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Ситдикова И.Д. и др. Оценка риска как критерий в системе показателей общественного здоровья // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко. 2020; 1: 24–29. DOI: 10.25742/NRIPH.2020.01.004
2. Коноплева Е.Д. Эйджизм лиц старше трудоспособного возраста в сфере охраны здоровья и медицинского обслуживания // Смоленский медицинский альманах. 2016; 4: 155–158.
3. Мадьянова В.В. и др. Особенности заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста в Российской Федерации в 2012–2018 гг. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020; 2(28): 207–215.
4. Александрова О.Ю. и др. Динамика первичной и общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020; 4 (28): 518–522.
5. Качкова О.Е. и др. Разработка организационной модели пациентоориентированной медицины в Российской Федерации: монография. Москва: РУСАЙНС. – 2019. – 208 с.





6. Комплексное исследование условий жизни населения, 2020. / Федеральная служба государственной статистики (Росстат). 2020. Доступно по ссылке: https://gks.ru/free_doc/new_site/GKS_KOUZH-2020/index.html (Дата обращения: 09.07.2021).
7. Максимова Т.М. и др. Состояние здоровья и проблема медицинского обеспечения пожилого населения. М.: Персэ, 2012. – 224 с.
8. Population Division. / World Population Prospects 2019. – United Nations, Department of Economic and Social Affairs. [Электронный ресурс] Доступно на <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-2019-highlights.html> (Дата обращения 13.03.2021).
9. Ouchi Y. et al. Redefining the elderly as aged 75 years and older: Proposal from the Joint Committee of Japan Gerontological Society and the Japan Geriatrics Society // Geriatr. Gerontol. Int. 2017; 17(7): 1045–1047.
10. Федеральный закон от 03.10.2018 № 350-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам назначения и выплаты пенсий» [Электронный ресурс]. Доступно на URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201810030028> (Дата обращения: 14.05.2020).
11. Шляфер С.И. Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2014; 1: 16–27.
12. Эделева А.Н. Организационно-функциональная модель медико-социальной помощи лицам старше трудоспособного возраста: автореф. дис. ...д-ра мед. наук: 14.02.03. Москва. – 2020. – 47 с.
13. Мельникова Л.А. и др. Объемы медицинской помощи и их взаимосвязь с состоянием здоровья пожилого населения // Экономические науки. 2020; 192: 301–304.
14. Jacob M.E. et al. Burden and Patterns of Multimorbidity: Impact on Disablement in Older Adults // Am J Phys Med Rehabil. 2020; 99 (5): 359–365.
15. Значкова Е.А. Совершенствование организации первичной медико-санитарной помощи пациентам пожилого и старческого возраста, страдающим множественными хроническими заболеваниями: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.02.03. Москва. – 2017. – 24 с.
16. Afshar S. et al. Multimorbidity and the inequalities of global ageing: A cross-sectional study of 28 countries using the World Health Surveys/ S. Afshar et al // BMC Public Health. – 2015 (776).
17. Ткачева О.Н. и др. Валидация опросника для скрининга синдрома старческой астении в амбулаторной практике // Успехи геронтологии. 2017; 30(2): 236–242.
18. Шляфер С.И. Научное обоснование организационных и нормативных основ развития стационарозамещающих форм медицинского обеспечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук / 14.00.33. М., 1999. – 26 с.
19. Стародубов В.И. и др. Развитие стационарозамещающих форм организации медицинской помощи в РФ и потребность в коечном фонде дневных стационаров // Главврач. 2002; 2: 2–5.
20. Калининская А.А. и др. Обеспеченность населения койками дневных стационаров в Самарской области // Главврач. 2002; 10: 20–22.
21. Стародубов В.И. и др. Первичная медико-санитарная помощь: механизмы совершенствования. Монография. Вена: “East-West”, association for advanced studies a. higher education, 2016. – 118 с.
22. Заболеваемость населения России в 2012–2021 гг.: статистические материалы ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2013–2022 гг.
23. Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста по России в 2021 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы. – М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022.
24. Калининская А.А. и др. Резервы использования коечного фонда в дерматологии // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики 2019; 2: 240–249. DOI: 10.24411/2312-2935-2019-10039
25. Калининская А.А. и др. Целевое планирование больничной помощи // Международный журнал экспериментального образования. Материалы международной конференции «Актуальные вопросы науки и образования» 2012; 6: 44.
26. Калининская А.А. и др. Дневные стационары как профилактическая госпитализация пациентов трудоспособного возраста // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020; 29(4): 957–962.





ORIGINAL PAPER

ANALYSIS OF INCIDENTITY OF POPULATION OVER WORKING AGE IN THE RUSSIAN FEDERATION AND ITS REGIONAL FEATURES

A.A. Kalininskaya^{a, b} ✉, **M.D. Vasiliev^c**, **A.V. Lazarev^d**, **M.V. Kizeev^e**, **A.A. Smirnov^f**

^{a, b, c, d, e, f} National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko, Moscow, Russia;

^{b, c} State budgetary institution of the city of Moscow "Scientific Research Institute of Health Organization and Medical Management of the Department of Health of the City of Moscow", Moscow, Russia.

^{a, b} <https://orcid.org/0000-0002-6984-6536>; ^c <https://orcid.org/0000-0003-1646-7345>;

^d <https://orcid.org/0000-0001-6574-7875>; ^e <https://orcid.org/0000-0002-0293-8372>;

^f <https://orcid.org/0000-0002-0275-2893>

✉ Corresponding author: Kalininskaya A.A.

ABSTRACT

Objective assessment of the health status and medical care of the elderly in the context of progressive aging of the population is one of the leading health problems.

Purpose of the study. Based on the analysis of the medical and demographic situation and the incidence of the population, as well as the results of our own research, to give recommendations on the health protection of the population older than working age.

Research methods: statistical, sociological, expert assessments, direct observation. The forms of federal and sectoral statistical observation for 2018–2021 were analyzed. Results of sociological surveys of patients older than working age.

Results. Over the 10 years of analysis (2012–2021), the overall incidence rate of the entire population in Russia increased by 4,5%, the adult population – by 8,2% and the working-age population – by 1.3%, in children and adolescents the indicators decreased by 8,8 and 4,7%. The overall incidence of the population older than working age in 2021 in the Russian Federation was 209164‰₀₀, which is 1.2 times higher than the total population (167714‰₀₀). The difference in the general morbidity rates of the population older than working age in the federal districts of the Russian Federation was 1.3 times, in the constituent entities of the Russian Federation 2.3 times. 2020, there is a significant decline in the overall incidence rate in all age groups, which is associated with the COVID-19 pandemic. The first detected incidence of the population older than working age (in 2021) amounted to 66183,5 per 100 thousand of the corresponding population, which is lower than the total population by 22,6% (85531,6‰₀₀). The population older than working age has significantly higher rates of newly diagnosed morbidity than the entire population in the classes: diseases of the circulatory system by 103%, the indicators were 6191,7‰₀₀, 3048,3‰₀₀, respectively; neoplasms (by 66%), musculoskeletal and connective tissue (by 16%) and diseases of the endocrine system, eating disorders and metabolic disorders (by 15,6%). The results of the study should be taken into account for planning the volume of preventive and dispensary work for people of older age groups. The article gives recommendations on the health protection of the population of pre-retirement and older working age using hospital-replacing technologies.

Keywords: primary morbidity, general morbidity, people older than working age, regional peculiarities, day hospital (DS), round-the-clock stay hospital (SKP), health protection.

For citation: Kalininskaya A.A., Vasiliev M.D., Lazarev A.V., Kizeev M.V., Smirnov A.A. Analysis of the incidence of the population older than working age in the Russian Federation and its regional features // *Manager Zdravoohraneniya*. 2: 59–67. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-59-67.

REFERENCES

1. *Sidikova I.D. et al.* Risk assessment as a criterion in the system of public health indicators // *Bulletin of the National Research Institute of Public Health. ON THE. Semashko*. 2020; 1:24–29. DOI: 10.25742/NRIIPH.2020.01.004
2. *Konopleva E.D.* Ageism of persons older than working age in the field of health care and medical care // *Smolensk medical almanac*. 2016; 4:155–158.
3. *Mad'yanova V.V. et al.* Features of the incidence of persons older than working age in the Russian Federation in 2012–2018 // *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2020; 2(28): 207–215.
4. *Aleksandrova O.Yu. et al.* Dynamics of primary and general morbidity of the population older than working age // *Problems of social hygiene, health care and medical history*. 2020; 4 (28): 518–522.
5. *Kachkova O.E. et al.* Development of an organizational model of patient-oriented medicine in the Russian Federation: monograph. Moscow: RUSSIGN. 2019. – 208 p.
6. A comprehensive study of the living conditions of the population, 2020. / Federal State Statistics Service (Rosstat). 2020. Available at: https://gks.ru/free_doc/new_site/GKS_KOUZH-2020/index.html (Accessed: 09.07.2021).
7. *Maksimova T.M. et al.* The state of health and the problem of medical care of the elderly population. M.: Perse, 2012. – 224 p.
8. Population Division. / *World Population Prospects 2019*. – United Nations, Department of Economic and Social Affairs. [Electronic resource] Available at <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-2019-highlights.html> (Accessed: 13.03.2021).
9. *Ouchi Y. et al.* Redefining the elderly as aged 75 years and older: Proposal from the Joint Committee of Japan Gerontological Society and the Japan Geriatrics Society // *Geriatr. Gerontol. Int.* 2017; 17(7): 1045–1047.
10. Federal Law No. 350-FZ dated 03.10.2018 "On Amendments to Certain Legislative Acts of the Russian Federation on the Appointment and Payment of Pensions" [Electronic resource]. Available at URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201810030028> (Accessed: 14.05.2020).
11. *Shlyafel S.I.* The incidence of the population older than working age in the Russian Federation // *Modern problems of public health and medical statistics*. 2014; 1:16–27.



12. *E'deleva A.N.* Organizational and functional model of medical and social care for persons older than working age: Ph.D. dis. ... Dr. med. Sciences: 14.02.03. Moscow. 2020. – 47 p.
13. *Mel'nikova L.A. et al.* Volumes of medical care and their relationship with the health status of the elderly population. Economic sciences. 2020; 192:301–304.
14. *Jacob M.E. et al.* Burden and Patterns of Multimorbidity: Impact on Disablement in Older Adults // *Am J Phys Med Rehabil.* 2020; 99 (5): 359–365.
15. *Znachkova E.A.* Improving the organization of primary health care for elderly and senile patients suffering from multiple chronic diseases: author. diss. ... cand. honey. Sciences: 14.02.03. Moscow. – 2017. – 24 p.
16. *Afshar S. et al.* Multimorbidity and the inequalities of global ageing: A cross-sectional study of 28 countries using the World Health Surveys/ S. Afshar et al // *BMC Public Health.* – 2015 (776).
17. *Tkacheva O.N. et al.* Validation of a questionnaire for screening frailty syndrome in outpatient practice // *Advances in Gerontology.* 2017; 30.(2): 236–242.
18. *Shlyfer S.I.* Scientific substantiation of the organizational and regulatory foundations for the development of hospital-replacing forms of medical support: Ph.D. dis. ... cand. honey. Sciences / 14.00.33. M., 1999. – 26 p.
19. *Starodubov V.I. et al.* Development of hospital-replacing forms of organization of medical care in the Russian Federation and the need for their day hospital beds // *Head physician.* 2002; 2:2–5.
20. *Kalininskaya A.A. et al.* Provision of the population with beds in day hospitals in the Samara region // *Head physician.* 2002; 10:20–22.
21. *Starodubov V.I. et al.* Primary health care: mechanisms for improvement. Monograph. Vienna: "East-West", association for advanced studies a. higher education, 2016. – 118 p.
22. The incidence of the population of Russia in 2012–2021: statistical materials of the Central Research Institute of Healthcare of the Ministry of Health of Russia, 2013–2022.
23. The incidence of the population over working age in Russia in 2021 with a diagnosis established for the first time in life: statistical materials. – M.: TsNIOIZ of the Ministry of Health of Russia, 2022.
24. *Kalininskaya A.A. et al.* Reserves for the use of beds in dermatology // *Modern problems of healthcare and medical statistics* 2019; 2:240–249. DOI: 10.24411/2312-2935-2019-10039
25. *Kalininskaya A.A. et al.* Targeted planning of hospital care // *International Journal of Experimental Education. Materials of the international conference "Actual issues of science and education" 2012;* 6:44.
26. *Kalininskaya A.A. et al.* Day hospitals as preventive hospitalization of patients of working age // *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine.* 2020; 29(4): 957–962.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Калининская Алефтина Александровна – д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья, ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия; Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

Alefina A. Kalininskaya – D.Sc. (Medicine), Professor, Chief Researcher of the Public Health Research Department of the Federal State Budgetary Scientific Institution "National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko, Moscow, Russia; State budgetary institution of the city of Moscow "Research Institute of Health Organization and Medical Management of the Department of Health of the City of Moscow", Moscow, Russia.

E-mail: akalininskaya@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-6984-6536>, SPIN: 3315–1595, Scopus Author. ID: 55791248200

Васильев Михаил Дмитриевич – канд. мед. наук, научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья, ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия, Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

Mikhail D. Vasiliev – Ph.D. (Medicine), Researcher at the Public Health Research Department of the Federal State Budgetary Scientific Institution "National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko, Moscow, Russia, State budgetary institution of the city of Moscow "Scientific Research Institute of Health Organization and Medical Management of the Department of Health of the City of Moscow", Moscow, Russia.

E-mail: m.vasilev@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-1646-7345>

Лазарев Андрей Владимирович – канд. мед. наук, научный сотрудник, ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия.

Andrey V. Lazarev – Ph.D. (Medicine), Researcher, National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko, Moscow, Russia.

E-mail: andrey.v.lazarev@gmail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6574-7875>

Кизеев Михаил Владимирович – канд. мед. наук, научный сотрудник отделения медико-социальных проблем, ФГБНУ «Национальный НИИ Общественного здоровья им. Н.А. Семашко», г. Москва, Россия.

Mikhail V. Kizeev – Ph.D. (Medicine), researcher of the department of medical and social problems of the Federal State Budgetary Scientific Institution "National Research Institute of Public Health named after I.I. ON THE Semashko, Moscow, Russia.

E-mail: zmvk@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0293-8372>

Смирнов Алексей Александрович – лаборант-исследователь отдела исследований общественного здоровья, ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия.

Aleksey A. Smirnov – Laboratory Researcher at the Public Health Research Department of the Federal State Budgetary Scientific Institution "National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko, Moscow, Russia.

E-mail: alexsm-v@ya.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0275-2893> SPIN: 5761–8138



ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-68-74

УДК: 614.2

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ И ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

З.М. Мустафаева^а, Э.Н. Мингазова^б✉, М.М. Шегай^с, Р.Н. Мингазов^д

^а Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей имени А. Алиева;

^б ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»; ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»; Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна»;

^с ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

^д ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»; ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

^а<https://orcid.org/0000-0002-4973-4262>; ^б<https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

^с<https://orcid.org/0000-0003-4054-1998>; ^д<https://orcid.org/0000-0003-3070-0967>

✉ Автор для корреспонденции: Мингазова Э.Н.

АННОТАЦИЯ

Анализ заболеваемости детского и подросткового населения Азербайджанской Республики за 2014–2019 гг. показал, что наибольшую долю в структуре общей заболеваемости детей занимали болезни органов дыхания – 47,5%, отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – 18,1%, некоторые инфекционные и паразитарные болезни – 9,1%, болезни органов пищеварения – 8,5%. Наибольший рост уровня первичной заболеваемости детей в 2019 г. относительно 2014 г. наблюдался по психическим расстройствам и расстройствам поведения – на 370,1% в возрастной группе 0–5 лет и на 208,4% в возрастной группе 14–17 лет, на 49,7% в возрастной группе 6–13 лет; болезни глаза и его придаточного аппарата – на 41,5% в возрастной группе 0–5 лет, на 15,2% в возрастной группе 14–17 лет и на 13,4% в возрастной группе 6–13 лет; новообразования – на 28,4% в возрастной группе 0–5 лет и 26% в возрастной группе 6–13 лет.

Ключевые слова: структура заболеваемости, динамика заболеваемости, дети и подростки, детское население, Азербайджанская Республика.

Для цитирования: Мустафаева З.М., Мингазова Э.Н., Шегай М.М., Мингазов Р.Н. Особенности структуры и динамики показателей заболеваемости детского и подросткового населения Азербайджанской Республики // Менеджер здравоохранения. 2023; 2: 68–74. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-68-74.

Известно, что структура заболеваемости детей, характеризующая удельный вес тех или иных заболеваний в общих показателях заболеваемости, в разных возрастных группах детского населения неодинакова. Данный экстенсивный показатель наряду с динамикой уровней заболеваемости во многом характеризует эффективность реализации профилактических и оздоровительных программ в регионе, является

показателем качества предоставления и оказания медико-социальной помощи населению, в том числе детскому и подростковому [1–6].

Цель исследования: определение особенностей структуры и динамики показателей заболеваемости детского и подросткового населения Азербайджанской Республики в период за 2014–2019 гг.

