

БЮЛЛЕТЕНЬ

НАЦИОНАЛЬНОГО
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ имени Н.А.СЕМАШКО

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

2021. № 2



МОСКВА - 2021

Б Ю Л Л Е Т Е Н Ъ

НАЦИОНАЛЬНОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМЕНИ Н.А. СЕМАШКО 2021. № 2

Научно-практический журнал

Основан в 1992 году

Выходит 4 раза в год

УЧРЕДИТЕЛЬ

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт
общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор: **Хабриев Рамил Усманович**, академик РАН, доктор медицинских наук, доктор фармацевтических наук, профессор (*Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Россия*)

Ответственный секретарь: **Спасенникова Марина Геннадьевна**, кандидат медицинских наук, доцент (*Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Россия*)

Азнаурян Смбат Арташесович, доктор медицинских наук (*Ереванский государственный медицинский университет имени М. Гераци, г. Ереван, Республика Армения*)

Васильев Константин Константинович, доктор медицинских наук, профессор (*Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина*)

Меньшикова Лариса Ивановна, доктор медицинских наук, профессор (*Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, Москва, Россия*)

Мороз Ирина Николаевна, доктор медицинских наук, профессор (*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь*)

Саввина Надежда Валерьевна, доктор медицинских наук, профессор (*Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова, г. Якутск, Россия*)

Самородская Ирина Владимировна, доктор медицинских наук, профессор (*Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины, Москва, Россия*)

Санников Анатолий Леонидович, доктор медицинских наук, профессор (*Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Россия*)

Черкасов Сергей Николаевич, доктор медицинских наук (*Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, Москва, Россия*)

Шапалова Марина Александровна, доктор медицинских наук, профессор (*Астраханский государственный медицинский университет, г. Астрахань, Россия*)

Адрес редакции: 105064, Москва, ул. Воронцово поле, д. 12, строение 1. E-mail: mosmedizdat@yandex.ru

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук.

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Регистрационный номер от 25 декабря 2015 г. ПИ № ФС77-64152.

Журнал содержит научную информацию и знаком информационной продукции не маркируется.

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ).

Журнал имеет полнотекстовую электронную версию на сайте Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко.

Авторы несут полную ответственность за подбор и изложение фактов, содержащихся в статьях; высказываемые ими взгляды могут не отражать точку зрения редакции.

Рукописи, присланные в журнал, не возвращаются.

Перепечатка материалов журнала допускается только по согласованию с редакцией. Любые нарушения авторских прав преследуются по закону.



Б Ю Л Л Е Т Е Н Ъ

НАЦИОНАЛЬНОГО
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМЕНИ Н.А. СЕМАШКО

2021. № 2

Научно-практический журнал
Основан в 1992 году

Выходит 4 раза в год

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

<i>Носова Е.С., Спасенников Б.А.</i> Годы утраченной жизни (Potential Years of Life Lost) вследствие суицидов в структуре бремени смертности Калужской области.....	4
<i>Низамова Э.Р.</i> Дефекты организации медицинской помощи и её оказания в пандемию COVID-19.....	12
<i>Мешков Д.О., Безмельницкая Л.Ю., Черкасов С.Н., Спасенникова М.Г.</i> Основные тенденции развития оценки технологий здравоохранения в мире в период с 1980 по 2020 гг.: обзор литературы.....	16
<i>Щепин В.О., Шипова В.М., Миргородская О.В.</i> Государственные гарантии медицинской помощи и нормы труда в здравоохранении.....	26
<i>Петрова И.А., Загоруйченко А.А., Мингазова Э.Н.</i> Словарь по репродуктивному здоровью: к вопросу о назначении и методологии составления.....	36
<i>Вигдорчик Я.И., Линденбратен А.Л.</i> Теоретические основы системы мотивирования и стимулирования граждан к здоровьесохраняющему поведению.....	44
<i>Шипова В.М., Берсенева Е.А., Михайлов Д.Ю.</i> Нормы труда врачей-статистиков и медицинских статистиков.....	50
<i>Горенков Р.В., Васильева Т.П., Ротов В.М., Алленов А.М., Арсеев О.Ю., Малахова А.Р., Макарова Е.В., Спасенникова М.Г.</i> Инфекционные риски зон жилых помещений для здоровья детей: как их минимизировать?.....	60
<i>Тельнова Е.А., Загоруйченко А.А.</i> О состоянии льготного лекарственного обеспечения.....	72
<i>Коломийченко М.Е.</i> Оценка качества медицинской деятельности с использованием интегральных показателей.....	82

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

<i>Сушко В.А., Спасенников Б.А.</i> Социология медицины: вопросы методологии.....	90
<i>Черкасов С.Н., Сопова И.Л., Полозков О.И.</i> Влияние уровня образования как социальной детерминанты здоровья на распространенность здоровьесберегающих форм поведения.....	100

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

<i>Коновалова С.Г., Басова Л.А., Спасенникова М.Г.</i> Анатомический музей Северного государственного медицинского университета (1932–2012).....	108
--	-----

РЕЦЕНЗИИ

<i>Мингазова Э.Н.</i> Рецензия на диссертацию Постоева Виталия Александровича «Совершенствование популяционной профилактики врожденных пороков развития у новорожденных с использованием регионального регистра родов», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – «Общественное здоровье и здравоохранение».....	118
--	-----

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.02.001

ГОДЫ УТРАЧЕННОЙ ЖИЗНИ (POTENTIAL YEARS OF LIFE LOST) ВСЛЕДСТВИЕ СУИЦИДОВ В СТРУКТУРЕ БРЕМЕНИ СМЕРТНОСТИ КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Носова Е.С.¹, Спасенников Б.А.²

¹Калужская областная психиатрическая больница им. А.Е. Лифшица, г. Калуга, Российская Федерация

²Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация

Ключевые слова:

общественное здоровье, суициды, смертность, потенциальные годы утраченной жизни, бремя смертности.

Аннотация

Данные по смертности населения – источник информации об эффективности системы здравоохранения и эпидемиологическом благополучии изучаемых территорий. Традиционно используемые показатели официальной статистики во многом обусловлены естественными процессами старения и мало чувствительны к смертности в молодом возрасте. Методика определения потенциальных лет утраченной жизни (Potential Years of Life Lost или PYLL) позволяет объективизировать социальную и демографическую значимость сухих числовых показателей, принимая во внимание возраст на момент смерти. Целью проведенного исследования стала оценка бремени смертности от суицидов в Калужской области в сравнении с другими внешними причинами. В Калужской области за период 2003–2018 гг. вследствие суицидов было утрачено 69574 PYLL, что составило 3,67% от общего бремени смертности. Соотношение PYLL мужчин и женщин за изученный период составило 4,22:1. Обращает на себя внимание тенденция к росту PYLL от суицидов у мужчин в возрастной группе 55–59 лет и наоборот тренд к снижению PYLL в возрастном интервале 50–54 лет у женщин. По суммарному количеству PYLL за исследуемый период наиболее уязвимый возрастной интервал – 20–34 года. Отмечены более высокие цифры бремени у городского населения в сравнении с сельским, при более высоких коэффициентах суицидальной смертности на селе.

POTENTIAL YEARS OF LIFE LOST IN THE BURDEN OF MORTALITY OF THE KALUGA REGION

Nosova E.S.¹, Spasennikov B.A.²

¹Kaluga Regional Psychiatric Hospital, Kaluga, Russian Federation

²N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

Keywords:

public health, suicide, mortality, Potential Years of Life Lost, mortality burden.

Abstract

Mortality is an important source of information on the Public Health Services effectiveness. The national mortality data are strongly associated with natural ageing processes and are not sensitive to mortality among youth. Potential Years of Life Lost (PYLL) reflects social and demographic significance of mortality burden. The aim of this study was to assess the burden of suicides in Kaluga Region in comparison with other external causes of death. It has been established that between 2003 and 2018 the overall burden of suicides was

69574 PYLL representing 3.67% of total burden of mortality over the period. The men to women PYLL ratio was 4.22:1. The most vulnerable age cohort was 20–34 years. There is a noticeable upward trend in male burden of suicides in the 55–59 age group and a downward trend in female burden in the 50–54 age cohort. The urban PYLL data were higher than rural, inspite higher suicide mortality rates in rural areas.

В 2016 г. мировое бремя суицидальной смертности составило 34,6 млн. лет утраченной жизни [1, с. 1260–1344]. Суицид находится в числе двадцати лидирующих причин смерти в мире [2, с. 7] и является второй по частоте причиной смерти в возрастной группе 15–29 лет [3, с. 6–8]. Кроме ряда материальных затрат (медицинская помощь, ритуальные услуги, потери в экономике вследствие смертности трудоспособного населения, потеря кормильца) феномен самоубийства влечёт за собой так называемые неосязаемые потери: боль, горе утраты близких и возможность прожить долгую полноценную жизнь [4, с. 57–60; 5, с. 561–577].³⁴⁵ Так общие затраты в связи с суицидами в Шотландии в 2004 г. составили £1,08 млрд., в пересчёте на один случай – £1,29 млн. При этом более £700 млн. пришлось на неосязаемые затраты, что лишь подчёркивает актуальность суицида как социальной проблемы [6, с. 15–16].

Официальная статистика смертности и её структура, как правило, подвержены влиянию естественных процессов, которые привычно уносят жизнь в преклонном возрасте. Всё это в определённой степени искажает реальную картину бремени, ассоциированного со смертностью [7, с. 429–445]. Со второй половины 40-х гг. прошлого столетия PYLL широко использовались для оценки бремени заболеваемости и смертности, а также для более точной и взвешенной оценки вклада смертей в молодом возрасте [8, с. 87–99]. Это является индикатором социального благополучия, так как эти смерти являются преждевременными и предотвратимыми¹.

Цель исследования

Цель проведенного исследования: определение бремени смертности от суицидов в сравнении с другими внешними причинами смерти (далее – ВПС) в Калужской области, а также расчёт и сравнение лет утраченной жизни от ВПС в сравнении с двумя другими ведущими классами причин смерти – болезнями системы кровообращения (далее – БСК) и новообразованиями (далее – НО).

¹ URL: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-116>

Методы исследования

Согласно использованной методике², PYLL представляют собой произведение количества смертей в каждой возрастной когорте на разницу между ожидаемой продолжительностью жизни и среднего возраста на момент смерти в данной возрастной когорте. Финальным действием производится суммация PYLL из всех возрастных когорт. Таким образом подсчитаны потери лет жизни от БСК, НО и ВПС, а также бремя основных причин смерти в группе ВПС – все виды транспортных несчастных случаев (далее – ТНС), случайные отравления алкоголем (далее – СОА), суициды (далее – С) и убийства (далее – У). Расчёт проводился с учётом ежегодной ожидаемой продолжительности жизни. PYLL для суицидов рассчитано также с учётом места жительства, пола и возраста. Случаи смертей за порогом ожидаемой продолжительности жизни в расчёты не включались. Для оценки динамики показателей PYLL за исследуемый период был использован анализ динамических рядов и регрессионный анализ.

Использованы данные территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Калужской области «Калугастат», а также данные Федеральной службы государственной статистики (Росстат) по ожидаемой продолжительности жизни при рождении.

Результаты

Общие тенденции. За период с 2003 по 2018 гг. общее бремя смертности в Калужской области от всех причин составило 1893222 PYLL. Из них 70% (1329386 PYLL) приходится на три ведущих класса: внешние причины смерти, болезни системы кровообращения и новообразования. Графически динамика изменения бремени смертности от основных причин представлена на рис. 1.

² URL: <https://core.apheo.ca/index.php?pid=190>

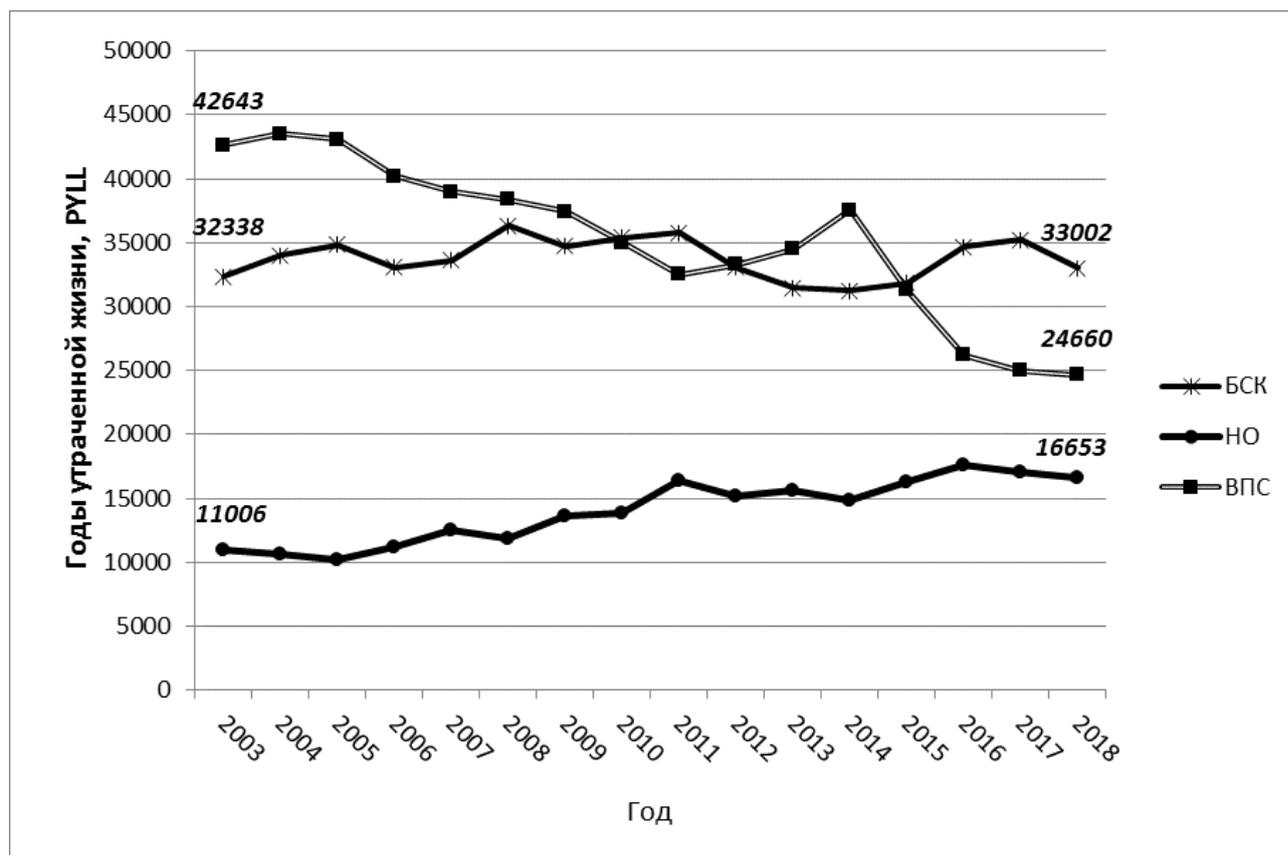


Рис. 1. Динамика бремени смертности от основных причин в Калужской области (2003–2018), PYLL

Несмотря на то, что за 16-летний период по данным официальной статистики тройка лидирующих причин смертности оставалась прежней (БСК–НО–ВПС), внешние причины в 2003 г. по бремени существенно превосходили иные классы причин смерти за счёт гибели молодого трудоспособного населения. Благодаря положительной динамике (снижение PYLL с 42643 в 2003г. до 24660 в 2018г.) в 2018 г. ВПС переместились на вторую позицию после БСК.

При более детальном рассмотрении сложно выделить четкий тренд бремени смертности от БСК ($R^2=0,2308$; $F_{\text{факт}} < F_{\text{табл}}$), при этом есть рост PYLL от НО ($R^2=0,9488$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$) и, наоборот, тренд по снижению бремени от ВПС ($R^2=0,9874$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$). Таким образом, с некоторой вероятностью можно судить о растущей социальной значимости новообразований и тенденции к приобретению структуры бремени смертности идентичных очертаний с абсолютными и относительными показателями смертности.

За 16-летний период всего бремя смертности

занимает 564313 PYLL, из них более половины – в возрастном интервале 25–44 лет. Три наиболее активные возрастные когорты в группе ВПС формируют интервал риска 25–39 лет, с пиком в 30–34 лет (82845 PYLL), что составляет 14,68% от всех суммарных PYLL в данном классе (рис. 2).

Стоит отметить, что до 2010 г. ВПС по бремени опережает БСК и НО, но затем, за счёт снижения, постепенно и неуклонно отходит на промежуточную позицию, как было указано выше.

В отличие от ВПС, в группе НО возрастной пик составляет 55–59 лет (48282 PYLL), а ведущий интервал (45–59 лет), даёт 56,5% от всего бремени в данной группе (126855 PYLL).

Обращает на себя внимание тот факт, что в 2007 г. отмечаются практически идентичные показатели смертности от НО и ВПС (1739 и 1792 случая соответственно) при этом PYLL в кластере ВПС в три раза превосходит НО за счёт гибели более молодого населения (38993 PYLL и 12465 PYLL, соответственно).



Рис. 2. Распределение PYLL по основным классам причин смерти за период с 2003 по 2018 гг. (БСК, НО и ВПС в массиве всех ведущих причин)

При анализе бремени смертности целесообразно учитывать изменение средней продолжительности жизни населения, которое отмечено ростом показателей за указанный период: с 64,3 года в 2003 г. до 71,89 лет в 2018 г.

По суммарному количеству утраченных лет жизни за исследуемый период (2003-2018) внешние причины смерти дают 564313 PYLL. Из них пятая часть (118187 PYLL) приходится на ТНС и обуславливает их первенство в бремени ВПС. За ТНС следуют в порядке убывания СОА (80788 PYLL), С (69574 PYLL) и У (42488 PYLL). Самыми уязвимыми возрастными когортами в группах внешних причин являются лица молодого возраста: для группы СОА – интервал 35–44 лет (141410 PYLL), ТНС – 20–29 лет (42412 PYLL), У – 25–34 года (14705 PYLL) и для С – 20–34 года (32117 PYLL).

Всего за исследуемый период (2003-2018) вследствие суицидов было утрачено 69574 PYLL, что составило 3,67% от общего бремени смерт-

ности за указанный период. С помощью регрессионного анализа обнаружен статистически значимый тренд по снижению показателей бремени смертности от суицидов и прогноз по дальнейшему снижению на период 2019–2021 гг. ($R^2=0,8633$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$) (рис. 3).

Анализ динамических рядов также обозначает выраженную положительную динамику: как в абсолютных, так и в относительных показателях в 2018 г. отмечается снижение более чем на 50% по отношению к 2003 г. Суммарное бремя суицидов ожидаемо имеет выраженные гендерные различия: 46779 PYLL у мужчин против 11077 PYLL у женщин. Таким образом соотношение PYLL мужчин и женщин за изученный период составило 4,22:1 (таб. 1). Обращает на себя внимание выраженная тенденция к росту лет утраченной жизни от суицидов у мужчин в возрастной группе 55–59 лет ($R^2=0,8047$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$) и наоборот тренд к снижению PYLL в возрастном интервале 50–54 года у женщин ($R^2=0,8927$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$).

Таблица 1

Бремя смертности от суицидов в Калужской области, 2003–2018 гг.

Пол/Год	Кол-во случаев	Кол-во случ. на 100 000 нас.	PYLL	PYLL на 100 000 нас.
Оба пола				
2003	312	30,141	5741	653,546
2006	250	24,468	4667	544,703
2009	228	22,456	5054	589,138
2012	152	15,096	3417	397,424
2015	167	16,533	3523	389,776
2018	118	11,674	2775	306,109
Показатель наглядности 2018/2003	37,821%	38,731%	48,337%	46,838%
Мужчины				
2003	256	54,148	3537	884,977
2006	205	43,930	2943	732,714
2009	183	39,362	3196	802,632
2012	130	28,059	2378	567,313
2015	140	30,022	2532	604,279
2018	95	20,309	1916	461,347
Показатель наглядности 2018/2003	37,109%	37,506%	54,170%	52,131%
Женщины				
2003	56	9,958	1124	231,226
2006	45	8,107	885	174,867
2009	45	8,176	1174	234,475
2012	22	4,047	540	109,219
2015	27	4,965	429	88,153
2018	23	4,236	494	101,384
Показатель наглядности 2018/2003	41,071%	42,539%	43,950%	43,846%

Potential Years of Life Lost

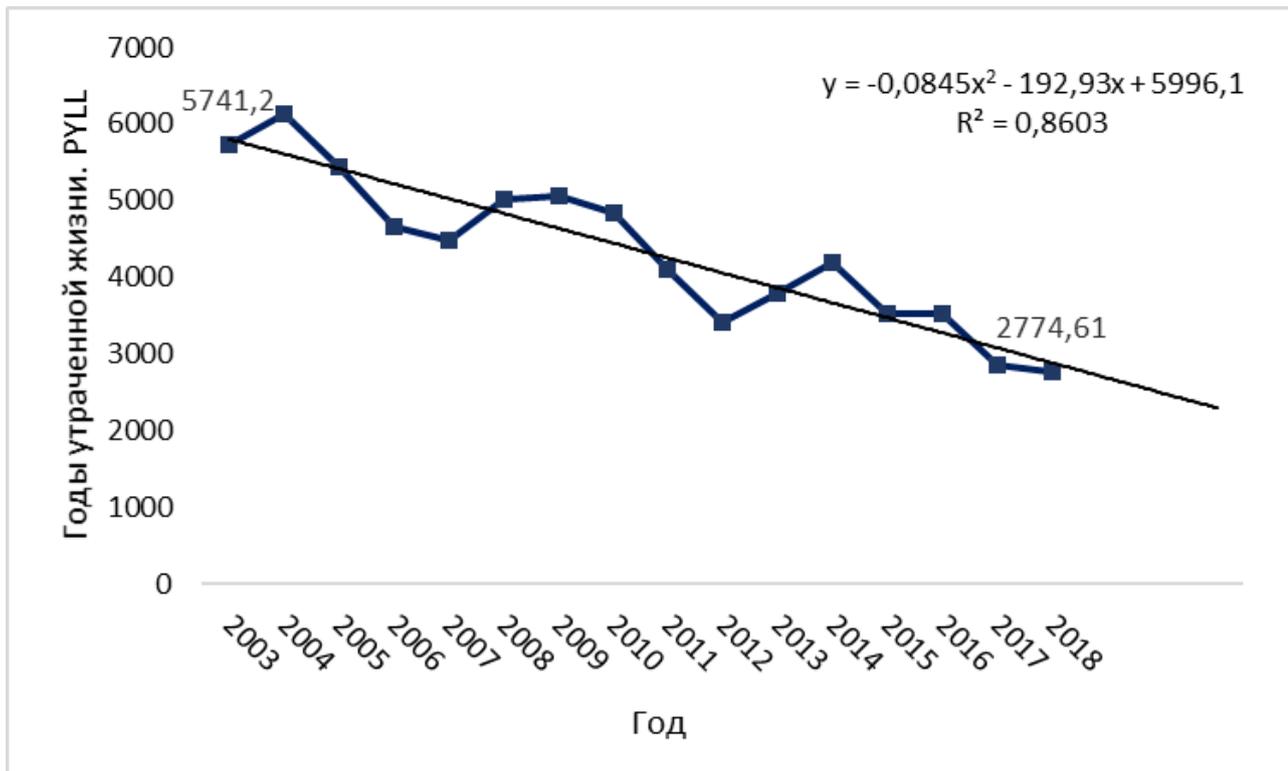


Рис. 3. Динамика лет утраченной жизни от суицидов (2003–2018), PYLL

По суммарному количеству PYLL за исследуемый период наиболее уязвимым возрастным интервалом у суицидентов оказался 25–29 лет (11383 PYLL). Смежные с ним когорты – в 30–34 года (10530 PYLL) и 20–24 года (10205 PYLL). Возрастной интервал риска у мужчин – 20–39 лет, в то время как у женщин сложно выделить лидирующую когорту и основной массив бремени суицидов распределяется относительно равномерно в интервале 15–49 лет. Наиболее выраженное снижение показателей отмечено в возрастных интервалах 15–19 лет, 40–44 года – более 70% PYLL. В когортах 45–49 лет, 50–54 года редуцировано более половины бремени: показатель наглядности соответственно 32,7% и 38,7%. За ними следуют когорты 20–24 года, 25–29 лет с показателем наглядности 41,6% и 45,9% соответственно. Напротив, в возрастных интервалах 50–59 лет и 60–64 года отмечен рост показателей на 10,9% и 232,4% соответственно.

С помощью регрессионного анализа выделено несколько возрастных когорт с четким прогнозом на трехлетний период: снижение уровней PYLL в интервалах 20–24 года ($R^2=0,8887$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$) и 45–49 лет ($R^2=0,8575$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$). Постоянный уровень отмечался в когорте 40–44 года

($R^2=0,9967$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$).

Тенденции PYLL от самоубийств у городского ($R^2=0,7073$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$) и сельского ($R^2=0,7696$; $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$) населения также указывают на уменьшение бремени в ближайшем периоде при сохранении исходных условий. При более высоких коэффициентах суицидальной смертности (далее – КСС) на селе, общее бремя составило 20808 PYLL, что более чем в два раза уступает городским показателям (47848 PYLL). Данная диспропорция также отражается и на графиках, демонстрируя более высокие цифры бремени смертности в городе при более высоких КСС на селе (рис. 4).

Настоящее исследование подчеркивает актуальность вопросов, связанных с социальными потерями от суицидов, а также недостаточную оценку бремени при изучении смертности. Как уже было указано ранее, регулярный мониторинг данных о самоубийствах формирует базис эффективной региональной и федеральной программы профилактики³.

Показано, что большая часть бремени приходится на когорты молодого трудоспособного населения. Удельный вес бремени в группе молодых **мужчин указывает** на группу для первоочередных

³ URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf

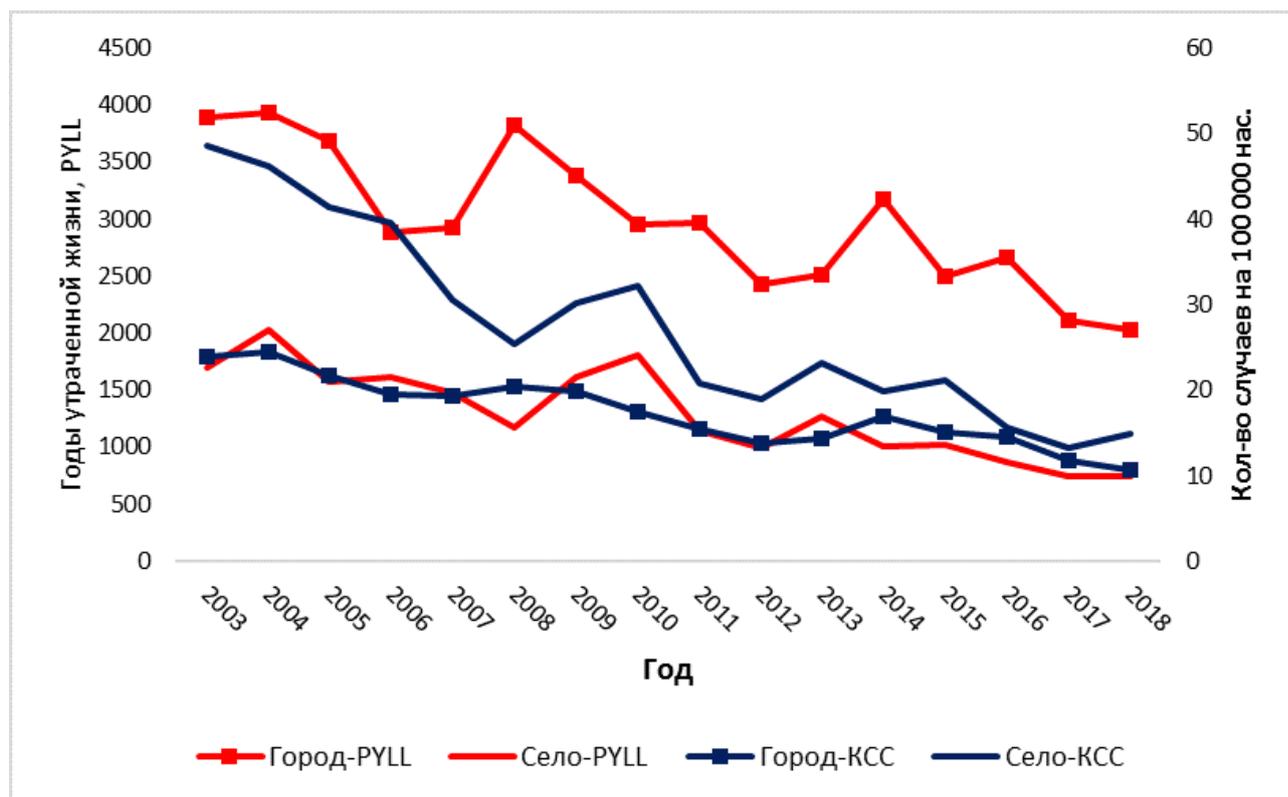


Рис. 4. Динамика смертности и бремени суицидов городского и сельского населения Калужской области (2003–2018): кол-во случ. на 100000 населения

профилактических интервенций, а также подчеркивает необходимость дальнейшего изучения данного вопроса. Одним из наиболее важных ограничений данного исследования следует считать исключение из расчетов суицидов пожилых, что не должно сказаться на смещении фокуса профилактических мероприятий, поскольку данная возрастная когорта является общепринятой группой риска суицидального поведения [9, с. 68–76; 10, с. 438–444].

Выводы

За исследованный период бремя смертности в Калужской области определено неинфекционными заболеваниями и внешними причинами смерти, которые дают более 70% всех лет утраченной

жизни населения региона. Не изменилась актуальность показателей бремени смертности от БСК (при росте социальной значимости НО) и тенденции к уменьшению бремени ВПС. Суицидальная смертность замыкает тройку ведущих причин в структуре бремени ВПС при уменьшении PYLL от суицидов более, чем на половину за период с 2003 по 2018 гг. В группе риска мужчины, а также население трудоспособного возраста.

Результаты исследований необходимо включать в программы профилактики, направленные на снижение бремени преждевременной смертности, а также использовать в качестве дополнения и объективизации данных официальной статистики.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Abajobir A. Global, regional and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 / A. Abajobir, K.H. Abate, A. Cristiana et al. // *Lancet*. – 2017. – Vol. 390. – P. 1260–1344.
2. Suicide in the world. Global health estimates. – Geneva: World Health Organization, 2019. – 32 p.
3. Bertolote J. A global perspective in the epidemiology of suicide / J. Bertolote, A. Fleischmann // *Suicidology*. – 2002. – Vol. 7. – P. 6–8.

4. Beautrais A. World Suicide Prevention Day – September 10, 2007: suicide prevention across the life span / A. Beautrais, B. Mishara // *Crisis*. – 2007. – Vol. 28. – P. 57–60.
5. O'Connor R. International Handbook of Suicide Prevention: research, policy and practice / R. O'Connor, S. Platt, J. Gordon – New York: John Wiley & Sons, 2011. – 696 p.
6. Platt S. Evaluation of the First Phase of Choose Life: the National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland / S. Platt, J. McLean, A. McCollam et al. – Edinburgh: Scottish Executive Social Research, 2006. – 219 p.
7. Murray C. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years / C. Murray // *Bulletin of the World Health Organization*. – 1994. – Vol. 72. – P. 429–445.
8. Doessel D. Policy-appropriate measurement of suicide: Headcount vs. potential years of life lost, Australia, 1907–2005 / D. Doessel, R. Williams, H. Whiteford // *Archives of Suicide Research*. – 2009. – Vol. 13. – P. 87–99.
9. Crestani C. Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study / C. Crestani, V. Masotti, N. Corradi et al. // *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*. – 2019. – Vol. 90. – P. 68–76.
10. Kapusta N. Trends in suicide rates of the elderly in Austria, 1970–2004: an analysis of changes in terms of age groups, suicide methods and gender / N. Kapusta, E. Etzersdorfer, G. Sonneck // *Int J Geriatr Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22 (5). – P. 438–444.

REFERENCES

1. Abajobir A., Abate K.H., Cristiana A. et al. Global, regional and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 2017, vol. 390, pp. 1260–1344.
2. *Suicide in the world. Global health estimates*. Geneva, World Health Organization, 2019. 32 p.
3. Bertolote J., Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*, 2002, vol. 7, pp. 6–8.
4. Beautrais A., Mishara B. World Suicide Prevention Day – September 10, 2007: suicide prevention across the life span. *Crisis*, 2007, vol. 28, pp. 57–60.
5. O'Connor R., Platt S., Gordon J. *International Handbook of Suicide Prevention: research, policy and practice*. New York: John Wiley & Sons, 2011. 696 p.
6. Platt S., McLean J., McCollam A. et al. Evaluation of the First Phase of Choose Life: the National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland. Edinburgh, Scottish Executive Social Research, 2006. 219 p.
7. Murray C. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bulletin of the World Health Organization*, 1994, vol. 72, pp. 429–445.
8. Doessel D., Williams R., Whiteford H. Policy-appropriate measurement of suicide: Headcount vs. potential years of life lost, Australia, 1907–2005. *Archives of Suicide Research*, 2009, vol. 13, pp. 87–99.
9. Crestani C., Masotti V., Corradi N. et al. Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*, 2019, vol. 90, pp. 68–76.
10. Kapusta N., Etzersdorfer E., Sonneck G. Trends in suicide rates of the elderly in Austria, 1970–2004: an analysis of changes in terms of age groups, suicide methods and gender. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2007, vol. 22 (5), pp. 438–444.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Носова Евгения Сергеевна – заведующая отделением, Калужская областная психиатрическая больница имени А.Е. Лифшица, г. Калуга, Российская Федерация; e-mail: nosova.evgenya@lenta.ru
ORCID: 0000-0002-8275-7749
Author ID 957567

Спасенников Борис Аристархович – советник директора, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, доктор юридических наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-5668-6457
Author ID 441681

AUTHORS

Evgeniia Nosova – Head of Department, Kaluga Regional Psychiatric Hospital, Kaluga, Russian Federation; e-mail: nosova.evgenya@lenta.ru
ORCID: 0000-0002-8275-7749
Author ID 957567

Boris Spasennikov – Director's advisor, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Doctor habil. in Law, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: borisspasennikov@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-5668-6457
Author ID 441681

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.02.002

ДЕФЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЕЁ ОКАЗАНИЯ В ПАНДЕМИЮ COVID-19

Низамова Э.Р.¹

¹ *Медико-биологический университет инноваций непрерывного образования Федерального медицинского биофизического центра имени А.И. Бурназяна, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова:

пандемия, COVID-19, правонарушение, преступление, нарушение, дефект медицинской помощи.

Аннотация

В период пандемии COVID-19 оказание медицинской помощи регламентируется порядками оказания медицинской помощи, временными методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции, приказом Минздрава России от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19», иными нормативными актами. Однако, пандемия характеризуется дефицитом ресурсов, что приводит к большому количеству дефектов оказания медицинской помощи. При этом, несмотря на выявление сотен нарушений, лишь несколько из них повлекли административную и уголовную ответственность. Подобная ситуация сложилась в связи с отсутствием субъективной вины как лиц, непосредственно оказывающих медицинскую помощь, так и должностных лиц, ответственных за её организацию. В статье приводятся также несколько примеров типовых ситуаций, которые повлекли ответственность.

DEFECTS OF THE MANAGEMENT OF THE MEDICAL HEALTH PROVIDING IN THE COVID-19 PANDEMIC

Nizamova E.R.¹

¹ *Medical and Biological University of Innovations of the Continuing Education of the Burnazyan Federal Medical Biophysical Center, Moscow, Russian Federation*

Keywords:

pandemic, COVID-19, delinquency, crime, violation, medical care defect.

Abstract

The Ministry of Health of the Russian Federation has published the Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 03.19.2020 No. 198n "On the temporary procedure for organizing the work of medical organizations in order to implement measures to prevent and reduce risks the spread of the new coronavirus infection COVID-19", that contains strict requirements. The pandemic is characterized by a shortage of resources, which leads to a large number of defects in health care delivery. Many violations committed by medical organizations have been identified. At the same time, despite the identification of hundreds of violations, only a few of them entailed administrative and criminal liability. A similar situation has arisen due to the absence of subjective guilt of both the person directly providing medical care and the officials responsible for organizing it. The article provides several examples of typical situations that entailed responsibility.

Росздравнадзором за 2020 год проведено более тысячи проверок случаев оказания медицинской помощи пациентам в связи с пандемией COVID-19. При проведении исследования в 61,3% из них выявлялись нарушения и было выдано предписание об устранении нарушений. Однако, дела об административных правонарушениях возбуждены лишь в нескольких десятках случаев [1, с. 48–77]. Практически отсутствуют уголовные дела, а которые были возбуждены, связаны чаще с финансовой стороной вопроса, а не качеством медицинской помощи [2, с. 12–16].

Иными словами, имеется большое количество нарушений, в том числе обуславливающих снижение качества и безопасности медицинской помощи, но ответственность за них не наступала. Подобная ситуация не содержит противоречий, так как выявление нарушений и последствия в виде ответственности, регулируется различными актами. Само по себе наличие нарушения не учитывает деталей, которые являются первостепенными для привлечения к ответственности. Например, уголовное законодательство предусматривает, что обязательным признаком является субъективная сторона состава правонарушения [3].

Пандемия характеризуется дефицитом ресурсов здравоохранения: как кадровых, так и материальных. Если в обычных условиях у должностных лиц имеется возможность заранее планировать ресурсы, а врач, например, может перемаршрутизировать пациента, то в пандемию данные возможности существенно ограничены. Именно подобные обстоятельства невозможности соблюдения требований приводили к отказам в возбуждении дел. Но встречались ситуации и попытки «списать на пандемию» некачественную помощь, когда она не была обусловлена объективными обстоятельствами. В этом случае юридическая ответственность наступала [4, с. 244–247].

Например, в первые месяцы пандемии (апрель–май 2020 года) несколько частных медицинских организаций в Москве организовали амбулаторное лечение пациентов с лихорадкой и катаральными явлениями. Пациенты консультировались врачами-терапевтами и врачами-оториноларингологами, им назначалось лечение. При получении положительных результатов исследований на COVID-19 пациентам не ставили соответствующий диагноз, указывая на необходи-

мость его верификации. При этом, терапия пациентов осуществлялась в соответствии с протоколами, разработанными Минздравом России для новой коронавирусной инфекции.

По правилам, утверждённым приказом Минздрава России от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19», во время пандемии любое респираторное заболевание, рассматривается как потенциальная инфекция COVID-19, при этом пациента необходимо изолировать, эвакуировать в инфекционный стационар, а помещение продезинфицировать.

Диагноз «COVID-19» должен быть установлен и до проведения диагностики. Оказание медицинской помощи пациентам с подозрением на новую коронавирусную инфекцию (наличие лихорадки, катаральных явлений, признаков дыхательной недостаточности) должно проводиться в соответствии с временным порядком организации работы как с пациентами, зараженными COVID-19, до получения отрицательных результатов лабораторной и инструментальной диагностики (исследования биоматериала методом ПЦР-диагностики, лучевые методы обследования легких), то есть доказывается отсутствие инфекции, а не её наличие.

Иной пример, аналогичный описанному выше, но с оказанием медицинской помощи в стационарных условиях. При этом, стационар не получал статуса инфекционного и имеющего «красную зону». Больные со всеми признаками коронавирусной инфекции не исследовались на наличие вируса SARS-CoV-2. Руководством медицинских организаций врачам запрещалось назначать тесты на выявление новой коронавирусной инфекции, чтобы не имелось оснований для установления данного диагноза.

Не были учтены требования Минздрава России, в соответствии с которыми наличие пандемии, в случае наличия у пациента характерного анамнеза (в марте-апреле 2020 года – это пребывание за границей; и сейчас и тогда – наличие контактов с заболевшими), симптомов (насморк, кашель и повышение температуры), требует установления диагноза COVID-19 с указанием отсутствия лабораторной верификации.