© Мустафаева З.М., Мингазова Э.Н., Шегай М.М., Мингазов Р.Н., 2023 г.



Методы и материалы исследования

В работе были использованы библиографический, социологический, статистический, аналитический методы. Материалами для анализа послужили официальные материалы Госкомстата АР [7].

Анализ динамики структуры общей заболеваемости среди детей в возрасте от 0–17 лет за 2014–2019 гг. показал, что наибольшее снижение отмечалось по следующим видам заболеваний: новообразования – с 0,19 в 2014 г. до 0,15 на 1000 детей соответствующего возраста, или на 21,1%; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – с 6,85 до 5,56, или на 18,8%; болезни нервной системы с 15,62 до 12,72, или на 18,6; болезни системы кровообращения – с 6,21 до 5,45, или 12,2%; болезни кожи

и подкожной клетчатки – с 8,21 до 7,24, или на 11,8% и др. При этом в общем уровне заболеваемости детей в возрасте 0–17 в 2019 г. сократился относительно уровня 2014 г. на 2,4%. При этом наибольший прирост заболеваемости среди детей в возрасте от 0–17 лет был характерен по таким видам заболеваний, как отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – с 46,32 на 1000 детей в 2014 г. до 73,68 в 2019 г., или на 59,1%; беременность, роды и послеродовой период – с 0,33 до 0,46, или на 39,4%; психические расстройства и расстройства поведения – с 1,07 до 1,36, или на 27,1%; болезни мочеполовой системы – с 7,18 до 9,12, или на 27%; болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм – с 12,38 до 14,75, или на 19,1% и ряд других (таблица 1).

Таблица 1

Структура и динамика общей заболеваемости среди детей в возрасте от 0–17 лет за 2014–2019 гг. (на 1000 детского населения)

Заболевания по классам	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2014–2019, %
Всего:	315,45	311,29	301,25	299,02	305,59	307,82	-2,4
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	28,90	27,76	27,42	28,93	27,90	27,12	-6,2
Новообразования	0,19	0,14	0,13	0,12	0,16	0,15	-21,1
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	12,38	14,31	14,44	14,43	13,98	14,75	19,1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	6,85	6,90	6,74	5,70	5,98	5,56	-18,8
Психические расстройства и расстройства поведения	1,07	0,68	0,84	1,11	1,05	1,36	27,1
Болезни нервной системы	15,62	15,35	14,45	14,18	12,73	12,72	-18,6
Болезни глаза и его придаточного аппарата	13,37	12,35	12,96	13,90	15,08	16,04	20,0
Болезни уха и сосцевидного отростка	8,10	7,81	8,68	8,88	9,53	8,93	10,2
Болезни системы кровообращения	6,21	5,59	5,62	5,64	5,75	5,45	-12,2
Болезни органов дыхания	153,80	153,79	143,17	138,92	142,97	142,11	-7,6
Болезни органов пищеварения	25,11	24,75	24,77	25,12	27,17	29,15	16,1
Болезни кожи и подкожной клетчатки	8,21	6,81	6,61	6,51	6,71	7,24	-11,8
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	4,36	4,67	4,51	4,43	4,88	5,07	16,3
Болезни мочеполовой системы	7,18	7,43	8,66	8,80	9,49	9,12	27,0
Беременность, роды и послеродовой период	0,33	0,42	0,36	0,26	0,52	0,46	39,4
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	46,32	45,09	48,42	58,23	61,44	73,68	59,1
Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	1,28	1,13	1,08	1,26	1,11	1,14	-10,9
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	2,56	2,48	2,36	2,61	2,76	2,61	2,0
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	17,12	16,42	15,82	15,26	15,05	15,32	-10,5





Анализ динамики структуры общей заболеваемости среди детей в возрасте от 0–17 лет за 2014–2019 гг. показал, что наибольшую долю в ней занимали следующие виды заболеваний: болезни органов дыхания – в среднем за 2014–2019 гг. – 47,5%, при этом их доля в структуре общей заболеваемости сократилась с 48,8% в 2014 г. до 46,2% в 2019 г.; отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – в среднем 18,1%, при росте доли с 14,7% до 23,9%; некоторые инфекционные и паразитарные

болезни – в среднем 9,1%, при сокращении доли с 9,2% до 8,8%; болезни органов пищеварения – в среднем 8,5%, при росте доли с 8% до 9,5%; травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – в среднем 5,2%, при сокращении доли с 5,4% до 5,0% (таблица 2).

Динамический анализ первичной заболеваемости детей по возрастным группам показал, что в структуре первичной заболеваемости детей при сокращении абсолютного показателя на 25% – с 125,0 тыс.

Таблица 2.

Структура и динамика общей заболеваемости среди детей в возрасте от 0–17 лет за 2014–2019 гг. (в процентах от соответствующего вида заболевания)

Заболевания по классам	2014	2015	2016	2017	2018	2019	в среднем за 2014–2019 гг.
Всего:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	9,2	8,9	9,1	9,7	9,1	8,8	9,1
Новообразования	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	3,9	4,6	4,8	4,8	4,6	4,8	4,6
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	2,2	2,2	2,2	1,9	2,0	1,8	2,0
Психические расстройства и расстройства поведения	0,3	0,2	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3
Болезни нервной системы	5,0	4,9	4,8	4,7	4,2	4,1	4,6
Болезни глаза и его придаточного аппарата	4,2	4,0	4,3	4,6	4,9	5,2	4,6
Болезни уха и сосцевидного отростка	2,6	2,5	2,9	3,0	3,1	2,9	2,8
Болезни системы кровообращения	2,0	1,8	1,9	1,9	1,9	1,8	1,9
Болезни органов дыхания	48,8	49,4	47,5	46,5	46,8	46,2	47,5
Болезни органов пищеварения	8,0	8,0	8,2	8,4	8,9	9,5	8,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	2,6	2,2	2,2	2,2	2,2	2,4	2,3
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	1,4	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,5
Болезни мочеполовой системы	2,3	2,4	2,9	2,9	3,1	3,0	2,8
Беременность, роды и послеродовой период	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	14,7	14,5	16,1	19,5	20,1	23,9	18,1
Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,8	0,8
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	5,4	5,3	5,3	5,1	4,9	5,0	5,2

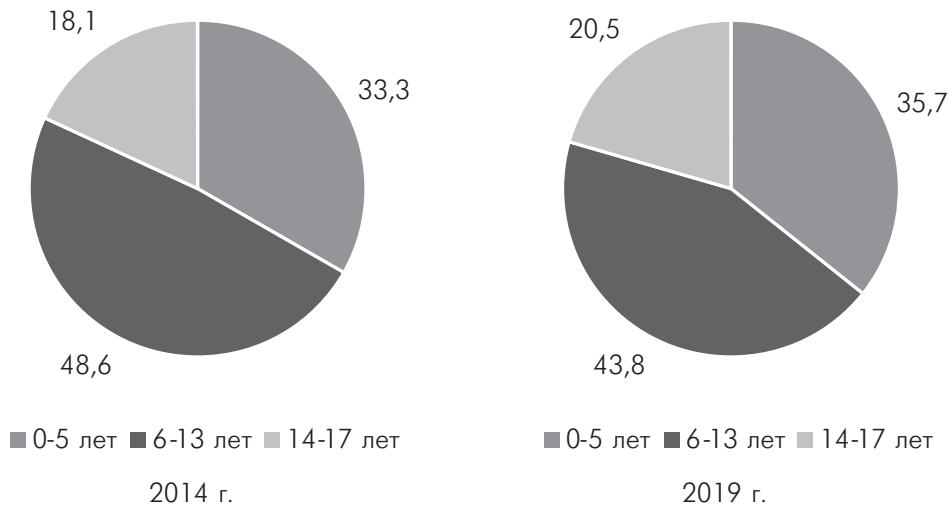


Рис. 1. Структура первичной заболеваемости детей в 2014 и 2019 гг. (в процентах от общего числа детей)

человек в 2014 г. до 93,8 тыс. человек в 2019 г. возросла ее доля с 33,3% до 35,7% в возрастной группе от 0–5 лет. Аналогичная тенденция была характерна для возрастной группы 14–17 лет: при сокращении абсолютного показателя на 20,8% – с 68,1 тыс. человек в 2014 г. до 53,9 тыс. человек в 2019 г. возросла ее доля с 18,1% до 20,5%. В возрастной группе 6–13 лет выявлена следующая закономерность: при сокращении абсолютного показателя на 37,1% – со 182,8 тыс. человек в 2014 г. до 115 тыс. человек в 2019 г. снизилась ее доля с 48,6% до 43,8% (рис. 1).

Анализ статистической значимости различий в уровне первичной заболеваемости детей по возрастным группам с использованием непараметрических критериев оценивания показал, что присутствуют статистически значимые различия в возрастных группах 0–5 лет и 6–13 лет ($P < 0,001$) и возрастных группах 6–13 лет и 14–17 лет ($P < 0,001$). Между возрастными группами 0–5 лет и 14–17 лет

статистически значимых различий не выявлено ($P > 0,05$). Следовательно, можно предположить, что разрыв в структуре и абсолютной численности впервые заболевших детей существенно отличался в возрастных группах 0–5 лет и 6–13 лет, а также в возрастных группах 6–13 лет и 14–17 лет. Однако между крайними значениями – в возрастных группах 0–5 лет и 14–17 лет различие не было статистически значимым, что объясняется превалированием высокой доли числа уровня первичной заболеваемости в возрастной группе 6–13 лет – около 50% (таблица 3).

Анализ динамики структуры первичной заболеваемости детей по возрастным группам показал, что наибольший рост уровня первичной заболеваемости детей в 2019 г. относительно 2014 г. наблюдался по следующим видам заболеваний: психические расстройства и расстройства поведения – на 370,1% в возрастной группе 0–5 лет и на 208,4% в возрастной группе 14–17 лет, на 49,7% в возрастной группе 6–13 лет; болезни глаза и его придаточного

Таблица 3

Первичная заболеваемость по возрастным группам за 2014–2019 гг.

Возраст	2014		2019		Разница		P (0–5 лет)	P (6–13 лет)
	человек	%	человек	%	человек	%		
0–5 лет	125006	33,3	93790	35,7	-31216	-25,0		
6–13 лет	182784	48,6	114998	43,8	-67786	-37,1	<0,001 ¹⁾	
14–17 лет	68100	18,1	53948	20,5	-14152	-20,8	>0,05	<0,001 ¹⁾
Всего	375890	100	262736	100	-113154	-30,1		

¹⁾ статистически значимое различие





аппарата – на 41,5% в возрастной группе 0–5 лет, на 15,2% в возрастной группе 14–17 лет и на 13,4% в возрастной группе 6–13 лет; новообразования – на 28,4% в возрастной группе 0–5 лет и 26% в возрастной группе 6–13 лет.

Значительный прирост уровня первичной заболеваемости отмечался в возрастной группе 6–13 лет по следующим видам заболеваний: болезни органов пищеварения – на 25,8%; симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках – на 22,5%; болезни органов дыхания – на 18,9%; врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения – на 10,1%; некоторые инфекционные и паразитарные болезни – на 9,8%; болезни кожи и подкожной клетчатки – на 13,6%; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – на 6,7% при сокращении доли данных видов заболеваний в других возрастных группах (за исключением врожденных аномалий в возрастной группе 0–5 лет, где также фиксировался прирост на 1,1%). В целом уровень первичной заболеваемости детей в 2019 г. относительно 2014 г. по видам заболеваний сократился на 25% в возрастной группе 0–5 лет, на 37,1% в возрастной группе 14–17 лет и возрос на 7,3% в возрастной группе 6–13 лет.

Кроме того, статистический анализ структуры заболеваний детей по возрастным группам показал присутствие статистически значимых различий среди анализируемых возрастных групп за исключением новообразований – в возрастных группах 0–5 лет и 6–13 лет; болезни глаза и его придаточного аппарата – в возрастных группах 6–13 лет и 14–17 лет, болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ; болезней нервной системы; болезней уха и сосцевидного отростка; болезни системы кровообращения; болезней мочеполовой системы в возрастных группах 0–5 лет и 14–17 лет. Следовательно, доля уровня первичной заболеваемости по видам заболеваемости по указанным видам заболеваний в данных возрастных группах отличается незначительно между собой, в остальных случаях – разброс в структуре уровня первичной заболеваемости является высоким между анализируемыми возрастными группами (таблица 4).

Выводы

Наибольшую долю в структуре общей заболеваемости детей занимали следующие виды заболеваний: болезни органов дыхания – 47,5%; отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – 18,1%; некоторые инфекционные и паразитарные болезни – 9,1%; болезни органов пищеварения – 8,5%; травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 5,2%.

В структуре первичной заболеваемости детей в 2019 г. относительно 2014 г. возросла доля детей в возрасте 0–5 лет и 14–17 лет, однако в данных возрастных группах отмечено снижение абсолютных показателей, при сокращении доли детей в возрасте 6–13 лет как в относительных, так и в абсолютных показателях.

Наибольший рост уровня первичной заболеваемости детей в 2019 г. относительно 2014 г. наблюдался по следующим видам заболеваний: психические расстройства и расстройства поведения – на 370,1% в возрастной группе 0–5 лет и на 208,4% в возрастной группе 14–17 лет, на 49,7% в возрастной группе 6–13 лет; болезни глаза и его придаточного аппарата – на 41,5% в возрастной группе 0–5 лет, на 15,2% в возрастной группе 14–17 лет и на 13,4% в возрастной группе 6–13 лет; новообразования – на 28,4% в возрастной группе 0–5 лет и 26% в возрастной группе 6–13 лет.

Значительный прирост уровня первичной заболеваемости отмечался в возрастной группе 6–13 лет по следующим видам заболеваний: болезни органов пищеварения – на 25,8%; симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках – на 22,5%; болезни органов дыхания – на 18,9%; врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения – на 10,1%; некоторые инфекционные и паразитарные болезни – на 9,8%; болезни кожи и подкожной клетчатки – на 13,6%; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – на 6,7% при сокращении доли данных видов заболеваний в других возрастных группах (за исключением врожденных аномалий в возрастной группе 0–5 лет, где также фиксировался прирост на 1,1%).



Таблица 4

Структура и динамика первичной заболеваемости по возрастным группам за 2014–2019 гг. (в процентах)

Заболевания по классам	0–5 лет	6–13 лет	$P_{0-5 \text{ лет}}$	14–17 лет	$P_{0-5 \text{ лет}}$	$P_{6-13 \text{ лет}}$
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	-27,6	9,8	<0,001*	-44,5	<0,001*	<0,001*
Новообразования	28,4	26,0	>0,05	-11,4	<0,001*	<0,001*
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	-14,8	4,9	<0,001*	-27,9	<0,001*	<0,001*
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	-49,2	-12,8	<0,001*	-43,7	>0,05	<0,001*
Психические расстройства и расстройства поведения	370,1	49,7	<0,001*	208,4	<0,001*	<0,001*
Болезни нервной системы	-40,7	-6,5	<0,001*	-36,2	>0,05	0,001*
Болезни глаза и его придаточного аппарата	41,5	13,4	<0,001*	15,2	<0,001*	>0,05
Болезни уха и сосцевидного отростка	-13,5	-1,0	<0,001*	-12,8	>0,05	<0,001*
Болезни системы кровообращения	-54,9	-10,2	<0,001*	-53,1	>0,05	<0,001*
Болезни органов дыхания	-29,4	18,9	<0,001*	-50,1	<0,001*	<0,001*
Болезни органов пищеварения	-13,5	25,8	<0,001*	-33,5	<0,001*	<0,001*
Болезни кожи и подкожной клетчатки	-12,1	13,6	<0,001*	-29,8	<0,001*	<0,001*
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	-12,1	6,7	<0,001*	-19,1	<0,001*	<0,001*
Болезни мочеполовой системы	-38,0	1,9	<0,001	-44,5	>0,05	<0,001*
Беременность, роды и послеродовой период	-	-	-	-	-	-
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	-47,8	0,0	<0,001*		<0,001*	
Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	1,1	10,1	<0,001*	-6,5	<0,001*	<0,001*
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	-14,4	22,5	<0,001*	-39,7	<0,001*	<0,001*
Всего	-25,0	7,3	<0,001*	-37,1	<0,001*	<0,001*

* статистически значимое различие



СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Хабриев Р.У., Мингазова Э.Н., Железова П.В., Гуреев С.А. Анализ показателей заболеваемости населения на уровне региона // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – № 4. – С. 512–517.
2. Атамбаева Р.М., Мингазова Э.Н. Основные особенности заболеваемости детей и подростков Кыргызской Республики // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2–1. – С. 111.
3. Лебедева У.М., Мингазова Э.Н. Основные показатели заболеваемости и ожидаемая продолжительность жизни населения северного региона России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – № 5. – С. 773–777.
4. Хабриев Р.У., Мингазова Э.Н., Шигабутдинова Т.Н., Мансурова Р.Г. Динамика основных показателей заболеваемости населения Республики Татарстан // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2020. – № 2 (66). – С. 5–10.
5. Туаева С.А., Атаев М.Г., Камалов К.Г. Динамика и структура заболеваемости детского населения сельской местности и городов Республики Северная Осетия – Алания // Экологическая медицина. – 2019. – Т. 2. – № 3. – С. 60–71.
6. Мустафаева З.М. Роль медицинских профилактических осмотров в обязательной диспансеризации детей в Азербайджане // Детские инфекции. – 2021. – № 3(76). – С. 61–63.
7. The State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.stat.gov.az/index.php>





ORIGINAL PAPER

FEATURES OF THE STRUCTURE AND DYNAMICS OF MORBIDITY RATES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE REPUBLIC OF AZERBAIJAN

Z.M. Mustafaeva^a, E.N. Mingazova^b ✉, M.M. Shegai^c, R.N. Mingazov^d

^a Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A. Aliyev, Baku, Azerbaijan;

^b N.A. Semashko National Research Institute of Public Health; Kazan State Medical University; Biomedical University of Innovation and Continuing Education of the State Scientific Center of the Russian Federation – A.I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center of the Federal Medical Biological Agency of Russia;

^c N.A. Semashko National Research Institute of Public Health;

^d Research Institute for Healthcare and Medical Management of Moscow Healthcare Department; N.A. Semashko National Research Institute of Public Health;

^a<https://orcid.org/0000-0002-4973-4262>; ^b<https://orcid.org/0000-0002-8558-8928>

^c<https://orcid.org/0000-0003-4054-1998>; ^d<https://orcid.org/0000-0003-3070-0967>

✉ Corresponding author: Mingazova E.N.

ABSTRACT

Analysis of the incidence of children and adolescents in the Republic of Azerbaijan for 2014–2019 showed that the largest share in the structure of the general morbidity of children was occupied by respiratory diseases – 47,5%, certain conditions that occur in the perinatal period – 18,1%, some infectious and parasitic diseases – 9,1%, diseases of the digestive system – 8,5%. The largest increase in the level of primary morbidity in children in 2019 compared to 2014 was observed in mental and behavioral disorders – by 370,1% in the age group 0–5 years and by 208,4% in the age group 14–17 years, by 49,7% in the age group of 6–13 years; diseases of the eye and its accessory apparatus – by 41,5% in the age group of 0–5 years, by 15,2% in the age group of 14–17 years and by 13,4% in the age group of 6–13 years; neoplasms – by 28,4% in the age group of 0–5 years and 26% in the age group of 6–13 years.

Keywords: morbidity structure, morbidity dynamics, children and adolescents, child population, the Republic of Azerbaijan.

For citation: Mustafaeva Z.M., Mingazova E.N., Shegai M.M., Mingazov R.N. Features of the structure and dynamics of morbidity rates in children and adolescents in the Republic of Azerbaijan. *Manager Zdravoochranenia*. 2023; 2: 68–74. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-68-74.

REFERENCES

1. Khabriev R.U., Mingazova E.N., Zhelezova P.V., Gureev S.A. Analysis of population morbidity rates at the regional level. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020; 28(4): 512–517.
2. Atambaeva R.M., Mingazova E.N. The main features of the incidence of children and adolescents in the Kyrgyz Republic // *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. 2015; 2(1): 111.
3. Lebedeva U.M., Mingazova E.N. The main indicators of morbidity and life expectancy of the population of the northern region of Russia // *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny* 2020; 28(S): 773–777.
4. Khabriev R.U., Mingazova E.N., Shigabutdinova T.N., Mansurova R.G. Dynamics of the main indicators of the incidence of the population of the Republic of Tatarstan // *Public health and health care*. 2020; 2(66): 5–10.
5. Tuaeveva S.A., Ataev M.G., Kamalov K.G. Dynamics and structure of morbidity among children in rural areas and cities of the Republic of North Ossetia-Alania // *Ekologicheskaya meditsina*. 2019; 2(3): 60–71.
6. Mustafayeva Z.M. The role of medical preventive examinations in the mandatory medical examination of children in Azerbaijan // *Detskiye infektsii*. 2021; 3(76): 61–63.
7. The State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan. [Electronic resource]. URL: <https://www.stat.gov.az/index.php>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Мустафаева Закия Муслим кызы – соискатель Азербайджанского государственного института усовершенствования врачей имени А. Алиева, г. Баку, Азербайджан.

Zakiya M. Mustafaeva – Research applicant of Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A. Aliyev, Baku, Azerbaijan. E-mail: zakiyam@gmail.com

Мингазова Эльмира Нурисламовна – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия.

Elmira N. Mingazova – D.Sc. (Medicine), Professor, Chief Researcher of N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia. E-mail: elmira_mingazova@mail.ru

Шегай Марина Михайловна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия.

Marina M. Shegai – D.Sc. (Medicine), Leading Researcher of N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia. E-mail: info@nrph.ru

Мингазов Рустем Наилевич – аспирант ГБУ города Москвы, «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

Rustem N. Mingazov – Graduate student of Research Institute for Healthcare and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia. E-mail: mnr85@mail.ru



ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-75-82

УДК: 616-002.5:578.834.1

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИИ И РСО-АЛАНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Н.В. Кобесов¹, З.М. Загдын², М.В. Сеницын³, М.К. Пагиева⁴ ✉

¹ ГБУЗ «Республиканский клинический центр фтизиопульмонологии» МЗ РСО-Алания, г. Владикавказ, РСО-Алания, Россия;

² ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия;

³ НМИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний Минздрава России, г. Москва, Россия;

⁴ ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Владикавказ, РСО-Алания, Россия.

¹<https://orcid.org/0000-0002-9833-5700>; ²<https://orcid.org/0000-0003-1149-5400>;

³<https://orcid.org/0000-0001-8951-5219>; ⁴<https://orcid.org/0000-0003-0957-912X>

✉ Автор для корреспонденции: Пагиева М.К.



АННОТАЦИЯ

Исследование сочетания заболеваний на современном этапе развития медицины является крайне актуальным. Среди комбинированного эффекта различных патологий на человека и популяции выделяют два основных понятия: коморбидность (сочетанное влияние заболеваний на пациента или группу), включающую основное и сопутствующие заболевания, и синдемию (сочетанное влияние заболеваний на популяционном уровне).

Цель: анализ эпидемиологии туберкулеза в период пандемии COVID-19 для выявления тенденций по России в целом и в РСО-Алания.

Методы: проведен теоретический анализ текущей ситуации исследований по России в отношении синдемии туберкулеза и COVID-19. Источниками данных являлись годовые формы федерального статистического наблюдения.

Результаты: существенным фактором, который замедляет динамику улучшения эпидемической обстановки по туберкулезу в России и РСО-Алания, является сокращение охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез. В целом, четкой синдемии между эпидемиологией ТБ и пандемией COVID-19 не выявлено как для России, так и по результатам анализа статистики в РСО-Алания. Существуют социальные тенденции снижения охвата населения и запоздалого первичного обращения пациентов к терапевту и фтизиатру, а также лиц, снятых с диспансерного учета, поэтому возникает увеличение доли тяжелых форм ТБ (с деструкцией легочной ткани, фиброзно-кавернозный тип).

Выводы: выявленные тенденции указывают на более запоздалое обращение пациентов в период пандемии и снижение охвата населения по России и при анализе данных для РСО-Алания. Увеличение доли тяжелых форм туберкулеза скорее связано именно с вышеуказанными тенденциями, а не с синдемией. Тенденции динамики показателей ТБ в России и РСО-Алания схожи по сопоставлению отрицательных или положительных приростов показателей.

Ключевые слова: туберкулез, пандемия, COVID-19, Россия, РСО-Алания, синдемия.

Для цитирования: Кобесов Н.В., Загдын З.М., Сеницын М.В., Пагиева М.К. Эпидемиология туберкулеза в России и РСО-Алания в период пандемии COVID-19 // Менеджер здравоохранения. 2023; 2: 75–82. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-75-82.

Актуальность исследования синдемии заболеваний в период пандемии COVID-19 значительно возросла. Данный термин обозначает сочетание заболеваний наподобие коморбидности. Однако в отличие от последней возможность синдемии рассматривается не на выборке пациентов, имеющих основное и сопутствующие заболевания, а на популяционном уровне для социума в целом. Поэтому для выявления синдемии заболеваний ключевую роль играет статистика. Синдемичное сочетание заболеваний (рис. 1) было известно и раньше, в частности ВИЧ

и гепатит С, а позднее с выявлением взаимосвязи распространенности ВИЧ и туберкулеза [1].

Цель настоящей работы – анализ эпидемиологии туберкулеза в период пандемии COVID-19 для выявления тенденций по России в целом и в РСО-Алания.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов исследований синдемии туберкулеза и COVID-19 с помощью анализа данных, приведенных в различных публикациях



© Кобесов Н.В., Загдын З.М., Сеницын М.В., Пагиева М.К., 2023 г.

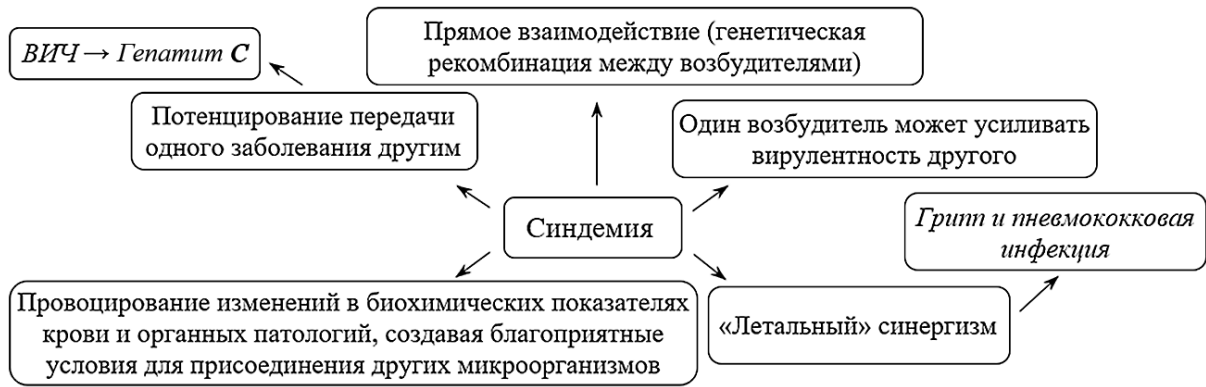


Рис. 1. Виды синергических взаимодействий между разными возбудителями и заболеваниями. Составлено по данным [1–3]

российскими исследователями. Предварительно проведен поиск литературы с помощью поисковой системы Яндекс, а также посредством специализированных баз Cyberleninka и Elibrary. Найдено и проанализировано 6 источников. Далее представлены сведения, характеризующие эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в Республике Северная Осетия-Алания за 2020–2021 год. Источниками данных являются годовые формы федерального статистического наблюдения № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом» (утверждена приказом Росстата от 28.01.2009 № 12) и № 33 «Сведения о больных туберкулезом» (утверждена приказом Росстата от 31.12.2010 № 483), а также учетная и отчетная документация систем эпидемиологического мониторинга туберкулеза, утвержденная приказом Минздрава России от 13.02.2004 № 50 [4–6]. Общие показатели рассчитаны на среднегодовую численность населения РСО-Алания в 2021 году – 688124 (2020 – 696837) (взрослое население от 18 лет и старше – 525672, в том числе в возрасте 15–17 лет – 24182); дети в возрасте 0–14 лет – 138270.

Результаты и их обсуждение

Изучения многообразия сопутствующих состояний и индивидуальных особенностей организма обеспечивается накопительной статистикой и поисками взаимосвязи различных патологий с целью выявления синдемии. При исследовании распространенности туберкулеза (ТБ) в Северо-западном федеральном округе РФ зависимости от появления пандемии COVID-19 и до нее не выявлены признаки синдемии по заболеваемости на 100 тыс. населения (в 2018: 28,6; 2019: 25,2; 2020: 21,8; 2021: 19,7). Однако предполагается, что процессы синдемии

могут протекать спонтанно наподобие коморбидных состояний у конкретного пациента [1]. Установлено также, что в период пандемии COVID-19 в РФ по сравнению с данными 2019 г. отмечается снижение охвата химиопрофилактикой ТБ детей из контакта с больными и профилактических обследований на ТБ (в большей мере – у детей). При этом выявлено повышение случаев пассивного и посмертного выявления ТБ и снижение числа новых случаев/рецидивов заболевания (на 11,6/6,3%) [7]. Тенденция повышения (со 116 до 165 за 2019 и 2020 гг. соответственно при $p < 0,01$) случаев патологоанатомического выявления ТБ выявлена на территории Москвы, что наблюдалось в сочетании с неуклонным снижением территориального показателя смертности от туберкулеза (за 2019, 2020 и 2021 гг. 1,2, 0,8 и 0,6 на 100 тыс. населения соответственно). Сделан вывод, что в период пандемии оценка ТБ была сосредоточена на группах риска, обследуемых противотуберкулезным диспансером. Возможно, поэтому уровень более тяжелых клинических форм ТБ легких вырос с 2019 по 2021 гг. при $p < 0,05$ (рис. 2).

Доля очагового ТБ с 2019 по 2021 гг. уменьшилась с 12,8 до 8,8% ($p < 0,01$). Отмечен также достоверный рост доли пациентов >60 лет с 18,8 до 24% [8]. В целом по России в 2020–2021 гг. клиническая структура ТБ на фоне снижения всех выявленных случаев заболевания также ухудшилась по сравнению с 2015–2019 гг. Отмечен рост с 2020 по 2021 гг. частоты деструкции легочной ткани, массивного бактериовыведения, фиброзно-кавернозной формы ТБ (рис. 3).

В результате проведенных исследований выявлено, что в целом по РФ в 2021 году показатель распространенности ТБ составил 62,9 на 100 тыс. населения (в 2020 – 70,3; прирост составил

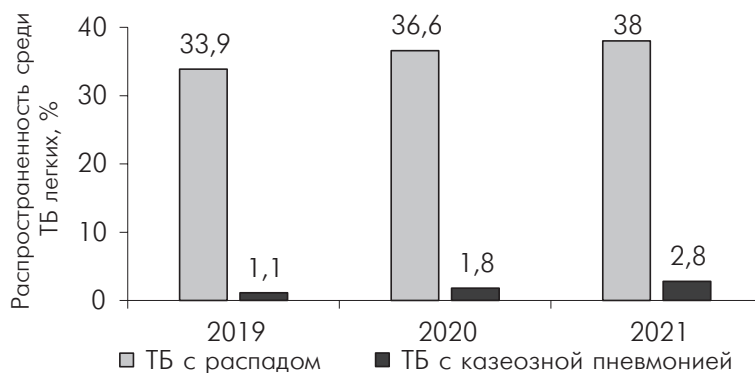


Рис. 2. Рост тяжелых клинических форм ТБ в г. Москве. Составлено по данным [8]

–10,5%). В России в 2021 году территориальный показатель заболеваемости ТБ составил 31,1 на 100 тыс. населения (в 2020 – 32,4; прирост: –4%). Показатель эпидемиологической ситуации по ТБ с множественной лекарственной устойчивостью

(МЛУ) микобактерий и бактериовыделением в 2021 по РФ составил 16,4 на 100 тыс. населения (в 2020 – 18,7; прирост: –12,3%).

В таблице 1 представлены показатели ТБ в РСО-Алания в период пандемии COVID-19.

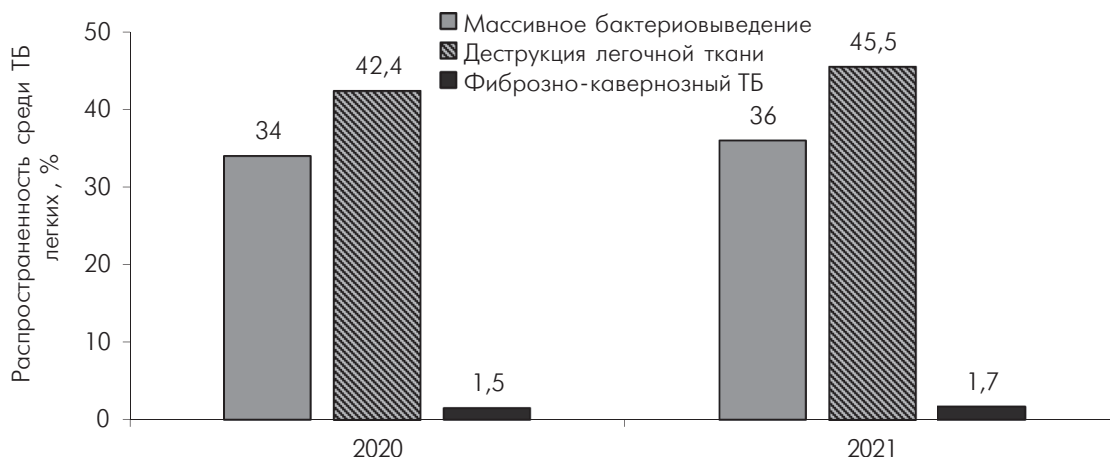


Рис. 3. Распространенность тяжелых форм ТБ в период пандемии в РФ. Составлено по данным [9]

Таблица 1

Показатели ТБ в РСО-Алания в период пандемии COVID-19

№	Показатель	2020	2021
1	Место среди 85 субъектов РФ	65	57
2	Место среди 7 субъектов СКФО	7	7
3	Первичная заболеваемость	34,2	32,1
4	Первичная заболеваемость детей/подростков	12,8	11,6
5	Рецидивы	8,1	6,2
6	Смертность	1,9	1,7
7	Распространенность	75,7	71,4
8	Распространенность ТБ легких с бактериовыделением и МЛУ возбудителя	8,9	7,4

Примечание: МЛУ – множественная лекарственная устойчивость, СКФО – Северо-Кавказский федеральный округ. Показатели 3–8 на 100 тыс. населения.