В других случаях, медицинские организации, включённые в систему обязательного медицинского страхования, при поступлении пациентов заявляли о дефиците коечного фонда и о возможности лечения исключительно платно. Организация вправе оказывать платные медицинские услуги, но в случае участия в обязательном медицинском страховании (далее – ОМС), использование данного канала финансирования должно быть обусловлено желанием пациента, а не принуждением. В данном же примере, если койка оказывается свободной только в случае заключения договора на платные медицинские услуги, то очевидно, что на ней было возможно оказать медицинские услуги и за счёт средств ОМС.

Нарушение прав гражданина на получение гарантированной бесплатной медицинской помощи влечёт ответственность по ст. 6.30 КоАП РФ (от 20 до 30 тысяч рублей на организацию), а также гражданско-правовую ответственность по иску пациента.

Заключение

Инспекторы Росздравнадзора и судебно-медицинские эксперты, оценивая действия медицинских работников, моделируют ситуацию и «возвращаются» в конкретный момент оказания медицинской помощи, даже если диагноз на тот момент был поставлен неправильно, но он был обоснован имеющимися на тот момент данными (жалобы, осмотр, исследования), то говорить о вине медработника уже нельзя. Таким образом, дефект медицинской помощи должен быть соотнесён и с реальной возможностью его избежать, что является одним из основных принципов как административного, так и уголовного законодательства.

Большинство нарушений, выявленных при оказании медицинской помощи в рамках пандемии, не повлекли административной и уголовной ответственности, по причине отсутствия вины (субъективный признак состава правонарушения) медицинских работников, допустивших данные нарушения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ларионова М. Мониторинг действий ключевых международных институтов по противодействию COVID-19 и его последствиям / М. Ларионова, А. Шелепов, С. Васильковский, А. Игнатов, О. Колмар, И. Попова, А. Сахаров // Мониторинг экономической ситуации в России: тенденции и вызовы социально-экономического развития. – М., 2020. – С. 48–77.
2. Гриднев О.В. Пандемия COVID-19: реализованные решения и предстоящие задачи в сфере общественного здравоохранения / О.В. Гриднев, В.И. Перхов, М.Т. Калиев // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 7. – С. 12–16.
3. Mohammadi M. 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) overview / M. Mohammadi, M. Meskini, Do Nascimento Pinto A.L. // Journal of Public Health. – 2020. – URL: <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01258-3>.
4. Крохина Д.А. Мошенничество в период и после COVID-19: состояние и тенденции / Д.А. Крохина, Е.Г. Багреева // Самоуправление. – 2020. – № 3. – С. 244–247.

REFERENCES

1. Larionova M., Shelepov A., Vasilkovsky S. et al. Monitoring the actions of key international institutions to counter COVID-19 and its consequences. *Monitoring ekonomicheskoy situacii v Rossii: tendencii i vyzovy social'no-ekonomicheskogo razvitiya* [Monitoring the economic situation in Russia: trends and challenges of socio-economic development]. Moscow, pp. 48–77 (in Russian).
2. Gridnev O.V., Perkhov V.I., Kaliev M.T. Pandemic COVID-19: Implemented Solutions and Future Tasks in the Field of Public. *Menedzher zdavoohraneniya* [Health Healthcare Manager], 2020, no. 7, pp. 12–16 (in Russian).
3. Mohammadi M., Meskini M., Do Nascimento Pinto A.L. 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) overview. *Journal of Public Health*. 2020. URL: <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01258-3>.
4. Krokhnina D.A., Bagreeva E.G. Fraud in the period and after COVID-19: state and trends. *Samoupravlenie* [Local Government], 2020, no. 3, pp. 244–247 (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Низамова Эльвира Рустамовна – ассистент, кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом медико-социальной экспертизы, Медико-биологический университет инноваций непрерывного образования Федерального медицинского биофизического центра имени А.И. Бурназяна, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация;
e-mail: elvirarust@gmail.com
ORCID: 0000-0002-2802-1714
Author ID 752003

AUTHOR

Elvira Nizamova – Assistant Professor, Department of Public Health and Health Care, Medical and Biological University of Innovations of the Continuing Education of the Burnazyan Federal Medical Biophysical Center, Ph.D. in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: elvirarust@gmail.com
ORCID: 0000-0002-2802-1714
Author ID 752003

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.02.003

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ОЦЕНКИ ТЕХНОЛОГИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В МИРЕ В ПЕРИОД С 1980 ПО 2020 ГГ.: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Мешков Д.О.¹, Безмельницына Л.Ю.², Черкасов С.Н.¹, Спасенникова М.Г.³

¹ Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, Москва, Российская Федерация

² Федеральный научно-клинический центр детей и подростков, Москва, Российская Федерация

³ Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация

Ключевые слова:

оценка технологий здравоохранения, валовый внутренний продукт, методы клинико-экономического анализа, порог готовности платить, мультикритериальный дисперсный анализ, HTA Core Model ®.

Аннотация

В статье рассмотрены этапы развития оценки технологий здравоохранения: отражена динамика внедрения агентств по оценке технологий в систему принятия решений в здравоохранения стран мира за период с 1980 по 2020 гг. Установлено, что за изучаемый период было создано 60 организации в 31 стране мира. При анализе зависимости наличия экспертных структур от уровня внутреннего валового продукта выявлено, что в 75% стран с низким подушевым внутренним валовым продуктом организации, проводящие оценку технологий здравоохранения отсутствуют. При средних и выше среднего уровнях показателя, 50% и более стран проводят оценку. При этом в ряде случаев функции распределены между несколькими организациями. Также в исследовании была изучена эволюция развития применяемых методов. Установлено, что исходно многие страны использовали методы минимизации затрат и внедряли пороговые значения показателя готовности платить в систему принятия решений о финансировании. При этом за изучаемый период отмечается переход от жестких критериев оценки к мультидисциплинарным оценочным подходам.

MAIN TRENDS IN THE EVALUATION OF HEALTHCARE TECHNOLOGIES IN THE WORLD IN THE PERIOD FROM 1980 TO 2020: LITERATURE REVIEW

Meshkov D.O.¹, Bezmelnitsyna L.Yu.², Cherkasov S.N.¹, Spasennikova M.G.³

¹ V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences, Moscow, Russian Federation

² Federal Scientific and Clinical Center for Children and Adolescents, Moscow, Russian Federation

³ N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

Keywords:

assessment of healthcare technologies, gross domestic product, methods of clinical and economic analysis, the willingness to pay threshold, Multicriteria decision analysis, HTA Core Model ®.

Abstract

The article considers the development of health technology assessment: it reflects the dynamics of the introduction the technology assessment agencies into the healthcare decision-making system from 1980 to 2020. It was established that during the study period 60 organizations were created in 31 countries of the world. An analysis of the dependence of expert structures on the level of domestic gross product revealed that in 75% of countries with low per capita domestic gross product, there are no organizations evaluating health technologies. At average and above average levels, 50 per cent or more countries have the agencies, and in some cases the functions are distributed among several organizations. The study also examined the evolution of the applied methods, it was found that initially many countries used cost minimization methods and introduced thresholds of the indicator of readiness to pay into the system of decision-making on financing, while during the studied period there is the change from rigid evaluation criteria to multidisciplinary evaluation approaches.

Оценка технологий здравоохранения (далее – ОТЗ) является завершающим звеном формирования данных о ценности медицинской технологии (далее – МТ) и позволяет собрать воедино весь комплекс сведений о пользе и рисках, связанных с его применением [1]. Последовательное формирование данных включает информацию о результативности, на основании отдельных клинических исследований и систематических обзоров, позволяющие оценить весь комплекс клинических эффектов, связанных с применением конкретной технологии или лечения нозологии, и обобщить их в виде клинических рекомендаций в соответствии с требованиями Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) [2]. Следующая за этими этапами комплексная клинико-экономическая оценка МТ позволяет оценить не только медицинские, но и экономические, а в ряде случаев, и социальные последствия применения вмешательства [3, с. 797–800]. Начиная с восьмидесятых годов прошлого века в странах начинают создавать организации, специализирующиеся на комплексной клинико-экономической оценке медицинских технологий (или медицинских вмешательств) [4; 5, с. 20–27; 6, с. 179–193].

Целью данной работы стал анализ динамики развития ОТЗ в мире в период с 1980 до 2020 гг. Для реализации поставленной цели были выделены следующие задачи:

1. Оценить изменение численности агентств по ОТЗ за изучаемый период.
2. Изучить зависимость наличия агентств по ОТЗ от уровня подушевого внутреннего валового продукта.
3. Проследить эволюцию применяемых методов клинико-экономического анализа методов.
4. Обобщить полученные данные и определить основные мировые тенденции развития ОТЗ.

Материалы и методы

Для проведения исследования в базах данных Pubmed.org и Cochrane.org за период с 1980 по 2020 гг. были отобраны публикации на изучаемую тему. Полученные данные были обработаны с применением аналитического, математического, статистического методов и метода логического обобщения.

Результаты

Динамика численности национальных организаций, проводящих оценку технологий здравоохранения, представлена на рис. 1, иллю-

стрирующем данные по времени основания 60 организаций, расположенных в 31 стране мира. Число стран, использующих ОТЗ в механизме принятия решения, и количество организаций, обеспечивающих экспертную поддержку этих решений, увеличивалось, начиная с 1980 года и до настоящего времени. Форма полученной кривой позволяет предположить ее дальнейший рост и создание новых структур, проводящих оценку технологий здравоохранения. С учетом того, что большинство стран (более 100 из 198, представленных в списках ООН и Всемирного банка), в настоящее время не имеют организаций по проведению ОТЗ, можно предположить, что количество таких организаций будет увеличиваться как в странах, ранее не использовавших ОТЗ, так и путем создания дополнительных структур там, где такие организации по проведению ОТЗ уже существуют.

Зависимости между временем включения в этот процесс различных географических регионов или стран с различным уровнем экономического развития не выявили. После создания организаций по проведению ОТЗ в первых странах (Швейцария, Франция, Швеция, Канада, Испания, Италия, Великобритания) в период 1980–1995 годов, в Министерстве здравоохранения Малайзии была создана секция по оценке технологий здравоохранения (Health Technology Assessment Section (MaHTAS), Ministry of Health Malaysia). В дальнейшем аналогичные структуры создали другие страны Европы, Южной и Северной Америки, Азиатско-Тихоокеанского региона, Африки. В 2014 году в список таких стран вошла Перу, в 2018 году – Финляндия и в 2019 году – Япония. Дополнительные организации были созданы в Великобритании в 2017 и в Австрии – в 2020 году, что позволяет предположить возможность создания организаций по оценке технологий здравоохранения в различных географических регионах. Такая тенденция соответствует предположению ряда исследователей, что создание национальных систем по оценке технологий здравоохранения отражает объективные процессы развития общества и их появление – вопрос времени и политической воли.

В рамках настоящего исследования также была изучена зависимость между экономическим развитием страны и использованием оценки технологий здравоохранения. Распределение стран в

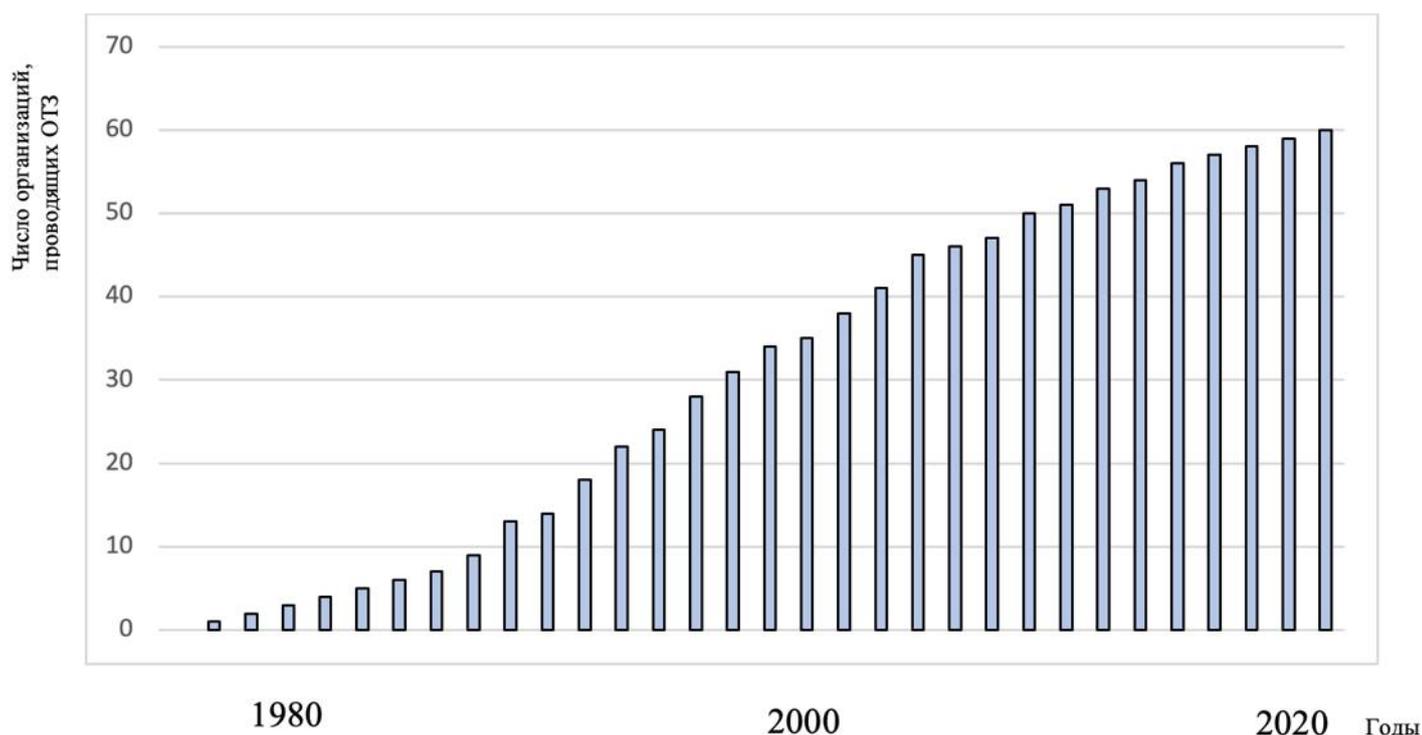


Рис. 1. Увеличение количества организаций, проводящих оценку технологий здравоохранения в мире.

зависимости от подушевого уровня валового внутреннего продукта (далее – ВВП) представлено на рис. 2. Полученные цифры соответствуют серединам интервалов с шагом 10 USD, за исключением самого первого интервала от 0 до 5 USD, куда, тем не менее, попало значительное количество стран (75 из 198). Процент стран, представленных в указанных интервалах и имеющих формализованные структуры, проводящие оценку технологий здравоохранения, представлен на рис. 3. Желтым цветом представлены страны, имеющие, как минимум, одну такую организацию, а красным – дополнительные структуры, участвующие в процессе оценки технологий здравоохранения. Таким образом, если в интервале подушевого ВВП 45–55 USD попадают 9 стран, из них у 8 стран имеются агентства по ОТЗ (89%), но общее количество таких структур 22, то есть 14 дополнительных организаций (156%), выделенных красным цветом, к уже имеющимся, то есть на одну страну приходится в среднем 2,45 агентства по ОТЗ (245%).

Сравнивая два рисунка, можно видеть, что в первом интервале, представляющем 75 стран с низким подушевым ВВП, организации, проводящие оценку технологий здравоохранения, отсутствуют. Такие организации появляются в ЮАР и Колумбии, имеющих 6,0 и 6,4 USD per capita со-

ответственно. Далее следуют Бразилия, Турция и Болгария с подушевым ВВП 8,7; 9,0; 9,7 USD соответственно. Причем в Бразилии имеются уже 3 организации, проводящие оценку технологий здравоохранения. В интервале, который представляют эти страны (6–15 USD) 32% стран имеют агентства по оценке технологий здравоохранения (18 агентств в 16 из 50 стран). В следующем интервале (16–25 USD) уже 50% стран (11 из 22) проводят оценку технологий здравоохранения. В трех последующих интервалах (25–35; 36–45 и 46–55 USD) большая часть стран проводит ОТЗ (67%; 67%; 89%), причем в каждой такой стране находится, как правило, более одной организации, проводящей экспертизу. Количество стран, попадающих в следующие два интервала с подушевым ВВП от 56 до 85 USD, составляет всего 7, на них приходится 8 организаций по проведению ОТЗ. Сведений об учреждениях, проводящих оценку технологий здравоохранения в странах с уровнем ВВП свыше 85 USD на душу населения, недостаточно для изучения, однако вряд ли эти 3 страны можно рассматривать в общем ряду, в силу их особенностей, связанных с незначительной численностью населения и территории (Люксембург (115 USD; 620 тысяч жителей); Лихтенштейн (173 USD; 39 тысяч жителей); Монако (185,7 USD; 39

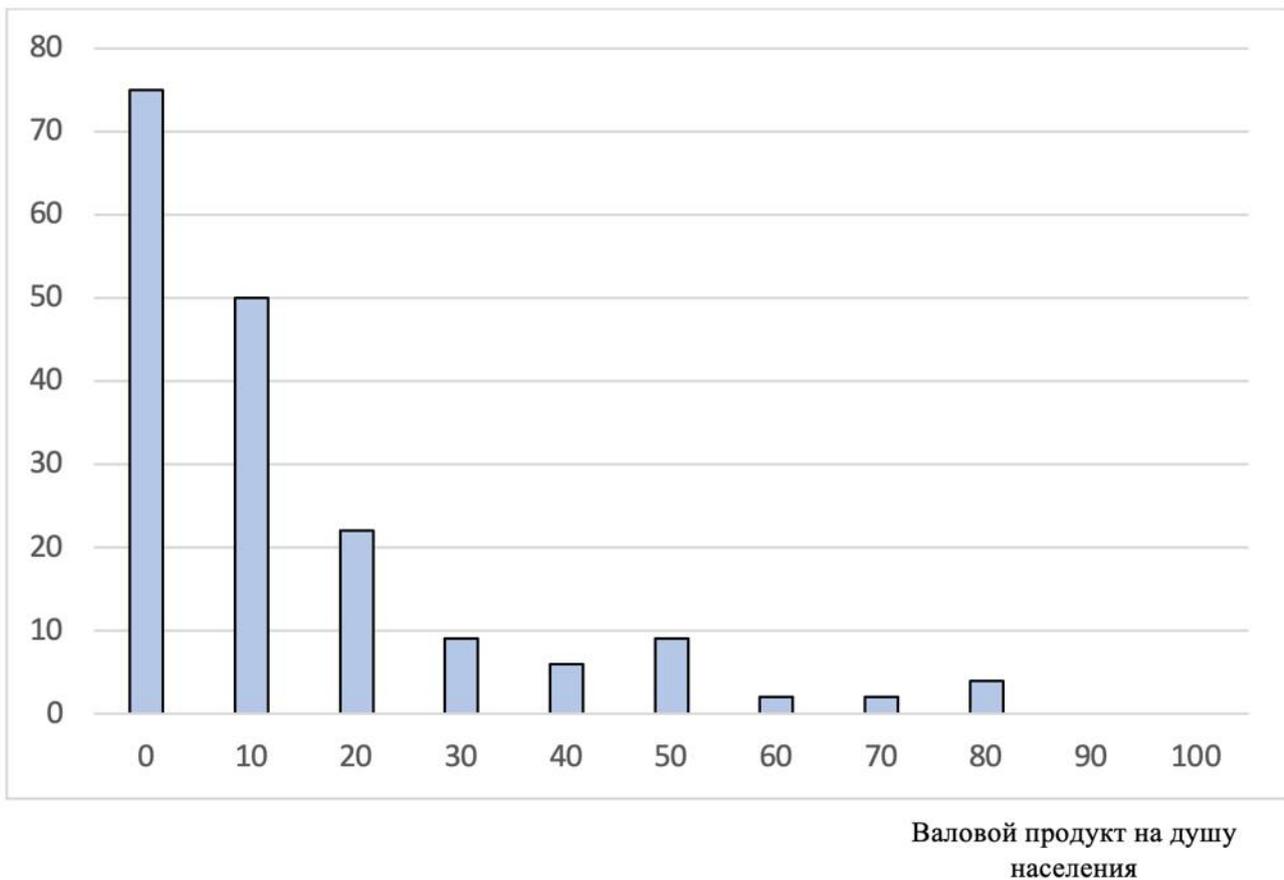


Рис. 2. Распределение стран в зависимости от производства валового внутреннего продукта на душу населения (GDP), шаг интервала 10 USD, указаны значения середины интервала.

тысяч жителей)).

Таким образом, можно выделить 4 группы стран в зависимости от уровня подушевого ВВП: страны, в которых не проводится оценка технологий здравоохранения и подушевым ВВП в пределах от 0 до 5 USD, страны, использующие ОТЗ с подушевым ВВП от 6 до 25 USD (в таких странах, как правило, существует одна организация проводящая оценку технологий здравоохранения), страны с подушевым ВВП от 26 до 65 USD (в которых может быть несколько организаций, проводящих ОТЗ), а также небольшое количество стран с более высоким ВВП, имеющими свою специфику оценки технологий здравоохранения. С нашей точки зрения наиболее интересны вторая группа, как представляющая потенциал для внедрения ОТЗ в системы здравоохранения и третья группа, включающая те страны, где уже произошла диверсификация экспертизы и где в одной стране могут работать несколько организаций по этому направлению.

Также в рамках работы были изучены исполь-

зуемые в мировой практике методы клинико-экономического анализа, возможность перехода от жестких оценочных мер к более гибким и комплексным, их преимущества и недостатки.

Анализ минимизации затрат уместен в тех случаях, когда альтернативные технологии здравоохранения приводят к эквивалентным последствиям. В этом случае анализ минимизации затрат выявляет наименее затратную технологию здравоохранения. При этом учитывается не только стоимость лекарственных средств, но и другие затраты, связанные с их применением (материалы, необходимые для приготовления и введения антибиотиков, лабораторные анализы и время ухода за больными) [7, с. 11–24].

Использование этого анализа возможно только в том случае, если медицинские технологии влияют на те же последствия, что накладывает определенные ограничения на использование этого метода, как при выборе технологий для сравнения, так и в отношении адекватности использования метода в тех случаях, когда последствия

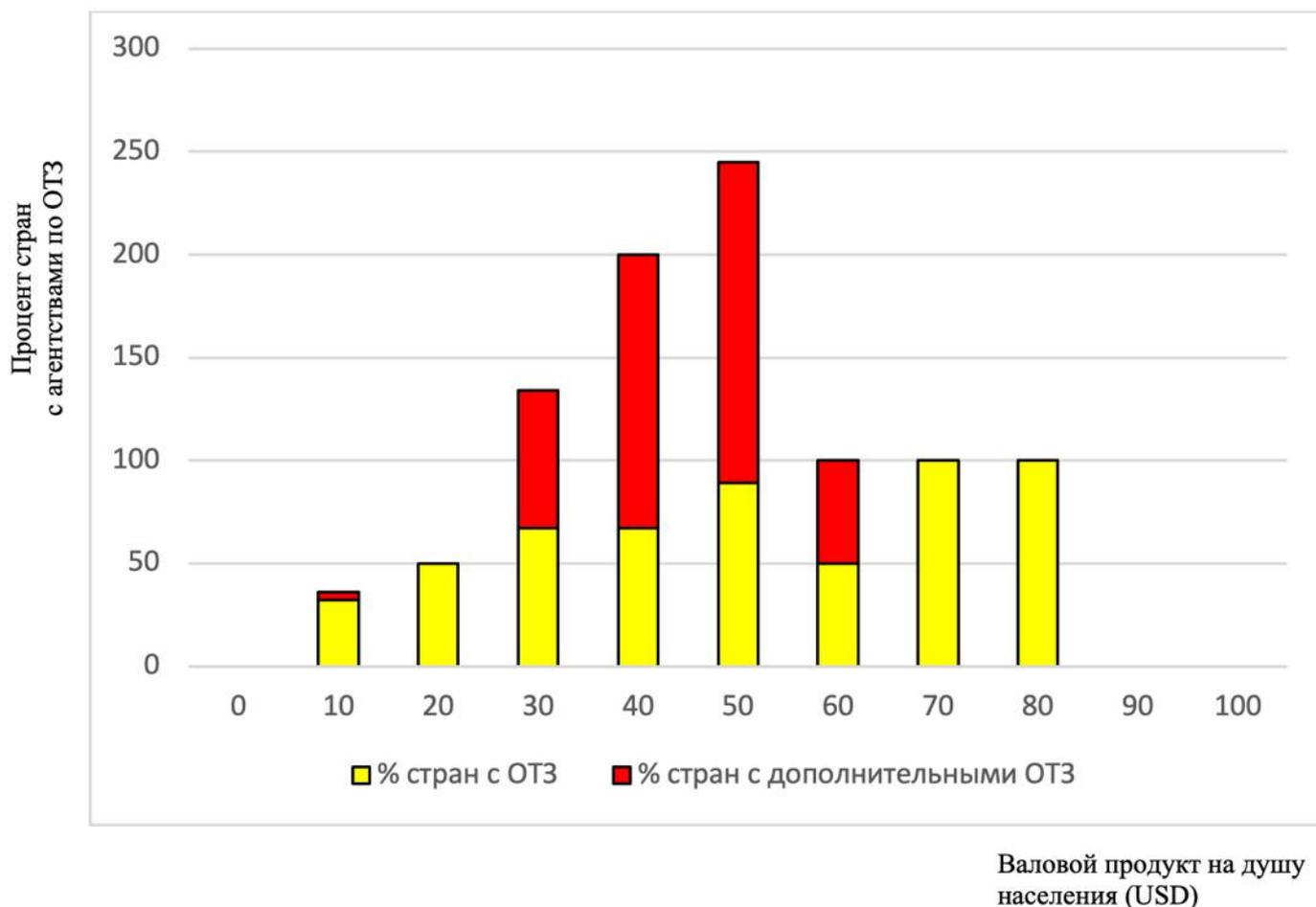


Рис. 3. Количество стран, имеющих одну или более организаций по ОТЗ.

применения сравниваемых технологий различаются. При соблюдении этих условий минимизация затрат и экономическая эффективность могут служить удобным и простым дополнением к другим методам для принятия управленческих решений [8, с. 2950–2966; 9, с. 9–15].

Широкому использованию анализа способствовало удобное представление данных в виде инкрементального коэффициента затраты-полезность (ICER), его внедрение позволяло просто и быстро решать вопрос о пригодности новой медицинской технологии в условиях конкретной системы здравоохранения, с помощью «порога готовности платить», рекомендованного изначально ВОЗ в 3 подушевых ВВП. На пути использования этой простой технологии имелись, однако, два существенных ограничения. Первое было связано с невозможностью выделения дополнительных ресурсов при использовании бюджета, который не мог увеличиваться до принятия следующего бюджета. Попытки адаптировать порог готовности

платить к странам с таким бюджетом, постоянно приводил к размыванию самого понятия (условия его применения требовали постоянного снижения этого порога в течение времени) и, соответственно, невозможности его использования [10, с. 1835–1840].

Определение порога готовности платить в разных странах, а также фактические решения о порогах готовности платить за разные заболевания в одних и тех же странах, позволяет сделать вывод о том, что определение этого порога в большинстве случаев не соответствует рекомендациям ВОЗ и устанавливается без достаточной доказательной базы. Простота и удобство использования анализа однозначно сделали его лидером по применению в странах мира. Однако эти же удобства наложили определенные ограничения на его использование, в первую очередь, в странах с низким-средним уровнем дохода и фиксированным бюджетом. Значения инкрементального показателя меняются при разных нозологиях и в

разных странах, очень часто без достаточного доказательного обоснования. Дальнейшее развитие идет по пути комбинирования метода с другими и использование комплексного подхода для принятия решения, а также формирование доказательных подходов к определению порога готовности платить [11, с. 421–424; 12, с. 3–4].

Модель влияния на бюджет используется, как правило, в тех случаях, когда снижение расходов предпочтительнее клинических, социальных и экономических последствий более затратной, но эффективной терапии. Такие условия существуют в странах с низким и средним уровнем дохода, а также в случаях финансовых кризисов и бюджетных ограничений практически во всех странах, когда потребностей в области здравоохранения меньше, чем ресурсов для их решения.

Существуют мультикритериальный дисперсный анализ решений (далее – MCDA) или инструмент принятия мультикритериальных решений (далее – MCDM). По сути, MCDA – собирательный термин для тех формальных подходов поддержки принятия решений, которые явно учитывают множество критериев. MCDA уже используется в различных областях науки, а в последнее время набирает популярность и в области принятия решений в области здравоохранения.

Возможность использования MCDA в качестве инструмента расширенного анализа (то есть инструмента, обосновывающего выделение дополнительных расходов в тех случаях, когда «традиционные» критерии не позволяют включить технологию в списки возмещения) предполагает наиболее вероятное использование MDCA в странах со средним и высоким доходом. Применение инструмента MCDA, адаптированного к местным условиям, может быть хорошим вариантом для преодоления этих проблем для стран с доходом выше среднего, особенно для инновационных, обычно дорогостоящих фармацевтических препаратов. Тем не менее, по мнению ряда исследователей, страны с ограниченными ресурсами должны быть еще больше заинтересованы в использовании MDCA, в силу более жестких требований к рациональному распределению ресурсов. Таким образом, наблюдается очевидное противоречие между использованием MDCA в качестве инструмента для обоснования дополнительных расходов на медицинские вмешательства (что допустимо в странах со средним и высоким доходом) и в ка-

честве инструмента для рационализации расходов (в странах с низким и средним доходом). Ряд исследователей, тем не менее, считает возможным и даже целесообразным использовать MCDA в странах с низким доходом, обосновывая свое мнение такими факторами, которые, скорее всего, свидетельствуют о невозможности использования этого метода в странах с низким доходом: неразрешенные проблемы и ухудшение заболеваемости, отсутствие кадров и потенциала развития ОТЗ [13, с. 90–106].

Ограничения MCDA обусловлены технической сложностью метода и потребностью в ресурсах для практической реализации метода, а также сложностью выбора критериев и алгоритмов их оценки. Так, в случае высоких весов критериев, основанных на затратах, недооценённой окажется оценка эффективности. Необходимо учитывать, что субъективное восприятие и оценка упущенной выгоды поставщиками и пользователями технологии, как правило, менее значимо, чем точка зрения плательщиков, которые осуществляют реальное финансирование. Еще одна критика участия заинтересованных сторон в разработке MCDA заключается в том, что при рассмотрении не было обнаружено общих закономерностей в типах и размере исследуемой популяции вовлеченных заинтересованных сторон. К невозможности практической реализации результатов использования MDCA могут привести неправильный выбор метода анализа, неправильная интерпретация результатов и использования программных решений, которые не являются широкодоступными, поскольку результаты ранжирования критериев могут зависеть от различных используемых моделей MCDA.

Логичным этапом развития инструментов оценки технологий здравоохранения стала разработка HTA Core Model® – инструмента, позволяющего создавать и обмениваться соответствующей информацией и доступной бесплатно на сайте <https://eunethta.eu/hta-core-model/>. Интерфейс модели представляет собой стандартизованный иерархический набор вопросов, ответы на которые, основываясь на общепринятых методических рекомендациях (EUnetHTA, Cochrane и др.), позволяют получить соответствующие заключения в таких областях как вопросы здоровья и использование технологий здравоохранения, описание технологий, факторы безопасности технологии, клинической результативности и клинико-эко-

номической эффективности, вопросы биоэтики, организационные, юридические и социальные аспекты, включая заинтересованность пациентов [14, с. 644–653].

Модель представляется достаточно любопытным инструментом, который позволяет снизить квалификационные требования к организаторам и участникам исследований в области ОТЗ, представляя структурированную платформу для создания дизайна исследования, получения информации и формулирования результатов, но при этом не является самостоятельным методом оценки.

Основные литературные базы данных (PubMed, EMBASE и др.) практически не представляют публикаций исследований, полученных с помощью HTA Core Model®. Возможно, это связано с тем, что в странах со сформированными системами оценки технологий здравоохранения существуют сложившиеся информационные потоки, обеспечивающие экспертную поддержку управленческих решений в соответствии с запросами регуляторных органов, в то время как в странах с несформировавшимися системами, потребность в такой информации минимальна.

Заключение

Оценка технологий здравоохранения относится к экспертной поддержке принятия решения в здравоохранении. Само решение принимается регуляторными органами и может зависеть от различных причин – политических, социальных, экономических, культурных и других. Отношение к использованию оценки медицинских технологий при принятии решений в области здравоохранения широко варьируется между такими регионами, как Соединенные Штаты и Европа, а также внутри самой Европы. Некоторые страны широко используют ОТЗ, другие – формально декларируют приверженность ОТЗ, но информации о реальном использовании или каких-либо значимых разработках в этой области не обнаруживается, часть стран (с низким или, напротив, очень высоким ВВП на душу населения), ОТЗ не использует. В рамках исследования удалось установить, что некоторые страны имеют независимые агентства по ОТЗ, в отдельных странах (Франция, Германия, Испания) работы по проведению ОТЗ производятся несколькими агентствами; другие используют различные институциональные модели. Некоторые страны, проводящие экономи-

ческие оценки в рамках ОТЗ, делают акцент на использовании критерия добавленных лет жизни с поправкой на качество (QALY); другие используют другие концепции ценности. Таким образом, удалось установить, что за изучаемый период (с 1980 по 2020 гг.) происходило активное развитие как методологии проведения ОТЗ, так организаций, занимающихся данным направлением исследований. Тем не менее ОТЗ – по-прежнему очень динамичное направление, имеющее перспективы развития как в отношении методик, так и стран, внедряющих ОТЗ в систему принятия решений на государственном уровне.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хабриев Р.У. Методологические основы фармакоэкономического анализа / Р.У. Хабриев, А.Ю. Куликов, Е.Е. Аринина. – Москва: Медицина, 2011. – 128 с.
2. World Health Organization. *Quality of care: A process of making strategic choices*. – Geneva: World Health Organization, 2006. – 32 p.
3. Zweifel P. Rationing of health care: is there an economic rationality to it? / P. Zweifel // *Eur. J. Health Econ.* – 2015. – № 8. – P. 797–800.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Guide to the methods of technology appraisal*. – London: NICE, 2007. – 234 p.
5. Hans R-U. Health Technology assessment: a Perspective from Germany / R-U Hans, P. Dauben // *Value in Health*. – 2009. – № 12. – P. 20–27.
6. McIntyre D. Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries / D. McIntyre, M. Thiede, S. Birch // *Health Econ. Policy Law*. – 2009. – № 4. – P. 179–193.
7. Higgins A.M. Health economic methods: cost-minimization, cost-effectiveness, cost-utility, and cost-benefit evaluations / A.M. Higgins, A.H. Harris // *Crit. Care Clin.* – 2012. – № 1. – P. 11–24.
8. Simoens S. Health economic assessment: a methodological primer / S. Simoens. – *Int. J. Environ. Res. Public Health*. – 2009. – Vol. 6. – № 12. – P. 2950–2966.
9. Angevine P.D. Health economic studies: an introduction to cost-benefit, cost-effectiveness, and cost-utility analyses / P.D. Angevine, S. Berven // *Spine*. – 2014. – № 15. – P. 9–15.
10. Simoens S. Health economic assessment: cost-effectiveness thresholds and other decision criteria / S. Simoens // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. – 2010. – № 4. – P. 1835–1840.
11. Silva M.T. Budget impact analysis / M.T. Silva, E.N. da Silva, M.G. Pereira // *Epidemiol. Serv. Saude*. – 2017. – Vol. 26. – № 2. – P. 421–424.
12. Watkins J.B. Improving the usefulness of budget impact analyses: a U.S. payer perspective / J.B. Watkins, D. Danielson // *Value in Health*. – 2014. – Vol. 17. – № 1. – P. 3–4.
13. Frazro T. Multicriteria decision analysis (MCDA) in health care: a systematic review of the main characteristics and methodological steps / T. Frazro, D. Camilo, E. Souza, R. Souza // *BMC Medical Informatics and Decision Making*. – 2018. – № 18. – P. 90–106.
14. Kōrge K. Evaluation of the HTA core model for national health technology assessment reports: comparative study and experiences from European countries / K. Kōrge, N. Berndt, J. Hohmann et al. // *Int. J. Technol. Assess. Health Care*. – 2017. – Vol. 33. – № 6. – P. 644–653.

REFERENCES

1. Khabriev R.U., Kulikov A.Yu., Arinina E.E. *Metodologicheskie osnovy farmakoekonomicheskogo analiza* [Methodological foundations of pharmacoeconomic analysis]. Moscow, Medicine, 2011. 128 p. (in Russian).
2. World Health Organization. *Quality of care: A process of making strategic choices*. Geneva, World Health Organization, 2006. 32 p.
3. Zweifel P. Rationing of health care: is there an economic rationality to it? *Eur. J. Health Econ*, 2015, no. 8, pp. 797–800.
4. *National Institute for Health and Clinical Excellence. Guide to the methods of technology appraisal*. London, NICE, 2007. 234 p.
5. Hans R-U. Health Technology assessment: a Perspective from Germany. *Value in Health*, 2009, no. 12, pp. 20–27.
6. McIntyre D., Thiede M., Birch S. Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries. *Health Econ. Policy Law*, 2009, no. 4, pp. 179–193.
7. Higgins A.M., Harris A.H. Health economic methods: cost-minimization, cost-effectiveness, cost-utility, and cost-benefit evaluations. *Crit. Care Clin.*, 2012, no. 1, pp. 11–24.
8. Simoens S. Health economic assessment: a methodological primer. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2009, vol. 6, no. 12, pp. 2950–2966.
9. Angevine P.D., Berven S. Health economic studies: an introduction to cost-benefit, cost-effectiveness, and cost-utility analyses. *Spine*, 2014, no. 15, pp. 9–15.
10. Simoens S. Health economic assessment: cost-effectiveness thresholds and other decision criteria. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2010, no. 4, pp. 1835–1840.
11. Silva M.T., da Silva E.N., Pereira M.G. Budget impact analysis. *Epidemiol. Serv. Saude*, 2017, vol. 26, no. 2, pp. 421–424.

12. Watkins J.B., Danielson D. Improving the usefulness of budget impact analyses: a U.S. payer perspective. *Value in Health*, 2014, vol. 17, no. 1, pp. 3–4.

13. Frazro T., Camilo D., Souza E., Souza R. Multicriteria decision analysis (MCDA) in health care: a systematic review of the main characteristics and methodological steps. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2018, no. 18, pp. 90–106.

14. Kõrge K., Berndt N., Hohmann J. et al. Evaluation of the HTA core model for national health technology assessment reports: comparative study and experiences from European countries. *Int. J. Technol. Assess. Health Care*, 2017, vol. 33, no. 6, pp. 644–653.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Мешков Дмитрий Олегович – главный научный сотрудник, Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, доктор медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: dmitrymeshkov@mail.ru
ORCID: 0000-0001-6474-7427
Author ID 87837

Безмельницына Людмила Юрьевна – заведующая отделением медицинской реабилитации, Федеральный научно-клинический центр детей и подростков, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация;
e-mail: blyu18@mail.ru
ORCID 0000-0001-7327-1424
Author ID 753576

Черкасов Сергей Николаевич – главный научный сотрудник, Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, Москва, Российская Федерация; главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, Москва, Российская Федерация;
e-mail: cherkasovsn@mail.ru
ORCID: 0000-0003-1664-6802
Author ID 647706

Спасеникова Марина Геннадьевна – ведущий научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, доцент, Москва, Российская Федерация; e-mail: mspasennikova@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4713-0238
Author ID 883202

AUTHORS

Dmitry Meshkov – Chief Researcher, V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences, Doctor habil. in Medicine, Moscow, Russian Federation;
e-mail: dmitrymeshkov@mail.ru
ORCID: 0000-0001-6474-7427
Author ID 87837

Liudmila Bezmelnitsyna – Head of the Department of Medical Rehabilitation Department, Federal Scientific and Clinical Center for Children and Adolescents, PhD in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: blyu18@mail.ru
ORCID 0000-0001-7327-1424
Author ID 753576

Sergey Cherkasov – Chief Researcher, V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences, Moscow, Russian Federation; Chief Researcher, National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation, Doctor habil. in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: cherkasovsn@mail.ru
ORCID: 0000-0003-1664-6802
Author ID 647706

Marina Spasennikova – Leading Researcher, N.A. Semashko National Research Institute for Public Health, Ph.D. in Medicine, Docent, Moscow, Russian Federation; e-mail: mspasennikova@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4713-0238
Author ID 883202

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.02.004

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ГАРАНТИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И НОРМЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Щепин В.О.¹, Шипова В.М.¹, Миргородская О.В.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова:

общественное здоровье, государственные гарантии медицинской помощи, территориальная программа, объем медицинской помощи, планово-нормативные показатели.