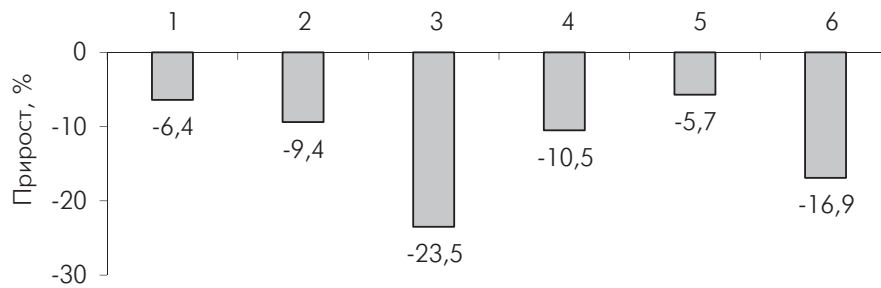


Рис. 4. Приросты показателей (на 100 тыс. населения) эпидемиологии ТБ в РСО-Алания в период пандемии COVID-19. 1 – Первичная заболеваемость; 2 – Первичная заболеваемость детей/подростков; 3 – Рецидивы; 4 – Смертность; 5 – Распространенность; 6 – Распространенность ТБ легких с бактериовыделением и МЛУ возбудителя

Годовые приросты вышеуказанных показателей представлены на рис. 4. Видно, что в 2021 г. отмечено снижение показателей эпидемиологии ТБ. Напротив, при сравнении показателей по РФ отмечен положительный (+1,3%) прирост рецидивов ТБ за 2020 и 2021 гг. (с 7,5 до 7,6 на 100 тыс. населения).

Исследовано первичное выявление ТБ по полу, среди трудоспособного возраста и по социальному статусу жителя в РСО-Алания (рис. 5).

Касательно доли пациентов трудоспособного возраста тенденция снижения отмечена и в других исследованиях по РФ с сочетанием увеличения доли вновь заболевших ТБ в возрасте >60 лет, что предполагает недостаток обнаружения ТБ в трудоспособном возрасте (25–45 лет) в период пандемии [8].

Исследование долевого распределения различных форм ТБ в РСО-Алания в период пандемии COVID-19 показало снижение доли ТБ: органов дыхания в 2021 г. по сравнению с 2020 г. (с 91,2 до 86,3%), из них ТБ легких (с 86,8 до 80,6%), ТБ с бактериовыделением среди постоянных жителей (с 44,7 по 54,4%). Таким образом, тенденция возрастания пациентов с ТБ с бактериовыделением по РСО-Алания совпадает с данными по РФ в целом. В структуре ТБ органов дыхания преобладает диссеминированный (37,3%) и инфильтративный туберкулез легких (27,9%), доля выявленной казеозной пневмонии составила 3,6%. Среди пациентов, взятых на диспансерный учет в 2021 году, больных с фиброзно-кавернозным ТБ не было выявлено.

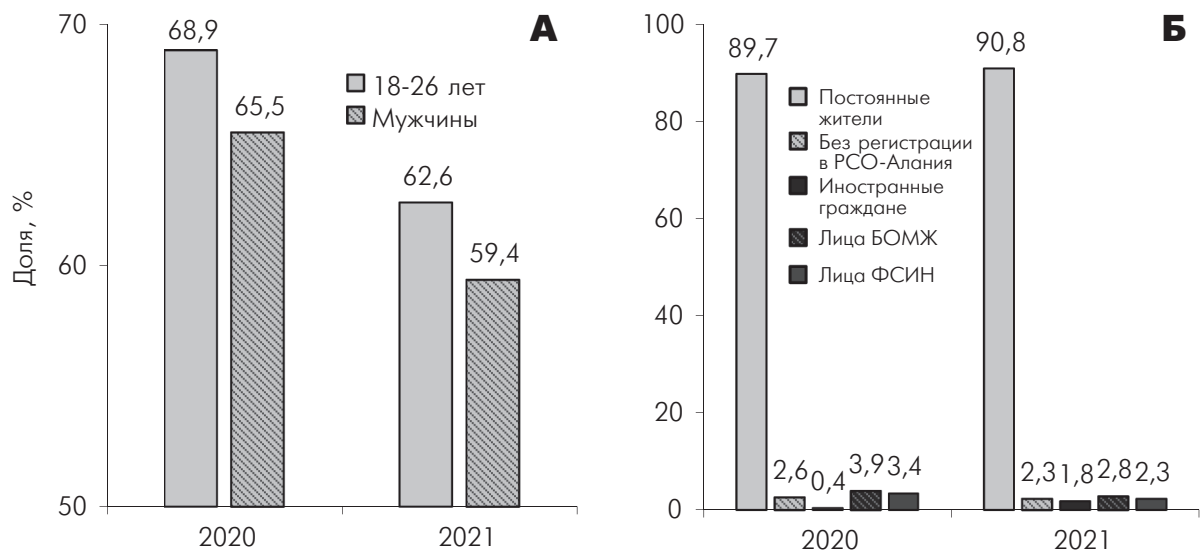


Рис. 5. Доля больных первичным ТБ (%) в РСО-Алания в период пандемии COVID-19. А – доля пациентов трудоспособного возраста и мужчин; Б – Распределение доли больных с первичным ТБ по статусу жителей



Таблица 2

Показатели рецидивов ТБ в РСО-Алания в период пандемии COVID-19

Показатель	2020	2021
Место среди 85 субъектов РФ	56	39
Место среди 7 субъектов СКФО	7	7
Рецидивы на 100 тыс. населения	8,1 (49 чел.)	6,2 (40 чел.)
Лица, ранее снятые с диспансерного учета, %	77,5	80,0
Распространенность среди рецидивов ТБ легких с бактериовыделением и МЛУ, %	14,2	25,0

Примечание: МЛУ – множественная лекарственная устойчивость, СКФО – Северо-кавказский федеральный округ.

Внегочный ТБ в структуре заболеваемости постоянных жителей составил 15,0%. Среди случаев внегочного ТБ, установленного в качестве основной локализации, преобладают ТБ костей и суставов (58,6%) и периферических лимфатических узлов (24,1%), Доля ТБ мочеполовой системы составила 17,2%. Отдельно исследованы показатели рецидивов ТБ (таблица 2).

Выявлено возрастание доли пациентов с рецидивами ТБ легких с бактериовыделением и МЛУ, что может быть связано с запаздывающим посещением врача в связи с пандемией после снятия с диспансерного учета. Важно также отметить также, что в 2021 г. по сравнению с 2020 г. отмечено уменьшение охвата профилактическими осмотрами на ТБ (с 72,5 до 71,8%) и флюорографическим обследованием (с 57,5 до 52,8), что составило меньше норматива (65%). При этом доля

взрослых больных ТБ органов дыхания, выявленных флюорографическим методом, в 2021 году составила 71,6% (в 2020–65,5%; прирост: +6,1%). Таким образом, несмотря на снижение охвата, процент выявления ТБ среди взрослых увеличился. Посмертно туберкулез не был выявлен в 2021 году ни у одного человека (в 2020–0), что свидетельствует в пользу отсутствия наличия синдемии ТБ с COVID-19.

При недостаточности охвата населения улучшилась диагностика пациентов с уже установленным ТБ по данным отчетных форм № 33 и № 8 за 2021 год (рис. 6, 7).

Полученные данные скорее свидетельствуют об интенсификации и/или увеличении точности обследований в связи повышенной важностью исследования здоровья дыхательной системы в период пандемии COVID-19.

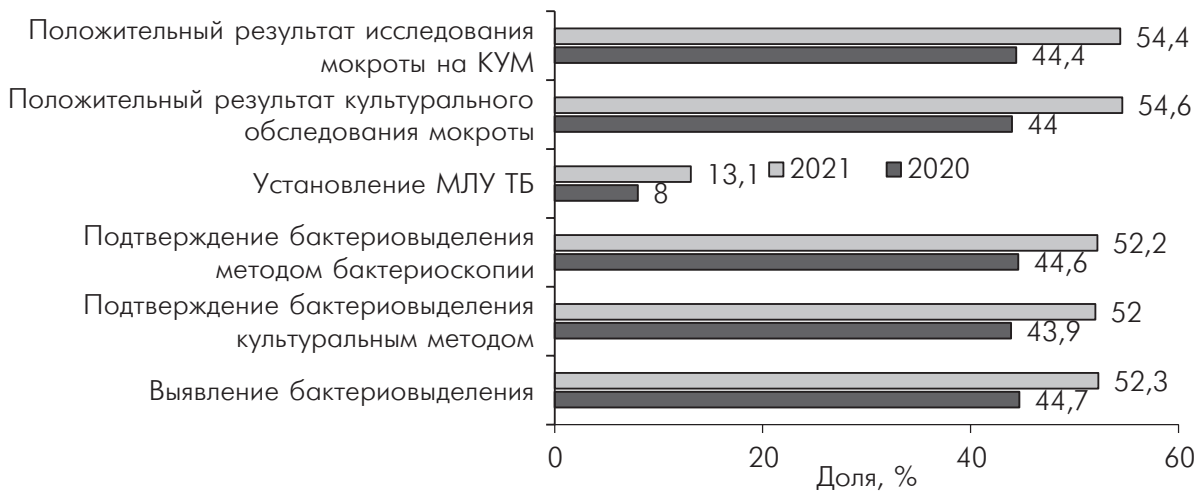


Рис. 6. Результаты диагностики пациентов с выявленным ТБ (%) в РСО-Алания в период пандемии COVID-19. КУМ – кислотоустойчивые микобактерии



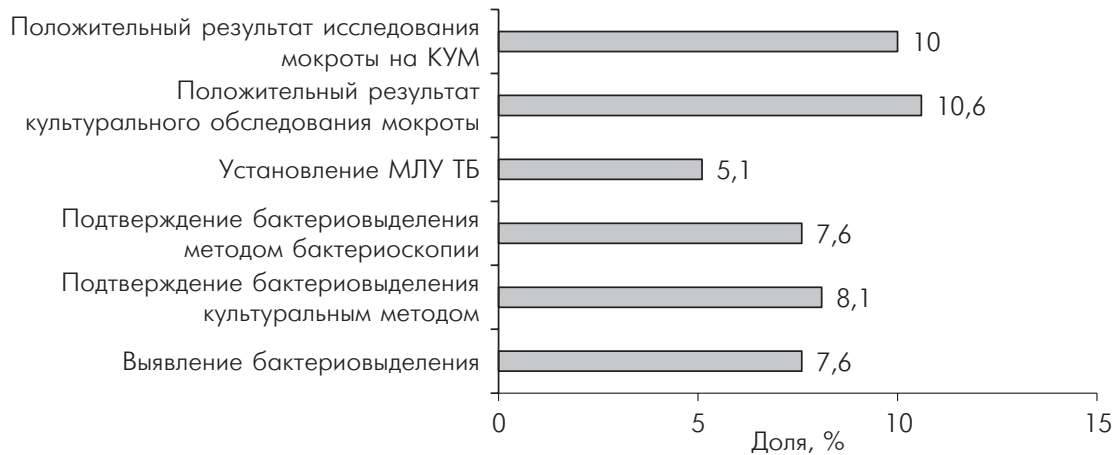


Рис. 7. Прирост результатов диагностики пациентов с выявленным ТБ (%) в РСО-Алания в период пандемии COVID-19. КУМ – кислотоустойчивые микобактерии

Заключение

Существенным фактором, который замедляет динамику улучшения эпидемической обстановки по туберкулезу в России и РСО-Алания, является сокращение охвата населения профилактическими осмотрами на туберкулез. В целом, четкой синдемии между эпидемиологией ТБ и пандемией COVID-19 не выявлено как для России, так и по результатам анализа статистики в РСО-Алания. Существуют социальные тенденции снижения охвата населения и запоздалого первичного обращения пациентов к терапевту и фтизиатру, а также лиц, снятых с диспансерного

учета, поэтому возникает увеличение доли тяжелых форм ТБ (с деструкцией легочной ткани, фиброзно-кавернозный тип). Тем более, что по данным РСО-Алания туберкулез не выявлен посмертно ни у одного человека, что также опровергает наличие синдемии между ТБ и COVID-19. Данная тенденция выявлена как при оценке результатов исследований по России других авторов, так и при самостоятельном анализе отчетных форм в РСО-Алания. В целом тенденции динамики показателей ТБ в России и РСО-Алания схожи по сопоставлению отрицательных или положительных приростов показателей.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Беляков Н.А., Боева Е.В., Загдын З.М., Эсауленко Е.В., Лиознов Д.А., Симакина О.Е. Эпидемиология и течение инфекционных заболеваний на фоне пандемии COVID-19. Сообщение 1. ВИЧ-инфекция, хронический гепатит с и туберкулез // Инфекция и иммунитет. – 2022. – № 4. – С. 639–650.
2. Piret J., Boivin G. Viral Interference between respiratory viruses // Emerg. Infect. Dis. – 2022. – V. 28. – No. 2. – P. 273–281. DOI: 10.3201/eid2802.211727
3. Tsai A.C., Mendenhall E., Trostle J.A., Kawac I. Co-occurring epidemics, syndemics, and population health // Lancet. – 2017. – V. 389. – Iss. 10072. – P. 978–982. DOI: 10.1016/s0140-6736(17)30403-8
4. Форма № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом» (Утверждена приказом Росстата от 28.01.2009 № 12). Режим доступа: <http://www.nonumber.ru/svedeniya/svedeniya-o-zabolevaniyakh-aktivnym-tuberkulezom> (Дата обращения: 16.01.2023).
5. Форма № 33 «Сведения о больных туберкулезом» (Утверждена приказом Росстата от 31.12.2010 № 483) Режим доступа: <http://www.nonumber.ru/svedeniya/svedeniya-o-bolnykh-tuberkulezom-2/> (Дата обращения: 16.01.2023).
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации России от 13 февраля 2004 г. № 50 «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза». 35 с. Режим доступа: https://tub-spb.ru/wp-content/uploads/2020/10/14_prikaz50.pdf (Дата обращения: 16.01.2023).
7. Русакова Л.И., Кучерявая Д.А., Стерликов С.А. Оценка влияния пандемии COVID-19 на систему оказания противотуберкулёзной помощи в Российской Федерации // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 2. – С. 553–577.
8. Богородская Е.М., Белиловский Е.М. Эпидемиология туберкулеза в Москве в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 // Педагогика профессионального медицинского образования. – 2022. – № 1. – С. 2234.
9. Васильева И.А., Тестов В.В., Стерликов С.А. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в годы пандемии COVID-19 2020-2021 гг. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в годы пандемии COVID-19 2020-2021 гг. // Туберкулез и болезни легких. – 2022. – № 100(3). – С. 612.



ORIGINAL PAPER

EPIDEMIOLOGY OF TUBERCULOSIS IN RUSSIA AND RNO-ALANIA DURING THE COVID-19 PANDEMIC

N.V. Kobesov¹, Z.M. Zagdyn², M.V. Sinitsyn³, M.K. Pagieva⁴ ✉

¹ Republican Clinical Center for Phthisiopulmonology of Ministry of Health of the Republic of North Ossetia-Alania, Vladikavkaz, Republic of North Ossetia-Alania, Russia;

² National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko, Moscow, Russia;

³ National Research Center for Phthisiopulmonology and Infectious Diseases of the Russian Ministry of Health, Moscow, Russia;

⁴ North Ossetian State Medical Academy of the Ministry of Health of Russia, Vladikavkaz, North Ossetia-Alania, Russia.

¹<https://orcid.org/0000-0002-9833-5700>; ²<https://orcid.org/0000-0003-1149-5400>;

³<https://orcid.org/0000-0001-8951-5219>; ⁴<https://orcid.org/0000-0003-0957-912X>.

✉ Corresponding author: Pagieva M.K.

ABSTRACT

The study of the combination of diseases at the present stage of development of medicine is extremely relevant. Among the combined effect of various pathologies on humans and populations, two main concepts are distinguished: comorbidity (the combined effect of diseases on a patient or group), including the underlying and concomitant diseases, and syndemia (the combined effect of diseases at the population level). *Purpose:* to analyze the epidemiology of tuberculosis during the COVID-19 pandemic to identify trends in Russia as a whole and in North Ossetia-Alania.

Methods: a theoretical analysis of the current research situation in Russia in relation to the tuberculosis and COVID-19 syndemics was carried out. The data sources were annual forms of federal statistical observation.

Results: Significant factors that slow down the dynamics of improving the epidemic situation for tuberculosis in Russia and North Ossetia-Alania are the reduction in the coverage of the population with preventive examinations for tuberculosis. In general, a clear syndemic between the epidemiology of TB and the COVID19 pandemic has not been identified both for Russia and according to the results of the analysis of statistics in RNO Alania. There are social trends to reduce the coverage of the population and belated primary treatment of patients with a general practitioner and phthisiatrician, as well as persons removed from the dispensary, so there is an increase in the proportion of severe forms of TB (with lung tissue destruction, fibrous-cavernous type).

Conclusions: The identified trends indicate a later appeal of patients during the pandemic and a decrease in population coverage in Russia and in the analysis of data for North Ossetia-Alania. The increase in the proportion of severe forms of tuberculosis is more likely to be associated with the above trends, and not with syndemic. Trends in the dynamics of TB indicators in Russia and North Ossetia-Alania are similar in terms of comparing negative or positive increases in indicators.

Keywords: tuberculosis, pandemic, COVID-19, Russia, North Ossetia Alania, syndemic.

For citation: Kobesov N.V., Zagdyn Z.M., Sinitsyn M.V., Pagieva M.K. Epidemiology of tuberculosis in Russia and Rno-Alania during the COVID-19 pandemic // *Manager Zdravoohraneniya*. 2023; 2: 75–82. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-75-82.

REFERENCES

1. Belyakov N.A., Boeva E.V., Zagdyn Z.M., Esaulenko E.V., Lioznov D.A., Simakina O.E. Epidemiology and course of infectious diseases against the backdrop of the covid-19 pandemic. *Message 1. HIV infection, chronic hepatitis C and tuberculosis // Infection and immunity*. – 2022. – No. 4. – P. 639–650.
2. Piret J., Boivin G. Viral Interference between respiratory viruses // *Emerg. Infect. Dis.* – 2022. – V. 28. – No. 2. – P. 273–281. DOI: 10.3201/eid2802.211727
3. Tsai A.C., Mendenhall E., Trostle J.A., Kawac I. Co-occurring epidemics, syndemics, and population health // *Lancet*. – 2017. – V. 389. – Iss. 10072. – P. 978–982. DOI: 10.1016/s0140-6736 (17) 30403-8
4. Form No. 8 "Information on diseases of active tuberculosis" (Approved by the order of the Federal State Statistics Service dated January 28, 2009 No. 12). Access mode: <http://www.nonumber.ru/svedeniya/svedeniya-o-zabolevaniyakh-aktivnym-tuberkulezom> (Accessed: 01/16/2023).
5. Form No. 33 "Information on patients with tuberculosis" (Approved by order of Rosstat dated December 31, 2010 No. 483) Access mode: <http://www.nonumber.ru/svedeniya/svedeniya-o-bolnykh-tuberkulezom-2/> (Accessed: 01/16/2023)
6. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of Russia dated February 13, 2004 No. 50 "On the introduction of accounting and reporting documentation for tuberculosis monitoring". 35 p. Access mode: https://tub-spb.ru/wp-content/uploads/2020/10/14_prikaz50.pdf (Accessed: 01/16/2023).
7. Rusakova L.I., Kucheryavaya D.A., Sterlikov S.A. Assessing the impact of the covid-19 pandemic on the system of providing anti-tuberculosis care in the Russian Federation // *Modern problems of healthcare and medical statistics*. – 2021. – No. 2. – P. 553–577.
8. Bogorodskaya E.M., Belilovsky E.M. Epidemiology of tuberculosis in Moscow during the pandemic of a new coronavirus infection COVID-19 // *Pedagogy of professional medical education*. – 2022. – No. 1. – P. 22-34.
9. Vasil'eva I.A., Testov V.V., Sterlikov S.A. The epidemic situation of tuberculosis during the years of the COVID-19 pandemic 2020–2021 The epidemic situation of tuberculosis during the years of the COVID-19 pandemic 2020–2021 // *Tuberculosis and lung diseases*. – 2022. – No. 100(3). – P. 6–12.





ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Кобесов Николай Викторович – кандидат медицинских наук, главный врач, ГБУЗ «Республиканский клинический центр фтизиопульмонологии» МЗ РСО-Алания, РСО-Алания, г. Владикавказ, Россия.

Nikolai V. Kobesov – Candidate of Medical Sciences, Chief Physician, Republican Clinical Center for Phthisiopulmonology, Ministry of Health of the Republic of North Ossetia-Alania, North Ossetia-Alania, Vladikavkaz, Russia.

E-mail: kobesovn@mail.ru

Загдын Зинаида Моисеевна – доктор медицинских наук, ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Россия.

Zinaida M. Zagdyn – Doctor of Medical Sciences, Federal State Budgetary Institution “National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko, Moscow, Russia.

E-mail: dinmetyan@mail.ru

Синицын Михаил Валерьевич – доктор медицинских наук, доцент, заместитель главного врача по хирургии, НМИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний Минздрава России, г. Москва, Россия.

Mikhail V. Sinitsyn – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Deputy Chief Physician for Surgery, National Medical Research Center for Phthisiopulmonology and Infectious Diseases of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia.

E-mail: msinitsyn@mail.ru

Пагиева Мадина Казбековна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры, ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, РСО-Алания, г. Владикавказ, Россия.

Madina K. Pagiieva – Candidate of Medical Sciences, Department Assistant, North Ossetian State Medical Academy of the Ministry of Health of Russia, North Ossetia-Alania, Vladikavkaz, Russia.

E-mail: pagievamadi@rambler.ru

Здравоохранение-2023



ПУТИН ПОРУЧИЛ МИНЗДРАВУ ОБЕСПЕЧИТЬ ПРИМЕНЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ С ИИ

Президент России Владимир Путин поручил Минздраву совместно с Минэкономразвития и Минцифры обеспечить использование результатов медицинских исследований, получаемых с применением искусственного интеллекта (ИИ), в клинических рекомендациях и системе ОМС. Таким образом планируется достичь цели по переходу к проактивной модели оказания медицинских услуг. Для развития технологий ИИ в здравоохранении ведомствам поручено обеспечить формирование открытых баз больших данных (датасетов) на основе обезличенной информации из медицинских карт пациентов.

Правительство, кроме того, должно будет предусмотреть в национальных проектах и госпрограммах возможность внедрения технологий ИИ в каждой отрасли экономики и социальной сферы, а также обеспечить внесение в образовательные программы высшего образования и повышения квалификации изменений, направленных на повышение уровня компетенций в сфере искусственного интеллекта специалистов ключевых отраслей и управленцев.

Источник: сайт Кремля



ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-83-90

УДК: 614.253.83(470.26)

ВЛИЯНИЕ ЭКСКЛАВНОСТИ И УРОВНЯ ДОХОДОВ НАСЕЛЕНИЯ НА ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЕ ПРЕДПОЧТЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Н.К. Тихонова^а✉, С.Н. Шилин^б, Е.С. Авдеева^с, Е.А. Цупова^д

^{а, с, д} ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Смоленск, Россия;

^б ГБУЗ Калининградской области «Областная клиническая больница»,

г. Калининград, Россия.

^а <http://orcid.org/0000-0003-1192-3305>; ^б <http://orcid.org/0000-0002-8164-8460>;

^с <http://orcid.org/0000-0002-4518-3045>; ^д <http://orcid.org/0000-0002-4083-9682>

✉ Автор для корреспонденции: Тихонова Н.К.

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты качественного анализа влияния эксклавноности и уровня доходов населения на потребительские предпочтения пациентов на рынке медицинских услуг на примере Калининградской области. Экономическое неравенство в получении медицинских услуг способствует психографическому расслоению предпочтений потребителей медицинских услуг. Территориальная изолированность от страны и близость иностранных государств накладывают отпечаток на социальную-экономическую жизнь населения эксклавноного субъекта и приверженность к медицинскому туризму.

Цель исследования – оценить влияние эксклавноности и уровня доходов населения на потребительские предпочтения пациентов на рынке медицинских услуг.

Материалы и методы. В период с сентября по ноябрь 2022 г. спланировано и проведено одномоментное сравнительное исследование потребительских предпочтений выбора страны и медицинской организации на рынке медицинских услуг 773 жителей Российской Федерации трудоспособного возраста. Все респонденты были стратифицированы в две группы по месту проживания: жители Центрального федерального округа и эксклавноного субъекта (Калининградская область). Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Проведен анализ предпочтений в выборе медицинской организации в зависимости от места проживания и уровня дохода респондентов. Использованы методы: открытого онлайн-анкетирования, качественного анализа, статистические. Достоверность различий процентных долей признака оценивалась по коэффициенту углового преобразования Фишера (φ) с заданной доверительной вероятностью 95%.

Результаты. Установлено влияние эксклавноности и уровня доходов на потребительские предпочтения выбора медицинской организации. Выявлены особенности приоритетных мотиваторов выбора государственных, частных или зарубежных медицинских услуг респондентов Калининградской области. Комфортность получения медицинской услуги («отсутствие очередей») у респондентов Калининградской области в 1,4 раза чаще являлась мотиватором выбора частной медицины по сравнению с респондентами других регионов.

Спрос на услуги частных и зарубежных клиник в эксклавноной территории пропорционален уровню доходов. Пользовались сервисами медицинского туризма 28,7% респондентов эксклавноной территории, предпочитающих частную медицину.

Выводы. Отличительной особенностью потребителей медицинских услуг в эксклавноной Калининградской области является увеличение востребованности частной медицины и лечения за рубежом пропорционально увеличению уровня доходов. Респонденты эксклавноной территории в 1,4 раза чаще выбирают частные клиники и в 23,9 раза чаще пользуются сервисами медицинского туризма по сравнению с жителями ЦФО. Каждый четвертый респондент Калининградской области не доверяет качеству подготовки врачей в РФ. Транспортная доступность стран ЕС, неудовлетворенность уровнем подготовки медицинских кадров, отсутствие ряда медицинских услуг в РФ, возможность реализовать желание совместить лечение с поездкой за рубеж при достаточном уровне дохода населения в эксклавноной области, наряду с дефицитом врачебных кадров в субъекте способствуют повышению привлекательности частных медицинских организаций, импорту медицинских услуг и оттоку пациентов за рубеж. Даны рекомендации по повышению привлекательности государственной медицины в Калининградской области.

Ключевые слова: эксклавноность, рынок медицинских услуг, потребительские предпочтения пациентов, уровень дохода населения.

Для цитирования: Тихонова Н.К., Шилин С.Н., Авдеева Е.С., Цупова Е.А. Влияние эксклавноности и уровня доходов населения на потребительские предпочтения пациентов на рынке медицинских услуг // Менеджер здравоохранения. 2023; 2: 83–90. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-83-90.

© Тихонова Н.К., Шилин С.Н., Авдеева Е.С., Цупова Е.А., 2023 г.



Введение

Реформирование здравоохранения, введение страховой медицины в Российской Федерации (РФ) обусловило формирование новых маркетинговых взаимоотношений врача и пациента и сегментирование рынка медицинских услуг. Возникновение последнего связано с социально-экономическим и психографическим расщеплением населения [1]. Медицинская услуга в современных условиях выступает в качестве способа решения проблем здоровья потребителя [2].

При этом замещение части государственных расходов на охрану здоровья населения личными платежами граждан создает условия для роста экономического неравенства в получении медицинской помощи различных групп населения. Структурные преобразования в системе здравоохранения РФ в последние десятилетия повлияли на развитие частного рынка медицинских услуг и становление медицинского туризма в стране [3, 4]. Согласно исследованиям компании EY рынок коммерческой медицины увеличивается приблизительно на 5,5% в год [5]. Приверженность населения к частной медицине обусловлена высокими требованиями к сервису, качеству медицинских услуг и компетентности медицинского персонала [6]. Значимыми являются региональные особенности рынка медицинских услуг, его доступность (кадровая, транспортная, ценовая) и качество предоставляемой медицинской помощи [7]. При этом часть потребителей медицинских услуг предпочитают лечиться в зарубежных частных клиниках. Предпочтение пациентов лечиться за рубежом обусловлено инновационным оснащением зарубежных медицинских центров, оптимальным соотношением критерия «цена/качество», большим вниманием к пациенту, наличием развитой туристической инфраструктуры и возможностью совместить лечение и отдых [8, 9].

Представляют интерес особенности рынка медицинских услуг и предпочтений пациентов в эксклавных субъектах РФ, отделенных от основной территории страны иностранными государствами. Одним из примеров эксклава является Калининградская область (КО). КО образована после решения Потсдамской конференции в 1946 г. о передаче части Восточной Пруссии СССР, после распада которого Калининградская область стала эксклавом РФ [10]. В настоящее время субъект граничит со странами ЕС. Численность постоянного населения Калининградской области на 1 января 2020 года составила 1 012 512 человек

с высоким уровнем населения старше трудоспособного возраста (19,5%). Доля мужчин 47,7%, женщин – 52,3%. Показатель средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2019 г. составил 73,56 года. Среди женщин – 77,29 лет, среди мужчин – 67,6 лет. В структуре здравоохранения Калининградской области 122 медицинских организации, 66 (54,1%) из которых подведомственны Министерству здравоохранения области, 6 (4,9%) – федеральных, 56 (45,9%) – иных форм собственности и ведомств [10].

Территориальная изолированность от страны и близость стран ЕС накладывают отпечаток на социальную-экономическую жизнь населения данного субъекта РФ.

Цель исследования – оценить влияние эксклавности и уровня доходов населения на потребительские предпочтения пациентов на рынке медицинских услуг.

Материалы и методы

В период с сентября по ноябрь 2022 г. на основании результатов открытого онлайн-анкетирования спланировано и проведено сравнительное исследование потребительских предпочтений выбора страны и медицинской организации 773 пациентов трудоспособного возраста. Ответы на вопросы предусматривали один или несколько вариантов. Все респонденты первоначально были стратифицированы в две группы по месту проживания. Из них 473 – жители Центрального федерального округа (Смоленская и Брянская области) и 300 – эксклавного субъекта (Калининградская область). Группы сравнения были сопоставимы по полу и возрасту. Женщины составили 76,9% (213 чел.) респондентов, мужчины – 23,1% (187 чел.). Из них 603 чел. (78%) в возрасте до 35 лет, 170 (22%) – с 35 до 65 лет. В ходе исследования влияния уровня доходов на потребительский спрос в каждой группе выделены по 3 подгруппы с различным уровнем дохода: «средний», «ниже среднего и низкий», «выше среднего и высокий». Работа с полученными данными осуществлялась в табличном редакторе Microsoft Excel 2007. Все полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием методов из области непараметрической статистики. Достоверность различий процентных долей признака оценивалась по коэффициенту углового преобразования Фишера (ϕ) с заданной доверительной вероятностью 95%.



Результаты

Квалитативный анализ результатов анкетирования респондентов эксклавного субъекта РФ

и ЦФО выявил особенности предпочтений в выборе медицинской организации на рынке медицинских услуг (таблица).

Таблица

Особенности потребительских предпочтений выбора медицинской организации жителей эксклавного субъекта и Центрального федерального округа Российской Федерации

Peculiarities of consumer preferences in choosing a medical organization for residents of an exclave subject and the Central Federal District of Russian Federation

Вопросы	ЦФО, n=473		КО, n=300		Достоверность различий ЦФО и КО	
	Абс.	%	Абс.	%	φ	p
Каким медицинским организациям Вы отдаете предпочтение?						
Частным	222	46,9	192	64	1,95	<0,05
Государственным	251	53,1	108	36	4,69	<0,01
Почему Вы предпочитаете государственные медицинские организации? (закрытый вопрос, несколько вариантов ответов) (ЦФО, n=251; КО, n=108)						
Отсутствие очередей	12	4,8	1	0,9	2,19	<0,01
Дешевле (бесплатно)	114	45,4	99	91,7	9,37	<0,01
Оперативное получение результатов исследования	46	18,3	19	17,6	0,16	>0,05
Высококвалифицированные специалисты	71	28,3	23	21,3	1,41	>0,05
Широкий спектр услуг	81	32,3	43	39,8	1,36	>0,05
Учреждение расположено в непосредственной близости от Вашего дома	80	31,9	66	61,1	5,17	<0,01
Почему Вы предпочитаете частные медицинские организации? (закрытый вопрос, несколько вариантов ответов) (ЦФО, n=222; КО, n=192)						
Отсутствие очередей	87	39,2	102	53,1	2,84	<0,01
Дешевле (бесплатно)	27	12,2	2	1	5,22	<0,01
Оперативное получение результатов исследования	138	62,1	102	53,1	1,87	<0,05
Высококвалифицированные специалисты	108	48,6	111	57,8	1,88	<0,05
Широкий спектр услуг	114	51,4	112	58,3	1,41	>0,05
Учреждение расположено в непосредственной близости от Вашего дома	36	16,2	63	32,8	3,98	<0,01
Лечились ли Вы за рубежом?						
Да	6	1,3	86	28,7	12,22	<0,01
Нет	467	98,7	214	71,3	12,22	<0,01
Почему Вы предпочли бы лечиться за рубежом? (закрытый вопрос, несколько вариантов ответов)						
В РФ длительный период ожидания	15	3,1	54	18	9,35	<0,01
Устраивает цена	18	3,8	58	19,3	3,21	<0,01
В РФ медицинская услуга не предоставляется	51	10,8	150	50	5,52	<0,01
Не доверяю качеству подготовки врачей в РФ	15	3,1	83	27,7	7,74	<0,01
Из-за низкого качества российской медицины в целом	15	3,1	114	38	4,79	<0,01
Хороший уровень здравоохранения и качество медицинской помощи за рубежом	61	12,9	194	64,7	7,29	<0,01
Высокий уровень квалификации врачей и медперсонала за рубежом	54	11,4	211	70,3	8,92	<0,01
Удобно добираться до медицинского центра за рубежом	9	1,9	17	5,3	0,81	>0,05
Хорошие результаты лечения при обращении ранее	1	0,2	69	23		<0,01
Желание совместить поездку/отдых за рубеж с лечением	52	11	94	31,3	2,15	<0,05





Более половины (64%, 192 чел.) респондентов КО отдали предпочтение лечению в частных клиниках и выступали покупателями медицинских услуг в частных медицинских центрах в 1,4 раза чаще, чем анкетируемые в ЦФО (46,9%; 222 чел.). Респонденты ЦФО чаще ($p < 0,01$) предпочитали лечиться в государственных медицинских организациях (53,1%; 251 чел.).