Аннотация

Проведенный анализ нормативных правовых документов, касающихся вопросов планирования основных показателей объема медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, по различным специальностям и профилям коек на 2020 и 2021 гг., выявил изменения по отдельным профилям и нововведения в нормативно-плановые показатели объемов медицинской помощи. Впервые был установлен объем ряда диагностических исследований, что актуализирует вопросы кадрового обеспечения вспомогательной лечебно-диагностической службы. Выделены ошибочные положения в территориальной программе и положения, противоречащие утвержденным ведомственным приказом по нормам труда. Проведены расчеты планового числа коек по профилям медицинской помощи «акушерское дело», «гериатрия» и «медицинская реабилитация» в Российской Федерации и сопоставление их планируемого и фактического числа. Показано, что для плановых показателей характерны резкие ежегодные перепады, а динамика фактической обеспеченности коечным фондом развивается плавно с сохранением общей тенденции во все годы наблюдений. Таким образом, отсутствует координация планово-нормативных показателей по труду, а практика здравоохранения развивается независимо от них, что свидетельствует о глубоком кризисе в системе планирования объема медицинской помощи.

STATE GUARANTEES OF HEALTH CARE AND WORK STANDARDS IN HEALTHCARE

Shchepin V.O.¹, Shipova V.M.¹, Mirgorodskaya O.V.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

Keywords:

public health, state guarantees of medical care, territorial program, scope of medical care, planned and normative indicators.

Abstract

The analysis of regulatory legal documents concerning the planning of the main indicators of the volume of medical care in outpatient and inpatient conditions, for various specialties and profiles of beds for 2020 and 2021, identified changes in individual profiles and innovations in the normative-planned indicators of the volume of medical care. Including for the first time, the volume of a number of diagnostic studies was established, which actualizes the issues of staffing the auxiliary treatment and diagnostic service. The erroneous provisions in the territorial program and provisions that contradict the approved departmental order on labor standards are highlighted. Calculations were made of the planned number of beds for the profiles of medical care of "obstetrics", "geriatrics" and "medical rehabilitation" in the Russian Federation and a comparison of their planned and actual number. It is shown that the planned indicators are characterized by sharp annual drops, and the dynamics of the actual provision of bed capacity develops smoothly with the preservation of the general trend in all years of observation. Thus, there is no coordination of planned and normative labor indicators, and health care practice develops independently of them, which indicates a deep crisis in the system of planning the scope of medical care.

Планово-нормативные показатели объема медицинской помощи используются для определения финансирования здравоохранения, проектирования кадрового обеспечения, развития сети медицинских организаций, определения государственных (муниципальных) заданий, составления штатных расписаний медицинских организаций.

Планирование общего объема медицинской помощи в России осуществляется в последние десятилетия на основе Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, утверждаемой постановлением Правительства Российской Федерации на очередной год и плановый период (в дальнейшем изложении – постановление Правительства России)¹, а дифференциация этих данных приводится в письмах Минздрава России², регулирующих вопросы формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий (в дальнейшем изложении – территориальная программа).

Цель исследования

Цель проведенного исследования – анализ нормативно-правовых документов по вопросам планирования объемов медицинской помощи, расчета численности медицинских работников на основе Программы государственных гарантий.

Материал и методы исследования

Материал исследования – нормативно-правовые документы, статистические сборники Министерства здравоохранения России за 2015–2020 гг. «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения» [1], научная литература. В ходе работы применялись такие методы исследования, как информационно-аналитический, статистический, изучение и обобщение опыта.

Результаты и обсуждение

В данной публикации рассматриваются вопросы, непосредственно связанные с планированием объема медицинской помощи, то есть дан-

ными, используемыми при расчетах численности медицинских работников.

Общий объем медицинской помощи определяется в постановлениях Правительства России на 2020³ и 2021 гг.¹ Следует отметить, что существенных изменений в планируемом объеме медицинской помощи на 2021 г. в соответствии с Программой государственных гарантий не произошло, лишь несколько увеличился объем медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования: число планируемых комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров увеличено на 2,6%, число обращений в связи с заболеваниями – на 1% и число случаев лечения в условиях дневных стационаров – на 0,5 %.

В постановлении Правительства России на 2020 г. впервые был установлен объем ряда диагностических исследований. Число этих исследований, планируемых на 2021 г., значительно увеличено по сравнению с 2020 г. (табл. 1).

Увеличение числа магнитно-резонансных томографических исследований в 2,4 раза связано, по-видимому, с заболеванием COVID-19, а увеличение числа молекулярно-генетических исследований для выявления онкологических заболеваний в 1,7 раза обусловлено пристальным вниманием к диагностике этой патологии, особенно на ранней стадии.

Впервые определен объем тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции.

При таком увеличении объема диагностических исследований актуальными становятся вопросы кадрового обеспечения вспомогательной лечебно-диагностической службы. При этом прежде всего должны быть разработаны и утверждены нормы времени на соответствующие исследования, поскольку в настоящее время действуют данные, разработанные в прошлом веке и не отвечающие современной оснащенности медицинских организаций современным оборудованием [2, с. 201–219].

¹ Постановление Правительства России от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2021. – № 2 (часть I). – Ст. 384.

² Письмо Минздрава России от 31.12.2020 № 11-7/И/2-20700 «О направлении разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, включая подходы к определению дифференцированных нормативов объема медицинской помощи». Архив Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2020.

³ Постановление Правительства России от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2019. – № 51 (часть I). – Ст. 7606.

Таблица 1

Гарантированный объем исследований
(на 1 застрахованного) на 2020 и 2021 гг.

Наименование исследования	Число исследований		
	на 2020	на 2021	2021 / 2020, %
КТ	0,0275	0,02833	102,9
МРТ	0,0119	0,02833	238,1
УЗИ сердечно-сосудистой системы	0,1125	0,11588	103,0
Эндоскопические исследования (диагностические)	0,0477	0,04913	103,0
Гистологические (выявление онкологических заболеваний)	0,0501		
Молекулярно-генетические (выявление онкологических заболеваний)	0,0007	0,001184	169,1
Патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (диагностика онкологических заболеваний)		0,01431	
Тестирование на выявление COVID-19	-	0,12441	

Дифференциация плано-нормативных данных объема медицинской помощи по специальностям и профилям отделений, а также по крупным возрастным группам населения (взрослые, дети) представляется в территориальных программах. Так, традиционным показателем объема медицинской помощи в амбулаторных условиях было «посещение». С 2013 г. в качестве основного плано-нормативного показателя было провозглашено «обращение» в связи с заболеванием, а «посещения» использовались только при планировании профилактической деятельности (с 2019 г. и этот показатель исчез из территориальных программ). С 2013 г. и по настоящий период времени плано-нормативные данные в территориальных программах не приводятся по отдельным специальностям ни в числе посещений, ни в числе обращений.

В территориальных программах указано среднее число посещений по поводу заболеваний при одном обращении, т.е. данные, которые могут быть использованы в нормировании труда для перерасчета затрат времени на посещения в затраты времени на обращение по поводу заболевания. Показатели приводятся в Приложении 11 к территориальной программе на 2020 г. и в таком же Приложении к территориальной программе на 2021 г.

Судьба таблицы, в которой представлены эти данные, весьма интересна и поучительна. Впер-

вые она была представлена в Рекомендациях Минздрава и ФФОМС в конце 2012 г.⁴

В пояснениях к этой таблице указано, что «при расчете относительного коэффициента стоимости обращения по поводу заболеваний к специалистам учтены относительные коэффициенты стоимости одного посещения по специальностям, рекомендуемые письмом Минздравсоцразвития России от 22.12.2011 № 20-2/10/1-8234 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год»³. Таким образом, если расчеты проводятся на основе показателей, рекомендуемых территориальной программой на 2012 г., то структура посещений должна также соответствовать плано-нормативным данным этой программы. В этом случае среднее число посещений при одном обращении должно быть взвешено по этой структуре и должно составлять не 2,9, как представлено в таблице, а 3,1. Такая ошибка влечет за собой и дальнейшие ошибочные данные в финансовых нормативах.

В последующем данная таблица без изменений стала приводиться во всех территориальных программах, но уже без объяснений того, какие

⁴ Письмо Минздрава России от 20.12.2012 № 14-6/10/2-5305 «О направлении рекомендаций "Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)"» Архив Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2012.

данные при этом применялись. И теперь у пользователя этой таблицы, не знающего историю ее составления, может сложиться ложное впечатление о новых данных, используемых в этой таблице. Неоднократно отмечаемые недостатки этой таблицы, приводимые в литературе [3, с. 64–67] и состоящие в методических и арифметических ошибках, не учтены авторами территориальных программ, и в последних по датам утверждения территориальных программ данная таблица приведена без изменений, в том числе и в анализируемых в данной публикации территориальных программах на 2020 г. и на 2021 г.

В территориальных программах приводятся и другие данные по амбулаторно-поликлинической помощи, противоречащие утвержденным ведомственным приказом по нормам труда. В частности, это касается типовых норм времени на посещение. В территориальных программах, начиная с письма Минздрава России на 2014 г.⁵, указывается, что «рекомендуемый норматив времени на 1 посещение участкового терапевта, врача общей практики (в соответствии с номенклатурой – врач общей практики (семейный врач. – Авторы)), участкового педиатра составляет в среднем 20 мин.». Эти данные являлись актуальными для того периода времени, когда отсутствовали типовые нормы времени на посещения. В середине 2015 г. отдельным приказом⁶ были утверждены типовые нормы времени на указанные посещения. Но, величина показателей не совпадает с данными в территориальной программе. Однако, несмотря на этот новый приказ и замечания, высказываемые по этому поводу в литературе [4, с. 21–23], указания относительно норм времени на посещения полностью повторяются во всех последующих территориальных программах, в том числе и в документах на 2020 г. и на 2021 г.

В отношении больничной помощи, начиная с документов на 2014 год, был введен в качестве основного новый планово-нормативный пока-

⁵ Письмо Минздрава России от 08.11.2013 № 11-9/10/2-8309 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов». Архив Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2013.

⁶ Приказ Минздрава России от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога». Архив Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2015.

затель - случай госпитализации (законченный случай лечения). Однако в территориальных программах по-прежнему объемы специализированной медицинской помощи в условиях стационара приводятся в виде рекомендуемого числа случаев госпитализации, числа койко-дней и средней длительности пребывания пациента. Такое решение вполне обосновано, поскольку показатель госпитализации – лишь одно звено общей цепи планирования медицинской помощи, оказываемой в стационаре.

Сравнительные данные по территориальным программам на 2020 г. и на 2021 г. приведены в табл. 2.

Обращает на себя внимание достаточно большое количество арифметических ошибок в территориальной программе на 2021 год. Так, приводимое число койко-дней, как результат умножения рекомендуемого показателя случаев госпитализации на среднюю длительность пребывания в стационаре, выполнено с арифметическими ошибками по подавляющему числу профилей медицинской помощи, поэтому в таблице 4 в скобках приведены истинные результаты проведенных нами умножений. Такие ошибки создают впечатление о том, что в таблицу документа включены какие-то черновики расчетов, не исправленные, к сожалению, и к настоящему времени.

Общее число койко-дней в планах на 2021 г. уменьшилось по сравнению с 2020 г. примерно на 4%. По изменениям, которые произошли по отдельным профилям, можно выделить следующие группы:

- увеличение показателя примерно на 10–15%. К этой группе относятся: урология, торакальная хирургия, сердечно-сосудистая хирургия, пульмонология, ревматология;

- примерно такое же уменьшение показателя. В эту группу входят: педиатрия, хирургия, онкология, нефрология;

- изменения показателя составляют более значительные цифры. Эта группа состоит из следующих профилей медицинской помощи: уменьшение числа койко-дней по профилю «акушерское дело» с 40,88 до 8,33 койко-дней на 1000 населения; уменьшение числа койко-дней по профилю «медицинская реабилитация» с 82,5 до 46,13 на 1 000 нас.; увеличение числа койко-дней по профилю «гериатрия» с 3,60 до 8,57 на 1 000 нас.

Таблица 2

Рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи
в стационарных условиях по профилям медицинской помощи на 2021 г. в сравнении с 2020 г.

Профиль	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1 000. нас.) на:		Используемая при расчете сред. длительность госпитализации 1 пациента (дн.) на:		Рекомендуемое число койко-дней (<i>круглосут. пребывания</i>) на 1 000 нас. на:		
	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021/2020, %
Акушерское дело	1,5	7,30	5,6	5,6	8,33 (8,4)	40,88	20,4
Акушерство и гинекология	26,5	26,53	6,6	6,6	174,93 (174,90)	175,1	99,9
Аллергология и иммунология	0,5	0,45	10,1	10,1	4,55 (5,05)	4,55	100
Гастроэнтерология	2,2	2,10	10,8	10,8	22,68 (23,76)	22,68	100
Гематология	0,8	0,80	13,0	13,0	10,13 (10,4)	10,40	97,4
Герiatrics	0,6	0,20	14,0	14,0	8,57 (8,4)	3,60	238,5
Дерматовенерология (дерматолог. койки)	0,9	1,00	12,3	12,3	11,55 (11,07)	12,30	93,9
Инфекционные болезни	11,7	12,0	7,1	7,1	83,06 (83,07)	85,20	97,5
Кардиология	9,7	10,0	10,8	10,8	104,97 (104,76)	108,0	97,2
Колопроктология	1,0	0,8	9,9	9,9	9,95 (9,90)	7,92	125,6
Медицинская реабилитация	2,8	5,00	16,5	16,5	46,13 (46,2)	82,50	55,9
Неврология	12,2	11,70	12,1	12,1	147,81 (147,62)	141,57	104,4
Нейрохирургия	2,7	2,42	10,7	10,7	28,89	25,89	100
Неонатология	1,9	2,10	12,1	12,1	23,47 (22,99)	25,41	92,4
Нефрология	1,1	1,18	11,5	11,5	12,42 (12,65)	13,57	91,5
Онкология, радиология, радиотерапия	9,1	10,01	10,8	10,8	98,41(98,28)	108,11	91,0
Оториноларингология	3,9	4,1	7,6	7,6	29,76 (29,64)	31,16	95,5
Офтальмология	4,8	5,35	6,8	6,8	32,78 (32,64)	36,38	90,1
Педиатрия	7,2	8,70	8,6	8,6	61,79 (61,92)	74,82	82,6
Пульмонология	3,3	3,0	11,3	11,3	37,67(37,29)	33,90	111,1
Ревматология	1,1	1,0	13,1	13,1	14,82 (14,41)	13,10	113,1
Сердечно-сосудистая хирургия (кардио-хирург. койки)	1,5	1,34	9,7	9,7	14,52 (14,55)	13,0	111,7
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	1,4	1,26	10,3	10,3	14,52 (14,42)	12,98	111,9
Терапия	18,8	18,97	10,1	10,1	190,28 (189,88)	190,28	100
Травматология и ортопедия	8,4	8,10	11,1	11,0	93,05 (93,24)	89,91	103,5

Профиль	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1 000. нас.) на:		Используемая при расчете сред. длитель. госпитализации 1 пациента (дн.) на:		Рекомендуемое число койко-дней (круглосут. пребывания) на 1 000 нас. на:		
	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021/2020, %
Урология (в т.ч. детская урология-андрология)	5,8	5,05	8,9	8,9	51,74 (51,62)	44,95	115,1
Хирургия (комбустиология)	0,3	0,35	13,5	13,5	4,28 (4,05)	4,73	90,5
Торакальная хирургия	0,4	0,40	13,3	13,3	5,94 (5,32)	5,32	111,7
Хирургия (в т.ч. абдом. хирургия, трансплантация органов и тканей, костного мозга и гемопоэт. стволовых клеток, пластическая хирургия)	19,8	21,75	8,9	8,9	175,79 (176,22)	193,58	90,8
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	1,3	1,25	7,7	7,7	9,83 (10,01)	9,63	102,1
Эндокринология	2,2	1,90	11,6	11,6	25,04 (25,52)	25,04	100,0
Всего по базовой программе ОМС	165,59	176,71	9,4	9,2	1559,93 (1556,55)	1652,35	94,4
в т.ч. для фед. мед. организаций 3 уровня							
Психиатрия	4,80	4,80	66,2	66,2	317,76	317,76	100,0
Психиатрия-наркология	5,00	5,00	14,5	14,5	72,50	72,50	100,0
Фтизиатрия	1,50	1,50	92,9	92,9	139,35	139,35	100,0
Дерматовенерология (венерол. койки)	0,50	0,50	15,0	15,0	7,50	7,50	100,0
Прочие профили, незастр. лица	2,8	2,80	8,0	8,0	22,40	22,40	100,0
Всего за счет бюджета субъекта РФ	14,6	14,60	38,3	38,8	559,51	559,51	100,0
Всего по специал. мед. помощи в стационарных условиях	180,19	191,31	11,8	11,6	2 119,04 (2126,24)	2211,86	95,8

Такие значимые изменения показателей в течение одного года могут быть связаны либо с резкими скачками заболеваемости населения, что возможно только в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций, либо внедрением новых технологий в лечение и диагностику заболеваний, переносом акцентов в процессе лечения пациентов со стационарного этапа на амбулаторный или стационарзамещающие технологии, либо с ошибками в планировании.

Для изучения причин изменения планово-нормативных показателей нами проведен анализ динамики этих данных. Эти показатели по профилям «гериатрия» и «медицинская реабилитация» на фоне изменения общего числа койко-дней по базовой программе ОМС отражены на рис. 1.

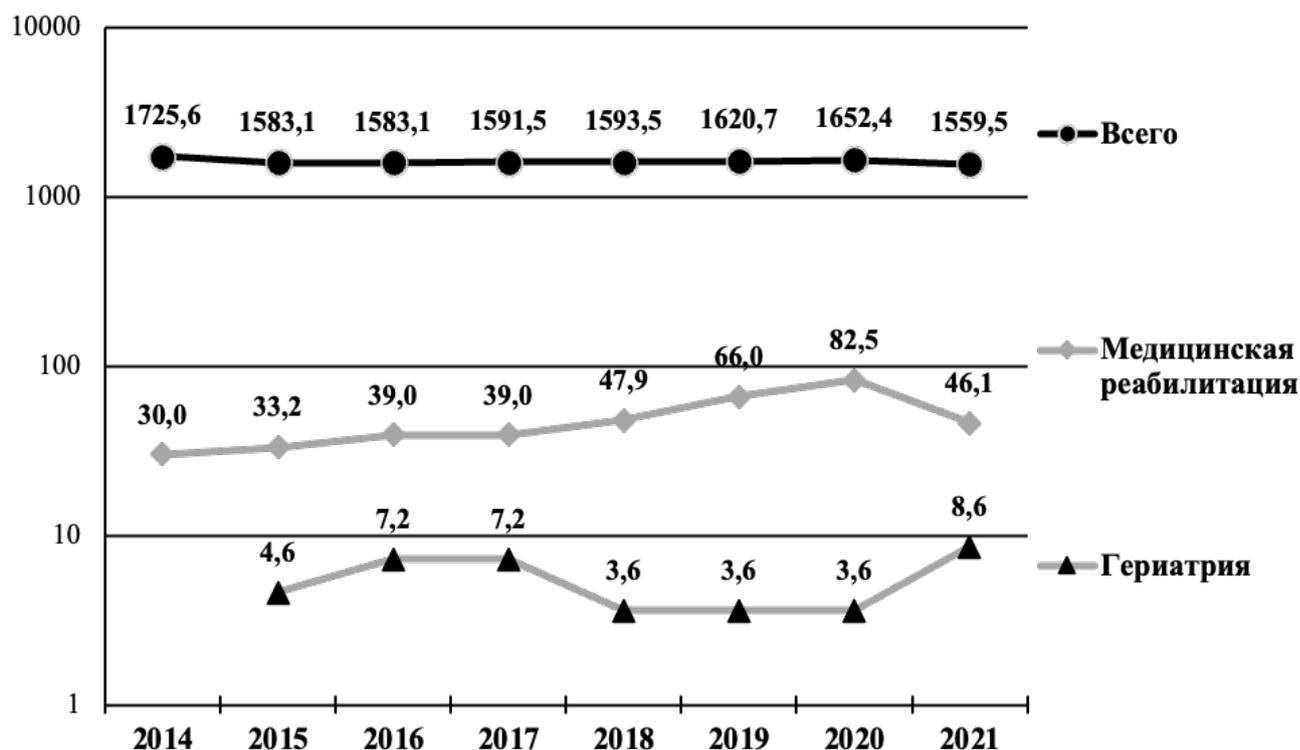


Рис. 1. Динамика планового числа койко-дней по профилям «медицинская реабилитация», «гериатрия» и всего (в рамках базовой программы ОМС) на 1 000 населения.

Как видно на рисунке, при общем довольно стабильном плановом числе койко-дней за весь период наблюдения (уменьшение составило менее 10%), число койко-дней по медицинской реабилитации неуклонно нарастало ежегодно, при этом наиболее высокими темпами с 2017 г. Медицинской реабилитации придается в последние годы важное значение. Этому способствует и специально изданный приказ⁷, увеличивающий штатно-нормативное обеспечение медицинским персоналом. Значимость медицинской реабилитации повышается и в связи с необходимостью проведения соответствующих реабилитационных мероприятий, в том числе и в стационарных условиях, после перенесенной коронавирусной инфекции. Более того, в постановлениях Правительства России в рамках базовой программы ОМС рекомендуется показатель 0,005 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях. Однако, это положение оказалось невыполненным территориальной про-

⁷ Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых». Архив Министерства здравоохранения Российской Федерации. 2020.

граммой на 2021 г., и совершенно неожиданным образом, число койко-дней уменьшено, причем за счет уменьшения числа случаев госпитализации с 5,0 в 2020 г. до 2,8 на 1000 жителей, в 2021 г.

Гериатрия, как профиль медицинской помощи, была выделена впервые в территориальной программе на 2015 г. Число койко-дней первоначально составляло 4,6 койко-дня на 1 000 нас., затем было увеличено до 7,2, в дальнейшем в планах на 2018 и в последующих территориальных программах – уменьшено до 3,6 койко-дней на 1 000 жит., а в планах на 2021 г. – увеличено до 8,6, то есть в 2,4 раза.

Особого рассмотрения требует снижение планово-нормативного числа случаев госпитализации по акушерскому делу. Этот показатель неразрывно связан с уровнем рождаемости, который претерпевает значительные изменения в последние годы (рис. 2).

Как видно из данных на рисунке 2, отмечается увеличение уровня рождаемости, начиная с 2005 г. и до 2012 г., затем – стабилизация до 2016 г. При этом планово-нормативный уровень госпитализации оставался неизменным до 2014 г. и составлял 7,8 на 1000 населения. В 2015 г. вместо ожидаемого увеличения планово-нормативного уровня

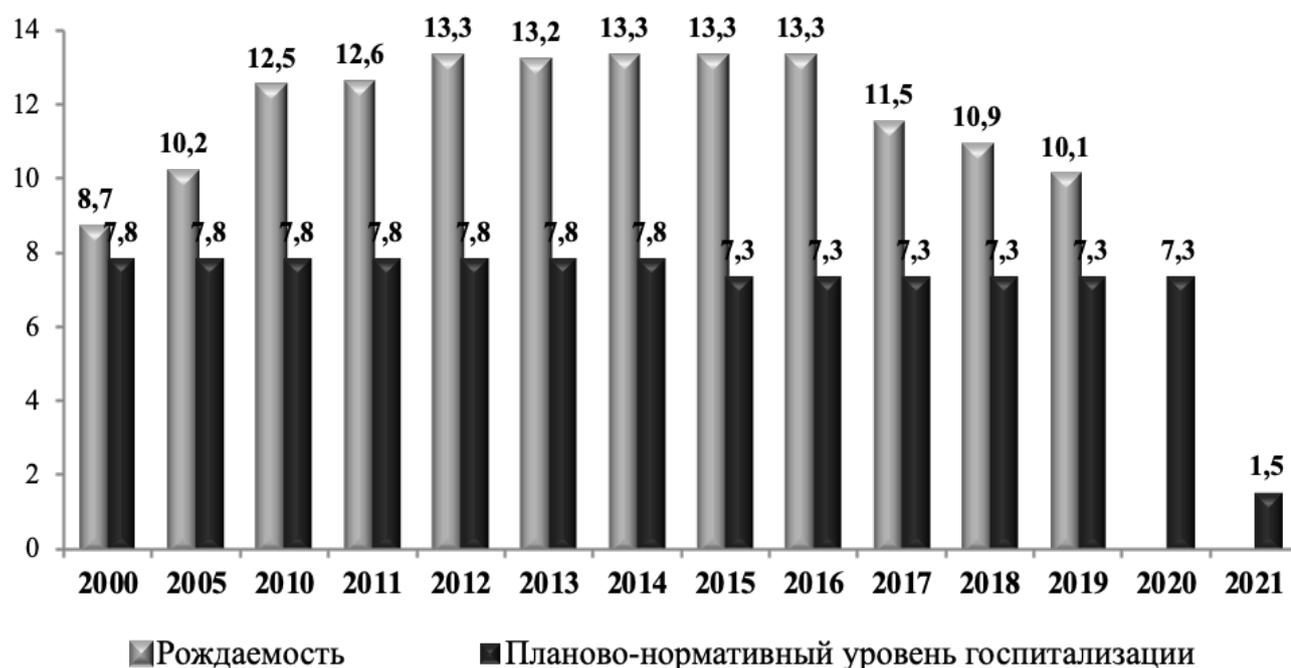


Рис. 2. Уровень рождаемости в России и планово-нормативный показатель госпитализации по профилю «акушерство и гинекология» (койки для беременных и рожениц) на 1 000 населения.

госпитализации этот показатель снизился до 7,3. Основной причиной снижения рождаемости, наблюдаемой с 2017 г., является вступление в репродуктивный возраст тех, кто родился в годы низкой рождаемости в стране. Однако в планах до 2020 г. уровень госпитализации оставался прежним – 7,3 случая на 1000 населения. Планируемый уровень госпитализации на 2021 г. обозначен как 1,5, то есть показатель по непонятным причинам уменьшен почти в 5 (!) раз, что вряд ли можно объяснить снижением репродуктивной активности, связанной с пандемией COVID-19.

Характер изменения числа планируемых койко-дней, скачкообразный и трудно объяснимый какими-либо объективными причинами, определяет целесообразность их сравнения с фактическими показателями обеспеченности коечным фондом. Как известно, статистика здравоохранения содержит фактические данные по абсолютному числу коек и в расчете на 10 тыс. населения. Следовательно, в целях получения сопоставимых показателей, плановое число койко-дней необходимо пересчитать в число коек. Основы для таких пересчетов были сформулированы в Методических рекомендациях Минздрава СССР⁸.

⁸ Письмо Минздрава СССР от 08.04.1974 № 02-14/19 «О направлении "Методических рекомендаций по повышению эффективности и анализу использования коечного фонда стационаров лечебно-профилактических учреждений"». Архив Министерства здравоохранения Российской Федерации. 1974.

В настоящее время алгоритмы этих действий представлены в территориальных программах. Итоги проведенных расчетов планового числа коек в сопоставлении с фактическими данными на примере гериатрии представлены на рис. 3. Представленные изменения фактического коечного фонда определены на основании данных из сборников статистических материалов ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России [1].

Исходя из представленных на рисунке 3 данных, фактическое число коек во все годы наблюдений превышает планируемые данные. Практика здравоохранения не ответила на планируемое уменьшение коечного фонда в 2018 г. по сравнению с 2017 г. Напротив, именно в этот период времени темпы роста обеспеченности коечным фондом увеличились, такая тенденция сохранилась и в последующем. Поступательное развитие коечного фонда продолжилось.

Таким образом, проведенные сравнения расчетного планируемого по территориальным программам коечного фонда и фактических данных подтверждают ранее высказанный тезис о том, что для плановых показателей характерны резкие ежегодные перепады, не обусловленные ни показателями заболеваемости, ни новыми технологиями лечебно-диагностического процесса, а динамика фактической обеспеченности коечным

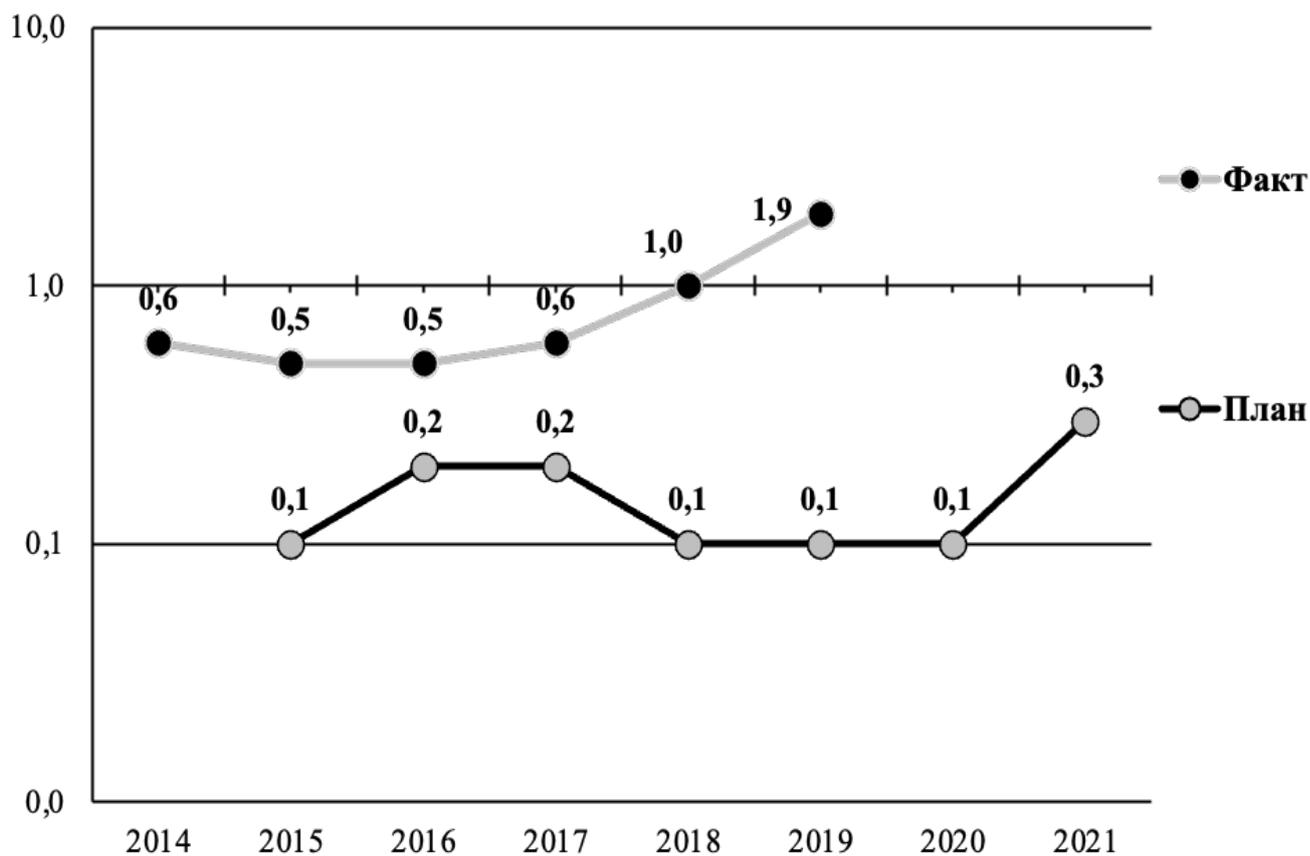


Рис. 3. Динамика планового и фактического числа коек по профилю «гериатрия» на 10000 населения.

фондом развивается плавно с сохранением общей тенденции во все годы наблюдений. Практика здравоохранения не реагирует на резкие ежегодные колебания планово-нормативных данных [5, с. 83–84].

Заключение

Проведенный анализ выявил ряд противоречий между разными документами по гарантированному государством объему медицинской помощи на краткосрочную перспективу, представленными постановлениями Правительства России и территориальными программами. Отсутствует координация этих документов и с планово-нормативными данными по труду. Практика здравоохранения развивается независимо от планово-нормативных показателей. Все это свидетельствует о глубоком кризисе в системе планирования объема медицинской помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения (статистические материалы). – М.: ЦНИИОИЗ, 2020. – 56 с.
2. Шипова В.М. Организация и технология нормирования труда в здравоохранении / В.М. Шипова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 312 с.
3. Хабриев Р.У. Государственные гарантии медицинской помощи / Р.У. Хабриев, В.М. Шипова, В.С. Маличенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 232 с.
4. Шипова В.М. Нормы труда медицинских работников поликлиник: иллюзии и реальность / В.М. Шипова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 168 с.
5. Шипова В.М. Современные проблемы планирования численности медицинских работников больничных учреждений / В.М. Шипова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 96 с.

REFERENCES

1. *Resursy i deyatel'nost' meditsinskikh organizatsiy zdavookhraneniya (Statisticheskie materialy) [Resources and activities of medical healthcare organizations (Statistical materials)]*. Moscow, Federal Research Institute for Health Organization and Informatics, 2020. 56 p. (in Russian).
2. Shipova V.M. *Organizatsiya i tekhnologiya normirovaniya truda v zdavookhraneni [Organization and technology of labor rationing in health care]*. Moscow, GEOTAR-Media, 2018. 312 p. (in Russian).
3. Khabriev R.U., Shipova V.M., Malichenko V.S. *Gosudarstvennye garantii meditsinskoy pomoshchi [State guarantees of medical care]*. Moscow, GEOTAR-Media, 2017. – 232 p. (in Russian).
4. Shipova V.M. *Normy truda meditsinskikh rabotnikov poliklinik:illyuzii i real'nost' [Labor standards of medical workers in polyclinics: illusions and reality]*. Moscow: GEOTAR-Media, 2018. 168 p. (in Russian).
5. Shipova V.M. *Sovremennye problemy planirovaniya chislennosti meditsinskikh rabotnikov bol'nichnykh uchrezhdeniy [Modern problems of planning the number of medical workers in hospital institutions]*. Moscow, GEOTAR-Media, 2019. 96 p. (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Щепин Владимир Олегович – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, член-корреспондент Российской Академии Наук, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация;
e-mail: shchepin131@mail.ru
ORCID: 0000-0002-0657-7623
Author ID 485589

Шипова Валентина Михайловна – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: vschipova@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-8957-921X
Author ID 481681

Миргородская Ольга Владимировна – старший научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: omirgorodskaya@mail.ru
ORCID: 0000-0002-4327-148X
Author ID 718602

AUTHORS

Vladimir Shchepin – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: shchepin131@mail.ru
ORCID: 0000-0002-0657-7623
Author ID 485589

Valentina Shipova – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: vschipova@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-8957-921X
Author ID 481681

Olga Mirgorodskaya – Senior Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, PhD in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: omirgorodskaya@mail.ru
ORCID: 0000-0002-4327-148X
Author ID 718602

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.02.005

СЛОВАРЬ ПО РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ: К ВОПРОСУ О НАЗНАЧЕНИИ И МЕТОДОЛОГИИ СОСТАВЛЕНИЯ

Петрова И.А.¹, Загоруйченко А.А.¹, Мингазова Э.Н.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова:

репродуктивное здоровье, словарь, лексикография, понятийно-категориальный аппарат.

Аннотация

Точное и однозначное восприятие понятийно-категориального аппарата, единообразное понимание смысла высказываний, являются фундаментальной основой продуктивной научной деятельности, в особенности активно развивающихся областей научного знания и практической деятельности, к которым относится сфера вопросов репродуктивного здоровья. Значимость такой работы, важной и самой по себе, приобрела особую силу в связи с необходимостью реализации задач Национального проекта «Демография». В статье представлено обоснование выбора вида, типа и формы Словаря по репродуктивному здоровью, соответствующее его предметности и целевой направленности. Анализируются лексикографические особенности, целевое назначение и методологические подходы к составлению тематического словаря по репродуктивному здоровью, обосновываются конструктивные и пользовательские преимущества представления данного словаря в электронной форме.

DICTIONARY OF REPRODUCTIVE HEALTH: TO THE PROBLEM OF THE PURPOSE AND METHODOLOGY OF THE COMPILATION

Petrova I.A.¹, Zagoruychenko A.A.¹, Mingazova E.N.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

Keywords:

reproductive health, vocabulary, lexicography, conceptual and categorical apparatuses.

Abstract

An accurate and unambiguous perception of the conceptual and categorical apparatus, a uniform understanding of the meaning of statements are the fundamental basis of productive scientific activity, especially in actively developing areas of scientific knowledge and practical activity, which include the sphere of reproductive health issues. The importance of such work, important in itself, has acquired a special force in connection with the need to implement the tasks of the National Project "Demography". The article presents the rationale for choosing the type, type and form of a Dictionary on reproductive Health, corresponding to its subject matter and target orientation, analyzes the lexicographic features, purpose and methodological approaches to compiling a thematic dictionary on reproductive health, justifies the constructive and user advantages of presenting this dictionary in electronic form.

«То, что может быть сказано, должно быть сказано ясно».

Л. Витгенштейн

«Логико-философский трактат»

Сегодня, в век бурного развития информационных технологий, любой вид целенаправленной продуктивной деятельности оказывается еще более связанным с получением и использованием информации в словесной форме и поэтому точное и однозначное восприятие понятийно-категориального аппарата, а значит единообразное понимание смысла высказываний, остаются ее фундаментальной основой [1, с. 214–216; 2, с. 205–215; 3, с. 150–153].

Самая простая практическая деятельность человека невозможна без универсального и общепринятого толкования понятий. Особое значение обязательность единообразного понимания приобретает в процессе научного познания, в последующем представлении полученных результатов, во взаимодействии и коммуникации представителей научного сообщества [4; 5, с. 431–432].

Цель исследования – обеспечение предметным информационно-справочным материалом исследователей вопросов общественного здоровья, репродуктивного здоровья, практиков здравоохранения, а также широких масс населения.

Основные задачи исследования:

1. Систематизация понятийно-категориального аппарата сферы репродуктивного здоровья.
2. Составление предметного тематического словаря по вопросам репродуктивного здоровья населения.
3. Определение неустоявшихся и неоднозначно трактуемых понятийно-терминологических единиц области вопросов репродуктивного здоровья.

Материалы и методы исследования.

Источниковой основой исследования являются профильные публикации и энциклопедические словари. Исследование было предпринято с применением таких исследовательских методов, как контент-анализ, сравнительный анализ, лексикографических методов таксономии, дистрибуции и др.

Результаты.

В контексте решения задач охраны репродуктивного здоровья, определения репродуктивных

стратегий населения, возникла настоятельная потребность в точном определении, систематизации и расширении предметного понятийного аппарата и составлении профильного понятийно-терминологического словаря [6, с. 204–211; 7, с. 6–10]. Значимость такой работы, важной и самой по себе, приобрела особую силу в связи с необходимостью реализации задач Национального проекта «Демография»¹ (01.01.2019–31.12. 2024).

Вот почему определение оснований ясного и непротиворечивого понятийно-категориального толкования как обязательного условия взаимопонимания теоретиков и практиков и выстроенного на этой основе точного взаимодействия (применительно к решению вопросов демографических и связанных с ними медико-биологических и социально-психологических проблем) становится критически важной практико-ориентированной задачей, требующей первоочередного решения.