Популярными мотивирующими факторами выбора государственных медицинских организаций как в ЦФО, так и в КО были: цена услуги (45,4%, 114 чел. и 91,7%, 99 чел., соответственно), широкий спектр предоставляемых услуг (32,3%, 81 чел. и 58,3%, 112 чел., соответственно) и территориальная доступность (и 31,9%, 80 чел. и 61,1%, 66 чел., соответственно). При этом жители КО в 2 раза чаще ($p < 0,01$), по сравнению с жителями ЦФО, указали на бесплатность или меньшую стоимость медицинских услуг и непосредственную близость медицинской организации от места проживания как приоритетные причины своего выбора государственной медицинской организации. Каждый пятый из анкетированных ЦФО (28,3%; 71 чел.) и КО (21,3%; 23 чел.) свои предпочтения государственной медицины обосновал высокой квалификацией врачей в государственных медицинских организациях.

Анализ мотивирующих факторов потребителей частных медицинских услуг в ЦФО (177 чел.) и КО (222 чел.) установил следующие приоритеты: «оперативность получения результатов исследования» (62,1%, 138 чел. и 53,1%, 102 чел., соответственно; $p < 0,05$), «широкий спектр услуг» (51,4%, 114 чел. и 58,3%, 112 чел., соответственно; $p > 0,05$) и «высокая квалификация специалистов». При этом респонденты эксклавногo субъекта в 1,2 раза чаще ($p < 0,05$) мотивировали свой выбор высокой квалификацией врачей (57,8%, 111 чел.), чем жители ЦФО (48,6%, 108 чел.). Каждый третий респондент КО объяснил свой выбор территориальной близостью расположения частной клиники (32,8%, 68 чел.). Факт комфортности получения медицинской услуги («отсутствие очередей») имел приоритетное мотивирующее влияние на выбор места лечения у 39,2% (87 чел.) респондентов ЦФО и 53,1% (102 чел.) – эксклавногo субъекта РФ.

Исследование отношения к лечению за рубежом потребителей медицинских услуг в ЦФО (473 чел.) и КО (300 чел.) установило, что большинство респондентов обеих групп предпочли бы лечиться за рубежом по следующим причинам: «хороший уровень здравоохранения и качество медицинской

помощи за рубежом», «в РФ услуга не предоставляется», «желание совместить поездку/отдых за рубежом с лечением». При этом доля потребителей медицинских услуг эксклавногo территории, считающих зарубежное лечение более качественным, была в 5 раза выше, чем в ЦФО (64,7%, 194 чел. и 12,9%, 61 чел., соответственно; $p < 0,01$). Доля респондентов КО, отдавших бы предпочтение лечению за рубежом по причине отсутствия медицинской услуги в РФ (50%, 150 чел.), была в 4,7 раза выше ($p < 0,01$) аналогичной в ЦФО (10,7%, 51 чел.). На высокий уровень квалификации врачей и медперсонала за рубежом указали 11,4% респондентов ЦФО (54 чел.) и 70,3% (211 чел.) жителей КО. Кроме того 18% (54 чел.) опрошенных КО предпочли бы лечение за рубежом по причине длительного ожидания получения услуги в РФ. Несмотря на идентичность мотиваций респондентов ЦФО и КО к зарубежному лечению, пользовались сервисами медицинского туризма лишь 1,3% (6 чел.) анкетированных ЦФО и 28,7% (86) проживающих в эксклавногo Калининградской области. Не доверяют качеству подготовки врачей в РФ 3,1% (15 чел.) респондентов ЦФО и 27,7% (83 чел.) опрошенных в эксклавногo территории. Полученные результаты, вероятно, обусловлены недостаточным уровнем квалификации медицинского персонала, дефицитом врачебных кадров в Калининградской области и низкой информированностью населения об объемах медицинской помощи, предоставляемой в РФ как платно, так и за счет средств ОМС.

Установлены различия распределения респондентов ЦФО и КО по уровню доходов. Отличительной особенностью респондентов ЦФО было преобладание среди анкетированных лиц с «низким и ниже среднего» уровнем дохода (51,8%; 245 чел.), что превышало в 3,3 раза ($p < 0,01$) долю респондентов Калининградской области с аналогичным доходом (15,7%, 47 чел.). Второй по численности респондентов в ЦФО была группа со «средним» уровнем дохода (42,1%; 195 чел.). В КО «средний» уровень доходов имело подавляющее большинство респондентов (60%, 180 чел.; $p < 0,01$). Количество опрошенных ЦФО с «высоким и выше среднего» уровнем дохода составило 33 чел. (11%) и было в 2,2 раза меньше ($p < 0,01$), чем в эксклавногo территории (24,3%; 73 чел.). Полученные данные указывают на большую обеспеченность населения КО.

Анализ предпочтений выбора частной или государственной медицинской организации среди респондентов с уровнем дохода «низкий и ниже



среднего» установил превалирование выбора государственной МО в ЦФО (52,2%, 128 чел.) и КО (61,7%, 29 чел.). Среди респондентов со *«средним» уровнем дохода* доля респондентов, проживающих в ЦФО и предпочитающих лечиться в государственных МО, была в 1,6 раза больше, чем в КО и составила 55,4% (108 чел.) и 35% (63 чел.), соответственно ($p < 0,05$). Респонденты с *«высоким и выше среднего» уровнями дохода*, проживающие в ЦФО, выбирали для получения медицинских услуг государственные медицинские организации в 2,1 раза чаще ($p < 0,01$), чем жители эксклавной территории (45,5%, 15 чел. и 21,9%, 16 чел., соответственно). Отличительной особенностью потребительского спроса на частные медицинские услуги в Калининградской области было его увеличение с увеличением уровня доходов респондентов с 38,3% до 78,1%. Среди анкетированных ЦФО не установлено однонаправленной зависимости выбора частных клиник и уровня дохода. Респонденты ЦФО с «низким и ниже среднего» уровнем дохода при этом чаще предпочитали лечиться в частных медицинских организациях, чем участники анкетирования со «средним» уровнем дохода (47,8%, 117 чел. и 44,6%, 87 чел., соответственно).

Обсуждение

Полученные результаты позволяют утверждать ($p < 0,05$), что основными мотивирующими факторами выбора потребителями государственных медицинских организаций являются: цена услуги, широкий спектр предоставляемых услуг, территориальная доступность и квалификация медицинского персонала. Эти данные согласуются с результатами исследования Г.В. Цветовой и Е.К. Полонниковой, определивших транспортную, кадровую и ценовую доступность как приоритетные мотивы выбора медицинской услуги [7].

Потребительский выбор частных медицинских услуг в ранговом порядке мотивирован оперативностью получения результатов исследования, широким спектром услуг, высокой квалификацией медицинских кадров и комфортностью получения медицинской услуги («отсутствие очередей»). Данный факт косвенно указывает на недостаточную доступность государственной медицины, обусловленную дефицитом врачебных кадров и согласуется с данными за 2019 г. о том, что недостаточный уровень подготовки врачей, дефицит медицинских кадров и недостаточная оснащенность медицинских организаций оборудованием

относятся к проблемам российской системы здравоохранения, которые должны решаться в первую очередь [13].

Выявлены достоверные различия удовлетворенности доходами среди респондентов исследуемых групп. Большинство жителей Калининградской области (84,3%) считают свой доход «средним» или «выше среднего и высоким».

Желание двух третей респондентов Калининградской области «лечиться по близости» при достаточном уровне дохода можно отнести к региональным особенностям предпочтений пациентов на рынке медицинских услуг эксклавной территории. Это подтверждается выявленной однонаправленной зависимостью между уровнем дохода респондентов и популярностью частной медицины в Калининградской области. При этом можно согласиться с мнением Н.А. Вялых о том, что затраты потребителя медицинских услуг коррелируют с уровнем их дохода, поэтому население расходует часть своего бюджета на медицинские услуги, включенные в программу ОМС [12], и отчасти обусловлены недостаточной информированностью населения о перечне медицинских услуг, предоставляемых в Российской Федерации бесплатно.

Обеспеченность врачебными кадрами Калининградской области (30,9 и 31 на 1000 населения в 2019 г. и 2020 г. соответственно) в 1,4 раза ниже, чем в целом по Северо-Западному федеральному округу (43,8 и 44,3 на 1000 населения в 2019 г. и 2020 г. соответственно) Российской Федерации (37,6 и 38 на 1000 населения в 2019 г. и 2020 г. соответственно) [14]. Правительством Калининградской области предпринят ряд мер по укомплектованию медицинских организаций субъекта врачами. Активно внедряется программа «Земский доктор», выплачиваются «подъемные» при трудоустройстве ординаторам, обучавшимся по целевым направлениям, увеличивается фонд служебного жилья. Заинтересованные в кадрах медицинские организации оплачивают аренду съемного жилья прибывшим в субъект врачам.

Выводы

Отличительной особенностью потребителей медицинских услуг в эксклавной Калининградской области является увеличение востребованности частной медицины и лечения за рубежом пропорционально увеличению уровня доходов.

Респонденты эксклавной территории в 1,4 раза чаще выбирают частные клиники и в 23,9 раза





чаще пользуются сервисами медицинского туризма по сравнению с жителями ЦФО.

Каждый четвертый респондент Калининградской области не доверяет качеству подготовки врачей в РФ.

Транспортная доступность стран ЕС, неудовлетворенность уровнем подготовки медицинских кадров, отсутствие ряда медицинских услуг в РФ, возможность реализовать желание совместить лечение с поездкой за рубеж при достаточном уровне дохода населения в эксклавной Калининградской области, наряду с дефицитом врачебных кадров в субъекте способствуют повышению привлекательности частных медицинских организаций,

импорту медицинских услуг и оттоку пациентов за рубеж.

Для повышения привлекательности государственной медицины в эксклавной территории, граничащей со странами ЕС, необходимо продолжить реформирование медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи, продолжать привлечение медицинских кадров в субъект за счет методов социальной поддержки, осуществлять профессиональную подготовку медицинских кадров в ведущих центрах повышения квалификации и профессиональной переподготовки, активно использовать методы социальной рекламы государственных медицинских организаций.



СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. *Тогунов И.А.* Врач и пациент на рынке медицинских услуг [Электронный ресурс]. URL: https://www.marketing.spb.ru/lib-special/togunov/gl4_2.htm (Дата обращения: 27.12.2022).
2. *Бабенко А.А.* Специфика организации маркетинговой деятельности в сфере платных медицинских услуг // Молодой ученый. 2016, № 2 (106). С. 429–431. URL: <https://moluch.ru/archive/106/25341/> (Дата обращения: 27.12.2022).
3. Последствия реформирования здравоохранения в РФ (1990–2020 гг.). Проблемы и предложения [Электронный ресурс]. URL: <https://www.vshouz.ru/journal/2021-god/posledstviya-reformirovaniya-zdravo-okhraneniya-v-rf-1990-2020-gg-problemy-i-predlozheniya/> (Дата обращения: 27.12.2022).
4. *Климин В.Г., Мальцева Ю.А., Дайхес А.Н., Вдовин К.Э., Князева Е.Г.* Маркетинг в медицинском туризме. – М: Комментарий, 2020. – 158 с.
5. Исследования рынка коммерческой медицины в России 2018–2019 годы // Компания EY. 2019 [Электронный ресурс]. URL: https://assets.ey.com/content/dam/ey-sites/ey-com/ru_ru/news/2020/03/ey_healthcare_research_2018-2019_24032020.pdf (Дата обращения: 27.12.2022).
6. *Тарасенко Е.А., Дворяшина М.М.* Рынок частной медицины в России: взгляд маркетолога // ЭКО. 2019; 6: 43–61. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rynok-chastnoy-meditsiny-v-rossii-vzglyad-marketologa> (Дата обращения: 27.12.2022).
7. *Цветова Г.В., Полонникова Е.К.* Рынок медицинских услуг в региональном измерении // Власть и управление на Востоке России. 2021; 1 (94): 93–100.
8. *Горошко Н.В., Пацала С.В.* Россия на мировом рынке медицинского туризма // Электронный научно-методический журнал Омского ГАУ. 2018;1 (12) январь – март. URL: <http://e-journal.omgau.ru/images/issues/2018/1/00493.pdf>. – ISSN 2413–4066 (Дата обращения: 27.12.2022).
9. *Вдовин К.Э.* Перспективы развития медицинского туризма в Российской Федерации: анализ конкурентной среды методом DEA // Вестник университета. 2019; 6: 57–67.
10. История Калининградской области/ Портал Правительства Калининградской области [Электронный ресурс]. URL: <https://gov39.ru/press/region/istoriya-kaliningradskoy-oblasti/?ysclid=17ti6f26dh722130275> (Дата обращения: 27.12.2022).
11. Отчеты о деятельности Министерства здравоохранения Калининградской области [Электронный ресурс]. URL: <https://www.infomed39.ru/documents/statements-of-the-ministry/> (Дата обращения: 27.12.2022).
12. *Вялых Н.А.* Стратегии потребления медицинской помощи в российском обществе: социологический концепт и способы позитивизации // Теория и практика общественного развития. 2015;1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strategii-potrebleniya-meditsinskoj-pomoschi-v-rossijskom-obschestve-sotsiologicheskiiy-kontsept-i-sposoby-pozitivizatsii> (Дата обращения: 27.12.2022).
13. Современные тенденции в системе здравоохранения Российской Федерации. – М.: Издание государственной Думы, 2019. – С. 14. URL: <http://duma.gov.ru/media/files/otTeY7Kh7jQrYiz92JbKmbVymxb6971xF.pdf> (Дата обращения: 27.12.2022).
14. *Котова Е.Г., Кобякова О.С., Стародубов В.И., Александрова Г.А., Голубев Н.А., Латышова А.А. и др.* Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 1 часть Медицинские кадры: статистические материалы. М: ЦНИИОИЗ Минздрава России. 2021 [Электронный ресурс]. URL: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewi1vdzGyMz8AhVmlYsKHT0RC SYQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fmednet.ru%2Fimages%2Fmaterials%2Fstatistika%2F2021%2Fsborniki_2020%2F14_resursy_i_deyatelnosti_meditsinskih_organizacij_zdravoohraneniya_meditsinskie_kadry_2020.docx&usq=AOvVaw2Do_RokOgZR8gvadJHP68 (Дата обращения: 27.12.2022).



ORIGINAL PAPER

INFLUENCE OF EXCLAVITY AND INCOME LEVEL OF THE POPULATION ON THE CONSUMER PREFERENCES OF PATIENTS IN THE MARKET OF MEDICAL SERVICES

N.K. Tikhonova^a✉, S.N. Shilin^b, E.S. Avdeeva^c, E.A. Tsupova^d

^{a, c, d} Smolensk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Smolensk, Russia;

^b Regional Clinical Hospital of the Kaliningrad Region, Kaliningrad, Russia.

^a <http://orcid.org/0000-0003-1192-3305>; ^b <http://orcid.org/0000-0002-8164-8460>;

^c <http://orcid.org/0000-0002-4518-3045>; ^d <http://orcid.org/0000-0002-4083-9682>.

✉ Corresponding author: Tikhonova N.K.

ABSTRACT

The article presents the results of a qualitative analysis of the influence of exclavity and the level of income of the population on the consumer preferences of patients in the medical services market using the Kaliningrad region as an example. Economic disparity in access to healthcare services contributes to the psychographic stratification of healthcare consumer preferences. Territorial isolation from the country and the proximity of foreign countries leave an imprint on the social and economic life of the population of an exclave subject and commitment to medical tourism.

Materials and methods. In the period from September to November 2022, a one-time comparative study of consumer preferences for choosing a country and a medical organization in the medical services market of 773 working-age residents of the Russian Federation was planned and conducted. All respondents were stratified into two groups according to their place of residence: residents of the Central Federal District and the Kaliningrad Region. The groups were comparable in terms of gender and age. Methods used: open online survey, qualitative analysis, statistical. The significance of differences in the percentages of the trait was estimated by the Fisher angular transformation coefficient (ϕ) with a given confidence level of 95%.

Results. The influence of exclavity and income level on consumer preferences for choosing a medical organization has been established. The features of the priority motivators for the choice of public, private or foreign medical services of the respondents of the Kaliningrad region are revealed. The comfort of receiving medical services ("lack of queues") was 1,4 times more likely to motivate the choice of private medicine among respondents in the Kaliningrad region compared to respondents in other regions. The demand for the services of private and foreign clinics in the exclave territory is proportional to the level of income. Medical tourism services were used by 28,7% of respondents from the exclave territory who prefer private medicine.

Conclusion. A distinctive feature of consumers of medical services in the exclave Kaliningrad region is the increase in demand for private medicine and treatment abroad in proportion to the increase in income levels. Respondents from the exclave territory are 1,4 times more likely to choose private clinics and 23,9 times more likely to use medical tourism services compared to residents of the Central Federal District. Every fourth respondent in the Kaliningrad region does not trust the quality of training of doctors in the Russian Federation. Transport accessibility of the EU countries, dissatisfaction with the level of training of medical personnel, the lack of a number of medical services in the Russian Federation, the ability to realize the desire to combine treatment with a trip abroad with a sufficient level of income of the population in the exclave region, along with a shortage of medical personnel in the subject, contribute to increasing the attractiveness of private medical organizations, import of medical services and outflow of patients abroad. Recommendations are given to increase the attractiveness of state medicine in the exclave territory.

For citation: Tikhonova N.K., Shilin S.N., Avdeeva E.S., Tsupova E.A. Influence of exclavity and income level of the population on consumer preferences of patients in the market of medical services. *Manager Zdravooxraneniya*. 2023; 2: 83–90. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-83-90.

REFERENCES

1. *Togunov I.A.* Doctor and patient in the medical services market. (in Russ.). URL: https://www.marketing.spb.ru/lib-special/togunov/gl4_2.htm (Accessed: 27.12.2022).
2. *Babenko A.A.* The specifics of the organization of marketing activities in the field of paid medical services // *Young Scientist*. 2016; 2 (106): 429–431. (In Russ.). URL: <https://moluch.ru/archive/106/25341/> (Accessed: 27.12.2022).
3. Consequences of healthcare reform in the Russian Federation (1990–2020). Problems and suggestions. (in Russ). URL: <https://www.vshouz.ru/journal/2021-god/posledstviya-reformirovaniya-zdravooxraneniya-v-rf-1990-2020-gg-problemy-i-predlozheniya/> (Accessed: 27.12.2022).
4. *Klimin V.G., Maltseva Yu.A., Dihes A.N., Vdovin K.E., Knязева E.G.* Marketing in medical tourism. – M: Commentary, 2020. 158 p. (in Russ).
5. Market research of commercial medicine in Russia 2018–2019 // EY company. 2019. (in Russ). URL: https://assets.ey.com/content/dam/ey-sites/ey-com/ru_ru/news/2020/03/ey_healthcare_research_2018-2019_24032020.pdf (Accessed: 27.12.2022).
6. *Tarassenko E.A., Dvoryashina M.M.* Private Healthcare Market in Russia: a Marketologist View // *EKO*. 2019; 6: 43–61. (in Russ). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rynok-chastnoy-meditsiny-v-rossii-vzglyad-marketologa> (Accessed: 27.12.2022).
7. *Tsvetova G.V., Polonnikova E.K.* The market of medical services in the regional dimension // *Power and administration in the east of Russia*. 2021; 1 (94): 93–100. (in Russ).





8. *Goroshko N.V., Patsala S.V.* Russia in the world market of medical tourism // *Elektronnyy nauchno-metodicheskiy zhurnal Omskogo GAU*. 2018; 1 (12) January March. (in Russ). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rossiya-na-mirovom-rynke-meditsinskogo-turizma/viewer> (Accessed: 27.12.2022).
9. *Vdovin K.E.* Perspectives of development of medical tourism in the Russian Federation: analysis of competitive environment by method of data environment analysis // *Vestnik universiteta*. 2019; 6: 57–67. (in Russ)
10. History of the Kaliningrad region / Portal of the Government of the Kaliningrad region. (in Russ). URL: <https://gov39.ru/press/region/istoriya-kaliningradskoy-oblasti/?ysclid=17ti6f26dh722130275> (Accessed: 27.12.2022).
11. Reports on the activities of the Ministry of Health of the Kaliningrad region. (in Russ). URL: <https://www.infomed39.ru/documents/statements-of-the-ministry/> (Accessed: 27.12.2022).
12. *Vyalykh N.A.* Strategies of medical care consumption in the Russian society: a sociological concept and methods of positivisation // *Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya*. 2015;1. (in Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strategii-potrebleniya-meditsinskoy-pomoschi-v-rossiyskom-obshchestve-sotsiologicheskii-kontsept-i-sposoby-pozitivizatsii> (Accessed: 27.12.2022).
13. Modern trends in the healthcare system of the Russian Federation. – M.: Publication of the State Duma, 2019. – P. 14. URL: <http://duma.gov.ru/media/files/otTeY7Kh7jQrYiz92JbKmbymxb6971xF.pdf> (Accessed: 27.12.2022).
14. *Kotova E.G., Kobyakova O.S., Starodubov V.I., Aleksandrova G.A., Golubev N.A., Latyshova A.A.* at all. Resources and activities of medical healthcare organizations, part 1 Medical personnel: statistical materials. M: TSNIIOIZ Minzdrava Rossii. 2021 [Electronic resource] URL: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi1vdzGyMz8AhVmlYsKHT0RCSYQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fmednet.ru%2Fimages%2Fmaterials%2Fstatiatika%2F2021%2Fsborniki_2020%2F14_resursy_i_deyatelnosti_meditsinskih_organizatsiy_zdravoohraneniya_meditsinskii_kadry_2020.docx&usq=A0vVaw2Do_RokOgZR8gvadJHP68 (Accessed: 27.12.2022).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Тихонова Наталья Константиновна – д-р мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Смоленск, Россия.
Natalya K. Tikhonova – D. Sc. (Medicine), Associate Professor of the Department of Health Organization and Public Health of the Smolensk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Smolensk, Russia.
 E-mail: nktikhonova@mail.ru. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1192-3305>

Шилин Сергей Николаевич – врач, ГБУЗ Калининградской области «Областная клиническая больница», г. Калининград, Россия
Sergey N. Shilin – doctor of the Kaliningrad Regional Clinic Hospital, Kaliningrad, Russia.
 E-mail: shilin-sergey@mail.ru

Авдеева Елена Сергеевна – студент, ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Смоленск, Россия.
Elena S. Avdeeva – student of the Smolensk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Smolensk, Russia.
 E-mail: Lena_23122000@mail.ru

Цупова Елизавета Андреевна – студент ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Смоленск, Россия.
Elizaveta A. Tsupova – student of the Smolensk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Smolensk, Russia.
 E-mail: cupovaliza@mail.ru.



От редакции:

Наша традиционная рубрика посвящена реализации поручения Президента РФ В. Путина о введении с 1 января 2023 года дополнительных выплат ряду категорий медицинских работников. Наши эксперты не только показывают порядок осуществления новых выплат, но и дают комментарии по наиболее важным аспектам (причины использования именно специальных социальных выплат и т.д.).

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-91-98

УДК: 614.2

ВОПРОСЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ НОВЫХ СПЕЦИАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ВЫПЛАТ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ, В ТОМ ЧИСЛЕ РАБОТАЮЩИХ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, С 1 ЯНВАРЯ 2023 ГОДА

**Ф.Н. Кадыров^а✉, О.В. Обухова^б,
Ю.В. Ендовицкая^с, А.М. Чилилов^{а,д}**

^{а, б, с} ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия;

^а ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия;

^д НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России, г. Москва, Россия.

^а ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4327-4418>;

^б ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2745-8383>;

^с ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6780-9355>;

^д ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9638-7833>

✉ Автор для корреспонденции: Кадыров Ф.Н.

АННОТАЦИЯ

В статье рассматривается механизм осуществления новых специальных социальных выплат, которые вводятся для ряда категорий медицинских работников с 1 января 2023 года.

Данные выплаты, как и прежде существовавшие специальные социальные выплаты, производимые лицам, оказывающим медицинскую помощь пациентам с COVID-19, будут осуществляться через социальный фонд – в данном случае через Фонд пенсионного и социального страхования. Подобный механизм, несмотря на длинную цепочку финансовых потоков, имеет свои преимущества, касающиеся, прежде всего, возможности персонифицированного учета выплат и минимизации рисков нецелевого использования средств.

Вместе с тем, осуществление специальных социальных выплат вызывает целый ряд вопросов, касающихся уплаты страховых взносов и т.д., ответы на которые не всегда очевидны, однако могут быть получены на основе рассмотрения положений действующего законодательства.

Ключевые слова: заработная плата, специальные социальные выплаты, межбюджетные трансферты, федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Фонд пенсионного и социального страхования.

Для цитирования: Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Ендовицкая Ю.В., Чилилов А.М. Вопросы осуществления новых специальных социальных выплат медицинским работникам, в том числе работающих в амбулаторных условиях, с 1 января 2023 года // Менеджер здравоохранения. 2023; 2: 91–98. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-91-98.

© Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Ендовицкая Ю.В., Чилилов А.М., 2023 г.



Введение

В рамках реализации поручения Президента РФ В. Путина об установлении с 1 января 2023 года новых выплат ряду категорий медицинских работников было принято Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2022 г. № 2568 «О дополнительной государственной социальной поддержке медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в базовой программе обязательного медицинского страхования либо территориальных программах обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 2568).

Постановление определяет категории работников, которые имеют право на новые социальные выплаты (в зависимости от медицинских организаций, в которых они работают), размеры выплат, источники и порядки их осуществления и другие вопросы.

Вместе с тем, важно оценить возможные последствия введения подобных выплат с точки зрения влияния на расходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, реализации майских Указов Президента 2012 года и т.д.

Причины введения новых социальных выплат

Специальные социальные выплаты направлены на материальную поддержку большой группы медицинских работников. Основными причинами введения новых выплат медицинским работникам стали накопившиеся проблемы в кадровом обеспечении здравоохранения и, прежде всего, первичного звена здравоохранения. По данным Минздрава России, дефицит врачей в стране составляет порядка 25 000 врачей и около 50 000 среднего медицинского персонала¹.

Причиной нынешнего обострения кадровой ситуации явились последствия распространения COVID-19, высокая инфляция 2022 года (как следствие вводимых санкций), опережавшая рост уровня заработной платы медицинских работников. В сложной экономической ситуации повышение уровня зарплаты для всех медицинских работников до уровня, нивелирующего инфляцию, невозможно. Поэтому было принято обоснованное решение о повышении через специальные социальные выплаты доходов в первую очередь той части

медицинских работников, зарплата которых относительно невелика, и по которым наблюдается наибольший дефицит.

При этом децентрализованная система оплаты труда медицинских работников, которая устанавливается самостоятельно каждым субъектом Российской Федерации и даже каждым муниципальным образованием, имеющим подведомственные учреждения здравоохранения, не позволяет полностью передать решение этой проблемы на уровень регионов, других учредителей.

Следует отметить, что эта проблема в значительной мере могла бы быть решена в случае введения новой системы оплаты труда, предусмотренной Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 847 «О реализации пилотного проекта в целях утверждения требований к системам оплаты труда медицинских работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» путем включения повышающих выплат для соответствующих категорий медицинских работников в параметры новой системы оплаты труда [1]. Например, через централизованно устанавливаемые Правительством РФ требования по повышению заработной платы отдельным категориям медицинских работников (в виде определенных видов выплат). Однако, как известно, сроки начала реализации пилотных проектов были перенесены на 2025 год².

Почему новые выплаты осуществляются в форме специальных социальных выплат?

Новые выплаты, установленные медицинским работникам с 1 января 2023 года, осуществляются Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации (ФПСС, Единый социальный фонд) в форме специальной социальной выплаты. Этот фонд функционирует с 1 января 2023 года на основе объединения ранее действовавших Пенсионного фонда РФ и Фонда социального страхования РФ.

На первый взгляд, передача функций осуществления рассматриваемых выплат Фонду пенсионного и социального страхования представляется странной, особенно учитывая длинную цепочку

¹ <http://duma.gov.ru/news/55815/>

² Постановление Правительства РФ от 05.07.2022 № 1205 «О приостановлении действия постановления Правительства Российской Федерации от 1 июня 2021 г. № 847».



движения средств и то, что первоначальным источником являются средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС). Теоретически можно было бы осуществлять подобные выплаты за счет субвенций, передаваемых их ФОМС территориальным фондам ОМС.

Однако логика в передаче функций по осуществлению выплат в ФПСС есть. Фондом пенсионного и социального страхования осуществляется идентификация работников и проверка факта их трудоустройства в медицинской организации, в том числе с использованием страхового номера индивидуального лицевого счета работника в системах обязательного пенсионного страхования и обязательного социального страхования. Это позволяет предотвратить необоснованные выплаты, а также завышение сумм заявок путем указания уже уволившихся работников и т.д. Другими словами, персонализация выплат через Единый социальный фонд, чему способствуют современные информационные технологии, является несомненным достоинством с точки зрения контроля за выплатами. У Федерального или территориальных фондов ОМС таких возможностей в настоящее время нет.

Медицинские организации, работники которых имеют право на новые специальные социальные выплаты

Специальные социальные выплаты, установленные Постановлением № 2568, распространяются на медицинских работников медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и участвующих в реализации базовой программы обязательного медицинского страхования либо территориальных программ обязательного медицинского страхования, и медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения и расположенных на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области.

Это означает, что специальные социальные выплаты будут получать работники как региональных, так и федеральных медицинских организаций (в случаях, если в них работают медицинские работники, для которых предусмотрены специальные социальные выплаты).

Кроме того, выплаты полагаются и работникам медицинских организаций новых субъектов

Российской Федерации, которые включатся в систему ОМС только с 2024 года.

Рассматриваемые выплаты не распространяются на медицинских работников медицинских организаций, не работающих в системе ОМС (то есть финансируемых за счет средств соответствующего бюджета).

Однако Постановлением № 2568 высшим исполнительным органам субъектов Российской Федерации рекомендовано установить за счет средств бюджета соответствующего субъекта Российской Федерации специальные социальные выплаты для медицинских работников, оказывающих не входящую в базовую программу обязательного медицинского страхования скорую медицинскую помощь, первичную медико-санитарную помощь гражданам, включая диспансерное наблюдение граждан по основному заболеванию (состоянию).

Кому полагаются новые выплаты и в каком размере

Специальные социальные выплаты полагаются медицинским работникам (за исключением руководителей медицинских организаций и их заместителей, а также случаев внутреннего и внешнего совместительства), указанным в *таблице* и занимающим штатные должности по состоянию на 1 января 2023 г., в том числе находящимся в отпуске по уходу за ребенком и работающим на условиях неполного рабочего времени, а также впервые пришедшим в 2023 году и последующих годах на вакантные должности в медицинские организации.

Несмотря на достаточно глубокую детализацию, установленный порядок вызывает много вопросов и неоднозначных ситуаций. Например, сотрудники клинично-диагностических лабораторий КДЛ поликлиник получают эти выплаты только в двух случаях:

- Если они работают в КДЛ центральных районных, районных и участковых больниц.
- Если они проводят гистологические и цитологические исследования.

Во всех остальных случаях выплаты не полагаются. Кроме того, в Постановлении не содержатся ответы, например, на такие вопросы:

- Должны ли учитываться при установлении выплат районные коэффициенты?
- Должна ли учитываться при определении размеров выплат работа в сверхурочное время, в праздничные и выходные дни и т.д.?





Таблица

Категории персонала	Размер выплат (руб.)
а) врачи центральных районных, районных и участковых больниц, за исключением врачей, указанных в подпунктах «б» и «г»;	18500
б) врачи, к которым обращаются (которых посещают) граждане по поводу заболеваний (состояний) или с профилактической целью, включая проведение исследований, работающие в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу прикрепленному населению, а также осуществляющие диспансерное наблюдение граждан по основному заболеванию (состоянию);	14500
в) врачи и медицинские работники с высшим (немедицинским) образованием, осуществляющие прижизненные гистологические и цитологические исследования по направлениям медицинских работников, указанных в подпунктах «а» и «б» настоящего пункта;	11500
г) врачи станций (отделений) скорой медицинской помощи;	11500
д) специалисты со средним медицинским образованием центральных районных, районных и участковых больниц, за исключением специалистов со средним медицинским образованием, указанных в подпунктах «е» и «ж»;	8000
е) специалисты со средним медицинским образованием, работающие с врачами, указанными в подпункте «б», а также оказывающие первичную медико-санитарную помощь по поводу заболеваний (состояний) или с профилактической целью, включая проведение исследований, по территориально-участковому принципу прикрепленному населению и (или) осуществляющие диспансерное наблюдение граждан по основному заболеванию (состоянию);	6500
ж) фельдшеры и медицинские сестры станций (отделений) скорой медицинской помощи;	7000
з) младший медицинский персонал центральных районных, районных и участковых больниц;	4500
и) младший медицинский персонал медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь гражданам по территориально-участковому принципу;	4500
к) младший медицинский персонал станций (отделений) скорой медицинской помощи;	4500
л) медицинские сестры (фельдшеры) по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи.	4500

И хотя исходя из статуса выплат можно дать ответы на эти вопросы, они без пояснений со стороны Минздрава и/или Минтруда могут не устроить работников, придерживающихся другой логики.