Одним из общезначимых и широко используемых источников универсального толкования понятий и терминов были и остаются словари, в общем виде представляющие собой источник, свод информации, упорядоченной разбивкой в алфавитном порядке на небольшие словарные статьи. Составление словарей представляет собой особый вид профессиональной деятельности филологов, лингвистов, философов, в том числе логиков и эпистемологов, психолингвистов, изучающих и систематизирующих лингвистические и семантические формы как результаты интеллектуальной деятельности.

Поскольку в ходе проведения особо востребованных в настоящее время междисциплинарных исследований критически важно ученым точно и единообразно понимать друг друга, поэтому приоритетной оказывается задача составления словарей для активно развивающихся областей научно-практической деятельности.

К одной из таких областей, требующих первоочередного внимания исследователей и практиков, относится репродуктология – наука, изучающая ресурсы репродуктивной природы человека,

¹ Национальный проект «Демография». – URL: <http://government.ru/info/35559/>

патологии, препятствующие зачатию и вынашиванию ребенка (клиническая репродуктология), социально-экономические и регуляторные, в первую очередь этико-правовые, аспекты репродуктивного поведения (социальная репродуктология).

К определению вида, типа и формы Словаря по репродуктивному здоровью.

1. Вид словаря (критерий – тип представленной информации).

В лексикографии, особом разделе языкознания, изучающем семантическую структуру слов и вопросы составления словарей принято различать, в соответствии с типом представленной информации, энциклопедические, лингвистические, идеографические (в том числе семантические, тематические) словари:

- энциклопедический словарь содержит в генерализованном виде базовые сведения по определенным отраслям знаний или практической деятельности, объект энциклопедического словаря – «явление» либо «вещь», информация о которых представлена в словарных статьях в виде развернутого описания терминов и понятий;

- лингвистический словарь содержит перечень языковых единиц с толкованием значения слов, указанием их грамматических, акцентологических и иных характеристик, объект лингвистического словаря – «слово» и «формы слова», информация о которых представлена в виде описания лингвистических значений с указанием краткого содержания понятия;

- идеографический (семантический) словарь упорядочивает слова по смыслу, лексическому значению слова или фразы, объект семантического словаря – «выражение смыслового значения», информация в нем представлена в виде совокупности слов и примеров словоупотреблений, какими может быть представлено данное значение;

- тематический словарь, в том числе тезаурус, представляет собой разновидность идеографического словаря, как правило его разработка связывается с предметной научной коммуникацией и образовательным процессом, информация в нем представлена по принципу смешанного упорядочивания – словарные статьи распределены по темам, а в пределах каждой темы расположены в алфавитном порядке.

Таким образом, различные виды словарей по-

зволяют решать различные пользовательские, в том числе познавательные, образовательные и исследовательские задачи. Применительно к составлению Словаря по репродуктивному здоровью предпринятый анализ позволяет высказать предположение о том, что наиболее востребованным в этой области профессиональной теоретической и практической деятельности будет его составление в виде семантического словаря, в котором могут быть представлены дискутируемые неустоявшиеся термины и так называемые зонтичные понятия, включающие в себя несколько различных явлений.

2. Тип словаря (критерий – целевое назначение словаря).

Целевое назначение лексикографической работы в процессе решения научных, научно-практических и образовательных задач определяет выбор типа разрабатываемого словаря. Относительно данного критерия это может быть:

- словарь-гlossарий (разновидность толкового словаря, как правило это словарь узкоспециализированных, иногда привязанных к конкретному тексту и чаще всего малоизвестных или иноязычных терминов);

- исследовательский словарь-тезаурус, устанавливающий единообразное толкование и понимания терминов и понятий с целью продуктивной научной коммуникации в процессе проведения исследования;

- словарь-справочник.

При этом словарь-тезаурус может рассматриваться не только в качестве свода понятий, определений, терминов особой области знаний, позволяющего состояться точному профессиональному общению, но и одним из способов описания конкретных предметных областей, соотносить понятия, что может быть использовано в ходе формирования баз данных для систем искусственного интеллекта (см. к примеру проект РуТез, созданный с операционной целью как ресурс для автоматической обработки текстов) [1, с. 214–216]. Словарь-тезаурус может содержать рекомендации по словоупотреблению с целью преодоления препятствий для адекватного понимания, предупреждения ошибок и разрывов в коммуникации, что особенно важно для концептуальных текстов и документов нормативной природы.

Тематические словари и словари-справочники могут рассматриваться и как своеобразный

инструмент проведения и оценки результатов научных исследований. При этом значимость составления словаря-справочника может быть оценена выше остальных словарей в качестве источника, фиксирующего формирующиеся, не имеющие необходимой определенности и поэтому еще не устоявшиеся в научном обороте, в том числе вызывающие научные дискуссии понятия и термины, те, что Людвиг Витгенштейн, основоположник аналитической философии языка, называл «мерцающими» терминами, что особенно важно для развивающихся областей знаний. В дальнейшем такие понятия и термины «тиражируются» в дискуссиях и публикациях, становятся общепризнанными и общеупотребительными, нередко со значительным семантическим расширением.

Другой характеристикой целевого назначения словаря является его адресация – начиная от самой узкой специализированной аудитории, такие словари в первую очередь направлены на решение исследовательских задач (к примеру шекспироведческий глоссарий) до самой широкой массовой аудитории, предполагающей обращение к такого рода словарям в процессе обучения либо с целью решения самых разных просветительских задач.

Применительно к составлению Словаря по репродуктивному здоровью предполагаем, что он должен разрабатываться в смешанном типе – в первую очередь адресуясь профессионалам (как глоссарий, тезаурус), однако одновременно с этим он должен быть доступен для понимания и удобен в пользовании и более широкой аудитории, в том числе женщинам и семейным парам, планирующим осознанную беременность и ответственное родительство (как словарь-справочник).

3. Форма словаря (критерий – носитель информации).

В прошлом составление и публикация словарей на материальных бумажных носителях было единственной формой их существования, ограничивающей возможность использования тиражом и требовавшей особых условий хранения.

В настоящее время в лексикографии, наряду с задачей упорядочения понятий и терминов, на первый план выходят вопросы систематизации огромного объема информации, постоянно мобильного внесения коррекций и изменений и максимально широкой адресации издания [6, с. 204–211]. Поэтому особое распространение и

востребованность получает создание «электронных словарей», платформ и баз данных. Преимуществами данного вида лексикографической деятельности является подготовка терминологии в более удобном и мобильном формате, а также сохранность словаря на электронном носителе без риска воздействия неблагоприятных факторов внешней среды.

По мнению одного из исследователей вопроса В.П. Селегей: «Словарь на компьютере – это введенный в него бумажный словарь, снабженный удобными средствами поиска и отображения» [7, с. 6–10]. Возможность перевода бумажных массивов словарей в электронный формат, электронная (оцифрованная) версия словаря рассматривается автором самостоятельным программным продуктом и более эффективной формой представления терминологии с точки зрения обработки материала.

Безусловно, составление электронной формы словаря является трудоемким процессом, так как перевод документов в электронный вид сопровождается параллельно масштабной подготовкой файлов к перенесению в иную форму. Однако электронный словарь с большим объемом словника и особым удобством поиска информации, представляет собой новый информационно-познавательный инструмент, способствующий более объемному использованию больших баз данных в различных исследовательских и практических целях.

В профессиональной литературе можно встретить следующие интерпретации термина «электронный словарь»:

- «электронный словарь – словарь в компьютере или другом электронном устройстве; позволяет быстро найти нужное слово с возможностью поиска словосочетаний и словарных статей [8]»;

- «электронный словарь – электронная версия толкового или двуязычного словаря, или специально созданный словарь, записанный на диске или размещенный в Интернете [9, с. 354–355]»;

- отдельными публикациями закреплено введение термина «компьютерный словарь», «автоматизированный словарь» [10; 11, с. 70–79].

При создании электронной формы словаря особо значимой становится возможность использования в режиме онлайн в сети Интернет или в виде специально устанавливаемой программы. Пользоваться таким словарем достаточно просто:

в поле ввода вносится термин, а затем на соответствующей странице появляются варианты его лексических значений.

Электронная форма словаря имеет возможность перевода на другой язык, а также может быть использована как «компьютерное мобильное приложение», обычно применяется язык DSL (Dictionary Specification Language), когда информацию оказывается возможным представить и как «слово-толкование» и как «слово-перевод» [12, с. 24; 13].

Другие преимущества электронной формы словарей могут быть представлены, в контексте их практического применения – использование, презентация, возможности поиска, мобильность электронной версии и т.д. В частности Г.Р. Чумариной отмечается, что при использовании электронного словаря «функции запоминания и гипертекст позволяют пользователям быстро и легко возвращаться к входам, которые были рассмотрены ранее или обращаться к ссылкам или консультироваться с разнообразной информацией ... электронные словари содержат мультимедийные элементы: звуковые, фиксированные и анимационные иллюстрации, короткие видеоролики», что делает их незаменимым источником при составлении презентаций [14, с. 265–270].

Применительно к составлению Словаря по репродуктивному здоровью предполагаем, что такой словарь, с целью соответствия требованиям максимально возможной широты охвата информации и аудитории, а также удобства использования и мобильности, в том числе позволяющей удобно дополнять и корректировать словарные статьи, должен разрабатываться преимущественно в электронной форме.

К определению алгоритма лексикографической работы.

В профильных публикациях справедливо отмечается, что на сегодняшний момент отсутствует «наличие единых правил для составления и подготовки словарей и критериев включения терминов в словарь, а также форм его представления» [1, с. 214].

Важнейшим логико-философским основанием составления любого словаря является аксиоматика, предписывающая соответствие представляемой информации следующему базовому требованию – утверждение не должно быть тавтологичным, риторическим или противоречивым.

Одновременно с этим важным пользовательским основанием является соблюдение требования представлять информацию оптимальным для восприятия и работы со словарем способом. И то и другое равным образом должно учитываться при разработке методологии составления словаря, определении алгоритма лексикографической работы.

С методологической точки зрения особого внимания требует вопрос отбора специальных понятий, терминов, слов и словосочетаний, поиск соответствующих источников – профильных монографий и научных публикаций, словарей и энциклопедий, справочников, нормативных документов, электронных ресурсов в сети Интернет.

Источником достоверной информации в процессе составления нового словаря являются ранее составленные словари и энциклопедии, в которых в соответствии с действующим стандартом представлена специальная терминология. Источники в сети Интернет могут содержать как базовую информацию, так и ту информацию, которая является наиболее актуальной в режиме реального времени [1, с. 214–216; 2, с. 204–205].

При составлении Словаря необходимо учитывать следующие факторы:

- правомерность включения терминов в словарь, в первую очередь соответствие целям составления словаря;
- частотность употребления терминов (контент-анализ);
- порядок расположения терминов в словаре;
- совмещение в словаре нескольких функций (к примеру, исследовательской и образовательной направленности);
- отсутствия противоречия в использовании терминов;
- небольшой временной промежуток в появлении разных версий термина;
- конструктивные принципы построения словаря.

Одним из ведущих исследователей вопроса А.М. Хлыбовой называются в качестве ведущих следующие принципы построения любого словаря:

- «системность» (тематическая связанность лексических единиц в группы);
- «коммуникативная ценность» (отбор лексики для составления словаря);
- «комплексность» (сочетание различных тер-

минов в одном словаре);

- «учебная направленность» (ориентация на обучающую деятельность) [1, с. 215].

При составлении терминологического словаря следует учитывать, что один термин может иметь несколько значений в разных видах профессиональной деятельности, что повышает значимость составления словарей и раскрывает особую важность представления в них четких дефиниций и словарных определений [3]. Что особенно верно, для развивающихся областей знания, к которым относятся вопросы репродуктивного здоровья.

Определение структуры, «организующей конструкции» словаря – основной организационный принцип построения терминологического словаря, определяющий объем, тематический охват и содержание, особенности отбора терминологии и подготовки словарных статей.

Особое значение имеет разница в технологии построения бумажных и электронных текстов словарей:

1. Создание бумажного словаря подразумевает: формирование словника словаря – поиск примеров и формирование картотеки примеров – написание словарных статей – создание рукописи словаря – перепечатка рукописи – редактирование словарных статей – авторская доработка – перепечатка рукописи – корректура – перепечатка рукописи – набор, верстка словаря – корректура – печать словаря – словарь.

2. Составление электронной версии словаря включает в себя: формирование корпуса текстов – создание словника – автоматическое формирование корпуса примеров – написание словарных статей – ввод словарных статей в базу данных – редактирование словарных статей в базе данных – корректура текста в базе данных – порождение текста словаря и формирование оригинал-макета – печать словаря – словарь [12, с. 24].

В зависимости от технических решений выделены следующие виды электронных словарей: интернет-словари, глоссарии для учебных онлайн-курсов, словари на компакт-дисках, карманные электронные словари [13].

В рамках составления электронного словаря в качестве иллюстрирования материала могут быть представлены такие его функциональные возможности как широкое толкование значения терминологии, использование картинки-графического

изображения, возможность пояснения методического характера [12, с. 24; 14, с. 265–270].

При отборе специальной лексики и разработке конкретного термина при составлении словаря необходимо также учитывать уникальность терминологии, поскольку могут создаваться новые слова и словосочетания и даже «корректироваться» научная картина мира в рамках новой системы терминов [15, с. 38–50; 16, с. 505–512].

Наиболее важными перспективными задачами составления Словаря по репродуктивному здоровью в настоящее время представляются – определение способов обозначения новых семантических единиц, соотношения базового понятия и его последующих редакций, вариантных номинаций.

Электронный семантический Словарь-справочник по репродуктивному здоровью как систематизированный и кумулятивный информационный источник призван стать эффективным исследовательским инструментом и основой продуктивной междисциплинарной и межсекторальной коммуникации.

Заключение.

Предпринятый анализ специфики поисковой и лексикографической работы по составлению словаря по репродуктивному здоровью обосновывает необходимость его разработки одновременно и в качестве мобильного профессионального исследовательского инструмента, и как предметного информационно-справочного источника по вопросам репродуктивного здоровья, представляющего интерес для самых широких масс населения страны.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хлыбова М.А. К вопросу о принципах составления двуязычного терминологического словаря / М.А. Хлыбова // *Baltic Humanitarian Journal*. – 2017. – Т. 6. – № 4. – С. 214–216.
2. Денисов П.Н. Очерки по русской лексикологии и учебной лексикографии / П.Н. Денисов. – М.: МГУ, 1974. – 256 с.
3. Реформатский А.А. Что такое термин и терминология / А.А. Реформатский. – М.: МГУ, 1959. – 153 с.
4. Кобрин Р.Ю. Экспериментальное исследование терминологичности элементов текста / Р.Ю. Кобрин, М.Л. Бычкова с соавт. // *Научно-техническая информация*. – М., 1979. – Сер. 2. – 56 с.
5. Дубичинский В.В. Лексикография русского языка / В.В. Дубичинский. – М.: Наука, 2009. – 432 с.
6. Денисов П.Н. Типология учебных словарей. Проблемы учебной лексикографии / П.Н. Денисов. – М.: МГУ, 1977. – 211 с.
7. Агапова Н.А. О принципах создания электронного словаря лингвокультурологического типа: к постановке проблемы / Н.А. Агапова, Н.В. Картофелева // *Вестник Томского государственного университета*. – 2014. – № 382. – С. 6–10.
8. Палкова А. Электронные словари. E-LANGUAGE / А. Палкова. – URL: <http://annapal.jimdo.com/мои-курсы/информационные-технологии-в-лингвистике/электронные-словари/>
9. Азимов Э.Г. Электронный словарь. Новый словарь методических терминов и понятий (теория и практика обучения языкам) / Э.Г. Азимов, А.Н. Щукин // – М., 2009. – 355 с.
10. Балаева Е.Ю. Электронный словарь: сущность, структура, классификации / Е.Ю. Балаева // *Научно-практический журнал «Современная педагогика»*. – URL: <http://pedagogika.snauka.ru/2014/04/2238>
11. Belyaeva L.N. Automatic lexicography scope and applied linguistics / L.N. Belyaeva // *Izvestia: Herzen University Journal of Humanities and Sciences*. – 2010. – № 134. – P. 70–79.
12. Buldakova E.V. Computer lexicography: lecture notes / E.V. Buldakova. – St. Petersburg, 2009. – 24 p.
13. Nesi H. Electronic Dictionaries in Second Language Vocabulary Comprehension and Acquisition: the State of the Art. *Euralex: European Association for Lexicography* / H. Nesi. – URL: http://www.euralex.org/elx_proceedings/Euralex2000/099_Hilary%20NESI_Electronic%20Dictionaries%20in%20Second%20Language%20Vocabulary%20Comprehension%20and%20Acquisition_the%20State%20of%20the%20Art.pdf.
14. Чумарина Г.Р. Сравнительная характеристика электронных и бумажных словарей в функциональном аспекте / Г.Р. Чумарина // *Вестник Чувашского университета*. – 2009. – № 4. – С. 265–270.
15. Авербух К.Я. Терминологическая вариантность / К.Я. Авербух // *Вопросы языкознания*. – 1986. – № 6. – С. 38–50.
16. Лукашевич Н.В. Тезаурусы в задачах информационного поиска / Н.В. Лукашевич. – М.: МГУ, 2011. – 512 с.

REFERENCES

1. Hlybova M.A. On the question of the principles of compiling a bilingual terminology dictionary. *Baltic Humanitarian Journal*, 2017, vol. 6, no. 4, pp. 214–216 (in Russian).
2. Denisov P.N. *Oчерki po russkoj leksikologii i uchebnoj leksikografii* [Essays on Russian Lexicology and educational Lexicography]. Moscow, MGU, 1974, 256 p. (in Russian).
3. Reformatskij A.A. *Чto takoe termin i terminologija* [What is the term and terminology?]. Moscow, MGU, 1959, 153 p. (in Russian).
4. Kobrin R.Ju, Bychkova M.L. *Jeksperimental'noe issledovanie terminologichnosti jelementov teksta* [Experimental study of the terminology of text elements]. Moscow, Nauchno-tehnicheskaja informacija, 1979, 56 p. (in Russian).
5. Dubichinskij V.V. *Leksikografija russkogo jazyka* [Lexicography of the Russian language]. Moscow, Nauka, 2009, 432 p. (in Russian).
6. Denisov P.N. *Tipologija uchebnyh slovaroj. Problemy uchebnoj leksikografii* [Typology of educational dictionaries. Problems of educational lexicography.]. Moscow, MGU, 1977, 211 p. (in Russian).
7. Agapova N.A., Kartofeleva N.V. On the principles of creating an electronic dictionary of the linguoculturological type: to the problem statement. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Tomsk State University], 2014, vol. 382, pp. 6–10 (in Russian).
8. Palkova A. *Jelektronnye slovari. E-LANGUAGE*. [Electronic dictionaries. E-LANGUAGE]. – URL: <http://annapal.jimdo.com/moi-kursy/informacionnye-tehnologii-v-lingvistike/jelektronnye-slovary/> (in Russian).
9. Azimov Je.G., A.N. Shhukin *Jelektronnyj slovar'. Novyj slovar' metodicheskij terminov i ponjatij (teorija i praktika obuchenija jazykam)* [Electronic dictionary. New dictionary of methodological terms and concepts (theory and practice of teaching languages)]. Moscow, 2009, 355 p. (in Russian).

10. Balaeva E.Ju. *Jelektronnyj slovar': sushhnost', struktura, klassifikacii. Nauchno-prakticheskij zhurnal «Sovremennaja pedagogika»* [Electronic dictionary: essence, structure, classification. Scientific and practical journal "Modern Pedagogy"]. URL: <http://pedagogika.snauka.ru/2014/04/2238> (in Russian).
11. Belyaeva L.N. Automatic lexicography scope and applied linguistics. *Izvestia: Herzen University Journal of Humanities and Sciences*, 2010, vol. 134, pp. 70–79 (in Russian).
12. Buldakova E.V. *Computer lexicography: lecture notes*. St. Petersburg, 2009, 24 p. (in Russian).
13. Nesi H. *Electronic Dictionaries in Second Language Vocabulary Comprehension and Acquisition: the State of the Art. Euralex: European Association for Lexicography*. URL: http://www.euralex.org/elx_proceedings/Euralex2000/099_Hilary%20NESI_Electronic%20Dictionaries%20in%20Second%20Language%20Vocabulary%20Comprehension%20and%20Acquisition_the%20State%20of%20the%20Art.pdf (in Russian).
14. Chumarina G.R. Comparative characteristics of electronic and paper dictionaries in the functional aspect. *Vestnik Chuvashskogo universiteta* [Bulletin of the Chuvash University], 2009, vol. 4, pp. 265–270 (in Russian).
15. Averbuh K.Ja. Terminological variation. *Voprosy jazykoznanija* [Questions of linguistics], 1986, vol. 6, pp. 38–50 (in Russian).
16. Lukashevich N.V. *Tezaurusy v zadachah informacionnogo poiska* [Thesauruses in information search tasks]. Moscow, MGU, 2011, 512 p. (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Петрова Ирина Анатольевна – ведущий научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат философских наук, Москва, Российская Федерация;

e-mail: iap61@inbox.ru
ORCID: 0000-0002-5750-8492
Author ID 817949

Загоруйченко Анна Анатольевна – научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: zagoranna@mail.ru
ORCID: 0000-0002-4040-2800
Author ID 817552

Мингазова Эльмира Нурисламовна – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: elmira_mingazova@mail.ru
ORCID: 0000-0002-8558-8928
Author ID 383915

AUTHORS

Irina Petrova – Leading Researcher, PhD, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: iap61@inbox.ru
ORCID: 0000-0002-5750-8492
Author ID 817949

Anna Zagoruychenko – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: zagoranna@mail.ru
ORCID: 0000-0002-4040-2800
Author ID 817552

Elmira Mingazova – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: elmira_mingazova@mail.ru
ORCID: 0000-0002-8558-8928
Author ID 383915

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.02.006

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СИСТЕМЫ МОТИВИРОВАНИЯ И СТИМУЛИРОВАНИЯ ГРАЖДАН К ЗДОРОВЬЕСОХРАНЯЮЩЕМУ ПОВЕДЕНИЮ

Вигдорчик Я.И.¹, Линденбрaten А.Л.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова:

общественное здоровье, здоровый образ жизни, охрана здоровья, мотивация, мотивирование, стимулирование, профилактика.

Аннотация

Представлено теоретическое обоснование системы мотивирования и стимулирования граждан к здоровьесохраняющему поведению как комплекса мер для снижения распространенности известных поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний с целью снижения заболеваемости, сохранения человеческого, а, следовательно, и трудового, и экономического потенциала страны. Даны определения с позиций общественного здоровья и здравоохранения таким терминам, как мотив, мотивация, мотивирование, стимулирование, активно используемым в настоящее время, чтобы внести ясность и сформировать единый взгляд на описываемую тему. Сформулирован потребностно-ориентированный подход в мотивировании. Он заключается в том, чтобы через косвенное удовлетворение потребности индивидов удовлетворить объективную потребность в оздоровлении населения. Дано определение системы мотивирования и стимулирования граждан к ведению здорового образа жизни, определена последовательность действий для успешного создания системы, целью которой является усиление действия укрепляющих здоровье факторов, а также ослабление действия факторов негативных путем перестройки динамического стереотипа граждан.

THEORETICAL BASIS OF THE SYSTEM OF MOTIVATING AND STIMULATING CITIZENS TO HEALTH-PRESERVING BEHAVIOR

Vigdorichik Y.I.¹, Lindenbraten A.L.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

Keywords:

public health, healthy lifestyle, health protection, motivation, motivation process, stimulation, prevention.

Abstract

The theoretical foundation of the system of motivating and stimulating citizens to health-preserving behavior is presented, this system is a set of measures to reduce the prevalence of known behavioral risk factors for non-communicable diseases, in order to reduce the incidence of such diseases, to preserve human, and, therefore, labor, and the economic potential of the country. In order to clarify and form a unified view of the described topic definitions from the standpoint of public health and health care are given for such terms as motive, motivation, motivation process, incentive, which are actively used at the present time. A need-oriented approach to motivation was formulated. It consists in satisfying the objective need for improving the health of the population through indirect satisfaction of the needs of individuals. The definition of the system of motivating and stimulating citizens to maintain a healthy lifestyle is given, the stages of actions for the successful creation of a system are defined, which purpose is to strengthen the effect of health-enhancing factors, and weaken the effect of negative factors by restructuring the dynamic stereotype of citizens.

Ведущее место в структуре заболеваний, наносящих экономический ущерб, занимают неинфекционные заболевания [1, с. 52–54]. Причем, как в мире, так и на территории нашей страны. Такие заболевания как: ожирение, сахарный диабет II типа, болезни сердечно-сосудистой системы, хроническая патология дыхательной системы и т.п., не только занимают важное экономическое место по статьям расходов на их лечение, но и выходят на первые позиции в списках причин инвалидности во всем мире. В Российской Федерации особенно актуальны злокачественные новообразования и болезни системы кровообращения [2], которые требуют особого внимания.

Согласно концепции факторов риска, предотвратить неинфекционные заболевания возможно, нивелируя действие этих самых факторов [3, с. 29–36]. У факторов риска сложные взаимоотношения, некоторые из них могут усилить вредное действие друг друга. Воздействуя на условия, определенные как повышающие вероятность заболевания этой группой заболеваний, следует осознавать и не забывать тот факт, что риск не означает неизбежное наступление нежелательного события, а, следовательно, фактор риска не является детерминантой конкретной болезни, но служит основой при разработке прогнозов и принятии решений в сфере профилактики неинфекционных заболеваний. Отсюда можно сделать вывод о том, что, снизив распространенность факторов риска, мы, в какой-то степени, снизим и заболеваемость, и инвалидность, а вместе с тем, и обусловленные ими человеческие и финансовые потери.

Казалось бы, отсюда возникает и формулировка цели исследования – снизить распространенность факторов риска среди населения. Вот только достижение этой цели оказалось не такой простой задачей, выяснилось, что факторы риска сами по себе неразрывно связаны с целым рядом других условий: и общественных, и свойственных конкретному человеку. Для решения этого вопроса была разработана концепция социальных определяющих здоровья [4, с. 15–19], основанная на выделении причин, приводящих к таким представляющим угрозу здоровью формам поведения, как курение, избыточное употребление алкоголя, нерациональное питание. Воздействовать на эти условия в рамках одной только системы здравоохранения, в осуществляемые функции которой

входит организация профилактики заболеваний¹, невозможно, для этого требуется кооперация различных государственных ведомств и структур, общественных организаций, частного сектора и самих граждан. Ведь на самом деле даже выделить полностью все условия, которые обуславливают то или иное поведение человека, задача сверхтрудная.

Возникает объективная необходимость в создании межведомственной системы, включающей различные элементы, по управлению деятельностью в сфере охраны здоровья, так как обозначенная проблема выходит за рамки одной лишь системы здравоохранения, а охватывает уже куда более обширную сферу – сферу охраны здоровья, включающую в себя и здравоохранение.

В рамках межведомственной системы охраны здоровья куда более остро встает вопрос выбора объекта управления. Должны им стать факторы риска или, быть может, социальные детерминанты? И да, и нет. Ведь среди факторов риска неинфекционных заболеваний Всемирная организация здравоохранения отдельно выделила поведенческие и метаболические, хотя, несомненно, свою лепту вносят и генетические особенности, и состояние окружающей среды, в которой живет человек. Возможным объектом управления представляется сам индивид, который с куда большей точностью сможет определить условия, влияющие на то или иное его поведение, в том числе и подвергающее здоровье риску ухудшения.

Вне всяких сомнений ощущается необходимость в поиске нового подхода к решению этой проблемы. Определенно требуется повысить долю граждан, ведущих здоровый, свободный от негативного действия установленных факторов риска, образ жизни. Следует отметить, что акцент на неинфекционных заболеваниях не означает выпадение из поля зрения других заболеваний, а лишь выделяет более актуальную в современных условиях область общественного здоровья. Если мы хотим достичь серьезных результатов, то придется достигнуть большой массовости проводимых мероприятий. По оценкам, число врачей в нашей стране составляет около 715 тысяч человек [5], что более чем в 200 раз меньше числа постоянных жителей. Так почему бы не привлечь

¹ Постановление Правительства России от 19.06.2012 № 608 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2012. – № 26. – Ст. 3526.

самих граждан к охране и укреплению собственного здоровья путем изменения своего поведения в сторону ограничения действия факторов риска? Основой такого активного участия граждан в этом процессе могут стать механизмы мотивирования и стимулирования, если их соответствующим образом адаптировать.

Цель исследования

Сформулировать теоретические основы для создания системы мотивирования и стимулирования граждан к здоровьесохраняющему поведению как части системы охраны здоровья.

Материал и методы

Для достижения поставленной цели, был применен комплекс методов научного исследования: анализ, синтез, монографического описания, логический. На основе анализа были синтезированы определения следующих терминов: мотив, мотивация, мотивирование, стимулирование, система мотивирования и стимулирования граждан к ведению здорового образа жизни. Используя логический метод, была сформулирована и изложена этапность действий для успешного создания системы мотивирования и стимулирования граждан к здоровьесохраняющему поведению.

Источниками информации послужили нормативные правовые акты, публикации, посвященные мотивации и мотивам. Был проведен анализ определений, таких терминов, как мотивация, употребленного впервые Артуром Шопенгауэром [6, с. 41–44] в его трудах, проанализировано определение Е.П. Ильина [7, с. 66–68], рассматривавшего саму мотивацию как своего рода процесс; мотив, которому была дано необычайно точное определение А.Н. Леонтьевым [8, с. 5–6] в рамках деятельностной теории мотивации. Также А.Н. Леонтьев определил, что источником человеческой мотивации служат потребности. Обращают на себя внимание определения мотива, мотивации и мотивирования данные О.С. Виханским и А.И. Наумовым [9, с. 133–139], которые отмечали их значение в работе различных организаций.

Результаты

Следует разъяснить используемые далее термины с позиций нашей области научного знания. Мы считаем, что возникла объективная потребность в разграничении некоторых терминов, активно используемых в настоящее время, для того, чтобы внести ясность и сформировать единый взгляд на описываемую тему. Мы считаем понятия мотивирование и стимулирование разными

терминами, так как помимо их зачастую отдельного употребления, они имеют разные корни. В вопросе соотношения мотивирования и стимулирования полагаем, что стоит рассматривать использование различных стимулов для изменения поведения, как часть мотивирования, потому как деятельность определяется главенствующим мотивом, и стимулы в таком случае направлены на изменение или появление у человека желаемой мотивации, приводящей к желаемому поведению.

Мотив – элемент мотивации, определяющий этап деятельности человека, нацеленной на удовлетворение потребности, придающий ей целенаправленность.

Мотивация – совокупность мотивов человека, его внутренней сферы, объединенных общей направленностью.

Мотивирование – процесс формирования группы мотивов, обуславливающих определенное поведение человека.

Стимулирование – процесс воздействия на человека с применением позитивных или негативных стимулов различного характера, с целью возникновения у него определенных мотивов.

Система мотивирования и стимулирования граждан к ведению здорового образа жизни – это группа мероприятий, нацеленных на формирование у граждан мотивации к следованию здоровьесохраняющему поведению, в том числе через применение стимулов социальной и экономической природы.

Итак, для успешного создания системы мотивирования и стимулирования граждан к здоровьесохраняющему поведению нужно соблюсти определенную этапность действий:

1. Определить основные критерии здорового образа жизни или здоровьесохраняющего поведения с целью получения эталона поведения, используемого помимо сравнения и для просвещения населения.

2. Выявить наиболее угрожающие общественному здоровью поведенческие факторы риска путем определения факторов риска общих для наибольшего количества заболеваний, наносящих значительный экономический ущерб.

3. Определить основные потребности людей, являющихся гражданами, подвергающихся воздействию определенного фактора риска.

4. На основе полученных данных разработать стимулы наиболее подходящего характера и размера с учетом национального контекста, террито-

риальных особенностей и специфики различных контингентов населения.

5. Применяя описанный далее потребностно-ориентированный подход, начинать воздействие выбранными стимулами с целью коррекции представляющего риск для здоровья поведения.

Обсуждение

Как мы видим, первичной в описанной теме является потребность. Она определяет формирование мотивов, которые в свою очередь обуславливают поведение человека. Так как нас интересует коррекция поведения в сторону ограничения действия поведенческих факторов риска, нам необходимо обратить внимание на мотивы, движущие людьми. Как известно, имеется возможность планирования и формирования содержания мотивации, то есть она является управляемой. Если мы сможем грамотно воздействовать на эту сферу, то нам удастся изменить поведение людей, сделав его здоровьесберегающим, а не здоровьеразрушающим. Для этого следует применить механизмы мотивирования и стимулирования и нацелить их на отказ от привычек, вредящих здоровью.

Ключевым моментом здесь является воздействие такими стимулами, которые соответствуют текущим потребностям населения. Способом удовлетворения актуальных потребностей должно стать такое изменение поведения (например, отказ от курения), за которым последует достойное поощрение (например, снижение платы за коммунальные услуги) – позитивный стимул, который начинает действовать еще на этапе изменения поведения, то есть до самого поощрения. Таким образом, мы сможем вывести на главенствующее место тот мотив, который предпочтителен в профилактических целях.

Как известно, мотивы, находясь в мотивационной сфере человека, постоянно конкурируют между собой, стремясь занять главенствующее положение в иерархии мотивов. Нам требуется сдвинуть чашу весов в сторону интересующего нас мотива путем создания условий для этого. Местом перелома при этом, фокусом изменений станет не система здравоохранения, а сам человек. Бывает трудно определить точную причину того или иного поведения извне, снаружи. Здесь опорой и помощником станет сам человек. Он должен захотеть отказаться от вредных привычек, начать вести здоровый образ жизни. В этом деле особенно важны добровольность и осознанность.

Налицо объективная потребность в оздоров-

лении населения. Ведь здоровая нация – главное условие процветания государства. Согласно Конституции², наше государство является социальным, и в его интересах политика, направленная на сохранение жизни и здоровья собственных граждан в целях осуществления его социальной и экономической функций. Для этого предлагается потребностно-ориентированный подход, который заключается в том, что, стремясь удовлетворить свои потребности, граждане будут удовлетворять объективную потребность в здоровом населении.

Сегодня ведется речь о мотивации населения к ведению здорового образа жизни³, но зная особенности структуры мотивационной сферы, стоит признать, что достигнуть успеха в этом направлении можно, подходя к делу мотивирования не односторонне, учитывая лишь интересы государства, но двусторонне, ориентируясь и на потребности населения, чтобы, используя потребностно-ориентированный подход, начать процесс ограничения действия негативно влияющих на здоровье факторов, в том числе применяя адекватные по размеру и характеру стимулы.

Лишь при совместном движении навстречу двух сторон мы сможем решить проблему распространения неинфекционных болезней. Со стороны государства это глубокая разработка и применение научно-обоснованных мер, а со стороны гражданина – приложение воли и усилий, так как без его собственных действий ничего не получится.

Основанием для системности предложенных мер является необходимость пожизненного изменения поведения граждан. Ведь если сегодня человек бросит курить, чтобы получить выгоду, а завтра снова начнет курить, то наши старания будут тщетны. Следовательно, нужна система мер по мотивированию и стимулированию, дающая нам возможность направить людей на путь здоровьесохранения, даже при других обстоятельствах и условиях, отличных от сегодняшних, потому что структура заболеваемости и инвалидности может измениться. В ходе последующих исследований может быть получена информация о новых факторах риска, о новых заболеваниях, с которыми придется вести борьбу. Развитие че-

² Конституция Российской Федерации // Российская газета. – 2020. – № 144.

³ Приказ Министерства здравоохранения России от 15.01.2020 № 8 «Об утверждении Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года». Архив Министерства здравоохранения России. 2020.

ловчества продолжается, прогресс идет, хорошо это или плохо, но окружающие условия менялись, меняются и будут меняться, поэтому нам нужен универсальный механизм с заложенной в его основу возможностью адаптации под конкретные актуальные задачи.

Особенно важно превентивно воздействовать на людей находящихся в преморбидном, пограничном между здоровьем и болезнью, состоянии. Приложив усилия тут, мы сможем предотвратить или отсрочить возникновение заболевания и говорить уже не о потерянных, а о сохранных годах человеческих жизней. Это может стать фундаментом для возрождения превентивного направления в медицине в формате первичной профилактики.

Применение этой системы не ограничено одним образом жизни. Мы можем подобным образом заинтересовать граждан в соблюдении врачебных назначений и рекомендаций, значительно повысить результативность диспансеризации, чтобы она перестала быть формальностью, а стала выполнять свою целевую функцию. Ведь и следование плану лечения, и активное участие в диспансеризации можно классифицировать как формы поведения.

Потенциальным результатом станет постепенное изменение поведения граждан, их оздоровление, снижение заболеваемости неинфекционными заболеваниями, снижение обусловленной ими инвалидности, повышение качества жизни за счет изменения компонента, связанного со здоровьем. Поэтому предложенный комплекс мер является выгодным для государства, общества и граждан перераспределением имеющихся ресурсов.

Одним лишь созданием условий для граждан не обойтись, для успеха нужно применять различные стимулы (материальные, и нематериальные). Нельзя забывать и о том, что население представлено совокупностью индивидов со своими собственными системами ценностей. Поэтому экономические стимулы могут не оказать на кого-то ожидаемого эффекта. В связи с этим не стоит ограничиваться лишь экономическими сти-

мулами, стоит подключить в том числе социальные, статусные и моральные. К тому же важную роль играет оценка ценности вознаграждения не только тем, кто его назначает, но и тем, кто его потенциально получит.

Для разработки эффективных организационных технологий необходимо определить потребности людей, являющихся гражданами, и причины их повышающего риск для здоровья поведения, чтобы устранить эти причины, а также выбрать потребности, удовлетворяя которые за конкретные действия граждан, мы получим двойную пользу и для человека, и для общества. Желательно охватить как можно больше возрастных групп с обязательным включением подрастающего поколения. Ставя целью оздоровление нации, мы можем обеспечить государству фундамент для значительного развития.