Порядок расчета фактической величины специальной социальной выплаты

Специальная социальная выплата осуществляется ежемесячно на основе данных, полученных от медицинских организаций. К данной выплате не применяются районные коэффициенты.

Для получения специальной социальной выплаты медицинские организации направляют ежемесячно, не позднее 10-го рабочего дня после окончания отчетного месяца, в территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по месту своего нахождения реестр работников, имеющих право на получение специальной социальной выплаты.

Специальная социальная выплата за календарный месяц рассчитывается исходя из исполнения работником трудовой функции, установленной трудовым договором, а также суммарного отработанного времени по таблице учета рабочего времени

за дни работы в соответствующем календарном месяце. Расчет отработанного времени ведется с округлением до десятой части числа в большую сторону.

При определении размера специальной социальной выплаты работнику за календарный месяц рассчитывается соотношение количества рабочих часов, фактически отработанных работником за календарный месяц, и количества рабочих часов по норме рабочего времени соответствующего месяца, исчисленной исходя из установленной работнику в соответствии законодательством Российской Федерации продолжительности рабочей недели в порядке, определенном Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации и постановлением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2003 г. № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности».

Выплата осуществляется в максимальном размере, если соотношение равно или более единицы. Если соотношение менее единицы, размер выплаты определяется пропорционально полученному значению.



Источник средств для осуществления специальных социальных выплат

Специальные социальные выплаты осуществляются Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации за счет средств иных межбюджетных трансфертов бюджету Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, предоставляемых Федеральным фондом обязательного медицинского страхования. Данные иные межбюджетные трансферты предоставляются Федеральным фондом обязательного медицинского страхования за счет средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Другими словами, несмотря на то что специальные социальные выплаты осуществляет Фонд пенсионного и социального страхования, эти средства не увеличивают общего размера финансирования здравоохранения, поскольку первоначальным их источником являются средства бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Однако данные межбюджетные трансферты не были запланированы в бюджете Федерального фонда ОМС. Тем более, не были запланированы средства на выплаты для работников новых субъектов РФ. Это означает необходимость внесения изменений в сводную бюджетную роспись бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, что, впрочем, прямо предусмотрено Постановлением № 2568. Очевидно, что при этом будет не обойтись без пересмотра размера субвенций, выделяемых территориальным фондам ОМС, что создает определенные риски для финансирования системы ОМС в целом.

Впрочем, избежать этих рисков могут помочь межбюджетные трансферты, передаваемые из Федерального бюджета в бюджет ФОМС. Но связанные с этим изменения в Федеральный закон о бюджете ФОМС потребовали бы длительного времени.

Другим вариантом являются иные межбюджетные трансферты из федерального бюджета, направляемые в систему ОМС, минуя бюджет Федерального фонда ОМС.

Примером таких трансфертов являются предусмотренные Распоряжением Правительства РФ от 24 октября 2022 г. № 3147-р иные межбюджетные трансферты из федерального бюджета. В соответствии с данным постановлением из резервного фонда Правительства Российской Федерации Минздраву России в 2022 году были предоставлены иные межбюджетные трансферты. В соответствии с заключаемыми

соглашениями между Минздравом России бюджетам субъектов Российской Федерации были выделены средства для направления в территориальные фонды ОМС на дополнительное финансовое обеспечение оказания медицинской помощи застрахованным, для сохранения целевых показателей оплаты труда отдельных категорий медицинских работников, определенных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

Подобные меры запланированы и на 2023 год. Пункт 3 Перечня поручений по итогам совещания с членами Правительства (утв. Президентом РФ 10 декабря 2022 г. № пр-2360) предусматривает поручение Правительству Российской Федерации проведение оценки рисков увеличения расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации в 2023 году на реализацию положений указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597, от 1 июня 2012 г. № 761 и от 28 декабря 2012 г. № 1688, направленных на повышение оплаты труда отдельных категорий работников бюджетного сектора экономики, и представление предложений о дополнительных объемах межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов Российской Федерации в 2023 году для безусловного достижения целевых показателей уровня заработной платы отдельных категорий работников бюджетного сектора экономики.

С учетом сложной и часто меняющейся экономической ситуации, подобные межбюджетные трансферты можно считать вполне рациональным механизмом оперативного решения финансовых проблем системы ОМС.

Не стоит забывать, что дополнительные расходы возникнут и у субъектов РФ, которые в соответствии с рекомендациями Постановления № 2568 введут специальные социальные выплаты работникам, не оказывающим медицинскую помощь по ОМС. Поэтому для многих субъектов РФ понадобятся аналогичные межбюджетные трансферты из федерального бюджета.

Информирование работников о положенных им специальных социальных выплатах

Предусмотрено уведомление медицинских и иных работников посредством федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» о фактах начисления им специальных социальных выплат.

В случае неполучения (несвоевременного получения, получения в неполном размере) специальной





социальной выплаты работник вправе подать жалобу в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации или территориальный орган Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, в том числе в электронном виде посредством личного кабинета получателя социальных услуг на официальном сайте Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)».

Министерству здравоохранения Российской Федерации по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации поручено давать разъяснения по применению настоящего постановления.

Контроль за осуществлением выплат

Предусмотрен целый ряд мер, направленных на предотвращение необоснованных выплат.

К их числу можно отнести следующие:

- Фондом пенсионного и социального страхования осуществляется идентификация работников и проверка факта их трудоустройства в медицинской организации, в том числе с использованием страхового номера индивидуального лицевого счета работника в системах обязательного пенсионного страхования и обязательного социального страхования. Это позволяет предотвратить необоснованные выплаты, а также завышение сумм завок путем указания уже уволившихся и т.д.

- При внесении изменений в штатное расписание медицинской организации, приводящих к увеличению численности получателей специальной социальной выплаты, соответствующие органы управления здравоохранением (учредители) информируют об этом в 3-дневный срок Министерство здравоохранения Российской Федерации, которое проводит оценку обоснованности такого изменения с учетом численности прикрепленного населения и нагрузки на медицинских работников. При выявлении по результатам указанной оценки признаков, свидетельствующих о необоснованном изменении штатного расписания, Министерство здравоохранения Российской Федерации в течение 3 рабочих дней направляет такую информацию соответствующему учредителю медицинской организации для проверки и принятия мер реагирования.

- Территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской

Федерации осуществляется мониторинг специальной социальной выплаты в отношении количества организаций, представляющих данные о медицинских работниках, количестве получателей указанной выплаты, информацию о фактах перечисления специальных социальных выплат и выплаченных суммах, с ежемесячным представлением доклада в Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Вопросы обложения специальных социальных выплат страховыми взносами и налогом на доходы физических лиц

В Постановлении № 2568 вопросы обложения специальных социальных выплат страховыми взносами и налогом на доходы физических лиц не рассматриваются. Однако если исходить из норм действующего Налогового кодекса, то складывается следующая картина.

В соответствии с пунктом 1 статьи 420 Налогового кодекса объектом обложения страховыми взносами признаются выплаты и иные вознаграждения в пользу физических лиц, подлежащих обязательному социальному страхованию в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования в рамках трудовых отношений и по гражданско-правовым договорам, предметом которых являются выполнение работ, оказание услуг.

Специальные же социальные выплаты осуществляется территориальными органами Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации работникам, с которыми получатели специальных социальных выплат не состоят в трудовых отношениях.

Аналогичные разъяснения Федеральная налоговая служба давала³ в отношении специальных выплат, предусмотренных Постановлением Правительства РФ № 1762⁴.

³ Письмо Федеральной налоговой службы от 22 июля 2021 г. № БС-4-11/10361@ «Об обложении страховыми взносами специальных социальных выплат медицинским и иным работникам, установленных постановлением Правительства РФ» от 23 ноября 2020 г. № 1896.

⁴ Постановление Правительства Российской Федерации от 30.10.2020 № 1762 «О государственной социальной поддержке в 2020–2021 годах медицинских и иных работников медицинских и иных организаций (их структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь (участвующих в оказании, обеспечивающих оказание медицинской помощи) по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19), медицинских работников, контактирующих с пациентами с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции (COVID-19), внесении изменений во Временные правила учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и признании утратившими силу отдельных актов Правительства Российской Федерации».



По вопросу обложения специальных социальных выплат налогом на доходы физических лиц необходимо отметить следующее.

В соответствии с пунктом 79 статьи 217 Налогового кодекса не подлежат обложению налогом на доходы физических лиц доходы в денежной и (или) натуральной форме, полученные отдельными категориями граждан в порядке оказания им социальной поддержки (помощи) в соответствии с законодательными актами Российской Федерации, актами Президента Российской Федерации, актами Правительства Российской Федерации, законами и (или) иными актами органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

Здесь опять уместно сослаться на опыт осуществления специальных социальных выплат за лечение COVID-19. По мнению Минтруда (письмо от 01.06.2021 № 14-1/10/В-6444), указанные специальные социальные выплаты являются государственным пособием. Эту позицию поддерживает и Федеральная налоговая служба⁵.

Таким образом, на наш взгляд, при условии отсутствия изменений в налоговом законодательстве, специальные социальные выплаты не подлежат обложению ни страховыми взносами, ни налогом на доходы физических лиц [Кадыров Ф.Н. Вопросы налогообложения компенсационных выплат за лечение COVID-19 налогом на доходы физических лиц // Менеджер здравоохранения, 2022. – № 10. – С. 76–80].

Риски, связанные с осуществлением специальных социальных выплат

Ряд финансовых и иных рисков был рассмотрен в ходе рассмотрения различных аспектов специальных социальных выплат. Коснемся дополнительно еще некоторых.

Практика введения предыдущих специальных социальных выплат (работникам, связанным с лечением COVID-19), показывает, что как самим медицинским организациям, так и Единому социальному фонду потребуется определенное время для подготовки информационного обеспечения, организации процесса выплат и т.д. Поэтому очевидно, что, во-первых, специальные социальные выплаты за январь будут осуществлены с серьезной задержкой. Не случайно, в постановлении № 2568 говорится, что в случаях, когда в I квартале 2023 г. специальная социальная

выплата не установлена медицинскому работнику, имеющему право на ее получение, по организационно-техническим и иным причинам, то она подлежит выплате ему в полном объеме во II квартале 2023 г. за период со дня возникновения права на нее. Не случайно, по информации самого Социального фонда России, Социальный фонд начнет предоставлять специальную социальную выплату медработникам в феврале⁶.

А во-вторых, специальные социальные выплаты не будут осуществляться в сроки, предусмотренные для выплаты заработной платы. Обо всем об этом, во избежание жалоб и конфликтов, работники должны быть заранее оповещены.

К числу еще одного риска введения новых социальных выплат можно отнести то, что они не входят в заработную плату медицинских работников и среднемесячный доход от трудовой деятельности, что создает не очень удачную ситуацию с точки зрения того, что государство осуществляет весьма значительные выплаты, на «в зачет» реализации майских Указов Президента 2012 года они не входят. Выполнение майских Указов будут требовать без учета этих выплат, что создает серьезную дополнительную нагрузку на бюджет ФОМС и бюджеты субъектов РФ, а в конечном счете на федеральный бюджет.

Тем не менее, данная ситуация выгодна для медицинских работников, поскольку субъекты РФ обязаны обеспечить соотношение зарплат, предусмотренных майскими Указами, без учета этих дополнительных выплат.

Заключение

Введение специальных социальных выплат для значительной части медицинских работников демонстрирует серьезное внимание государства к ситуации с кадровым обеспечением здравоохранения. При этом выбор самой формы выплат свидетельствует о желании государства обеспечить не только целевой, но и адресный характер выплат, что в свою очередь обусловлено желанием избежать лишних расходов.

Тем не менее очевидно, что это только одна из целого комплекса мер, которые должны быть направлены на решение кадровой проблемы.

При этом и сам порядок выплат, и связанные с ним вопросы требуют более детальной проработки, в том числе с учетом вопросов, которые будут поступать от медицинских организаций.

⁵ <Письмо> ФНС России от 15.04.2021 № БС-4-11/5155@ <По вопросу обложения налогом на доходы физических лиц и страховыми взносами специальной социальной выплаты, предусмотренной Постановлением Правительства РФ от 23.11.2020 № 1896>

⁶ https://sfr.gov.ru/press_center~2023/01/11/244306



СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Ендовицкая Ю.В., Чилилов А.М. О некоторых методологических подходах к оценке уровня заработной платы медицинских работников // Менеджер здравоохранения, 2022. – № 9. – С. 67–75.
2. Кадыров Ф.Н. Вопросы налогообложения компенсационных выплат за лечение COVID-19 налогом на доходы физических лиц // Менеджер здравоохранения, 2022. – № 10. – С. 76–80.

ORIGINAL PAPER

ISSUES OF IMPLEMENTATION OF NEW SPECIAL SOCIAL PAYMENTS TO MEDICAL WORKERS, INCLUDING THOSE WORKING ON AN OUTPATIENT BASIS, FROM JANUARY 1, 2023

F.N. Kadyrov^a, O.V. Obukhova^b, Y.V. Endovitskaya^c, A.M. Chililov^{a,d}^{a, b, c} Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia;^a North-Western State Medical University. I.I. Mechnikov, St.-Petersburg, Russia;^d the A.V. Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery, Moscow, Russia.^a ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4327-4418>; ^b ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2745-8383>;^c ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6780-9355>; ^d ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9638-7833>

✉ Corresponding author: Kadyrov F.N.

ANNOTATION

The article examines the mechanism of implementation of new special social benefits, which are introduced for a number of categories of medical workers from January 1, 2023.

These payments, as well as the previously existing special social benefits paid to persons providing medical care to patients with COVID-19, will be carried out through a social fund – in this case, through the Pension and Social Insurance Fund. Such a mechanism, despite the long chain of financial flows, has its advantages, primarily concerning the possibility of personalized accounting of payments and minimizing the risks of misuse of funds.

At the same time, the implementation of special social benefits raises a number of questions concerning the payment of insurance premiums, etc., the answers to which are not always obvious, but can be obtained on the basis of consideration of the provisions of the current legislation.

Keywords: wages, special social benefits, inter-budget transfers, federal compulsory health insurance fund, Pension and Social Insurance Fund.

For citation: Kadyrov F.N., Obukhova O.V., Endovitskaya Yu.V., Chililov A.M. Issues of implementation of new special social payments to medical workers, including those working on an outpatient basis, from January 1, 2023 // *Manager Zdravoochranenia*. 2023; 2: 91–98. DOI: 10.21045/1811-0185-2023-2-91-98.

REFERENCES

1. Kadyrov F.N., Obukhova O.V., Endovitskaya Yu.V., Chililov A.M. On some methodological approaches to assessing the salary level of medical workers // *Manager Zdravoochranenia*, 2022. – No. 9. – С. 67–75.
2. Kadyrov F.N. Issues of taxation of compensation payments for treatment of COVID-19 with personal income tax // *Manager Zdravoochranenia*, 2022. – No. 10. – С. 76–80.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Кадыров Фарит Накипович – доктор экономических наук, советник директора, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия; профессор кафедры социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия.

Farit N. Kadyrov – Advisor to the Director of the Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia; North-Western State Medical University I.I. Mechnikov, St.-Petersburg, Russia. E-mail: kadyrov@mednet.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4327-4418>

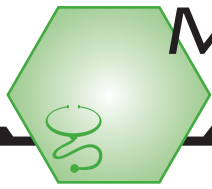
Обухова Ольга Валерьевна – кандидат политических наук, заместитель директора по экономике здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. **Olga V. Obukhova** – Candidate of Political Sciences, Deputy Director for Health Economics, Federal State Budgetary Institution "Central Research Institute for the Organization and Informatics of Health" of the Ministry of Health of the Russian Federation. E-mail: obuhova@mednet.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2745-8383>

Ендовицкая Юлия Владимировна – научный сотрудник, начальник отдела управления кадровым обеспечением здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Yulia V. Endovitskaya – researcher, Head of Department of Health Workforce Management of the Federal research institute for health organization and informatics of ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia. E-mail: endo@mednet.ru, SPIN: 5645–7722; <https://orcid.org/0000-0001-6780-9355>

Абдула Магомедович Чилилов – Ведущий научный сотрудник отдела научных основ организации здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия; научный сотрудник НИИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России, г. Москва, Россия.

Abdula M. Chililov – Leading Researcher, Department of Scientific foundations of the health organization of the Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Senior Researcher of the A.V. Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery, Moscow, Russia. E-mail: chililov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9638-7833>



Менеджер здравоохранения