Выводы

Теоретические основы этой системы не ограничиваются одной лишь сферой охраны здоровья, где возможен большой охват, ведь почти 90% граждан не ведут здоровый образ жизни [10], и, соответственно, помощь большому количеству людей, и потребностно-ориентированный подход в мотивировании и стимулировании может применяться в других сферах, например, в образовательной или в управлении персоналом. Система мотивирования и стимулирования может применяться не только для борьбы с неинфекционными заболеваниями, но и с рядом других болезней, имеющих общие поведенческие факторы риска. Мы предлагаем и усилить действие укрепляющих здоровье факторов, и ослабить действие факторов негативных путем перестройки динамического стереотипа граждан. Организация описанной системы, основанной на социально-экономических механизмах, требует тщательного продумывания и серьезной проработки, но потенциал в сохранении человеческого, а, следовательно, и трудового, и экономического потенциала страны очень велик.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Концевая А.В. Экономический ущерб факторов риска, обусловленный их вкладом в заболеваемость и смертность от основных хронических неинфекционных заболеваний в российской Федерации в 2016 году / А.В. Концевая, Д.К. Муканеева, А.О. Мырзаматова, Ю.А. Баланова, М.Б. Худяков, О. М. Драпкина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – № 1. – С. 48–55.
2. РОССТАТ. Государственная статистика. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13964>

3. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. – Geneva: World Health Organization, 2013. – 103 p.
4. A conceptual framework for action on the social determinants of health. – Geneva: World Health Organization, 2010. – 79 p.
5. РОССТАТ. Государственная статистика. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>
6. Шопенгауэр А. О четверояком корне закона достаточного основания: Философское рассуждение Артура Шопенгауэра / А. Шопенгауэр. – М.: типо-литография т-ва И.Н. Кушнерев и К°, 1902. – 140 с.
7. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2011. – 512 с.
8. Леонтьев Д.А. Понятие мотива у А.Н. Леонтьева и проблема качества мотивации / Д.А. Леонтьев // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2016. – № 2. – С. 3–18.
9. Виханский О.С. Менеджмент / О.С. Виханский, А.И. Наумов. – М.: Экономика, 2003. – 528 с.
10. ЕМИСС. Государственная статистика. – URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/59457>

REFERENCES

1. Koncevaya A.V., Mukaneeva D.K., Myrzamatova A.O., Balanova Y.A., Hudyakov M.B., Drapkina O.M. Economic damage of risk factors associated with morbidity and mortality from major chronic non-communicable diseases in Russia in 2016. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika [Cardiovascular Therapy and Prevention]*, 2020, no. 1, pp. 48–55 (in Russian).
2. ROSSTAT. Gosudarstvennaya statistika [ROSSTAT. State statistics]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13964> (in Russian).
3. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva, World Health Organization, 2013. 103 p.
4. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2010. 79 p.
5. ROSSTAT. Gosudarstvennaya statistika [ROSSTAT. State statistics]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (in Russian).
6. Schopenhauer A. *O chetveroyakom korne zakona dostatochnogo osnovaniya: Filosofskoe rassuzhdenie Artura Shopengauera [The Fourfold Root of the Law of Sufficient Cause: The Philosophical Discourse of Arthur Schopenhauer]*. Moscow, tipo-litografiya t-va I.N. Kushnerev and K°, 1902. 140 p. (in Russian).
7. Illin E. P. *Motivatsiya i motivy. [Motivation and motives]*. St. Petersburg: Piter, 2011. 512 p. (in Russian).
8. Leont'ev D.A. Ponyatie motiva u A. N. Leont'eva i problema kachestva motivatsii. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya. [Moscow University Bulletin. Episode 14. Psychology]*. 2016, no. 2, pp. 3–18 (in Russian).
9. Vihanskij O.S., Naumov A. I. *Menedzhment [Management]*. Moscow, Ekonomist, 2003. 528 p. (in Russian)
10. EMISS. Gosudarstvennaya statistika [EMISS. State statistics]. URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/59457> (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Вигдорчик Ярослав Игоревич – аспирант, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: yaroslav.vigdorchik@mail.ru
ORCID:0000-0002-3129-3200

Линденбратен Александр Леонидович – руководитель научного направления, главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация;
e-mail: lindenbraten13@rambler.ru
ORCID:0000-0003-3152-9292
Author ID 368047

AUTHORS

Yaroslav Vigdorchik – post-graduate student, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation;
e-mail: yaroslav.vigdorchik@mail.ru
ORCID:0000-0002-3129-3200

Alexander Lindenbraten – Head of Scientific Direction, Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation;
e-mail: lindenbraten13@rambler.ru
ORCID:0000-0003-3152-9292
Author ID 368047

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.02.007

НОРМЫ ТРУДА ВРАЧЕЙ–СТАТИСТИКОВ И МЕДИЦИНСКИХ СТАТИСТИКОВ

Шипова В.М.¹, Берсенева Е.А.¹, Михайлов Д.Ю.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова:

общественное здоровье, нормы труда, врач-статистик, медицинский статистик, численность медицинских работников.

Аннотация

Работа врачей-статистиков и медицинских статистиков является важной составляющей деятельности медицинских организаций. Изучение динамики фактической обеспеченности этими кадрами выявило рост численности врачей на фоне уменьшения численности медицинских статистиков. Анализ штатно-нормативной обеспеченности медицинских организаций этими должностями в современных нормативно-правовых документах проведен в сравнении с данными, указанными в приказах Минздрава СССР. В публикации представлен анализ штатно-нормативной обеспеченности медицинских организаций должностями врачей-статистиков и медицинских статистиков, выявлены основные неоднозначные нормы современной нормативно-регулируемой базы по труду. При этом установлены основные нормативные показатели для анализируемых должностей и различия в величине норматива в зависимости от типа учреждения и его значимости, роли в оказании медицинской помощи населению. Выявлены основные спорные положения в современных нормативно-правовых документах по труду, состоящие в разных показателях и измерителях норм труда и приводящие при их применении к неравной нагрузке врачей-статистиков и медицинских статистиков при одинаковом объеме работы. Так, число коек, на которое устанавливается одна должность медицинского статистика в учреждениях одного и того же типа, колеблется от 80 до 300 коек, а по ряду учреждений должность устанавливается независимо от мощности учреждения. Сделан обоснованный вывод о необходимости пересмотра норм труда врачей статистиков и медицинских статистиков.

WORKING STANDARDS FOR DOCTORS–STATISTICS AND MEDICAL STATISTICS

Shipova V.M.¹, Berseneva E.A.¹, Mikhaylov D.Y.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

Keywords:

public health, labor standards, doctor-statistician, medical statistician, number of medical workers.

Abstract

The work of statisticians and medical statisticians is an important component of the medical organizations activities. A study of the dynamics of the actual availability of these personnel revealed an increase in the number of doctors amid a decrease in the number of medical statisticians. The analysis of the staffing of medical organizations with these positions in modern regulatory documents was carried out in comparison with the data indicated in the orders of the USSR Ministry of Health. The publication presents an analysis of the staffing and normative provision of medical organizations with the posts of physicians-statisticians and medical statisticians, identifies the main disputable provisions of the modern legal and regulatory framework for labor. At the same time, the main normative indicators for the analyzed positions and differences in the value of the standard are established depending on the type of institution and its significance and role in providing medical care to the population. The main controversial provisions in modern normative and legal documents on labor, consisting in different indicators and meters of labor standards, were identified and, when applied, lead to unequal load of statisticians and medical statisticians with the same amount of work. Thus, the number of beds for which one post of medical statistics is established in institutions of the same

type varies from 80 to 300 beds, and for a number of institutions the position is established regardless of the capacity of the institution. A reasonable conclusion was made about the need to revise the labor standards of doctors of statisticians and medical statisticians.

Важнейшим звеном деятельности медицинских организаций является статистическое обеспечение, позволяющее провести углубленный анализ работы всего учреждения и его отдельных подразделений, оценку показателей качества лечебной и профилактической работы, заболеваемости прикрепленного населения.

Должностные обязанности, необходимые знания и требования к квалификации врача-статистика и медицинского статистика представлены в специальном приказе Министерства здравоохранения и социального развития России¹. Внедрение информатизации, современные требования к процессу статистического учета и анализа по уходу от автоматизированного рабочего места (далее – АРМ) с наличием фиксированного набора функций и автоматизированного алгоритма решения отдельных задач к системной информатизации медицинских организаций, систем территориального здравоохранения и ОМС, от локальных форм информационных систем к распределенным, включающим в себя комбинацию как децентрализованных, так и централизованных способов хранения и обработки данных, ставит новые задачи в деятельности врачей-статистиков и медицинских статистиков [1 с. 75].

Цель исследования – анализ кадрового обеспечения этих должностей, представленного в современной нормативно-регулируемой базе по труду, и обоснование предложений по совершенствованию этих данных.

Использованы методы системного анализа, описательного моделирования.

Результаты и их обсуждение. Динамика численности должностей врачей-статистиков и медицинских статистиков по данным сборников по ресурсам и деятельности медицинских

организаций [2] отражена на рисунке 1. С целью наглядности изменения данных, имеющих значительные различия, выбрана полулогарифметрическая масштабная сетка.

Как видно на рисунке, наблюдается постепенный рост численности врачей-статистиков на фоне уменьшения численности медицинских статистиков. Численность врачей-статистиков увеличилась с 2,7 тыс. до 3,1 тыс., то есть на 15%, а медицинских статистиков уменьшилась с 10,4 тыс. до 7,9 тыс., то есть на 24%. Соотношение численности специалистов со средним и высшим образованием постепенно сокращается: если на 1 должность врача-статистика в 2014 г. приходилось 3,9 должности медицинского статистика, то в 2019 г. – 2,5 должности.

В приказах Минздрава СССР штатные нормативы врачей-статистиков и медицинских статистиков устанавливались в отделении медицинской статистики организационно-методических отделов, в организационно-методических кабинетах в зависимости от типа учреждения, числа коек, числа должностей врачей на уровне амбулаторно-поликлинического звена, а также от численности населения области, края, республики (в медицинских организациях областного, краевого и республиканского уровня), числа населения проживающего в сельских районах (в ЦРБ и в сельских районных медицинских организациях).

Нормативы должностей врачей-статистиков в областных, краевых и республиканских больницах устанавливались согласно приказу Минздрава СССР № 560² в составе отделения медицинской статистики организационно-методического отдела в виде должности заведующего отделением, а также должности врача-статистика в зависимости от численности населения области, края, республики следующим образом: 2–3 должности при

¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития России от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения». Архив Министерства здравоохранения России, 2010.

² Приказ Министерства здравоохранения СССР от 31 мая 1979 г. № 560 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь областных, краевых и республиканских больниц для взрослых и детей». Архив Министерства здравоохранения России, 1979.

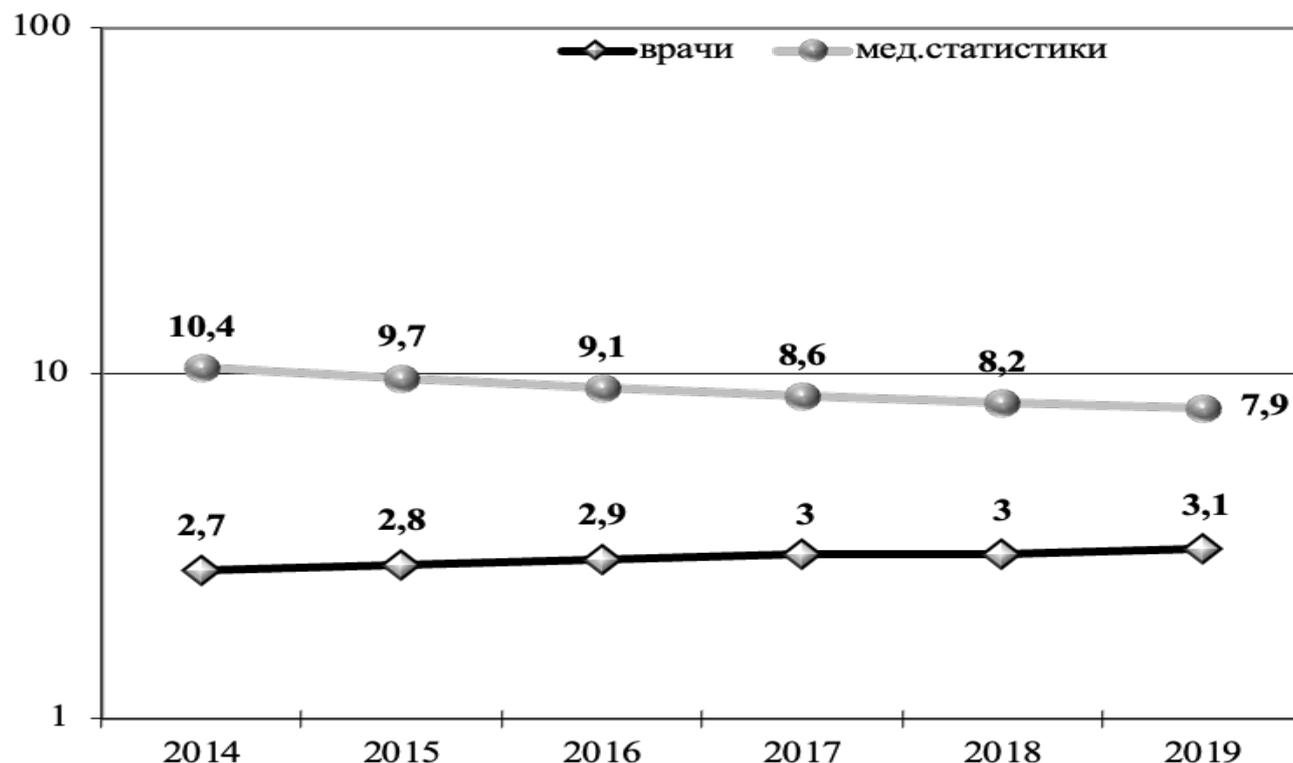


Рис. 1. Динамика численности врачей-статистиков и медицинских статистиков (в тыс. физических лиц).

численности населения, свыше 2 млн. и 1–2 должности – при меньшей численности населения.

Должности медицинского статистика определялись численностью населения: 5–6 должностей при численности населения, проживающего в области, крае, или республике, более 2 млн. человек, 3–4 должности медицинского статистика – при численности 1–2 млн. человек и 2 должности медицинского статистика при численности населения до 1 млн. человек.

Кроме того, в медицинской организации в штатной структуре отделения медицинской статистики дополнительно вводятся должности медицинских статистиков:

- при коечной ёмкости 100–300 коек – 1 должность;
- при коечной ёмкости от 301 до 500 коек – 2 должности;
- при коечной ёмкости более 500 до 1000 коек – 2 должности до 500 коек и 1 должность на каждые последующие 250 коек;
- при коечной ёмкости, превышающей 1000 коек – 4 должности на 1000 коек и 1 должность на каждые последующие 400 коек.

В соответствии с положениями, изложенными

ми в приказе № 600³, ставка врача-статистика в качестве заведующего кабинетом учёта и медицинской статистики устанавливалась так:

- в больнице, имеющей в своем составе городскую поликлинику, при наличии в стационаре не менее 250 коек. В штате больницы с меньшим числом коек указанная должность вводится в тех случаях, когда поликлинике больницы полагается не менее 30 должностей врачей амбулаторного приема;
- в больнице, не имеющей в своем составе городской поликлиники, при наличии в стационаре не менее 500 коек.

Количество ставок медицинских статистиков нормировалось из расчета 1 ставки на 300 коек. В больнице с коечной ёмкостью менее 100 указанный норматив не применялся.

³ Приказ Министерства здравоохранения СССР от 6 июня 1979 г. № 600 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь центральных городских, городских и детских городских больниц, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек». Архив Министерства здравоохранения России, 1979.

По приказу № 900⁴ ставки медицинских статистиков организационно-методического кабинета нормировались:

- при численности населения, проживающего в сельских районах до 20 тыс. человек – 0,5 ставки, а с численностью населения более 20 тыс. человек – 1 ставка;

- из расчета 1 должность на: 250 коек – в ЦРБ, 300 коек – в районных стационарах.

Таким образом, представленные приказы Минздрава СССР в части штатного обеспечения врачами-статистиками и медицинскими статистиками показывают:

- четкую зависимость нормативных данных от иерархии учреждений в сети медицинских организаций, их роли в оказании медицинской помощи и необходимости статистической обеспеченности показателей их деятельности;

- определение числа коек и должностей врачей амбулаторного приема, как основных показателей и измерителей для установления количества ставок врачей-статистиков и медицинских статистиков.

Анализируемые приказы Министерства здравоохранения СССР были признаны не действующими на территории Российской Федерации⁵. На спорность такого шага Минздрава России неоднократно указывалось в публикациях [3]. С введением этого документа штатных нормативов больничных учреждений лишились не только должности врачей-статистиков, но и остальные должности медицинских работников вспомогательной лечебно-диагностической службы, заместители главных врачей, дезинфекторы и др.

В ряде современных нормативно-правовых документов по труду указываются нормативы численности должностей врачей-статистиков и медицинских статистиков. Эти данные представлены в порядке их хронологического утверждения в табл. 1.

⁴ Приказ Министерства здравоохранения СССР от 26 сентября 1978 г. № 900 «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь центральных районных и районных больниц сельских районов, центральных районных поликлиник сельских районов, городских больниц и поликлиник (амбулаторий) городов и поселков городского типа с населением до 25 тыс. человек, участковых больниц, амбулаторий в сельской местности и фельдшерско-акушерских пунктов». Архив Министерства здравоохранения России, 1978.

⁵ Приказ Министерства здравоохранения России от 16 октября 2016 г. № 708 «О признании не действующими на территории Российской Федерации приказов Министерства здравоохранения СССР и признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения РСФСР от 4 января 1988 № 2 «О состоянии и перспективах развития патологоанатомической службы в РСФСР». Архив Министерства здравоохранения России, 2016.

Как видно из данных таблицы, нормативный показатель для установления той или иной должности характеризуется значительным и необоснованным разнообразием.

Формулировку «устанавливается в порядке и по нормам соответствующего структурного подразделения», которая приведена в приказе № 689н для врача-статистика и в приказе № 932н для медицинского статистика, нельзя признать нормативной, так как указанного документа по порядкам и нормам соответствующего подразделения не существует.

По большинству учреждений должности рекомендуется устанавливать независимо от мощности медицинской организации, числа коек, врачей амбулаторного приема или численности населения. Так устанавливается должность врача-статистика в кардиологическом диспансере без коечного фонда, сосудистом центре, кожно-венерологическом диспансере, санатории для лечения туберкулеза всех форм, наркологическом диспансере, гериатрическом центре, женской консультации, перинатальном центре, центре общественного здоровья и медицинской профилактики. Такая формулировка нормативной записи приводит к разной нагрузке медицинских работников. Например, в сосудистом центре на 100 коек и в таком же учреждении на 300 коек рекомендуется установить по 1 должности врача-статистика. Совершенно очевидно, что нагрузка этих должностей будет разной.

В ряде учреждений приводится новый нормативный показатель для медицинского статистика, должность которого устанавливается на должность врача-статистика, например, в кардиологическом диспансере без коечного фонда.

Представляет определенный интерес нормативное соотношение рекомендуемых должностей врачей-статистиков и медицинских статистиков. С этой целью все учреждения, по которым можно установить такие данные, сгруппированы следующим образом:

- в первую группу входят учреждения, в которых на одну должность врача-статистика устанавливается одна должность медицинского статистика, например, врачебно-физкультурный диспансер, центр охраны здоровья подростков;

- вторая группа состоит из учреждений, где рекомендуется планировать две должности медицинского статистика на одну должность вра-

Таблица 1
статистика

Норматив должности врача-статистика и медицинского статистика
(приказы в хронологическом порядке)

№ п/п	Дата утверждения, номер приказа	Формулировка норматива должности	
		Врача-статистика	Медицинского статистика
1.	31.01.2012 № 69н	Инфекционная больница	
		1 на 200 коек	1 на 300 коек
2.	28.03.2012 № 278н		Станция переливания крови: 4 Организационно-методический отдел: 1–2 должности в зависимости от объема заготавливаемой крови
3.	15.05.2012 № 543н	Устанавливается в поликлинике с числом ставок врачей амбулаторного приема не менее 40 (зав. кабинетом медицинской статистики)	Устанавливаются в поликлиниках с числом врачебных ставок (всех): до 20 – 0,5 должности; свыше 20 до 40 – 1 должность; свыше 40 до 60 – 1,5 должности; свыше 60 – 2 должности В центре (отделении) общей врачебной практике (семейной медицине) – 1 должность
4.	17.05.2012 № 566н		Психоневрологический диспансер, не имеющий стационарного отделения – при наличии не менее 12 врачебных ставок (в штатную структуру организационно-методического консультативного отдела дополнительно вводится ставка медицинского статистика)
		Психиатрическая больница	
		1 должность	1 на 400 коек, но не более 3 ставок на больницу
5.	08.11.2012 № 689н	По порядкам соответствующих структурных подразделений, но не менее 1	Не менее 1
6.	12.11.2012 № 910н		Детская стоматологическая поликлиника – 1 на 20 врачей, но не менее 1 должности
7.	15.11.2012 № 915н		Поликлиническое отделение онкологического диспансера – 1 на 10 врачей
		Организационно-методический отдел онкологического диспансера	
		1 на 1 млн населения субъекта РФ, 1 на 3000 выбывших больных	2 на 400 тыс. населения зоны обслуживания 2 на 1 млн. населения субъекта РФ; 2 на 3000 выбывших больных

№ п/п	Дата утверждения, номер приказа	Формулировка норматива должности	
		Врача-статистика	Медицинского статистика
8.	15.11.2012 № 918н	Кардиологический диспансер без коечного фонда	
		1 должность	2 на 1 должность врача-статистика
		Сосудистый центр	
		1 должность	
9.	15.11.2012 № 924н	Организационно-методический отдел кожно-венерологического диспансера	
		не менее 1	не менее 1
10.	15.11. 2012 № 932н	Кабинет мониторинга туберкулеза амбулаторного отделения противотуберкулезного диспансера	
		1 на 1 млн. обслуживаемого населения, но не менее 1 должности	1 на 1 млн. обслуживаемого населения, но не менее 1 должности
		Организационно-методический отдел туберкулезной больницы	
		1 на 500 впервые выявленных больных туберкулезом; 1 на 200 коек	2,5 на 1 млн. прикрепленного населения и 1 на 100 коек, но не менее 1 должности
		Амбулаторно-консультативное отделение клиники научно-исследовательской организации	
			Устанавливается в порядке и по нормам соответствующего структурного подразделения
		Санаторий для лечения туберкулеза всех форм	
		1 должность	2 должности
11.	20.07.2013 № 388н	Станция скорой медицинской помощи	
		1 на каждые 1 млн. человек населения субъекта Российской Федерации, но не менее 1 в составе отдела (кабинета) статистики с архивом	1 на 1 должность врача-статистика отдела (кабинета) статистики с архивом, но не менее 1 на каждые 25 тыс. выездов в год
		Стационарное отделение скорой медицинской помощи больницы (больницы скорой медицинской помощи)	
		1 на 150 пациентов в сутки	1 на 150 пациентов в сутки
12.	30.12.2015 № 1034н	Наркологический диспансер (наркологическая больница)	
		1 должность	1 при наличии не менее 10 должностей врачей-психиатров-наркологов (врачей-психиатров-наркологов участковых); 1 на организационно-методический отдел
		Реабилитационный наркологический центр	
			1 должность
13.	29.01.2016 № 38н	Гериатрический центр	
		1 должность	2 на 1 должность врача-статистика

№ п/п	Дата утверждения, номер приказа	Формулировка норматива должности	
		Врача-статистика	Медицинского статистика
14.	05.05.2016 №279н		В санаториях: 1 на 200 коек размещения и более, но не менее 0,5 ст. В санатории-профилактории: 1 на 200 и более коек размещения, но не менее 0,5 ст. врачей В курортной поликлинике: 1 ставка на 20 ставок врачей, но не менее 0,5 В бальнеологической лечебнице - 1
15.	24.03. 2016 г. № 179н	1,0 – на каждые 15 должностей врачей и специалистов с высшим немедицинским образованием	1,0 – на каждую должность врача-статистика
16.	07.03.2018 № 92н		В детской поликлинике: 2 ставки (на 10,0 тыс. детей)
17.	31.05.2019 г. № 345н/372н		В хосписе для взрослых: 1 должность В организационно-методическом отделе хосписа для детей: 1 должность
18.	23.10.2019 № 878н	Центр медицинской реабилитации детей, являющийся самостоятельной медицинской организацией	
		1 должность	1 должность
19.	31.07.2020 № 786н	Стоматологическое отделение, кабинет, лаборатория, стоматологическая поликлиника	
			1 на 20 должностей врача стоматологического профиля
20.	20.10.2020 № 1130н	Женская консультация	
		1 должность	1 должность
		Родильный дом (1 и 2 группы)	
			1 должность в родильном доме на 80 коек и более
		Перинатальный центр	
		2 должности	6 должностей
		Центр охраны семьи и репродукции	
		-----	1 должность
		Центр охраны репродуктивного здоровья подростков	
1 должность	1 должность		
21.	23.10.2020 № 1144н	Врачебно-физкультурный диспансер, центр лечебной физкультуры и спортивной медицины, отделение (кабинет) спортивной медицины	
		0,5 на 7–14 врачебных ставок, полагающихся диспансеру, 1 на 15 врачебных ставок, полагающихся диспансеру	0,5 на 7–14 врачебных ставок, полагающихся диспансеру, 1 на 15 врачебных ставок, полагающихся диспансеру
22.	29.10.2020 № 1177н	Центр общественного здоровья и медицинской профилактики	
		-----	1 должность

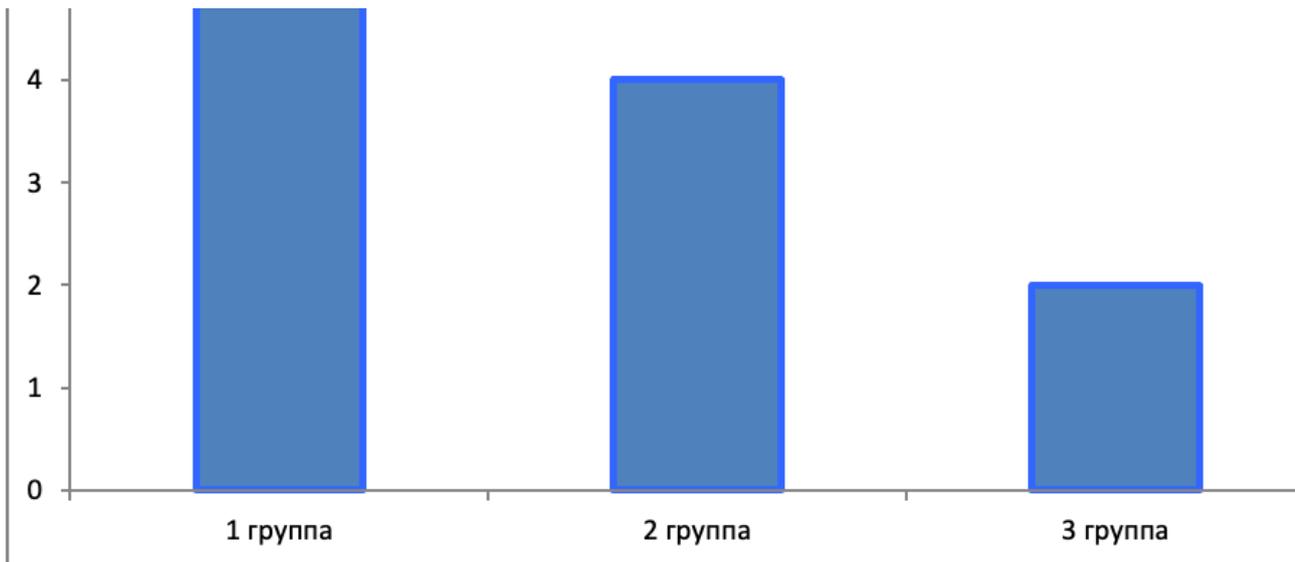


Рис. 2. Группировка учреждений по соотношению должностей медицинских статистиков к должности врачей-статистиков

ча-статистика, например, гериатрический центр, санатории для лечения туберкулеза всех форм; - в третью группу вошли учреждения, для которых рекомендуемое соотношение резко отличается от вышеизложенного и значительно больше или меньше указанных цифр. В эту группу входит инфекционная больница, для которой рекомендуется норматив должности врача-статистика, превышающий норматив для медицинского статистика, а также перинатальный центр, в котором рекомендуется устанавливать 3 должности медицинского статистика на 1 должность врача-статистика.

Число учреждений по указанным группам отражено на гистограмме (рис. 2).

Число учреждений не совпадает с числом приказов в связи с тем, что в одном приказе могут быть указаны несколько учреждений с разным нормативным числом должностей.

Как видно на рисунке, преобладающей группой является первая, в которую вошли 5 учреждений, следующее ранговое место занимает вторая группа учреждений.

Необходимо обратить особое внимание на то, что в разных нормативно-правовых документах приводится необъяснимая разная величина одного и того же показателя. Так, должность медицинского статистика в стоматологической поликлинике устанавливается на 20 должностей врачей стоматологического профиля, а во врачебном физкультурном диспансере – на 15 врачей, в инфекционной больнице – на 300 коек, а в родильном

доме – на 80 коек.

Как видно из таблицы 1, в число учреждений, в которых указывается нормативный показатель по врачам-статистикам и медицинским статистикам, не вошли больничные учреждения основных типов: областные (краевые, республиканские) городские, районные больницы. Следовательно, по этим учреждениям необходимо использовать приказы Минздрава СССР, несмотря, что они утратили свою юридическую силу на территории России.

Таким образом, проведенный анализ современных нормативно-правовых документов по штатно-нормативной обеспеченности врачами-статистиками и медицинскими статистиками проявил их крайнюю спорность. С целью приведения нормативной численности медицинских работников статистической службы в соответствие с теорией и практикой нормирования труда необходим пересмотр рассматриваемых в публикации нормативных документов по труду. Кроме того, требуется разработка нормативов работы врачей-статистиков и медицинских статистиков в условиях автоматизации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Берсенева Е.А. Информационные системы в управлении лечебно-профилактическим учреждением / Е.А. Берсенева // Врач и информационные технологии. – 2006. – № 4. – С. 75.
2. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. – М.: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, 2020. – 280 с.
3. Хабриев Р.У. Комментарии к нормам труда в здравоохранении / Р.У. Хабриев, В.М. Шипова, С.М. Гаджиева – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 144 с.

REFERENCES

1. Berseneva E.A. Information systems in the management of a medical and prophylactic institution. *Vrach i informacionnye tekhnologii* [Doctor and information technologies], 2006, no. 4, p. 75 (in Russian).
2. *Resursy i deyatel'nost' medicinskih organizacij zdavoohraneniya* [Resources and activities of medical healthcare organizations]. Moscow, Central Research Institute of Health Organization and Informatization, 2020. 280 p. (in Russian).
3. Khabriev R.U., Shipova V.M., Gadzhieva S.M. *Kommentarii k normam truda v zdavoohranenii* [Comments on labor standards in health care]. Moscow, GEOTAR-Media, 2017. 144 p. (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Шипова Валентина Михайловна – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: vschipova@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-8957-921X
Author ID 481681

Берсенева Евгения Александровна – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: eaberseneva@gmail.com
ORCID: 0000-0003-3481-6190
Author ID 87167

Михайлов Дмитрий Юрьевич – научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: mdudoc@mail.ru
ORCID: 0000-0002-9526-8610
Author ID 653759

AUTHORS

Valentina Shipova – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habilit. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: vschipova@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-8957-921X
Author ID 481681

Evgeniya Berseneva – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habilit. in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: eaberseneva@gmail.com
ORCID: 0000-0003-3481-6190
Author ID 87167

Dmitry Mikhaylov – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, PhD. in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: mdudoc@mail.ru
ORCID: 0000-0002-9526-8610
Author ID 653759

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.02.008

ИНФЕКЦИОННЫЕ РИСКИ ЗОН ЖИЛЫХ ПОМЕЩЕНИЙ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ: КАК ИХ МИНИМИЗИРОВАТЬ?

Горенков Р.В.^{1,2,3}, Васильева Т.П.¹, Ротов В.М.¹, Алленов А.М.^{1,2}, Арсенкова О.Ю.¹, Малахова А.Р.¹, Макарова Е.В.¹, Спасенникова М.Г.¹

¹Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация

²Сеченовский университет, Москва, Российская Федерация

³Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Российская Федерация

Ключевые слова:

гигиена жилья, здоровье детей, зоны риска жилых помещений, инфекционные болезни, дезинфекция, дезинфекционные средства.

Аннотация

Большую часть времени современный человек проводит в закрытых помещениях и подвергается воздействию неблагоприятных факторов жилых помещений, как на производстве, так и находясь в помещениях жилых зданий. Особую актуальность эта проблема приобрела в период пандемии COVID-19, когда большинство граждан находилось на самоизоляции в домашних условиях. В связи с этим здоровье человека во многом зависит от того, насколько экологически безопасна внутренняя жилая среда помещений. Особенно чувствительны к внешним факторам дети. Жилые помещения становятся местом, где дети могут проводить до 24 часов в сутки. В домашних условиях реализуется воспитательный, образовательный процесс, происходит досуг и питание ребенка. Выработка стандартов и рекомендаций по дезинфекции жилых помещений необходима в целях снижения рисков для здоровья детей, что является безусловным приоритетом государственной политики Российской Федерации. В статье представлен аналитический обзор данных по минимизации инфекционных рисков зон жилых помещений для здоровья детей; рассматриваются зоны инфекционного риска жилых помещений; классификация современных дезинфицирующих средств; безопасность дезинфицирующих средств для здоровья детей; анализ нормативных подходов в Российской Федерации к обеспечению гигиены в жилых помещениях, в том числе в период эпидемии COVID-19; обоснование проведения образовательных мероприятий по гигиене жилья на уровне семьи.

CHILDREN'S INFECTIOUS RISKS TO RESIDENTIAL AREAS: HOW TO MINIMIZE THEM?

Gorenkov R.V.^{1,2,3}, Vasilyeva T.P.¹, Rotov V.M.¹, Allenov A.M.^{1,2}, Arsenkova O.Yu.¹, Malakhova A.R.¹, Makarova E.V.¹, Spasennikova M.G.¹

¹N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

²Sechenov University, Moscow, Russian Federation

³M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research and Clinical Institute, Moscow, Russian Federation

Keywords:

housing hygiene, children's health, risk zones of living quarters, infectious diseases, disinfection, disinfectants.

Abstract

Most of the time a modern person spends in closed rooms and is exposed to the adverse factors of living quarters, both at work and while in the premises of residential buildings. In this regard, human health largely depends on how environmentally safe the internal living environment of the premises is. Children are especially sensitive to external factors. Living quarters are becoming a place where children can spend up to 24 hours a day. At home, the upbringing, educational process is implemented, the child's leisure and nutrition takes place. The development of standards and recommendations for the disinfection of living quarters is necessary in order to reduce the risks to the health of children - which is an absolute priority of the state policy of the Russian Federation. The purpose of this work is an analytical review of

data on minimization of infectious risks of residential areas for children's health. The article deals with the areas of infectious risk of residential premises; classification of modern disinfectants; the safety of disinfectants for children's health; analysis of regulatory approaches in the Russian Federation to ensuring hygiene in residential premises, including during the COVID-19 epidemic; justification of educational activities on hygiene of housing at the family level.

Авторы поставили своей целью представить аналитический обзор данных по минимизации инфекционных рисков зон жилых помещений для здоровья детей.

Большую часть времени современный человек проводит в закрытых помещениях и подвергается воздействию неблагоприятных факторов жилых помещений. Особую актуальность эта проблема приобрела в период пандемии COVID-19, когда большинство граждан находились на самоизоляции. Обучение, работа, отдых и питание – все это происходило в домашних условиях, где отдельные категории граждан, в том числе семьи с детьми и лица старшего возраста, провели несколько месяцев практически в круглосуточном режиме.

В связи с этим здоровье человека во многом зависит от того, насколько экологически безопасна внутренняя жилая среда помещений. Экология жилищных помещений довольно обширная тема. На здоровье человека в жилом доме действует комплекс факторов различного характера: микроклимат; ионизирующие и неионизирующие излучения, в том числе от бытовых электроприборов; множество химических веществ, выделяющихся из строительных материалов; бытовая химия и многие другие [1, с. 68–74; 2, с. 5–10; 3, с. 843–853; 4, с. 248–254; 5, с. 43–44; 6, с. 18–26]. Исследованиями установлено, что в воздухе жилых зданий одновременно может присутствовать более 100 летучих химических веществ и соединений, в том числе относящихся к I и II классу опасности: углеводороды, эфиры, спирты, аэрозоли свинца, ртути, кадмия, цинка, никеля, хрома и других металлов [1, с. 68–74; 5, с. 43–45].

Вместе с тем, сама среда жилого помещения (условия содержания жилища, уборка, микроклимат, бытовая химия, продукты питания, люди, животные, растения и пр.) формирует определенный состав микрофлоры (микробиоты) помещений, которая также может неблагоприятно оказывать

воздействие на организм человека: способствовать инфекционным, аллергическим, онкологическим заболеваниям [1, с. 68–74]. Особенно чувствительны к среде домашних помещений дети [7, с. 7–8; 8, с. 197–222].

Статистика свидетельствует, что показатели заболеваемости детей некоторыми болезнями, входящими в категорию так называемых «болезней грязных рук» (гепатит А, дизентерия, грипп и другие ОРВИ, сальмонеллез, глистные инвазии), а также другими заболеваниями, связанными с нарушениями правил гигиены, растут быстрее общего тренда заболеваемости среди детей. Как свидетельствуют данные доклада «Здравоохранение в России – 2019», при общем увеличении детской заболеваемости на 19% за прошедшие 18 лет, с 2005 по 2018 г. рост числа заболеваний кишечными инфекциями и инфекционными болезнями верхних дыхательных путей составил 32% и 27% соответственно [9].

Принимая во внимание данные статистики, свидетельствующей о серьезном росте детской заболеваемости, связанной с нарушением правил гигиены, данный вопрос является принципиальным условием реализации стратегических приоритетов государства в области здравоохранения и социальной политики, направленных на снижение детской заболеваемости в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» и комплексной президентской программы «Десятилетие детства».

Вопрос дезинфекции жилых помещений входит в приоритетную повестку международного экспертного сообщества в сфере здравоохранения. Согласно данным международной организации Global Hygiene Council, более трех миллионов детей в возрасте до пяти лет ежегодно умирают от инфекционных заболеваний (700 тыс. от диареи). 52% семей не проводят дезинфекцию поверхностей дома во время сезона простуды и гриппа, 31% зарегистрированных пищевых отравлений

происходят в домашних условиях¹.

Вместе с тем в общем векторе государственных мер по обеспечению санитарно-эпидемиологической безопасности вопрос гигиены в жилых помещениях по зонам инфекционного риска пока не получил должного развития:

- не разработаны единые комплексные рекомендации по выделению зон инфекционного риска (места наибольшей концентрации микроорганизмов-возбудителей заболеваний);

- не разработаны рекомендации по эффективному и безопасному использованию средств дезинфекции в жилых помещениях, которые учитывали бы международный опыт в этом вопросе, включая рекомендации ВОЗ по дезинфекции поверхностей в закрытых помещениях разного типа.

Зоны инфекционного риска в жилых помещениях.

Согласно данным доклада Национального научного фонда США «International Household Germ Study», концентрация микроорганизмов и возбудителей заболеваний на поверхностях в жилых помещениях распределена неравномерно: выделяют зоны риска – места наибольшей концентрации возбудителей заболеваний на поверхностях. Основные зоны инфекционного риска в жилых помещениях² представлены в таблице 1.

Как следует из таблицы, на поверхностях в жилых помещениях концентрируются возбудители заболеваний, несущие значительные инфекционные риски для здоровья, в том числе здоровья детей. Ключевыми возбудителями являются колиформные бактерии и плесневые грибы.

В настоящее время к колиформным бактериям относят бактерии группы кишечной палочки в качестве маркера фекальной контаминации и так называемым санитарно-показательным микроорганизмам. К бактериям группы кишечных палочек относят представителей родов *Escherichia* (в том числе и *E. Coli*), *Citrobacter* (типичный представитель *C. Coli citrovorum*), *Enterobacter* (типичный представитель *E. Aerogenes*), которые объединены в одно семейство *Enterobacteriaceae* благодаря общности морфологических и культуральных свойств [10, с. 7–14].

¹ A report by the Global Hygiene Council on the impact of hygiene on common paediatric infections «Small Steps for Big Change». – URL: <http://www.hygienecouncil.org/media/752/small-steps-for-big-change-report.pdf>.

² 2011 NSF International Household Germ Study. – URL: https://d2evkimvhatqav.cloudfront.net/documents/2011_NSF_Household_Germ_Study_exec-summary.pdf?mtime=20200420102148&focal=none.

Основными зонами инфекционного риска в домашних помещениях являются поверхности на кухне (раковина, столешница, разделочная доска), включая бытовую технику (стиральная машина кофемашина), в гостиной (пульт для телевизора, джойстик), ванная комната (стакан для зубных щеток). Именно здесь концентрация болезнетворных микроорганизмов достигает особенно высокого уровня.

Одной из проблем распространения возбудителей инфекционных заболеваний в жилом помещении является обсеменение бактериями стиральных машин. Как свидетельствуют результаты исследований и экспертные доклады, при наиболее распространенном режиме стирки (40–60°C и ниже) возбудители болезней не погибают, а размножаются и распространяются по белью, попавшему в стиральную машину³. Наиболее загрязненными называют нижнее и постельное белье, а также полотенца.

Основными бактериями, представляющими опасность для детей в домашних условиях, являются колиформные бактерии, стафилококк, плесневые грибы и возбудители пневмонии.

Радикального снижения уровня рисков для детского здоровья и здоровья семьи в домашних условиях можно достичь с помощью регулярной дезинфекции «зон риска» и следованию базовым правилам гигиены. Для этого необходимо донести информирование семей о зонах рисков и способах эффективной дезинфекции.

Общий подход к практикам дезинфекции зон рисков жилых помещений в полной мере не разработан даже в развитых странах. В связи с этим, исследователи из Международного научного форума домашней гигиены выделяют новый подход к организации ежедневных практик дезинфекции (*Hygiene and Everyday Life – HEDL*) на основе «целенаправленной гигиены» («targeted

³ Schmithausen R.M. The washing machine as a reservoir for transmission of extended spectrum beta-lactamase (CTX-M-15)-producing *Klebsiella oxytoca* ST201 in newborns / R.M. Schmithausen, E. Sib, M. Exner et al. // *Applied and Environmental Microbiology* Oct. – 2019. – № 85 (22). – URL: <https://aem.asm.org/content/85/22/e01435-19>.

Robertson E. Is your LAUNDRY making you ill? 30°C cycles breed bacteria and transfer germs from your underwear to tea towels. – URL: <https://www.dailymail.co.uk/health/article-2398775/30-C-laundry-cycles-breed-bacteria-transfer-germs-underwear-tea-towels.html#ixzz2cdJdQUyP>.

Your energy-efficient washing machine could be harboring pathogens. – URL: <https://medicalxpress.com/news/2019-09-energy-efficient-machine-harboring-pathogens.html>.

Таблица 1

Зоны инфекционного риска» в жилых помещениях

«Зоны риска» в жилых помещениях	Распространенные возбудители
Губка, тряпка для посуды	Колиформные бактерии, дрожжи, плесневый грибок, стафилококк
Кухонная раковина	Колиформные бактерии
Столешница	Колиформные бактерии
Разделочная доска	Колиформные бактерии
Лопатка для приготовления пищи	Колиформные бактерии
Кофемашина	Дрожжи, плесневый грибок
Клавиатура компьютера	Дрожжи, плесневый грибок
Пульт от телевизора, игровой джойстик	Плесневый грибок
Стакан для зубных щеток	Колиформные бактерии,
Стиральная машина	Колиформные бактерии, плесневый грибок, возбудители пневмонии и диареи
Дверная ручка	Колиформные бактерии

hygiene»)⁴. На практике это означает осознанную профилактику санитарных рисков там, где они особенно велики в зависимости от конкретной ситуации.

Основные дезинфицирующие средства и их безопасность использования

Исторически дезинфицирующие средства использовались для ежедневной гигиены и уборки жилых помещений, а также в борьбе против массовых инфекционных заболеваний.

За последние 100 лет химическая промышленность синтезировала множество дезинфицирующих средств.

На сегодняшний день перечень веществ, используемых для дезинфекции поверхностей, насчитывает десятки оригинальных химических соединений.

Эффективность дезинфицирующих средств оценивается по их антимикробному действию, которое включает: бактерицидную, туберкулоцидную, фунгицидную, вирулицидную, спороцидную активности [11, с. 24–30].

Основными критериями выбора дезинфицирующих средств для обработки различных объектов являются [11, с. 30–42]:

- спектр антимикробной активности;

⁴ Bloomfield S. F. A report commissioned by the International Scientific Forum on Home Hygiene «Containing the burden of infectious diseases is everyone's responsibility. A call for an integrated strategy for developing and promoting hygiene behavior change in home and everyday life». – London: IFH, 2018. – 40 p. – URL: <https://www.ifh-homehygiene.org/sites/default/files/publications/IFH%20White%20Paper-10-18.pdf>.

- время дезинфекционной выдержки;
- безопасность применения средства в рекомендованных режимах для человека;
- отсутствие (или низкая способность) у средства фиксировать органические загрязнения на поверхности;
- способность средства сохранять антимикробную активность в присутствии органических загрязнений, о чем свидетельствует информация в инструкции на средство по режимам обеззараживания посуды и поверхностей с остатками пищи, белья, загрязненного выделениями;
- наличие у средства моющих свойств, позволяющих совмещать дезинфекцию с очисткой (при необходимости) или сочетать в одном этапе обработки дезинфекцию и мойку;
- стабильность средства и его рабочих растворов при хранении;
- растворимость в воде;
- экологическая безопасность.

Классификация наиболее распространенных дезинфицирующих веществ приведена в таблице 2.

Наиболее распространенными дезинфицирующими средствами являются хлорсодержащие вещества, которые используются для дезинфекции большинства поверхностей и широко используются в том числе в детских учреждениях. Вместе с тем, исследования

Таблица 2

Классификация наиболее распространенных дезинфицирующих веществ

Группы веществ /действие	Спирт	Хлор	Бензалкония хлорид
Антимикробное действие	Бактерицидное действие, не уничтожает споры микроорганизмов	Бактерицидное, противовирусное, фунгицидное и спороцидное действие. При изменении pH-характеристик воды (жесткая вода) теряют эффективность	Бактерицидное, противовирусное, фунгицидное и спороцидное действие. Эффективен против наиболее распространенных болезнетворных видов микроорганизмов
Воздействие на здоровье детей	За счет быстрого испарения не оказывает негативного воздействия	При высоких концентрациях пары хлора могут вызывать поражение верхних дыхательных путей.	Безопасен для использования в закрытых помещениях. Используется в лекарственных средствах, предназначенных для приема внутрь (капли и суппозитории)

по изучению влияния дезинфицирующих хлорсодержащих веществ на здоровье детей указывают, что нарушение правил их использования создает высокие риски развития респираторных заболеваний [12, с. 82–91].

В настоящее время все больше ужесточаются требования к безопасности дезинфицирующих средств. Примером ужесточения требований могут служить фенолосодержащие средства, попавшие под фактический запрет в зарубежных странах в связи с тем, что фенол может стать причиной развития онкологических заболеваний⁵.

Все больше нарастает тренд по практике «мягкого регулирования», что означает поиск баланса между эффективностью и безопасностью дезинфицирующих средств. В некоторых штатах Северной Америки существуют специальные лицензионные программы уборки детских помещений. Их задачей является внедрить стандарты использования дезинфицирующих средств для защиты здоровья и безопасности детей в закрытых помещениях (штаты Техас, Мичиган, Северная Каролина). Нормативными документами штатов определяется термин «дезинфекция» – использование дезинфицирующего вещества, зарегистрированного Агентством по охране окружающей среды (далее – EPA)⁶ с учетом безопасности и эффективности⁷.

⁵ Material Safety Data Sheet. 2-Phenylphenol, 99+%. – URL: <http://www.tn.edu/ehs/msds/p/2-Phenylphenol,99percent.pdf>.

⁶ Minimum standards for child-care centers. – Texas: Texas Health and Human Services Commission; 2020. – 224 p. – URL: <https://www.daycare.com/texas/centers.pdf>

⁷ Rules governing the sanitation of child care centers 15A NCAC 18A.

Безопасность средств дезинфекции для детского здоровья является одним из ключевых вопросов, внимание к которым демонстрирует не только государство, но и гражданское общество. Например, общественное движение родителей за экологически чистые и безопасные школы «Green schools» уделяет большое внимание вопросу безопасности дезинфицирующих веществ. В рекомендациях⁸ общественные организации советуют использовать дезинфектанты на основе перекиси водорода, лимонной кислоты или масла тимьяна, как наименее опасные для здоровья детей.

Таким образом, как показывает международный опыт, ключевым фактором создания требований по гигиене и дезинфекции жилых помещений помимо эффективности уничтожения микроорганизмов, является учет влияния воздействия дезинфицирующих веществ прежде всего на здоровье детей. Среди всех существующих восьми групп дезинфицирующих средств (смотри таблицу 2) наиболее эффективными для устранения бактерий и нейтральными в части воздействия на здоровье детей являются бензалкония хлорид, который используется даже в качестве наружных лекарственных средств и консервантах [13, с. 123–128; 14, с. 7–14].

2800. – North Carolina: Department of Health and Human Services; 1991 (amended effective in 2007). – 22 p. – URL: – <http://health.grahamcounty.org/DocumentCenter/View/164/15A-NCAC-18A-2800-Rules-Governing-Sanitaiton-of-Child-Care-Centers?bidId=>

⁸ Use Safer Disinfectants and Disinfecting Practices. – URL: <http://www.greenschools.net/article.php-id=278.html>.

Формальдегид	Фенолы	Перекись водорода	Йодофоры
Бактерицидное, фунгицидное и спороцидное действие	Бактерицидное, фунгицидное и спороцидное действие	Бактерицидное, фунгицидное и спороцидное действие. Слабая эффективность против ряда вирусов и бактерий	Бактерицидное, в том числе микобактерии туберкулеза; противовирусное действие. Малоэффективен против грибов и спор. Неэффективен при температурах выше 35-40 °С
При вдыхании может спровоцировать бронхоспазм. При попадании на кожу вызывает раздражение. Пары формальдегида оказывают нейротропное действие (сильная головная боль)	Особо токсичны для младенцев и детей младшего возраста. Не рекомендуется к использованию в детских садах	Безопасны для применения, не вызывают раздражения кожи	Аллергические реакции

В России действует процедура государственной регистрации дезинфицирующих средств. На этикетке товара должно быть указано: полное описание по применению; химический состав действующего вещества; против каких инфекционных агентов направлено средство; меры по безопасности использования; противопоказания к применению.

Правила маркировки дезинфицирующих веществ описаны в пункте 3.3 ГОСТ Р 58151.1-2018 [15].

Вместе с тем пока не в полной мере налажено информирование пользователей о безопасном использовании средств дезинфекции в домашних условиях. В связи с этим данный пункт должен быть учтен при разработке комплексных рекомендаций дезинфекции в жилых помещениях. Нормативное регулирование обеспечения гигиены инфекционных зон риска в жилых помещениях

В связи с последними событиями, связанными с COVID-19, Правительством России совместно с органами власти субъектов проделана масштабная работа по организации мероприятий, направленных на предотвращение распространения коронавирусной инфекции. С учетом высокой актуальности проблемы дезинфекции жилых помещений в период пандемии COVID-19 Роспотребнадзором подготовлены следующие рекомендации:

- Рекомендации по гигиене при гриппе, коронавирусной инфекции и других ОРВИ⁹.

- Рекомендации по проведению дезинфекции жилых помещений для лиц, находящихся в период изоляции¹⁰.

- Рекомендации по проведению дезинфекции жилых помещений в период пандемии коронавируса¹¹.

- Памятка Роспотребнадзора «Рассадники бактерий на вашей кухне»¹².

- Рекомендации о необходимости дезинфекции мобильного телефона [16].

- Рекомендации «Как защитить детей от коронавируса в период снятия ограничений»¹³.

Анализ рекомендаций Роспотребнадзора по дезинфекции жилых помещений по зонам риска приведена в таблице 3.

Роспотребнадзором были оперативно под-

⁹ О гигиене при гриппе, коронавирусной инфекции и других ОРВИ. – URL: https://www.rosпотребнадзор.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=13590.

¹⁰ Письмо Роспотребнадзора от 22.03.20 №02/4716-2020-27. «О рекомендациях по проведению дезинфекции жилых помещений для лиц, находящихся в период изоляции». – URL: <https://www.rosпотребнадзор.ru/files/news/TO%20o%20рекомед.%20по%20провед.%20дезинфекц.%20в%20жилых%20помещениях%2022.03.2020.pdf>.

¹¹ О рекомендациях по дезинфекции жилых помещений в период пандемии коронавируса. – URL: https://www.rosпотребнадзор.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=14168.

¹² Памятка Роспотребнадзора «Рассадники бактерий на вашей кухне». – URL: <https://tass.ru/infographics/8761>.

¹³ О рекомендациях как защитить детей от коронавируса в период снятия ограничений. – URL: https://www.rosпотребнадзор.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=14740.

Таблица 3

Анализ рекомендаций Роспотребнадзора
по дезинфекции жилых помещений по зонам риска

Критерии/ рекомендации	Выделение «зон риска» - мест кон- центрации микроор- ганизмов и возбу- дителей заболеваний	Перечень микроор- ганизмов и возбу- дителей заболеваний, в указанных «зонах риска»	Указание на дей- ствующие вещества	Необходимая по- следовательность действий при дезин- фекции
Рекомендации по дезинфекции по- мещений в период само-изоляции (от 22.03.2020 № 02/4716-2020-27)	Дверные ручки, краны, столы, спинки стульев и т.д.	нет	хлорные и кислород- ные вещества	жилая комната - кух- ня - ванная - туалет
Рекомендации по гигиене при гриппе, коронавирусной инфекции и других ОРВИ [28]	Дверные ручки, выключатели, панели управления оргтех- никой	нет	нет	нет
Памятка Роспотре- бнадзора «Рассадики бактерий на вашей кухне» [31]	Раковина, губка для мытья посуды, кухонные полотенца, столешницы, ручки техники и мебели	Колиформные бактерии, дрожжи, плесень, стафилококк	нет	нет
Рекомендации «О необходимости де- зинфекции мобильно- го телефона»	Мобильный телефон	нет	нет	Протирать антисепти- ком после мытья рук
Рекомендации как защитить детей от ко- ронавируса в период снятия ограничений	Туалет Игровая площадка	нет	мыло, дезинфициру- ющие средства	Мытье рук после про- гулок с ребенком, игр, перед едой и после посещения туалета

готовлены рекомендации по профилактике грип-
па и ОРВИ в детских общеобразовательных
организациях¹⁴. Согласно рекомендациям, в до-
полнение к существующим нормам дезинфек-
ции в дошкольных учреждениях введена уборка

помещений влажным способом с применением
моющих средств при открытых окнах не менее
двух раз в день, а генеральная уборка всех по-
мещений и оборудования проводится один раз в
месяц с применением моющих и дезинфекцион-
ных средств. Обеспечение детских дошкольных
учреждений и школ дезинфектантами и обеззара-
живающими устройствами осуществлялось по от-
дельному финансированию и к их открытию была
организована доставка этих средств и проведение
мероприятий.

¹⁴ Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты
прав потребителей и благополучия человека и Министерства
просвещения РФ от 7 февраля 2020 г. № 02/1814-2020-23/СК-32/03
«О направлении информационных материалов». – URL: <https://www.gospotrebnadzor.ru/files/news/методические%20материалы%20по%20профилактике%20гриппа,%20ОРВИ%20и%20коронавируса.pdf>

В то же время, необходимо отметить, что все меры пока что носят рекомендательный характер и на уровне федерального законодательства зоны инфекционного риска в жилых помещениях пока не выделяются в числе направлений обеспечения санитарно-эпидемиологической безопасности граждан.

Так, в соответствии с законодательством¹⁵, жилые помещения по площади, планировке, освещенности, инсоляции, микроклимату, воздухообмену, уровням шума, вибрации, ионизирующих и неионизирующих излучений должны соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям в целях обеспечения безопасных и безвредных условий проживания независимо от его срока. То есть, отсутствуют указания на биологические и бактериальные риски в жилых помещениях, а также способы их исключения.

С учетом долгосрочного характера пандемии необходимо системное регулирование вопросов обеспечения гигиенической безопасности жилых помещений. Важно в кратчайшие сроки интегрировать актуальное содержание уже существующих рекомендаций в единый нормативный документ, который должен стать содержательной основой для будущих системных изменений в государственной политике в области санитарно-эпидемиологической безопасности жилищных помещений.

Представляется целесообразным учесть опыт ВОЗ, которой разработаны рекомендации «Очистка и дезинфекция поверхностей окружающей среды в период эпидемии COVID-19», где указано, что домашние помещения являются пространством передачи инфекции в силу плотности и частоты контактов между людьми¹⁶.

В рекомендациях отражены следующие ключевые пункты:

- «зоны риска» – места наибольшей концентрации микроорганизмов-возбудителей заболеваний;
- дезинфицирующие вещества – безопасные для здоровья и наиболее эффективные для борьбы с возбудителями;
- принципы проведения дезинфекции – ре-

комендованная последовательность действий и необходимые концентрации веществ при дезинфекции поверхностей в зависимости от типа помещений.

Представляются актуальными результаты международных исследований. Исследование Международного научного форума по гигиене предлагает использовать подход по так называемой «целенаправленной гигиене» (targeted hygiene): полноценно взаимодействовать с окружающей средой, принимая осознанные усилия для снижения гигиенических рисков и рисков заражения.

Основные повседневные практики, в которых рекомендуется использовать «целенаправленную гигиену»:

- во время обработки пищи;
- во время еды с использованием пальцев;
- пользование туалетом;
- кашель, чихание и высмаркивание;
- соприкосновение с поверхностями, часто касающимися других людей;
- обработка и стирка одежды и домашнего белья;
- уход за домашними животными;
- переработка и утилизация отходов;
- забота о зараженном члене семьи.

Таким образом, в обозримой перспективе необходимо провести системное изменение законодательного и подзаконного регулирования с целью интеграции вопросов обеспечения гигиенической инфекционной безопасности зон риска жилых помещений в систему мер государственной политики в области санитарно-эпидемиологической безопасности.

Информирование граждан по инфекционной безопасности жилья

Роль информирования общества сегодня является ведущей в вопросах обеспечения должного уровня гигиены. Эта проблема является международной. Несмотря на то, что ВОЗ¹⁷ и другие экспертные организации отмечают критическую роль гигиены в обеспечении санитарной безопасности (в том числе защиты от коронавирусной инфекции), осведомленность граждан о важности гигиены низкая. Согласно данным социологических опросов ведущих исследовательских центров (ВЦИОМ и ФОМ) о способах предостереже-

¹⁵ Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» // Собрание законодательства Российской Федерации от 5 апреля 1999 г. – № 14. – Ст. 1650.

¹⁶ Рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения от 15 мая 2020 г. «Очистка и дезинфекция поверхностей окружающей среды в контексте эпидемии COVID-19». – URL: <http://base.garant.ru/74060734/#ixzz6pV759cen>.

¹⁷ Временное руководство ВОЗ от 1 апреля 2020 г. «Рекомендации государствам-членам по улучшению практики гигиены рук для предотвращения трансмиссии вируса COVID-19». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73761238/>.

ния от заражения коронавирусом среди граждан, лишь 5% россиян видят¹⁸ гигиену главным способом предотвращения заражения. Отсутствие приоритетности правил гигиены подтверждается опросом¹⁹ ВЦИОМ по отношению профилактики COVID-19: лишь 37% граждан выделяют гигиену как способ обезопасить себя от коронавируса. Необходимо отметить, что данная проблема характерна не только для России, но и для других развитых стран. Так, согласно исследованию королевского общества развития здравоохранения Великобритании, 23% британцев не считают гигиену в жилых помещениях важной. В связи с этим авторы публикации считают необходимым повысить общественную осведомленность с акцентом на проведение мероприятий в системе образования (открытые уроки, образовательные курсы). При проведении общественных кампаний предлагается использовать «семейно-ориентированный подход», так как семья является ключевым источником формирования правильных повседневных основ гигиены [17].

В настоящее время школьные программы содержат информацию по обучению гигиеническим практикам. Но информация в большинстве программ не систематизирована. В качестве показательных примеров можно привести образовательные курсы в области гигиены жилищной среды в школьных учреждениях Свердловской области, Кировской области, г. Сочи и других [18; 19; 20; 21; 22].

Представляется важным разработать систему мероприятий по гигиеническому образованию в школьных и дошкольных учреждениях на основе семейно-ориентированного подхода с целью доведения указанных выше рекомендаций до целевой аудитории – семей с детьми, так как именно на семейном уровне формируется отношения к гигиене и правилам дезинфекции.

В целях унификации образовательного процесса и расширения охвата школьников просвещением в области гигиены, необходимо разработать федеральные государственные образовательные стандарты с подробным описанием методов, механизмов и средств обучения в данной области.

Заключение

Вопрос гигиены в жилых помещениях по зонам инфекционного риска пока не получил должного развития:

- не разработаны единые комплексные рекомендации по выделению зон инфекционного риска (места наибольшей концентрации микроорганизмов–возбудителей заболеваний);

- не разработаны рекомендации по эффективному и безопасному использованию средств дезинфекции в жилых помещениях.

В связи с этим необходимо системное регулирование вопросов обеспечения гигиенической безопасности жилых помещений: интеграция уже существующих рекомендаций в единый нормативный документ, который должен стать содержательной основой для будущих системных изменений в государственной политике в области санитарно-эпидемиологической безопасности жилищных помещений.

Необходимо повысить общественную осведомленность с акцентом на проведение мероприятий в системе образования (открытые уроки, образовательные курсы). При проведении общественных кампаний предлагается использовать «семейно-ориентированный подход», так как семья является ключевым источником формирования правильных повседневных основ гигиены. В целях унификации образовательного процесса и расширения охвата населения просвещением в области гигиены, необходимо разработать федеральные государственные образовательные стандарты с подробным описанием методов, механизмов и средств обучения в данной области.

¹⁸ Результаты опроса граждан России от 18 лет и старше «О мерах против коронавируса и о вероятности его распространения в нашей стране». – URL: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14350>.

¹⁹ Россияне опасаются коронавируса и ищут пути защиты от него. – URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/rossiyane-opasayutsya-koronavirusa-i-ishhut-puti-zashhity-ot-nego>.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Попова Т.В. Безопасность внутрижилищной среды для здоровья человека / Т.В. Попова // Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. – 2020. – № 4. – С. 68–74.
2. Рахманин Ю.А. Окружающая среда и здоровье: приоритеты профилактической медицины / Ю.А. Рахманин, Р.И. Михайлова // Гигиена и санитария. – 2014. – № 5. – С. 5–10.
3. Крийт В.Е. Основные проблемы гигиенического нормирования микроклимата жилых и общественных зданий / В.Е. Крийт, Ю.Н. Сладкова // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2018. – № 2. – С. 843–853.
4. Кулаков К.Ю. Влияние изменений параметров микроклимата на самочувствие человека и эксплуатационные характеристики строительных конструкций / К.Ю. Кулаков, Е.М. Егорова // Московский экономический журнал. – 2019. – № 6. – С. 248–254.
5. Новицкий В.Ф. Экологические аспекты безопасности жилых зданий / В.Ф. Новицкий, Е.А. Бомбело // Экология урбанизированных территорий. – 2010. – № 4. – С. 43–47.
6. Тимошенко Е.А. Анализ и характеристика основных факторов, влияющих на экологическую безопасность помещений жилых зданий / Е.А. Тимошенко, Н.В. Савицкий // Вісник ПДАБА. – 2015. – № 1 (202). – С. 18–26.
7. Бондин В.И. Формирование состояния здоровья детского населения на территориях с высокой антропогенной нагрузкой / В.И. Бондин, Е.И. Почекаева, Т.В. Попова, П.А. Азнаурьян // Валеология. – 2011. – № 4. – С. 7–10.
8. Chaudhuri N. Interventions to Improve Children's Health by Improving the Housing Environment / N. Chaudhuri // Rev Environ Health. – 2004. – № 19 (3–4). P. 197–222.
9. Здоровоохранение в России. 2019: Статистический сборник. – М.: Росстат, 2019. – 170 с.
10. Журавлев П.В. Комплексное изучение микробного риска возникновения острых кишечных инфекций при оценке эпидемической безопасности питьевого водопользования / П.В. Журавлев, В.В. Алешня, Е.В. Ковалев // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. – 2018. – № 3 (26). – С. 7–14.
11. Федеральные клинические рекомендации по выбору химических средств дезинфекции и стерилизации для использования в медицинских организациях – М.: НАСКИ, 2015. – 58 с.
12. Holm S.M. Do we know how best to disinfect child care sites in the United States? A review of available disinfectant efficacy data and health risks of the major disinfectant classes / S.M. Holm, V. Leonard, T. Durrani et al. // American Journal of Infection Control. – 2019. – № 47 (1). – P. 82–91.
13. Колосова Л.В. К вопросу об антимикробных консервантах лекарственных препаратов для детей / Л.В. Колосова, О.В. Гунар // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2016. – № 1. – С. 123–128.
14. Ким М.Е. Сиропы: состав, технология, современное состояние исследований (обзор литературы) / М.Е. Ким, Э.Ф. Степанова, С.Б. Евсеева // Фармация и фармакология. – 2014. – № 3 (4). – С. 7–14.
15. ГОСТ Р 58151.1-2018 Средства дезинфицирующие. Общие технические требования. – М.: Стандартинформ, 2018. – 16 с.
16. Макеева А. Роспотребнадзор напоминает: вымыл руки – помой и телефон! / А. Макеева // Комсомольская правда. – 2020. – 16 марта.
17. The Royal Society for Public Health report «Too clean or not too clean? The case for targeted hygiene in the home and everyday life». – London: RSPH, 2019. – 19 p.
18. Смирнова Е.П. Уроки социально-бытовой ориентировки в специальной (коррекционной) общеобразовательной школе. 2 класс. Конспекты уроков / Е.П. Смирнова, Н.В. Панова // М.: Владос, 2015. – 129 с.
19. Матвеев А.П. Физическая культура. 1–4 классы. Учебник для общеобразовательных организаций / А.П. Матвеев // М.: Просвещение, 2014. – 160 с.
20. Аношина О.Г. Дистанционный урок «Бактерии и мы» / О.Г. Антошина // Эксперимент и инновации в школе. – 2011. – № 2. – С. 67–72.
21. Щёткин А.А. Методические рекомендации по личной гигиене детей школьного возраста / А.А. Щёткин, Г.Д. Брюханова, Л.П. Кузнецова. – Сочи: Центр медицинской профилактики, 2017. – 32 с.
22. Максинаева М.Д. Занятия по ОБЖ с младшими школьниками / М. Д. Максинаева. М.: Творческий центр, 2002. – 128 с.

REFERENCES

1. Popova T.V., Safety of internal environment for human health. *Medicina. Sociologia. Filosofia. Prikladnye issledovaniya* [Medicine. Sociology. Philosophy. Applied research], 2020, no. 4, pp. 68–74 (in Russian).
2. Rakhmanin Yu.A., Mykhaylova R. I., Environment and health: priorities for preventive medicine. *Gigiena i sanitaria* [Hygiene and sanitation], 2014, no. 5, pp. 5–10 (in Russian).
3. Kriit V.E., Sladkova Iu.N. The main problems of hygienic regulation of the microclimate of residential and public buildings. *Zdorov'e – osnova chelovecheskogo potenciala: problemy i puti ih resheniya* [Health is the Basis of Human Potential: Problems and Ways to Solve Them], 2018, no. 2, pp. 843–853 (in Russian).

4. Kulakov K.Yu., Egorova E.M., Influence of changes in microclimate parameters on human well-being and operational characteristics of building structures. *Moskovskij ehkonomicheskij zhurnal* [Moscow economic journal], 2019, no. 6, pp. 248–254 (in Russian).
5. Novitsky V.F., Bombelo. E.A., Ecological aspects of safety of residential houses. *Ekologiya urbanizirovannyh territorij* [Ecology of urban areas], 2010, no. 4, pp. 43–47 (in Russian).
6. Timoshenko E.A., Savitskii N.V. Analysis and characteristics of the main factors affecting the environmental safety of residential buildings. *Vesnik PDABA* [Bulletin of PSACEA], 2015, no.1, pp. 18–26 (in Ukraine).
7. Bondin V.I., Pochekaeva E.I., Popova T.V. et al. Shaping the state children's health of the population on the territories with high anthropogenic load. *Valeologiya* [Journal of Health and Life Sciences], 2011, no. 4, pp. 7–10 (in Russian).
8. Chaudhuri N. Interventions to Improve Children's Health by Improving the Housing Environment. *Rev Environ Health*, 2004, no. 19 (3-4), pp. 197–222.
9. *Zdravookhranenie v Rossii. 2019* [Healthcare in Russia. 2019]. Moscow, Rosstat, 2019. 170 p.
10. Zhuravlev P.V., Aleshnya V.V., Kovalev E.V. Comprehensive study of the microbial risk of acute intestinal infections occurrence when assessing the epidemiological safety of drinking water use. *Infekcionnye bolezni: Novosti. Mneniya. Obuchenie* [Infections Diseases: News, Opinions, Training], 2018, no. 3, pp. 7–14 (in Russian).
11. *Federal'nye klinicheskie rekomendacii po vyboru himicheskikh sredstv dezinfekcii i sterilizacii dlya ispol'zovaniya v medicinskih organizacijah* [Federal clinical guidelines for the choice of chemical disinfection and sterilization agents for use in medical organizations]. Moscow, NASKI, 2015. 58 p.
12. Holm S. M., Leonard V., Durrani T. et al. Do we know how best to disinfect child care sites in the United States? A review of available disinfectant efficacy data and health risks of the major disinfectant classes. *American Journal of Infection Control*, no. 47 (1), pp. 82–91.
13. Kolosova L.V. On the issue of antimicrobial preservatives of medicines for children. *Vestnik RUDN. Serija: Medicina* [RUDN Journal of Medicine], 2016, no. 1, pp. 123–128 (in Russian).
14. Kim M.E., Stepanova E.F., Evseeva S.B. et al. Syrups: composition, technology, current state of research (Literature Review). *Farmacija i farmakologija* [Pharmacy and Pharmacology], 2014, no. 3 (4), pp. 7–14 (in Russian).
15. GOST R 58151.1-2018 *Sredstva dezinficirujushhie. Obshhie tehnicheckie trebovaniya* [Disinfectants. General technical requirements]. Moscow, Standartinform, 2018. 16 p. (in Russian).
16. Makeeva A. Rospotrebnadzor reminds: wash your hands - wash your phone too! *Komsomolskaya Pravda* [Komsomolskaya Pravda], 2020, 16 March (in Russian).
17. *The Royal Society for Public Health report. Too clean or not too clean? The case for targeted hygiene in the home and everyday life*. London, RSPH, 2019. 19 p.
18. Smirnova E.P., Panova N.V. *Uroki social'no-bytovoj orientirovki v special'noj (korrekcionnoj) obshheobrazovatel'noj shkole. 2 klass. Konspekty urokov* [Lessons of social and household orientation in a special (correctional) general education school. Grade 2. Lesson notes]. Moscow, Vlados, 2015. 129 p. (in Russian).
19. Matveev A.P. *Fizicheskaya kul'tura. 1–4 klassy. Uchebnik dlya obshheobrazovatel'nyh organizacij* [Physical culture. 1–4 grades. Textbook for educational institutions]. Moscow, Education, 2014. 160 p. (in Russian).
20. Anoshina O.G. Remote lesson "Bacteria and We". *Eksperiment i innovacii v shkole* [Experiment and Innovation at School], 2011, no. 2, pp. 67–72 (in Russian).
21. Shchetkin A.A., Bryukhanova G.D., Kuznetsova L.P. *Metodicheskie rekomendacii po lichnoj gigiene detej shkol'no-go vozrasta* [Methodical recommendations on personal hygiene of school-age children]. Sochi, Center for Medical Prevention, 2017. 32 p. (in Russian).
22. Maksinyaeva M.D. *Zanyatiya po OBZH s mladshimi shkol'nikami* [Life safety classes with younger students]. Moscow, Creative Center, 2002. 128 p. (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Горенков Роман Викторович – ведущий научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко»; профессор института лидерства и управления здравоохранением, Сеченовский Университет; заведующий кафедрой общей врачебной практики, Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М.Ф. Владимирского, доктор медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: rogorenkov@mail.ru
ORCID: 0000-0003-3483-7928
Author ID 840535

AUTHORS

Roman Gorenkov – Leading Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health; Professor of the Higher School of Healthcare Management, Institute of Public Health and Healthcare Management, Sechenov University; Head of the Department of General Medical Practice, M.F. Vladimirovsky Moscow Regional Research and Clinical Institute, Doctor habil. in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: rogorenkov@mail.ru
ORCID: 0000-0003-3483-7928
Author ID 840535

Васильева Татьяна Павловна – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: vasileva_tp@mail.ru
ORCID: 0000-0002-3605-8592
Author ID 636042

Ротов Валентин Максимович – аспирант, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: rotov1996@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-4164-3745

Алленов Андрей Михайлович – доцент Института лидерства и управления в здравоохранении, Сеченовский университет; младший научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук; Москва, Российская Федерация; e-mail: allenovandrey@yandex.ru
ORCID: 0000-0001-8144-9421
Author ID 756371

Арсеенкова Ольга Юрьевна – старший научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: omasik@gmail.ru
ORCID: 0000-0002-1440-524X
Author ID 586648

Малахова Александра Романовна – лаборант-исследователь, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, магистр социологических наук, Москва, Российская Федерация; e-mail: malakhovaar@nriph.ru
ORCID: 0000-0002-1935-4904
Author ID 1105843

Макарова Екатерина Владимировна – научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: rue-royal@inbox.ru
ORCID: 0000-0003-3767-8475
Author ID 889913

Спасеникова Марина Геннадьевна – ведущий научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, доцент, Москва, Российская Федерация; e-mail: mpasennikova@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4713-0238
Author ID 883202

Tatyana Vasilieva – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: vasileva_tp@mail.ru
ORCID: 0000-0002-3605-8592
Author ID 636042

Valentin Rotov – post-graduate student, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: rotov1996@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-4164-3745

Andrey Allenov – Docent of Department of Higher School of Health Management, Institute of Leadership and Health Management, Sechenov University; Junior Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Ph.D. in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: allenovandrey@yandex.ru
ORCID: 0000-0001-8144-9421

Olga Arseenkova – Senior Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Ph.D. in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: omasik@gmail.ru
ORCID: 0000-0002-1440-524X
Author ID 586648

Aleksandra Malakhova – Research Assistant, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Master of Social Sciences, Moscow, Russian Federation; e-mail: malakhovaar@nriph.ru
ORCID: 0000-0002-1935-4904
Author ID 1105843

Ekaterina Makarova – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: rue-royal@inbox.ru
ORCID: 0000-0003-3767-8475
Author ID 889913

Marina Spasennikova – Leading Researcher, N.A. Semashko National Research Institute for Public Health, Ph.D. in Medicine, Docent, Moscow, Russian Federation; e-mail: mpasennikova@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4713-0238
Author ID 883202

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.02.009

О СОСТОЯНИИ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Тельнова Е.А.¹, Загоруйченко А.А.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова:

льготное лекарственное обеспечение, дополнительное лекарственное обеспечение, обеспечение необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан, высокочрезвычайные нозологии, орфанные (редкие) лекарственные препараты.

Аннотация

Льготное лекарственное обеспечение – это один из инструментов, обеспечивающих доступность лекарственной помощи населению. Общее количество граждан, которым государство частично или полностью компенсирует затраты на получение лекарственных средств, составляет около 20% населения Российской Федерации. В России, исходя из источников финансирования, сформировались две основные категории льготников: региональные и федеральные, реализацию своих полномочий государство осуществляет через различные программы. С конца 2004–начала 2005 года началась реализация программы дополнительного лекарственного обеспечения. В 2008 году часть полномочий по организации льготного лекарственного обеспечения была передана субъектам Российской Федерации. В статье представлен анализ состояния льготного лекарственного обеспечения. Авторами были подробно рассмотрены вопросы обеспечения орфанными (редкими) лекарственными препаратами, изучено состояние и проблемы всех видов льготного лекарственного обеспечения. В заключении имеются предложения по совершенствованию системы льготного лекарственного обеспечения.

ABOUT THE STATE OF PREFERRED MEDICINAL PROVISION

Telnova E.A.¹, Zagoruychenko A.A.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

Keywords:

preferential drug provision, additional drug provision, provision of necessary drugs to certain categories of citizens, high-cost nosology, orphan (rare) drugs.

Abstract

Preferential drug provision is one of the tools that ensure the availability of medical care to the population. The total number of citizens to whom the state partially or fully compensates for the costs of obtaining medicines is about 20% of the population of the Russian Federation. In Russia, based on the sources of funding, two main categories of beneficiaries have been formed: regional and federal, the state exercises its powers through various programs. Since the end of 2004 – the beginning of 2005, the implementation of the DLO program began. In 2008, part of the authority to organize preferential drug provision was transferred to the subjects of the Russian Federation. The article presents an analysis of the state of preferential drug provision. The authors considered in detail the issues of providing orphan (rare) medicines, studied the state and problems of all types of preferential drug provision. In conclusion, there are proposals to improve the system of preferential drug provision.

Льготное лекарственное обеспечение – мера социальной поддержки граждан, которая реализуется согласно Федеральному закону от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ¹ [1, с. 108–112].

Льготное лекарственное обеспечение граждан в Российской Федерации является очень важной составляющей в системе здравоохранения [2, с. 11–20; 3, с. 59–63; 4]. Общее количество льготников, которым государство частично или полностью компенсирует затраты на получение лекарственных средств (далее – ЛС), составляет около 20% населения страны – примерно 20 различных категорий льготников.

Цель работы – анализ состояния льготного лекарственного обеспечения.

В рамках данной работы было подробно рассмотрено обеспечение орфанными (редкими) лекарственными препаратами. Исследование дало возможность рассмотреть состояние и проблемы всех видов льготного обеспечения ЛС.

Материалы и методы

В данном исследовании были использованы следующие методы: статистический, библиографический, аналитический, метод сравнительного анализа и другие. Материалами для проведения работы являлись нормативно-правовые акты; официальные сайты Минздрава России, Росздравнадзора, Пенсионного фонда Российской Федерации, Мэра Москвы, аналитической компании «DSM групп»; литературные источники.

Результаты

В России, исходя из источников финансирования, сформировались две основные категории льготников, так называемые «региональные» и «федеральные» [4; 5, с. 54–58]. Лекарственное обеспечение федеральных льготников финансируется из федерального бюджета (программы «Обеспечение необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан» (далее – ОНЛС), «7 высокотехнологичных технологий») (далее – ВЗН), а региональных – из бюджетов субъектов Российской Федерации (орфанные препараты). В амбулаторных условиях параллельно функционируют две программы, так называемая система «двойных льгот», региональная программа, действующая в рамках Постановления

Правительства от 30 июля 1999 г. № 890² (далее – ПП № 890), в котором, кроме прочих вопросов, предлагалось разработать и ввести новый финансовый механизм и систему мер, обеспечивающих возможность улучшения обеспечения ЛС, финансируется из бюджетов субъектов Российской Федерации.

Вторая группа – это федеральные льготники, лекарственное обеспечение которых в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения (далее – ДЛО), а после смены аббревиатуры – это программа ОНЛС (обеспечение необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан) – финансируется из федерального бюджета и является мерой социальной поддержки граждан. Программа работает на основании Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

В условиях стационара лекарственное обеспечение относится к медицинской помощи и реализуется в соответствии с Программой государственных гарантий и финансируется за счет средств ОМС.

В рамках обеспечения ЛС действует смешанная бюджетно-страховая модель финансирования лекарственного обеспечения.

Программа льготного лекарственного обеспечения граждан (ДЛО–ОНЛС) стартовала в самом конце 2004–начале 2005 года, то есть она работает практически 16 лет. [5, с. 54–58]. На старте в данную программу были положены основные принципы:

- «солидарный принцип обеспечения ЛС;
- персонификация учета лекарственной помощи, оказываемой в рамках гарантированного обеспечения по единому перечню ЛС, сформированному по международным непатентованным наименованиям (далее – МНН) с единым уровнем цен» [6, с. 143–147].

«В модели ДЛО (ОНЛС) были определены следующие функции:

- развитие системы адресной социальной поддержки населения;
- осуществление перехода на новый поря-

¹ Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (с изменениями и дополнениями) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1999. – № 29 – Ст. 3699.

² Постановление Правительства от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1994. – № 15. – Ст. 1791.

док финансирования мер социальной поддержки, льготных категорий населения» [6, с. 143–147].

На уровне субъектов Российской Федерации льготное обеспечение ЛС, работающее в соответствии с ПП № 890, сохраняется и с появлением программы ДЛО (ОНЛС) [7, с. 99–112].

«Программа оказала серьезное влияние на развитие отечественной фармацевтической промышленности, фармацевтического рынка, а также на развитие институтов гражданского общества» [7, с. 99–112]. Пациенты получили возможность приобретать новые, оригинальные, дорогостоящие лекарственные препараты (далее – ЛП).

За время функционирования в программу вносились коррективы. Начиная с 2008 года, в субъекты Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 18 октября 2007 г. 230-ФЗ³, были делегированы полномочия по организации льготного лекарственного обеспечения ЛП, а также полномочия на размещение государственного заказа на поставку необходимых ЛС отдельным категориям граждан при предоставлении государственной социальной помощи [6, с. 143–147]. В результате и субъекты, и федеральный центр в лице Минздрава и Минфина, имеют солидарную ответственность за ЛО граждан, со стороны центра – своевременное финансирование, а от субъекта Российской Федерации – своевременная закупка и организация обеспечения ЛС.

В 2008–2009 гг. из общей программы ДЛО–ОНЛС в отдельную группу были выделены препараты для обеспечения высокозатратной терапии – это на первом этапе было 7 нозологий таких как: гемофилия, болезнь Гоше, рассеянный склероз, гипопизарный нанизм, муковисцидоз, после трансплантации органов и (или) тканей, злокачественные образования лимфоидной, кроветворной и родственной тканей [8, с. 26–29].

В настоящее время программа ОНЛС работает, несмотря на то, что проблем в реализации программы стало не меньше. Реализуется программа по сценарию 2008–2009 года: федеральное финансирование, обеспечение высокозатратных нозологий. О работе программы говорят следующие данные (мониторинг Росздравнадзора, который ведется с 2005 года):

- в соответствии с переданными полномо-

³ Федеральный закон от 18 октября 2007 г. № 230-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2007. – № 43. – Ст. 5084.

чиями Российской Федерации по организации льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан по состоянию на 31 декабря 2020 года выписаны и обеспечены 45738689 рецептов на сумму 91603766 тыс. рублей, в том числе 11987922 рецептов на сумму 48154271 тыс. рублей обеспечены за счет средств региональных бюджетов;

- за счет средств региональных бюджетов по состоянию на 28 декабря 2020 года: в рамках реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 28 июля 1994 г. № 890 обеспечены 53131467 рецептов на сумму 96702610 тыс. рублей; в рамках Постановления Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2018 г. № 1416⁴ выписаны и обеспечены лекарственными препаратами 911098 рецептов на общую сумму 59026734 тыс. рублей, в том числе 8230 рецептов на сумму 519327 тыс. рублей.

Существенным недостатком программы было и остается то, что солидарный принцип, заложенный в программе, практически сразу перестал работать, при этом значительное влияние на программу ОНЛС оказал выход из программы большого количества льготников. В 2005 году на старте программы участниками её было 15 млн. человек, а в настоящее время программе осталось всего около 3,2 млн. человек. Отказавшиеся льготники монетизировали свою льготу и за счет федерального бюджета получают деньги, при этом у большинства из них осталось право на получение ЛП за счет финансирования из бюджета региона, действует система так называемых «двойных льгот». Выход из программы огромного числа льготников серьезнейшим образом повлиял на её финансирование. В программе остались самые сложные и самые нуждающиеся пациенты. Расчет выделяемого финансирования основан на данных о количестве оставшихся в программе льготников и утвержденного норматива финансовых затрат.

⁴ Постановление Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2018 г. № 1416 «О порядке организации обеспечения лекарственными препаратами лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипопизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта–Прауэра), лиц после трансплантации органов и (или) тканей, а также о признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2018. – № 49 (часть VI). – Ст. 7620.

В качестве основных индикаторов программы в течении всего периода реализации считались количество рецептов на отсроченном обеспечении и количество отказов ЛП (как в абсолютных, так и в относительных показателях), средняя стоимость рецепта, а также обращение граждан в различные органы власти.

На 31 декабря 2020 года на отсроченном обеспечении в аптечных организациях в абсолютных показателях находилось 9659 рецептов (федеральные льготники) и 13603 рецептов для обеспечения за счет финансирования из региональных бюджетов. И по высокозатратным нозологиям – 222 рецепта, таким образом, всего на отсроченном обеспечении в абсолютных показателях – 23484 рецепта, а в относительных показателях: по ВЗН – 0,20, федеральные – 0,16, региональные – 0,18 (доля рецептов, находящихся на отсроченном обеспечении от количества предъявленных рецептов в аптечные учреждения). Таким образом, анализ состояния лекарственного обеспечения для получения наиболее полной информации, в рамках реализуемых программ должен проводиться как в относительных, так и в абсолютных показателях. Однако, именно абсолютные показатели дают нам реальную картину состояния дел.

Анализ обращений граждан – это один из индикаторов качества оказания лекарственной помощи. В структуре обращений каждое четвертое касалось вопросов ЛО. Большинство обращений (66%) – посвящено вопросам отсутствия необходимых ЛС в аптеках; 9% – отказам в выписке рецепта на необходимый ЛП и длительные сроки обеспечения [8, с. 26–29].

В вопросах лекарственного обеспечения, за последние годы, много новаций.

Высокозатратные нозологии были выделены в отдельную программу из программы ОНЛС в 2008–2009 годах. На начальном этапе реализации программы в неё вошло 7 наиболее затратных нозологий, в том числе: гемофилия; муковисцидоз; гипофизарный нанизм; болезнь Гоше; злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей; рассеянный склероз. После 10 лет реализации программы ВЗН в 2019 году программа стала программой 12 ВЗН, а в 2020 году – это уже 14 нозологий.

С 1 января 2020 года на основании распоряжения Правительства от 12 октября 2019 г.

№ 2406-р⁵ программа дополнена такими нозологиями как: апластическая анемия неуточненная; наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта–Прауэра), гемолитико-уремический синдром; юношеский артрит с системным началом; мукополисахаридоз I, II и VI типов.

Постановлением Правительства № 1416 от 26 ноября 2018 г. утверждаются:

- Правила организации обеспечения лекарственными препаратами лиц, в рамках программы ВЗН;

- Правила ведения Федерального регистра лиц участвующих в программе ВЗН.

Согласно Распоряжению от 23 ноября 2020 г. № 3073-р⁶ Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее – ЖНВЛП) пополнится 25 новыми наименованиями, включая вакцины от коронавируса. В ближайшее время планируется дополнительное расширение перечня ЛП в рамках программы ВЗН.

Закупки лекарственных препаратов в рамках программы ВЗН осуществляет Минздрав, что дает возможность сэкономить бюджетные средства. Исходя из клинических рекомендаций (протоколов лечения) и средней курсовой дозы лекарства, ежемесячной фактической потребности в них больных, согласно данным регионального сегмента федерального регистра, и при этом необходимости иметь запас на несколько месяцев определяется объем поставки ЛС.

Критерием при формировании программы ВЗН в 2008–2009 гг. являлась затратность лечения отдельных нозологий несмотря на то, что в перечень ВЗН (7 нозологий) в тот период вошли 4 редких заболевания с высокой стоимостью. В то же время вся работа по лекарственному обеспечению в рамках ВЗН – это предпосылки к формированию системы лекарственного обеспечения орфанных (редких) заболеваний, это площадка,

⁵ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12 октября 2019 г. № 2406-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2019. – № 42 (часть III). – Ст. 5979.

⁶ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 23 ноября 2020 г. № 3073-р «О внесении изменений в распоряжение Правительства Российской Федерации от 12.10.2019 N 2406-р» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2020. – № 48. – Ст. 7813.

позволившая отработать технологию лекарственного обеспечения высокочувствительными и орфанными препаратами (ведение регистра, определение потребности, составление заявки, закупка ЛП, стандартизация и т.д.).

В настоящее время лекарственное обеспечение редких заболеваний активно обсуждается на различных уровнях, в том числе врачами-специалистами, законодательной и исполнительной властью и гражданским обществом.

Общепринятого на международном уровне определения для орфанных заболеваний не существует, как нет и единого критерия отнесения заболеваний к этой группе [9]. К редким заболеваниям относят любое заболевание, затрагивающее незначительную часть населения.

Законодательное понятие термина «орфанные заболевания» в России было узаконено практически 10 лет назад в 2011 году с принятием Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ⁷ (323-ФЗ). В других странах понятие «орфанные заболевания» использовалось намного раньше, так в США – с 1983 года, в Японии – с 1993 года, в 2000 году – в ЕС, в 2010 году – в Китае. Понятие «орфанные препараты» произошло от английских «orphan disease» – редкие болезни.

Впервые в России с появившегося понятия «редкое (орфанное) заболевание», начала создаваться система учета пациентов (Федеральный регистр), страдающих жизнеугрожающими, хроническими, прогрессирующими, редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни или инвалидности [10; 11].

Первостепенным критерием отнесения пациентов к категории орфанных (редких) заболеваний является распространенность заболеваний. В соответствии с законодательством в нашей стране – это 10 случаев заболеваний на 100 тыс. населения [9]. Однако, в различных странах цифры по распространенности различные. В США к редким относят заболевания, встречающиеся у одного из 1500, в Европе – одного из 2000, в Японии – одного на 50000, в Австралии – одного не менее чем на 2000 человек.

На сегодняшний день в мире описано 7000 заболеваний, в России перечень заболеваний насчитывает 250, а перечень лекарственных препаратов

для лечения жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни или его инвалидности составляет 24 наименования [11]. Известно, что на сегодня 6–8% населения планеты болеют орфанными заболеваниями.

По данным РАН, в России около 300000 человек страдают орфанными заболеваниями.

Орфанные лекарственные препараты – «лекарственные препараты, предназначенные исключительно для диагностики или патогенетического лечения (лечения, направленного на механизм развития заболевания) редких (орфанных) заболеваний» (п. 6.1 введен Федеральным законом от 22 декабря 2014 г. № 429-ФЗ⁸) [10].

«Организация обеспечения граждан лекарственными препаратами и специализированными продуктами лечебного питания для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических, прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни или инвалидности», предусмотренный частью 3 статьи 44 323-ФЗ [11].

Статья 44 323-ФЗ регламентирует «медицинскую помощь гражданам, страдающим редкими (орфанными) заболеваниями» [12, с. 10–14].

«Финансирование лекарственного обеспечения граждан, страдающих орфанными заболеваниями, и граждан в рамках программы высокочувствительных нозологий осуществляется в соответствии со статьей 83» (часть 6.2 пункт 9) 323-ФЗ:

- обеспечение граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических, прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни или инвалидности осуществляется за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации;

- обеспечение лекарственными средствами в рамках программы ВЗН финансируется за счет федерального бюджета» [11; 12, с. 10–14].

«Перечень редких (орфанных) заболеваний

⁷ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48. – Ст. 6724.

⁸ Федеральный закон от 22 декабря 2014 г. № 429-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон “Об обращении лекарственных средств”» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2014. – № 52 (ч. 1). – Ст. 7540.

формируется уполномоченным Федеральным органом исполнительной власти на основании статистических данных и размещается на его официальном сайте в сети Интернет» (части 2 и 3 статьи 44) [10].

Минздравом России был подготовлен «перечень жизнеугрожающих хронических, прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни или инвалидности». Перечень сформирован из числа заболеваний, указанных в статье 44, и утверждается Правительством России (Постановление Правительства Российской Федерации от 26 апреля 2012 № 403⁹), который состоит из 24 заболеваний.

Не меньшее значение, чем перечень заболеваний, имеет регистр лиц страдающих жизнеугрожающими и хроническими, прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни или инвалидности.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 403 утвержден «порядок ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими, прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящих к сокращению продолжительности жизни или инвалидности и его регионального сегмента». Процедура внесения пациентов в перечень строго регламентирована.

Основные проблемы медицинских орфанных технологий:

- своевременное выполнение исследования и точность диагностической работы;
- отсутствие опыта и квалификации у персонала;
- недостаточное количество полезных источников информации;
- не разработана единая система исследований;
- затратность;
- очень дорогостоящее и длительное лечение;
- не все орфанные заболевания вошли в утвержденный перечень;
- не регистрируются новые орфанные лекар-

ственные препараты и технологии;

- сложности с проведением клинических и доклинических исследований;

- финансирование лекарственного обеспечения орфанных заболеваний осуществляется из различных источников: федерального и регионального бюджетов, значительная часть за счет благотворителей и различных благотворительных фондов, и частных лиц;

- лечение большинства орфанных заболеваний очень затратно «не подъемны» для региональных бюджетов;

- лечение многих орфанных заболеваний длительное, дорогостоящее, а в ряде случаев пожизненное;

- для большинства редких болезней нет стандартов, протоколов и клинических рекомендаций;

- очень мало экономических обоснований применительно к орфанным технологиям.

Для решения вопросов обеспечения пациентов с редкими заболеваниями в России указом президента создан фонд «Круг добра» для поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими заболеваниями, в том числе с редкими. Средства в фонд «Круг добра» будут поступать за счет повышенного НДС для граждан, чьи доходы превышают 5 млн. рублей в год [13]. В настоящее время в фонд «Круг добра» направлен первый транш в размере 10 млрд. рублей. Всего на 2021 год фонд получит 60 млрд. рублей.

В предварительном списке детей, которым фонд планирует оказать помощь, сейчас 9252 человека, в нем 30 заболеваний, среди них 890 детей со СМА (спинально-мышечная атрофия) [14]. Из 60 млрд. рублей 23 млрд. запланировано на СМА. Лекарство для лечения СМА – это самое дорогое лекарство в мире, но есть лекарство от эпилепсии, годовой курс которого стоит 40 тыс. рублей, есть препараты курс лечения которых стоит 8 тыс. рублей, учтено должно быть и то, и другое.

В настоящее время продолжается разработка нормативных документов, определяющих правила работы фонда «Круг добра». Разработан порядок закупок лекарственных средств и изделий медицинского назначения фондом.

По утверждению протоирея А. Ткаченко – председателя правления фонда «Создание» – фонд лишь дополняет все остальные возможности получения помощи и ни в коем случае не подменяет собой учреждения здравоохранения.

⁹ Постановление Правительства Российской Федерации от 26 апреля 2012 № 403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2012. – № 19. – Ст. 2428.

Анализируя все возможные направления системы льготного лекарственного обеспечения, нельзя не затронуть еще два проекта:

- федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями»¹⁰ субъектами Российской Федерации;

- федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями»¹¹.

Из федерального бюджета на реализацию проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» на профилактику развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска выделено 10150000 рублей. Из бюджетов субъектов – 915651,5 руб. при этом уровень софинансирования составляет 92%. В рамках программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» было выписано 5331684 рецепта, из них обслужено 5240270, на общую сумму 5355682,1 рублей. Количество рецептов, находящихся на отсроченном обеспечении в программе «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в абсолютных показателях составили 10304, а также 3306 рецепта, срок действия которых истек в период нахождения на отсроченном обеспечении.

Другим стратегическим направлением является Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями».

«В 2020 году в целях оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в целях повышения доступности противоопухолевой лекарственной терапии выделена субвенция. На оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в размере 271,3 млрд. рублей, в том числе дополнительно 115 млрд. рублей в рамках федерального проекта "Борьба с онкологическими заболеваниями"», в частности, 95 млрд. рублей выделено на проведение химиотерапии.

«По данным отчета ФОМС, по состоянию на 1 апреля 2020 года, субвенция была предоставлена субъектам РФ в размере 67,8 млрд. рублей, использование субвенции составило 63,5 млрд. рублей (93,6% от объема предоставленных средств),

¹⁰ Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями». – URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/bssz>

¹¹ Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями». – URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/onko>

в том числе на противоопухолевую лекарственную терапию – 46,6 млрд. рублей. Указанные средства были направлены на 0,69 млн. случаев лечения онкологических пациентов в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в том числе на 0,47 млн. случаев лечения с проведением противоопухолевой лекарственной терапии».

Лекарственное обеспечение больных COVID–19

На обеспечение ЛП от COVID–19 пациентов, проходящих лечение амбулаторно, из федерального бюджета выделено 5 млрд. рублей. Власти в ряде регионов выделили дополнительные финансовые средства еще и из регионального бюджета на закупку лекарственных препаратов – это Москва, Санкт-Петербург, Московская область, Тюменская область и другие.

Все необходимые лекарственные препараты для амбулаторного лечения пациентов с COVID–19 выдаются бесплатно по назначению врача. В конце октября 2020 года Минздрав опубликовал последнюю версию рекомендаций по лечению и профилактике коронавируса.

Выбор лекарственного препарата для рекомендуемого лечения зависит от множества факторов: от возраста, степени заболевания пациента (легкая или среднетяжелая форма), наличия осложнений, сопутствующих заболеваний и т.д. Амбулаторных больных коронавирусом обязаны обеспечить бесплатными необходимыми лекарственными препаратами в том числе: противовирусные, антибиотики, антикоагулянты, кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты и другие необходимые препараты.

При организации лекарственного обеспечения пациентов с COVID–19, получающих лечение амбулаторно, можно отметить следующее:

- лекарственное обеспечение организуется таким способом, который исключает необходимость направления пациентов в аптеки или медицинские учреждения для получения лекарственных препаратов;

- препараты доставляются пациентам на дом средним или младшим медицинским персоналом, волонтерами или выездными бригадами;

- у пациентов берется информированное добровольное согласие на лечение в амбулаторных условиях, в котором должны быть указаны выданные лекарства и их количество.

Минздрав во Временных методических реко-

мендациях не рекомендует назначение антибиотиков до того момента пока не будут выявляться признаки бактериальной инфекции.

Амбулаторные пациенты, у которых диагностирована пневмония, по решению врача, получают бесплатно пульсометр (прибор, позволяющий мгновенно оценить насыщение крови кислородом).

Нормативный документ по организации лекарственного обеспечения пациентов, получающих лечение от коронавируса амбулаторно, это Приказ Минздрава России от марта 2020 г. № 198н¹².

Заключение

В результате проведенного анализа можно сделать заключение, что программа ОНЛС, реализуемая 16 лет, продолжает работать, но в большей степени по инерции. Солидарный принцип, заложенный первоначально в программу, не работает. Из года в год количество льготников в программе уменьшалось. Вышедшее из программы число льготников критическое (3,2–2,2 млн. человек). Есть регионы, в которых из программы вышло 80–90% и более. В то же время активно развиваются программы высокотратных нозологий и программы по лекарственному обеспечению конкретных нозологий, оказывающих влияние на демографическую ситуацию в стране – программы по кардиологии, онкологии и другие.

Исследование дало возможность рассмотреть состояние и проблемы всех видов льготного лекарственного обеспечения и сделать следующие выводы, что существующее состояние льготного лекарственного обеспечения в стране требует серьезных изменений:

- необходимо определиться с моделью системы лекарственного обеспечения;
- составить дорожную карту необходимых изменений в системе лекарственного обеспечения, в том числе пересмотр перечня ЖНВЛП, системы ценообразования и системы закупок ЛП и т.д.

¹² Приказ Минздрава России от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_348101/

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Щепин В.О. Состояние и проблемы лекарственного обеспечения льготных категорий граждан / В.О. Щепин, Е.А. Тельнова, Т.Н. Проклова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – № 2. – С. 108–112.
2. Тельнова Е.А. О государственном регулировании на российском фармацевтическом рынке и проблемах лекарственного обеспечения / Е.А. Тельнова, А.А. Загоруйченко // Современная организация лекарственного обеспечения. – 2020. – № 3. – С. 11–20.
3. Тельнова Е.А. Льготное лекарственное обеспечение: вчера, сегодня, завтра / Е.А. Тельнова // Менеджмент качества в медицине. – 2020. – № 2. – С. 59–63.
4. Фаррахов А.З. Люди ждут решения / А.З. Фаррахов. – URL: https://sojuzpharma.ru/news/9939-lyudi_jdut_resheniya
5. Ковалева К.А. Анализ федеральных программ льготного лекарственного обеспечения / К.А. Ковалева, И.А. Наркевич, О.Д. Немятых, Ю.А. Васягина // Ремедиум. – 2019. – № 3. – С. 54–58.
6. Тельнова Е.А. Программе ДЛО-ОНЛС 10 лет / Е.А. Тельнова // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 5. – С. 143–147.
7. Тельнова Е.А. Программа продолжает работать, а проблемы остаются / Е.А. Тельнова, Т.Н. Проклова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2019. – № 2. – С. 99–113.
8. Фисенко В.С. Реализация прав граждан в части льготного лекарственного обеспечения / В.С. Фисенко, Ю.В. Верижникова // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – № 6. – С. 26–29.
9. Ягудина Р.И. Орфанные препараты – новая категория на фармацевтическом рынке / Р.И. Ягудина. – URL: https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/goods_sales/orfannyye_preparaty_i_novaya_kategoriya_na_farmgryinke
10. Беляев М.А. Комментарий к Федеральному закону от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» / М.А. Беляев, Ю.В. Белянинова, Г.Р. Колоколов и др. – URL: <https://base.garant.ru/57344188/>
11. Путило Н.В. Право граждан на лекарственное обеспечение: монография / Н.В. Путило, Н.С. Волкова, Ф.В. Цомартова и др. – М.: Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации, 2017. – 216 с.
12. Соколов А.А. Новая модель здравоохранения, связанная с редкими заболеваниями. обзор законодательства в области редких болезней в Российской Федерации / А.А. Соколов, О.Ю. Александрова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2016. – № 3–4. – С. 10–14.
13. Каменский А. Замкнутый круг. Как изменить российскую медицину фонд «Круг добра» / А. Каменский. – URL: <https://yandex.ru/turbo/kommersant.ru/s/doc/4641480>
14. Марикиян М. Сколько стоит и отчего спасает самое дорогое лекарство в мире / М. Марикиян. – URL: <https://yandex.ru/turbo/ria.ru/s/20200130/1564023343.html>

REFERENCES

1. Shchepin V.O., Telnova E.A., Proklova T.N. The state and problems of drug provision for privileged categories of citizens. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny* [Problems of social hygiene, health care and the history of medicine]. 2019, vol. 2 (27), pp. 108–112 (in Russian).
2. Telnova E.A., Zagoruychenko A.A. On state regulation in the Russian pharmaceutical market and problems of drug supply. *Sovremennaja organizacija lekarstvennogo obespecheniya* [Modern organization of drug supply], 2020, vol. 3, pp. 11–20 (in Russian).
3. Telnova E.A. Preferential drug provision: yesterday, today, tomorrow. *Menedzhment kachestva v medicine* [Quality management in medicine], 2020, vol. 2, pp. 59–63 (in Russian).
4. Farrahov A.Z. *Lyudi zhdu resheniya* [People are waiting for a decision]. URL: https://sojuzpharma.ru/news/9939-lyudi_jdut_resheniya (in Russian).
5. Kovaleva K.A., Narkevich I.A., Nemjatyh O.D., Vasjagina Ju.A. Analysis of federal programs of preferential drug provision. *Remedium* [Remedium], 2019, vol. 3, pp. 54–58 (in Russian).
6. Telnova E.A. The DLO-ONLS program is 10 years old. *Vestnik Roszdravnadzora* [Bulletin of Roszdravnadzor], 2016, vol. 5, pp. 143–147 (in Russian).
7. Telnova E.A., Proklova T.N. The program continues to work, but the problems remain. *Bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja imeni N.A. Semashko* [Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health], 2019, vol. 2, pp. 99–113 (in Russian).
8. Fisenko V.S., Verizhnikova Ju.V. Implementation of the rights of citizens in terms of preferential drug provision.

Vestnik roszdravнадзора [Bulletin of Roszdravnadzor], 2013, vol. 6, pp. 26–29 (in Russian).

9. Jagudina R.I. *Orfannye preparaty – novaya kategoriya na farmacevticheskom rynke* [Orphan drugs – a new category in the pharmaceutical market]. URL: https://www.katrenstyle.ru/articles/journal/goods_sales/orfannye_preparaty_novaya_kategoriya_na_farmrynke (in Russian).

10. Beljaev M.A., Beljaninova Ju.V., Kolokolov G.R., et al. *Kommentarij k Federal'nomu zakonu ot 12 aprelja 2010 g. N 61-FZ «Ob obrashhenii lekarstvennyh sredstv»* [Commentary to the Federal Law of April 12, 2010 N 61-FZ "On the circulation of medicines"]. URL: <https://base.garant.ru/57344188/> (in Russian).

11. Putilo N.V., Volkova N.S., Comartova F.V., et al. *Pravo grazhdan na lekarstvennoe obespechenie* [The right of citizens to drug provision]. Moscow, Institute of Legislation and Comparative Law under the Government of the Russian Federation, 2017. 216 p. (in Russian).

12. Sokolov A.A., Aleksandrova O.Ju. A new model of healthcare related to rare diseases. review of legislation in the field of rare diseases in the Russian Federation. *Problemy standartizacii v zdravoohranении* [Problems of standardization in healthcare], 2016, vol. 3–4, pp. 10–14 (in Russian).

13. Kamenskij A. *Zamknutyj krug. Kak izmenit' rossijskuju medicinu fond «Krug dobra»* [Closed circle. How to change Russian medicine The Circle of Good Foundation]. URL: <https://yandex.ru/turbo/kommersant.ru/s/doc/4641480> (in Russian).

14. Marikjan M. *Skol'ko stoit i otchego spasaet samoe dorogoe lekarstvo v mire* [How much it costs and why it saves the most expensive medicine in the world]. URL: <https://yandex.ru/turbo/ria.ru/s/20200130/1564023343.html> (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Тельнова Елена Алексеевна – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор фармацевтических наук, Москва, Российская Федерация;
e-mail: telnovaea@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-8893-1453
Author ID 716581

Загоруйченко Анна Анатольевна – научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация;
e-mail: zagoranna@mail.ru
ORCID: 0000-0002-4040-2800
Author ID 817552

AUTHORS

Elena Telnova – Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Pharmacology, Moscow, Russian Federation;
e-mail: telnovaea@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-8893-1453
Author ID 716581

Anna Zagoruychenko – Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation;
e-mail: zagoranna@mail.ru
ORCID: 0000-0002-4040-2800
Author ID 817552

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.02.010

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Коломийченко М.Е.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова:

общественное здоровье и здравоохранение, качество медицинской деятельности, качество медицинской помощи, интегральный показатель.

Аннотация

Избыточность предлагаемых показателей для оценки одного и того же явления (события), а также неоднородность предлагаемых показателей (количественные и качественные, относящиеся к разным объектам и т.д.), обуславливает необходимость минимизации их числа путем разработки неких обобщенных (комплексных, интегральных) показателей. Кроме того, данные показатели требуются на различных уровнях управления с целью определения проблем в управляемой системе. В настоящей публикации представлен обзор встречающихся в научных источниках методических подходов к определению таких комплексных оценок (как «универсальных», возможных для использования применительно к любым видам и условиям медицинской помощи, так и «специальных», рассматриваемых для определенного профиля медицинской помощи, уровня управления и т.д.). Многие авторы предлагают комплексные методики, учитывающие не только определенным образом формируемый набор показателей, но и важность каждого из показателей; кроме того, предлагается учитывать все составляющие оказания медицинской помощи (общую, медицинскую, социальную и экономическую эффективность).

QUALITY ASSESSMENT OF MEDICAL CARE BY INTEGRAL INDEX

Kolomiychenko M.E.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

Keywords:

public health and healthcare, quality of medical practice, quality of medical care, integral index.

Abstract

The redundancy of the proposed indicators for assessing the same fact, as well as the heterogeneity of the proposed indicators (quantitative and qualitative, referring to different objects, etc.) require minimizing their number by developing some generalized (composite, integral) indicators. In addition, these indicators are required at various levels of management to identify problems in the managed system. This publication provides an overview of the methodological approaches found in scientific sources for defining complex assessments ("universal", which can be used for all types and conditions of health care and "special", considered for a specific profile of health care, level of management, etc.). Many authors propose integrated methods that take into account not only a set of indicators formed in a certain way, but also the importance of each of the indicators; in addition, it is proposed to take account all components of medical care (general, medical, social and economic efficiency).

Уже более 50 лет учеными предпринимаются попытки разработать и систематизировать показатели для оценки качества и эффективности оказываемой медицинской помощи.

Крайне важным, по мнению ряда авторов, является, во-первых, дифференциация показателей качества медицинской помощи и показателей состояния здоровья населения, во-вторых, – терминов «качество медицинской помощи», «результативность медицинской помощи» («медицинская результативность») и «эффективность медицинской помощи». Важно учитывать, что показатели состояния здоровья населения (которые часто используются для оценки медицинской, социальной и экономической эффективности системы здравоохранения) определяются не только и не столько качеством оказанной медицинской помощи и деятельностью системы здравоохранения, сколько целым рядом иных факторов (демографических, социальных и т.д.). Причем, если рассматривать данные показатели в качестве показателей результативности работы системы, то целесообразнее говорить об «эффективности всей системы охраны здоровья» [1; 2, с. 20; 3, с. 97–103; 4, с. 28].

По мнению профессора Богатырева И.Д., необходимо дифференцировать объем информации и периодичность ее поступления при определении перечня показателей оценки качества и эффективности деятельности медицинских организаций с учетом иерархического уровня [5].

Кроме того, следует учитывать избыточность предлагаемых показателей для оценки одного и того же явления (события), а также неоднородность предлагаемых показателей (количественные и качественные, относящиеся к разным объектам и т.д.). Это обуславливает необходимость минимизации их числа путем разработки неких обобщенных (комплексных, интегральных) показателей. Гасников В.К. и соавт. отмечают, что руководитель должен получать информацию только в случае «возникновения проблем в управляемой системе» (т.е. в случае отклонения полученного показателя от базового), а множество показателей требует формирования комплексных показателей, необходимых для управления с учетом этапа оказания медицинской помощи и уровня управления [6, с. 13].

Цель исследования

Анализ методических подходов к определению и возможности применения интегральных

показателей с целью оценки качества и эффективности медицинской деятельности.

Материалы и методы

Настоящее исследование осуществлялось в рамках плановой темы НИР «Организационно-экономические основы разработки системы управления качеством и эффективностью медицинской деятельности». Источниками информации являлись научные публикации. Использован комплекс методов, включающий: изучение и обобщение опыта, метод монографического описания, группу аналитических методов. Необходимо отметить использование в настоящей публикации современной терминологии (например, не «учреждения здравоохранения», а «медицинские организации» и др.).

Результаты исследования

В исследовании Г.Ф. Церковного с соавт. с целью оценки эффективности использования коечного фонда представлена методика разработки обобщенного показателя – «приведенного времени занятости койки» (определенный стандарт в виде времени занятости койки, рассчитанного с помощью специальной математической формулы), учитывающего все основные показатели (оборот койки, число дней занятости койки, средняя длительность пребывания больного на койке) и позволяющего проводить комплексную оценку использования коечного фонда, как в целом по системе здравоохранения, так и по отдельным медицинским организациям и по профилям коек.

Авторы предлагают ввести следующие термины: показатель неполного использования коек, показатель «сверхиспользования» коек, показатель неравномерности (показатель неравномерности использования коек относительно норматива).

Отмечается, что данный подход, основанный на определении стандартов и отклонений от них, применим и в других случаях необходимости комплексной оценки деятельности системы здравоохранения [7].

Сивый Н.Ю. с соавт. предложили следующий количественный метод комплексной оценки деятельности медицинских организаций:

1. Определение перечня разделов деятельности, по совокупности которых можно провести комплексную оценку. В данный перечень рекомендовано отдельно включать вопросы, наиболее актуальные для конкретной территории.

2. Разработка экспертами (работниками орга-

нов управления здравоохранением, медицинских организаций, главными специалистами и т.д.) перечня показателей и критериев количественных оценок по каждому разделу работы (оценочные таблицы). Поскольку предлагается проводить оценку по пятибалльной системе, на данном этапе устанавливается соответствие параметров значений каждого показателя и конкретной балльной оценки.

3. Определение экспертами значимости (веса) показателя (максимальный вес показателя – 15 баллов).

4. Предоставление всеми медицинскими организациями количественной оценки деятельности по данным показателям в орган управления здравоохранением.

5. Определение обобщающего показателя деятельности с учетом степени приближения значения показателя к норме (к 5 баллам) и веса показателя [8].

Малинский Д.М. отмечает, что комплексный критерий объединяет в единой оценке многочисленные показатели, каждый из которых имеет соответствующую единицу измерения, вследствие чего затрудняется непосредственная интеграция единичных показателей. Автором предлагается исходные единичные показатели преобразовывать в безразмерную форму (безразмерный показатель), наилучшей формой которого обозначена наглядно отражающая степень приближения фактического результата к некоторому эталону, к которому можно относить нормативные величины, среднестатистические данные или наилучшие значения показателей. Таким образом, безразмерная форма показателя определяется соотношением наилучшего и фактического значений показателя (в диапазоне от 0 до 100). Автором предлагается два варианта расчета:

1) в случае, если увеличение показателя соответствует повышению эффективности (например, охват диспансеризацией и эффективность работы врача-терапевта), он рассчитывается как отношение фактического значения к наилучшему;

2) в случае, если рост показателя свидетельствует о снижении эффективности (например, частота послеоперационных осложнений, расхождений клинического и патологоанатомического диагноза), он рассчитывается как отношение наилучшего значения к фактическому.

С целью получения корректных результатов

при определении группового (интегрального) показателя, рекомендуется минимизировать число показателей и их «групп», отбирая наиболее объективные показатели. Автором отмечается необходимость учета важности (веса) показателей, которая устанавливается в соответствии с приоритетностью целевых функций, результаты которых отражают. Вес показателей предлагается определять с предварительной их группировкой в зависимости от направлений деятельности медицинской организации. Для оценки веса рекомендуется использовать стоимостный, расчетный, вероятностный и экспертный методы. Вес показателей обязательно нормируется.

Комплексный критерий определяется на основании безразмерных форм единичных показателей (с учетом степени важности), универсальным методом является вычисление средних взвешенных величин (средней арифметической, средней геометрической, средней гармонической), однако, наиболее подходящей формой обозначена средняя геометрическая.

Данный подход позволяет обобщать любые показатели, условиями включения показателей в «группу» являются: непосредственное отношение к оценке качества/эффективности, наличие весовой функции, наличие наилучшего/нормального значения.

Отмечается, что комплексный критерий отражает вклад каждого направления работы, учитывает положительные и отрицательные тенденции единичных показателей, способствует выявлению «проблемных зон», обеспечивает возможность сравнительной оценки и позволяет принимать адекватные управленческие решения [9].

Гасниковым В.К. с соавт. отмечается, что число анализируемых показателей для получения обобщенной оценки не должно превышать 25–30, и предлагается следующий алгоритм:

1. На основании мнения экспертов конкретной территории определить перечень анализируемых показателей и методику их получения, а также коэффициент относительной важности показателя (относительного вклада показателя в интегральную оценку) – экспертам необходимо распределить 100 баллов между всеми показателями в соответствии с их значимостью.

2. Определить эталоны (базовые значения) для показателей (в том числе в виде диапазона; могут соответствовать нормативным, оптималь-

ным или средним значениям с учетом территориальных особенностей, данных научных источников и др.).

3. Определить фактические значения показателей (по статистическим данным и др.).

4. Выбрать систему оценки («+» – ухудшение, «-» – улучшение) фактического показателя и определить уровень его отклонения от базового (ожидаемого).

5. Определить отношение отклонения фактического показателя от базового к значению базового показателя (с учетом «знака» из пункта 4), которое далее умножить на коэффициент относительной важности показателя.

6. Все полученные произведения суммировать (с учетом «знака»), а сумму разделить на 100, именно это значение и будет обобщенной оценкой.

Авторы отмечают, что предлагаемая методика не учитывает взаимосвязи между показателями, не предусматривает выделения четких интервалов оценки конечного результата, а также требуется разработка методов отбора показателей и определения их базовых значений [6].

Спиной Ф.Д. и Менчер Э.М., отмечая верный подход Гасникова В.К. и соавт., высказывают мысли о том, что суммирование вкладов отдельных показателей может привести к компенсации низких значений важных показателей высокими значениями других, а также о том, что соблюдение условий определения важности показателя вызывает затруднения в связи с тем, что сумма коэффициентов всегда должна быть равной 100.

Авторами предлагается модифицированная методика создания обобщенного критерия оценки эффективности стационарной помощи: в результате экспертной оценки были определены 14 показателей, на основе анкетного опроса специалистов каждому из них были присвоены веса, после чего рассчитывался обобщенный критерий оценки качества стационарной помощи (допустимый диапазон значений от 0 до 1), вклады каждого единичного показателя выступают в виде множителей (а не слагаемых, как предлагается в методике Гасникова В.К.). Отмечается, что данная методика позволяет объединить неограниченное количество показателей, характеризующих деятельность однородной системы (стационарная, амбулаторно-поликлиническая, скорая помощь и т.д.) [10].

Евдокимовым Д.В. подвергается критическому анализу разработанная авторами «нового хозяйственного механизма» методика оценки качества, определяющая уровень качества как отношение суммы оценки набора мероприятий (процесса) и оценки качества (результата) к 200 (как средняя арифметическая из оценок по двум разным критериям). Автор высказывает сомнение относительно возможности вычисления среднего значения из разноименных величин. Предлагается разработанный «пошаговый» алгоритм оценки, учитывающий критерии результативности, рациональности и процесса оказания медицинской помощи, и определяющий объем оплаты медицинских услуг, то есть предполагается не «отвлеченный балл, коэффициент или процент качества», а «конкретная денежная сумма, соответствующая полной, частичной или нулевой оплате медицинской услуги» [11].

В НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко была разработана универсальная система (может быть адаптирована для медицинских организаций любого типа) и предусматривающая возможность оценки с использованием интегрального коэффициента эффективности (для медицинской организации в целом, ее структурного подразделения, любых категорий медицинских работников). Данный коэффициент представляет производное коэффициентов медицинской результативности (отношение числа случаев с достигнутым медицинским результатом к общему числу оцениваемых случаев оказания медицинской помощи), социальной удовлетворенности (отношение случаев удовлетворенности потребителя к общему числу оцениваемых случаев) и коэффициента соотношения затрат (отношение нормативных затрат к фактически произведенным). Рекомендуются сопоставлять полученный интегральный коэффициент с коэффициентом качества (доля случаев полного соблюдения технологий). Данное сопоставление производится с целью уточнения в каждом конкретном случае связи снижения эффективности с качеством работы медицинского персонала [12].

Гайдаровым Г.М. данные методические подходы были дополнены для получения более детальной информации. Качество и результативность процесса оказания медицинской помощи оценивались на основании данных экспертизы

Таблица 1

Алгоритм оценки качества медицинской помощи

Блок	Название	Варианты		Градации оценки	Результирующая оценка
А	оценка диагностических мероприятий	a ₁	врачебные	0 – не проведены или проведены неверно, 0,5 – наличие ошибок, 1 – обследования выполнены, результаты учтены и оценены верно	средняя арифметическая (a ₁ , a ₂ , a ₃)
		a ₂	лабораторные		
		a ₃	диагностические		
В	основной диагноз	b ₁	корректность формулировки	0 – неверно, 0,5 – наличие ошибок, 1 – корректно	средняя арифметическая (b ₁ , b ₂ , b ₃)
		b ₂	обоснованность диагноза		
		b ₃	совпадение с мнением эксперта		
С	лечебные мероприятия	–	определение адекватности лекарственной терапии и других методов лечения	0 – неверно, 0,5 – наличие ошибок, 1 – корректно	–
D	преемственность	d ₁	преемственность каналов направления (поступления) пациента	0 – неверно, 0,5 – наличие ошибок, 1 – корректно	средняя арифметическая (d ₁ , d ₂ , d ₃ , d ₄)
		d ₂	профильность		
		d ₃	цель направления пациента		
		d ₄	обоснованность следующего этапа медицинской помощи		

первичной медицинской документации каждого выписанного пациента. По результатам экспертизы определялись показатели, характеризующие медицинскую результативность (коэффициент результативности) и уровень качества лечения, которые варьировали в диапазоне от 0 до 1. Также учитывались: категория сложности лечения, число пролеченных больных и др. Для медицинской сестры определялся коэффициент соответствия технологии медицинской помощи. Коэффициент социальной удовлетворенности определялся на основании анализа результатов опросов пациентов, проводящихся регулярно. Кроме опроса пациентов осуществлялся опрос врачей об удовлетворенности работой параклинических отделений, результаты которого являлись основой для расчета коэффициента социальной удовлетворенности работой данных структурных подразделений. Коэффициент соотношения затрат рассчитывался как отношение установленной средней стоимости одного койко-дня (расчетная стоимость одного койко-дня, включенная в тарифы на лечение) к фактическим затратам. Кроме интегрального показателя эффективности определялись частные

показатели, позволяющие определить причины снижения качества оказываемой медицинской помощи. Кроме того, определено, что величина коэффициента соотношения затрат (при сопоставлении с остальными показателями) может служить основой оценки обоснованности затрат на лечение [13].

Горловым А.А. рассматривается возможность применения интегральных показателей для оценки эффективности медицинской помощи различным социальным группам, в частности, инвалидам. Автором предлагается следующая методика расчета интегрального показателя, включающего в рассматриваемом примере 5 единичных показателей: статистические значения каждого показателя, выражаемые в процентах, пересчитать в доли единицы; суммировать полученные значения показателей. В данном случае диапазон значений интегрального показателя будет варьировать от 0 до 5 (по числу единичных показателей). Кроме того, возможно определение доли полученного значения интегрального показателя от максимально возможного [14].

Методика интегрированной оценки качества медицинской помощи кардиологического профиля разработана Алмазовым В.А. и соавт. Основой данной методики является анализ врачебного процесса, который разделен на блоки (табл. 1). Интегральный показатель рассчитывается как среднее арифметическое оценок всех блоков операций (все значения находятся в диапазоне от 0 до 1). Авторы отмечают возможность изменения компонентов данного алгоритма. Кроме того, предложены: «коэффициент корреляции» для сравнения качества медицинской помощи на двух этапах оказания медицинской помощи и коэффициент для определения уровня организационно-методической работы специализированной помощи [15].

Поляковым Л.Е. и Малинским Д.М. был предложен метод комплексной оценки состояния здоровья населения. В основу данного метода положен принцип оценки отклонений отдельных показателей здоровья от соответствующих средних значений изучаемых признаков. Комплексная вероятностная оценка и качественная характеристика здоровья складывается из вероятностной оценки общей заболеваемости, случаев нетрудоспособности, дней нетрудоспособности, инвалидности, а также с учетом «граничных значений» вероятностной оценки. Авторами сформулированы требования к комплексной оценке:

- обеспечение суммарной количественной характеристики, которая может служить основой получения качественной оценки здоровья;
- целесообразность включения показателей, наиболее полно характеризующих здоровье;
- возможность сопоставления полученных показателей (например, со средними данными);
- возможность повсеместного практического использования (в том числе с применением компьютерных технологий) [16].

Предлагаемая методика позволяет «перевести» количественные показатели в качественные с применением математических методов.

Таким образом, с одной стороны, необходимость комплексной оценки отмечается не только для качества медицинской помощи, но и для оценки состояния здоровья населения; с другой стороны, данная методика может быть использована и для расчета интегрального показателя качества и эффективности медицинской деятельности.

Заключение

На различных иерархических уровнях управления требуется различный набор показателей: на более высоком уровне целесообразно проводить комплексную оценку (с учетом всех показателей, оцениваемых на предыдущих уровнях). С одной стороны, методика расчета значений показателей должна быть «унифицирована» для возможности сопоставления результатов, при этом она должна быть достаточно простой для возможности ее использования любым специалистом. Проведенное исследование выявило наличие целого ряда методик, направленных на определение интегрального показателя качества не только медицинской помощи, но и медицинской деятельности в целом. Полученные результаты могут быть использованы для формирования таких интегральных (обобщенных, комплексных) показателей в зависимости от уровня управления здравоохранением.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богатырев И.Д. О показателях для оценки качества и эффективности работы врачей, медицинских учреждений и органов здравоохранения / И.Д. Богатырев // Советское здравоохранение. – 1968. – № 10. – С. 30–34.
2. Линденбратен А.Л. Об оценке качества и эффективности медицинской помощи / А.Л. Линденбратен // Советское здравоохранение. – 1990. – № 3. – С. 20–22.
3. Попов Г.А. Экономика и планирование здравоохранения // Г.А. Попов. – М.: Издательство Московского Университета, 1976. – 376 с.
4. Щепин О.П. Актуальные проблемы оценки качества медицинской помощи населению / О.П. Щепин, А.Л. Линденбратен, В.Н. Голодненко, Р.М. Зволинская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1996. – № 3. – С. 24а–29.
5. Богатырев И.Д. О принципиальных подходах к установлению объема информации для управления органами и учреждениями здравоохранения и разработке показателей качества и эффективности их деятельности / И.Д. Богатырев // Советское здравоохранение. – 1972. – № 5. – С. 9–14.
6. Гасников В.К. К вопросу о получении обобщенной оценки показателей функционирования подсистем и учреждений здравоохранения / В.К. Гасников, И.Б. Эдлинский, Н.Н. Энгвер, М.Ю. Карчева, Н.А. Ершова, Ю.П. Кононова // Советское здравоохранение. – 1980. – № 5. – С. 12–19.
7. Церковный Г.Ф. Обобщенные показатели для оценки эффективности использования коечного фонда / Г.Ф. Церковный, Ю.М. Комаров, И.Б. Погожев, А.Г. Твердохлеб, С.П. Ермаков // Советское здравоохранение. – 1975. – № 4. – С. 15–23.
8. Сивый Н.Ю. Из опыта оценки деятельности органов и учреждений здравоохранения области / Н.Ю. Сивый, Н.С. Брожек, Ю.Н. Пафнутов // Советское здравоохранение. – 1978. – № 10. – С. 14–17.
9. Малинский Д.М. К методике комплексной оценки деятельности органов и учреждений здравоохранения / Д.М. Малинский // Советское здравоохранение. – 1978. – № 9. – С. 16–21.
10. Спинеи Ф.Д. О методике получения обобщенного критерия оценки качества стационарной помощи населению в учреждениях здравоохранения / Ф.Д. Спинеи, Э.М. Менчер // Советское здравоохранение. – 1988. – № 6. – С. 18–22.
11. Евдокимов Д.В. Алгоритм оценки качества медицинской помощи / Д.В. Евдокимов // Здравоохранение Российской Федерации. – 1993. – № 8. – С. 6–8.
12. Щепин О.П. Оценка качества и эффективности медицинской помощи / О.П. Щепин, А.Л. Линденбратен, Т.М. Шаровар, В.С. Васюкова. – М.: РАМН, НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко, 1992. – 91 с.
13. Гайдаров Г.М. Контроль качества и эффективности медицинской помощи в клинике медицинского ВУЗа / Г.М. Гайдаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1996. – № 3. – С. 16–20.
14. Горлов А.А. О применении интегральных показателей для оценки эффективности медицинской помощи различным социально-общественным группам населения (на примере контингентов инвалидов Великой Отечественной Войны) / А.А. Горлов // Советское здравоохранение. – 1987. – № 10. – С. 29–31.
15. Алмазов В.А. Качество – основной критерий состояния и перспектив кардиологической помощи населению / В.А. Алмазов, Б.Г. Бершадский, В.Ф. Чавпецов, А.Р. Шамелашвили // Здравоохранение Российской Федерации. – 1989. – № 2. – С. 16–21.
16. Поляков Л.Е. Метод комплексной вероятностной оценки состояния здоровья населения / Л.Е. Поляков, Д.М. Малинский // Советское здравоохранение. – 1971. – № 3. – С. 7–15.

REFERENCES

1. Bogatyrev I.D. On indicators for assessing the quality and effectiveness of the work of doctors, medical institutions and health authorities. *Sovetskoe zdravoohranenie* [Soviet healthcare], 1968, no. 10, pp. 30–34 (in Russian).
2. Lindenbraten A.L. On the assessment of the quality and effectiveness of medical activity. *Sovetskoe zdravoohranenie* [Soviet healthcare], 1990, no. 3, pp. 20–22 (in Russian).
3. Popov G.A. *Ekonomika i planirovanie zdravoohraneniya* [Economics and health planning]. Moscow, Moscow State University Press, 1976. 376 p. (in Russian).
4. Shchepin O.P., Lindenbraten A.L., Golodnenko V.N., Zvolinskaya R.M. Actual problems of assessing the quality of medical care to the population. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny* [Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine], 1996, no. 3, pp. 24a–29 (in Russian).

5. Bogatyrev I.D. On fundamental approaches to determining the volume of information for the management of health authorities and institutions and the development of indicators of the quality and effectiveness of their activities. *Sovetskoe zdavoohranenie [Soviet healthcare]*, 1972, no. 5, pp. 9–14 (in Russian).
6. Gasnikov V.K., Edlinsky I.B., Engver N.N., Karcheva M.Yu., Yershova N.A., Kononova Yu.P. On the issue of obtaining a generalized assessment of the performance indicators of subsystems and health care institutions. *Sovetskoe zdavoohranenie [Soviet healthcare]*, 1980, no. 5, pp. 12–19 (in Russian).
7. Tserkovny G.F., Komarov Yu.M., Pogozev I.B., Tverdokhleba A.G., Ermakov S.P. Generalized indicators for evaluating the effectiveness of the use of the bed fund. *Sovetskoe zdavoohranenie [Soviet healthcare]*, 1975, no. 4, pp. 15–23 (in Russian).
8. Siviy N.Yu., Brozhik N.S., Pafnutov Yu.N. From the experience of evaluating the activities of regional health authorities and institutions. *Sovetskoe zdavoohranenie [Soviet healthcare]*, 1978, no. 10, pp. 14–17 (in Russian).
9. Malinsky D.M. On the methodology of comprehensive assessment of the activities of health authorities and institutions. *Sovetskoe zdavoohranenie [Soviet healthcare]*, 1978, no. 9, pp. 16–21 (in Russian).
10. Spiney F.D., Mencher E.M. On the method of obtaining a generalized criterion for assessing the quality of inpatient care to the population in health care institutions. *Sovetskoe zdavoohranenie [Soviet healthcare]*, 1988, no. 6, pp. 18–22 (in Russian).
11. Evdokimov D.V. Algorithm for assessing the quality of medical care. *Zdavoohranenie Rossijskoj Federacii [Healthcare of the Russian Federation]*, 1993, no. 8, pp. 6–8 (in Russian).
12. Shchepin O.P., Lindenbraten A.L., Sharovar T.M., Vasyukova V.S. *Ocenka kachestva i effektivnosti medicinskoj pomoshchi [Evaluation of the quality and effectiveness of medical care]*. Moscow, Russian Academy of Medical Sciences, N.A. Semashko Research Institute of Social Hygiene, Economics and Health Management, 1992. 91 p. (in Russian).
13. Gaidarov G.M. Monitoring the quality and effectiveness of medical care in the clinic of Medical University. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny [Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine]*, 1996, no. 3, pp. 16–20 (in Russian).
14. Gorlov A.A. On the application of integral indicators for assessing the effectiveness of medical care for various social groups of the population (on the example of the contingents of disabled people of the Great Patriotic War). *Sovetskoe zdavoohranenie [Soviet healthcare]*, 1987, no. 10, pp. 29–31 (in Russian).
15. Almazov V.A., Bershadsky B.G., Chavpetsov V.F., Shamelashvili A.R. Quality is the main criterion of the state and prospects of cardiological care to the population. *Zdavoohranenie Rossijskoj Federacii [Healthcare of the Russian Federation]*, 1989, no. 2, pp. 16–21 (in Russian).
16. Polyakov L.E., Malinsky D.M. Method of complex probabilistic assessment of the state of public health. *Sovetskoe zdavoohranenie [Soviet healthcare]*, 1971, no. 3, pp. 7–15 (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Коломийченко Мария Евгеньевна – младший научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация; e-mail: niiskni@mail.ru

ORCID: 0000-0002-8572-0706

AuthorID: 821430

AUTHOR

Mariya Kolomiychenko – Junior Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation; e-mail: niiskni@mail.ru

ORCID: 0000-0002-8572-0706

AuthorID: 821430

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.02.011

СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ: ВОПРОСЫ МЕТОДОЛОГИИ

Сушко В.А.¹, Спасенников Б.А.²

¹Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация

²Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация

Ключевые слова:

социология медицины, виды и методы социологических исследований, социологические исследования в здравоохранении, качественные и количественные данные социологических исследований.

Аннотация

В статье авторы сконцентрировались на вопросах, имеющих, на их взгляд, наибольшее практическое значение для организации и проведения социологических исследований в медицине. Рассмотрены роль, место и виды социологических исследований, которые можно применять в системе управления качеством медицинской помощи. Выявлены проблемы и трудности, возникающие с их использованием в сфере медицины. Рассмотрены достоинства и недостатки в контексте количественной и качественной методологии. Раскрыты основные методы, применяемые в социологии медицины: анкетирование, интервьюирование, наблюдение, эксперимент и анализ документов. Сформулированы основные принципы и процедуры конкретных социологических исследований. В зависимости от характера поставленной цели и выдвинутых задач были выделены различные виды конкретных социологических исследований (описательные, аналитические и др.).

SOCIOLOGY OF MEDICINE: ISSUES OF METHODOLOGY

Sushko V.A.¹, Spasennikov B.A.¹

¹Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation

²N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

Keywords:

sociology of medicine, types and methods of sociological research, sociological research in health care, qualitative and quantitative data of sociological research.

Abstract

In the article, the authors tried to concentrate on the issues that, in their opinion, are of the practical importance for the organization and conduct of Sociological Research in Medicine. The role, place and types of sociological research that can be applied in the quality management system of medical care are considered. The problems and difficulties arising with their use in the field of medicine are identified. The advantages and disadvantages are considered in the context of quantitative and qualitative methodology. The main methods used in the sociology of medicine are considered: questioning, interviewing, observation, experiment and document analysis. The basic principles and procedures of specific sociological research are formulated. Depending on the nature of the goal and the tasks set, various types of specific sociological research (descriptive, analytical, etc.) were identified.

Каждый аспект человеческого бытия является источником возможных исследований [1, с. 120–124].

Научный метод включает разработку и проверку теорий о мире, основанных на эмпирических данных. Он определяется его приверженностью систематическому наблюдению за эмпирическим миром и стремится быть объективным, критическим, скептическим и логичным. Он включает в себя серию предписанных шагов, которые были установлены на протяжении веков научных исследований.

Социологи медицины используют проверенные методы исследования, такие как эксперименты, опросы, полевые исследования, текстовый анализ и др. [2, с. 72–81; 3, с. 61–74; 4, с. 4–11]. Научный процесс исследования устанавливает параметры, которые помогают обеспечить объективность и точность результатов. Они устанавливают ограничения и границы, которые определяют фокус исследования и систематизируют его результаты. Это касается как позитивистских или количественных методологий, так и интерпретативных или качественных методологий.

Независимо от того, какой подход к исследованию используется, исследователи хотят максимизировать надежность исследования. Надежность увеличивает вероятность того, что то, что верно для одного человека (например, пациента), будет верно для всех людей в группе. Исследователи также стремятся к достоверности (насколько хорошо исследование измеряет то, для измерения чего было разработано).

Социологи медицины могут использовать научный метод не только для сбора, но и для интерпретации и анализа данных. Они сознательно применяют научную логику и объективность. Они заинтересованы в результатах, но не привязаны к ним. Их исследовательская работа не зависит от их собственных медико-социальных убеждений. Это не значит, что исследователи не критичны. Это также не означает, что у них нет собственной точки зрения со своими предпочтениями и мнениями. Но социологи медицины сознательно используют научный метод, чтобы поддерживать как можно больше объективности, целенаправленности и последовательности в конкретном исследовании. Благодаря систематическому подходу, научный метод оказался полезным при

разработке социологических медицинских исследований, предусматривающий систематическую, организованную серию шагов, которые помогают обеспечить объективность и последовательность в исследовании социальной медицинской проблемы. Они обеспечивают точность, надежность и достоверность. В итоге, научный метод обеспечивает общую основу для обсуждения и анализа.

Обычно научный метод начинается со следующих шагов: 1) необходимо сформулировать исследовательский вопрос; 2) изучить существующие источники; 3) сформулировать гипотезу.

Структуру социологического знания можно представить в виде пирамиды, вершину которой образует общая социологическая теория с ее основными парадигмами, а основание – прикладная социология с бесчисленным множеством конкретных социологических исследований.

Средние этажи пирамиды социологического знания занимают частные (отраслевые) социологические теории и эмпирическая социология, в основе которой лежат сравнительные, крупномасштабные, репрезентативные исследования.

Эмпирическое исследование в медицине – система логически последовательных методологических, методических и организационно-теоретических процедур, направленных на получение достоверных данных об изучаемом явлении или процессе для их последующего использования в медицинской практике.

Социология медицины направлена на применение социологических теорий, понятий, методов к решению конкретных медико-социальных проблем.

Социологическое медицинское исследование – это, как правило, оперативное исследование, проведенное на одном объекте с целью медико-социальной диагностики ситуации, объяснения конкретного явления и подготовки практических медицинских рекомендаций. Прикладное исследование не ставит целью приращение нового знания, научных открытий, в нем применяются уже известные знания, оформленные в типовые методики.

Исследования, направленные, прежде всего, на приращение нового знания, которые мы называли эмпирическими, получают в литературе и другие наименования. Их можно также называть теоретико-прикладными, учитывая, что их цель –

содействие решению медико-социальных проблем путем разработки новых подходов к их изучению, интерпретации и объяснению. Также такие исследования называют фундаментальными, учитывая их весомость, важность, основательность. Для нас, прежде всего, важно, что такие исследования следуют отличать от собственно теоретических, что они задают конкретный уровень определения предмета исследования. Оставляя в качестве рабочего названия – эмпирические исследования, мы можем использовать общий для эмпирических и прикладных исследований термин – конкретные медико-социологические исследования.

Необходимо сформулировать основные принципы и процедуры конкретных социологических исследований в медицине.

Основопологающим принципом разработки социологического исследования при классическом (количественном) подходе является принцип квантификации (это процесс подсчета и измерения, который преобразует наблюдения и переживания человеческого чувства в величины), то есть придания результату численного значения. На основе принципа квантификации в социальном познании стали применимы процедуры: операционализации, репрезентативности, верифицируемости данных.

Операционализация – процедура установления связи концептуального аппарата исследования с его методическим инструментарием посредством построения системы эмпирических показателей изучаемого объекта.

Репрезентативность – процедура построения выборочной совокупности в соответствии с характеристиками изучаемой генеральной совокупности.

Верификация – принцип опытной проверки и доказательства истинности теоретических положений (гипотез, анкетных вопросов, методов сбора и анализа данных) путем их сопоставления с фактами, положением дел в действительности.

Для повышения доверия к данным социологического медицинского исследования необходимо руководствоваться принципами верификации на каждом из его этапов.

В зависимости от характера поставленной цели и выдвинутых задач выделяют различные виды конкретных социологических медицинских исследований.

В зависимости от глубины анализа меди-

ко-социальной проблемы и масштаба охвата событий выделяют разведывательные, описательные и аналитические исследования.

Поисковое (разведывательное) исследование проводится с целью уточнения проблемы, более корректной постановки задач и выдвижения обоснованных гипотез. Проведение его особенно желательно в том случае, если научная медицинская литература по интересующей тематике отсутствует или ее недостаточно.

Разведывательное исследование – наиболее простой вид медико-социологического анализа: круг задач ограничен, число опрошенных невелико, программа и инструментарий крайне упрощенные; данные нерепрезентативные. Ученый, представитель науки общественного здоровья и организации здравоохранения, социологии и истории медицины, получает лишь прикидочные сведения об объекте исследования для общей ориентации в проблеме. Оно используется для мало или не вполне изученных проблем. Вариантом разведывательного исследования выступают экспресс-опросы. Их еще называют оперативными опросами. Решаются сиюминутные, но очень нужные министерству здравоохранения России или министерству здравоохранения субъекта Российской Федерации, конкретному лечебному учреждению утилитарные задачи, получают вполне репрезентативную и надежную информацию.

Разведывательное исследование часто называют также пилотажным исследованием.

Пилотажное исследование предназначено для отработки технических процедур и приемов, чаще всего – для апробации вопросника. Предварительная проверка опросного инструментария очень важна для успеха исследования. Она помогает обнаружить проблемы, которые в полной мере могут проявиться только в «полевых» условиях исследования.

Прежде всего, следует обратить внимание на следующие характеристики инструментария: объем выборки в пилотажном исследовании не имеет четкого методического обоснования. Обычно полагают достаточным опросить около 50 респондентов (например, врачей, пациентов и др.). Важно только, чтобы они представляли все существенные категории планируемого объекта исследования.

Малая выборка в пилотаже вовсе не обязательно должна быть репрезентативной по отно-

шению к генеральной совокупности. Куда важнее другое ее качество – разнообразие: она должна включать те группы респондентов, которые способны реагировать на инструментарий по-разному. Если люди с небольшим образовательным цензом (например, пациенты сельской участковой больницы в Верхнетоемском районе Архангельской области) составят в будущей выборке незначительную долю, их необходимо опрашивать в первую очередь именно потому, что они могут отвечать на вопросы анкеты совсем не так, как ожидается (отличие может быть весьма существенным в сравнении, например, с пациентами сельской участковой больницы Истринского района Московской области).

Кроме того, в пилотажную выборку включают тех респондентов, которые представляют наиболее важные для темы опроса социально-демографические признаки (пол, возраст, образование, стаж работы, содержание труда и т. п.).

В социологии медицины пилотаж проводится до основного исследования и выступает способом проверки обоснованности гипотез и задач, а также профессионального уровня и методической отработанности инструментария. Пилотаж помогает оценить правильность модели выборки и внести в нее в случае необходимости соответствующие исправления; уточнить некоторые характеристики объекта и предмета исследования, обосновать финансовые расходы и сроки проведения главного исследования. Пилотаж полезен также для тренировки группы интервьюеров (студентов медицинских вузов, клинических ординаторов, аспирантов, младших научных сотрудников и др.).

Авторы в своей научной деятельности придерживаются правила: прежде чем отдавать анкету в большой тираж, ее целесообразно опробовать в малотиражном (пилотажном) опросе, чтобы уточнить, правильно ли понимают вопросы респонденты (пациенты, медицинские работники и др.), не слишком ли она длинна и утомительна, сколько времени занимает ее заполнение (или интервью) и др.

Более сложным, чем разведывательное, выступает описательное исследование. Цели у него серьезнее, проводится дольше, программа обстоятельнее, инструментарий соответствует всем научным параметрам общественного здоровья и организации здравоохранения, социологии и истории медицины. При проведении этого вида

исследований обычно ищутся ответы на вопросы: «кто?», «что?», «где?», «когда?» и «как?». Описательные исследования не дают ответа на вопрос «почему?».

Описательное исследование по своим целям и задачам предполагает получение эмпирических сведений, дающих относительно целостное представление об изучаемом явлении, его структурных элементах. Такое исследование проводится по полной, достаточно подробно разработанной программе с использованием методически апробированного инструментария. Его надежная методологическая оснащенность делает возможным группирование и классификацию элементов исследуемого объекта по тем параметрам, которые выделены в качестве существенных в связи с изучаемой медико-социальной проблемой.

Описательные исследования преследуют цель получения сведений целостного характера об изучаемом медико-социальном явлении (процессе). В результате складывается общая картина состояния объекта. Здесь ставится задача целостного восприятия проблемы без стремления к глубокому проникновению в суть дела. Подобные исследования проводятся тогда, когда объект достаточно хорошо изучен, чтобы сформулировать описательные гипотезы. Данные гипотезы представляют собой предположения, позволяющие комплексно исследовать объект с точки зрения его структуры, функций, генезиса (этапов развития).

Описательные исследования сложно организованы. Они имеют хорошо разработанную программу, методически апробированный (в рамках пилотажного исследования) инструментарий. Результаты данного вида исследований, представляющих собой научное описание объекта, служат основой для разработки социальной политики и принятия управленческих решений в разных сферах социальной жизни.

Аналитическое исследование – самый углубленный вид социологического медицинского анализа. К нему относятся все признаки доброкачественного научного изучения, свойственные описательному исследованию: репрезентативность, надежность, достоверность и т.д. Но плюс к тому оно выявляет скрытые от глаз причины возникновения медико-социального явления. Это уже высший уровень медико-социального профессионализма, предполагающий выявление причин медико-социальных явлений. Оно базируется

на анализе медико-социальных проблем (противоречий) и в качестве своего результата предлагает способы их разрешения. В аналитическом исследовании устанавливается связь между характеристиками изучаемого явления (процесса), определяются факторы, влияющие на него изнутри и извне. Другими словами, здесь исследование идет уже в глубину медико-социальной проблемы.

Аналитическое исследование предполагает детальное знание объекта, базирующееся на широком спектре информационных источников. В основе аналитического исследования – объяснительные гипотезы. Этот самый сложный вид гипотез представляет собой предположение о причинно-следственных связях объекта исследования. Аналитические исследования имеют большую практическую ценность, они позволяют разрешать медико-социальные проблемы, оптимизировать медико-социальные процессы.

Значимость социологических исследований в медицине состоит в том, что без него наши знания о медико-социальном мире ограничены нашим непосредственным и ограниченным жизненным опытом. Без какого-либо систематического исследования мы не сможем узнать ответ даже на основные вопросы, например, сколько в России живет людей, страдающих ревматоидным артритом, не говоря уже об ответах на более сложные вопросы.

Однако цель большинства медико-социологических исследований – выйти за рамки простого описания. Социологи медицины обычно ограничиваются определенной темой исследования и проводят исследования для достижения цели исследования или иногда для ответа на конкретный вопрос.

Исследования в социологии медицины обычно тщательно планируются и проводятся с использованием хорошо установленных процедур для обеспечения объективности знаний – когда собранная информация отражает то, что на самом деле «снаружи» в социальном мире, а не «субъективное», – где она отражает только узкие мнения исследователей. Научное, систематическое и строгое использование методов исследования делает социологическое знание «объективным», а не «субъективным».

В медико-социологических исследованиях принято различать первичные и вторичные данные, а также качественные и количественные данные.

Количественные данные относятся к информации, которая появляется в числовой форме или в форме статистики (например, показатели заболеваемости).

Качественные данные относятся к информации, которая появляется в письменной, визуальной или звуковой форме (например, на веб-сайтах).

Вторичные данные – данные, которые были собраны предыдущими исследователями или медицинскими (научными и др.) организациями. Количественные источники вторичных данных включают официальную государственную статистику, а качественные источники очень многочисленны, включая правительственные отчеты, газеты, а также огромное количество аудиовизуального контента, доступного в Интернете.

Первичные данные – данные, собранные самим исследователем «из первых рук». Если ученый проводит свое собственное уникальное социологическое медицинское исследование, у него обычно будут конкретные исследовательские вопросы, на которые он хочет получить ответы, и, таким образом, адаптировать свои методы исследования для получения желаемых данных.

Какие же теоретические, этические и практические факторы влияют на выбор метода исследования в социологии медицины.

1. Теоретические факторы: позитивисты предпочитают количественные методы исследования и, как правило, больше озабочены надежностью и репрезентативностью. Интерпретивисты предпочитают качественные методы исследования и готовы «пожертвовать» надежностью и репрезентативностью, чтобы получить более глубокое понимание, которое должно обеспечить более высокую достоверность.

2. Практические факторы включают такие вещи, как количество времени, которое займет исследование, сколько оно будет стоить, сможет ли исследователь получить финансирование, возможности для исследования, включая легкость доступа к респондентам, а также личные навыки и характеристики исследователя.

3. Этические факторы – размышления о том, как исследование влияет на тех, кто участвует в процессе исследования. Этическое исследование должно получать информированное согласие респондентов, обеспечивать конфиденциальность, быть законным и гарантировать, что респондентам не будет причинен вред. Все это необходимо

сопоставить с результатами исследования.

4. Четвертый фактор – это природа изучаемой темы. Некоторые темы поддаются только определенным методам исследования и исключают другие.

Основные методы, которые социологи медицины используют для получения первичных данных, включают социологические опросы (обычно с использованием анкетирования), интервью, эксперименты и наблюдения. Для изучения вторичных данных используют метод анализа документов и контент-анализ.

Социологические опросы – это обычно структурированные анкеты, предназначенные для сбора информации от большого количества людей в стандартизированной форме. Социологический опрос предполагает получение стандартизированной информации от больших групп людей (пациентов, врачей и др.). Опрос, как вид исследования, разбивается на две большие разновидности – анкетирование и интервьюирование.

Анкетирование – вопросно-ответная форма организации текста.

Интервью – проводимая по заранее разработанному плану беседа, предполагающая прямой контакт интервьюера с респондентом, в ходе которой интервьюер фиксирует его ответы.

При всех различиях, все виды опроса объединяет одно обстоятельство – анкета, то есть соответствующая исследовательскому замыслу и логически выстроенная система вопросов, адресованных респонденту речевых сообщений в вопросительной, утвердительной или отрицательной форме, а также предлагаемых к ним вариантов ответа.

В отечественной социологии медицины анкетный опрос является одним из самых распространенных методов сбора медико-социальной информации. Большая часть социологических исследований в медицине проводится именно методом анкетных опросов. Анкетный социопрос нацелен на определение тех фактов, которые невозможно выявить с помощью наблюдения, что делает данный метод не только удобным, но и незаменимым.

Анкеты особенно полезны для проверки гипотез о причинно-следственных связях между различными переменными, потому что тот факт, что они поддаются количественной оценке, позволяет нам находить корреляции.

Анкеты позволяют исследователю собирать

информацию от большого количества людей, поэтому результаты должны быть более репрезентативными для более широкой аудитории, чем при использовании качественных методов. Однако все это зависит от используемых подходящих методов выборки и наличия у исследователей знаний о том, как на самом деле заполнять анкету.

Анкеты обычно считаются одним из наиболее надежных методов сбора данных. Если их использует другой исследователь, то они должны давать аналогичные результаты. При повторении исследования легко использовать одну и ту же анкету, что означает, что респондентам задают одни и те же вопросы в одном и том же порядке и у них есть одинаковый выбор ответов.

В вопросах для самостоятельного заполнения нет влияния исследователя. Надежность анкет означает, что если мы действительно обнаруживаем различия в ответах, то можем быть достаточно уверены в том, что это связано с тем, что мнения респондентов изменились с течением времени (например, после реорганизации лечебно-профилактического учреждения). По этой причине анкеты являются хорошим методом для проведения лонгитюдных исследований, в которых измеряются изменения во времени.

Полученные данные можно быстро проанализировать после того, как они были собраны. С помощью онлайн-анкет предварительно закодированные вопросы можно обновлять в режиме реального времени.

Интервью – социологический способ получения информации с помощью устного опроса и ответа респондентов [5, с. 87]. Интервьюирование сегодня стало ведущим методом сбора информации.

Исходя из степени формализации, под которой мы понимаем наличие количественных параметров в интервью, различают интервью, которые приближены к анкете, полностью формализованные, когда невозможно отклонение от заданного формата.

В формализованных интервью действия интервьюера и респондента детальным образом регламентировано гайдом-путеводителем. При использовании этого типа, интервьюер обязан четко придерживаться формулировок вопросов и не отступает от них. Влияние интервьюера на исследование остается, но оно связано не с глубинными вопросами интервью, а с его добросовестностью и пунктуальностью. Однако это полноценное ин-

тервью, поскольку сам респондент часто не может ответить на вопросы данного гайда-путеводителя в силу его сложности, а сделать это может только опытный интервьюер.

В противоположность формализованным типам интервью – неформализованные, характеризуются тем, что нет жестких рамок проведения интервью. Все очень свободно. Неформализованное интервью не настолько привязано к определенному расписанию или к определенным вопросам. Исследователь в этом интервью не знает заранее, какие вопросы будут необходимы по этой теме. В неформализованном интервью интервьюеры должны развить, адаптировать и создать последующие вопросы приемлемые в данной конкретной ситуации и которые являются центральными к исследуемому вопросу.

Неформализованное интервью используется очень часто в полевых исследованиях для дополнения к наблюдению. Такие интервью дают возможность интервьюеру добыть дополнительную информацию по результатам наблюдения. Кроме того, такие интервью очень полезны, когда интервьюеры незнакомы с образом жизни респондентов или этническими культурными традициями и обычаями (например, связанные с соблюдением личной гигиены существенно отличается у кочевых народов Крайнего Севера).

Иногда неформализованное интервью называют глубинным. Такое интервью предполагает обсуждение не только общей темы, но и предвзвешенно продуманного круга вопросов, определяющих структуру, содержание этой темы. Последовательность вопросов не закрепляется в определенной единообразной форме. С каждым новым респондентом эти характеристики могут меняться, включая и новые вопросы.

Полуформализованные интервью с элементами формализации находятся где-то посередине между формализованными и неформализованными интервью. Такой тип интервью предполагает использование определенного списка вопросов или указанных тем. Как правило, эти вопросы задаются каждому интервьюируемому в систематическом и в определенном порядке, но есть возможность быть гибким: то есть исследователь может идти намного дальше установленных вопросов. Присутствие интервьюера также может снизить вероятность неправильного толкования вопросов, поскольку респонденты могут при не-

обходимости просить разъяснений, а интервьюер может также при необходимости ориентироваться на определенные группы. С другой стороны, структурированные интервью занимают больше времени. Один исследователь может проводить только одно интервью за раз (хотя фокус-группы являются исключением из этого правила, они также ограничены с точки зрения количества респондентов, с которыми можно иметь дело за один раз), тогда как вопросник для самостоятельного заполнения может быть применен к сотням респондентов.

Присутствие интервьюера открывает возможность возникновения его предвзятости, когда присутствие исследователя мешает полученным результатам (например, в вопросах, связанных с патологией мочеполовой сферы). Социальные характеристики интервьюера могут повлиять на ответы в зависимости от возраста, пола и этнической принадлежности исследователя по отношению к респонденту.

У каждого интервьюера существует свой стиль интервьюирования: от выбора, кому они будут задавать вопросы, если они на улице, до тона голоса, выражения лица и темпа интервью. Каждый из этих нюансов может повлиять на результаты, а это означает, что надежность исследования ставится под угрозу, потому что другому исследователю трудно повторить точные условия, в которых проводились предыдущие интервью.

Эксперименты основной задачей ставят максимально точно измерить влияние одного фактора на другой, чтобы установить причинно-следственные связи между ними.

Эксперименты обычно начинаются с гипотезы – теории или объяснения, сделанного на основе ограниченных доказательств в качестве отправной точки для дальнейшего исследования, и, обычно, принимают форму проверяемого утверждения о влиянии, которое один или несколько независимых факторов окажут на зависимый фактор. Хороший эксперимент будет спланирован таким образом, чтобы можно было установить объективные причинно-следственные связи, чтобы исходная гипотеза могла быть проверена или отклонена и изменена.

Есть два типа экспериментов – лабораторные и полевые эксперименты.

Лабораторный эксперимент проводится в контролируемой среде, такой как научная лабо-

ратория научно-исследовательского института, тогда как полевой эксперимент проводится в реальных условиях, таких как палата клинической больницы, рабочее место врача или на улице, рядом с поликлиникой.

Эксперименты направлены на измерение эффекта, который независимая переменная («причина») оказывает на зависимую переменную («эффект»).

Ключевые особенности эксперимента – это контроль над переменными, точное измерение и установление причинно-следственных связей.

Чтобы установить причинно-следственные связи, изменяется независимая переменная и измеряется зависимая переменная; все другие переменные (известные как посторонние переменные) контролируются в процессе эксперимента.

Еще одна ключевая особенность экспериментов заключается в том, что они должны давать объективное знание, то есть выявлять причинно-следственные связи между переменными, которые существуют независимо от наблюдателя, потому что на полученные результаты не должны были полностью влиять собственные ценности исследователя.

Другими словами, кто-то другой, наблюдающий за тем же экспериментом или повторяющий тот же эксперимент, должен получить те же результаты. Если это так, то можно сказать, что у нас есть объективные знания.

Преимущества экспериментального метода в социологии медицины заключаются в том, что этот метод:

- позволяет нам устанавливать «причинно-следственные связи» между переменными;
- позволяет точно измерить взаимосвязь между переменными, позволяя нам делать точные прогнозы о том, как два объекта будут взаимодействовать в будущем;
- исследователь может оставаться относительно отстраненным от исследовательского процесса, что позволяет собирать объективные знания независимо от субъективных мнений исследователя;
- он обладает превосходной надежностью, поскольку контролируемая среда позволяет повторить точные условия исследования и проверить результаты.

Недостатки экспериментального метода связаны с тем, что:

- в реальном мире существует так много переменных, что невозможно контролировать и измерить их все;

- большинство социальных групп слишком велики для научного изучения, например, нельзя поместить всех жителей крупного города в лабораторию, чтобы контролировать все переменные, связанные со здоровым образом жизни. Нельзя это сделать даже с помощью полевого эксперимента;

- у людей есть свои субъективные, эмоционально окрашенные причины для совершения каких-либо действий, о которых они часто не знают сами, поэтому их невозможно измерить каким-либо объективным образом. Особенно часто это встречается в психиатрической, сексологической, урологической практике;

- люди не просто предсказуемо реагируют на внешние раздражители: они думают о вещах, выносят суждения и действуют соответственно, поэтому предсказать человеческое поведение зачастую невозможно;

- есть также этические проблемы с отношением к людям как к «объектам исследования», а не как к равноправным партнерам в исследовательском процессе.

Наблюдение – качественный метод социологического исследования, предполагающий сбор первичных данных, заключающийся в направленном, систематическом восприятии и регистрации социальных процессов [6, с. 104]. Как правило, наблюдение бывает включенным, когда исследователь сам является непосредственным участником наблюдаемых событий или процессов, или же является членом наблюдаемой общности.

Наблюдение за участниками предполагает, что исследователь присоединяется к группе людей, принимает активное участие в их повседневной жизни в качестве члена этой группы и делает подробные записи того, что он видит. Наблюдение связано с получением предварительного материала о социальном объекте и для получения первичной информации по какой-либо проблеме.

Тематические исследования включают в себя исследование одного случая или примера чего-либо с использованием нескольких методов – например, исследование одного медицинского учреждения.

Хотя социологи медицины часто проводят оригинальные исследования, они также вносят

свой вклад в изучение дисциплины посредством вторичного анализа данных. Вторичные данные не являются результатом непосредственных исследований, собранных из первоисточников, это уже завершённая работа других исследователей. Типичным примером анализа текстовых источников может служить изучение научных публикаций и отчетов по проблеме, которое обычно проводится на этапе разработки исследовательской проблемы. Круг документов, содержащих в себе информацию, настолько широк и настолько информативен вследствие чрезвычайной широты и разнообразия отображаемых в них различных сторон медико-социальной действительности, что практически любое конкретное исследование должно начинаться с анализа существующих по исследуемой проблеме документов. В частности, не рекомендуется начинать ни пилотажное, ни, тем более, полевое исследование, не изучив предварительно официальные статистические данные – отчеты и публикации Госкомстата, данные ведомственной статистики, отчеты, решения коллегий, приказы и распоряжения Министерства здравоохранения России, иных нормативных правовых актов. Одним из преимуществ вторичных данных является то, что это нереактивное исследование (или ненавязчивое исследование), оно исключает прямой контакт с субъектами и не влияет на поведение людей. В отличие от исследований, требующих прямого контакта с людьми, использование ранее опубликованных данных не требует ввода данных о населении, а также вложений и рисков, присущих этому исследовательскому процессу.

Документы могут стать источником получения необходимых сведений об изучаемом объекте только тогда, когда оценена надежность имеющейся в их распоряжении документальной информации.

Важнейшим источником информации являются документы, специально созданные для целей исследования: анкеты, опросные листы, протоколы наблюдений, данные контент-анализа, выраженные в форме отчета.

Многообразие видов документов по-разному используется в социологических исследованиях, однако существуют два основных метода анализа документов.

Один из них традиционный, классический, а второй – формализованный, или, как его чаще

всего называют, контент-анализ. Традиционный анализ документов представляет собой совокупность определенных логических построений, направленных на раскрытие основного содержания изучаемого материала.

Контент-анализ представляет собой процесс выделения в изучаемом тексте определенных, интересующих исследователя элементов содержания, классификации в соответствии с концептуальной схемой исследования, и последующем их подсчете и количественном анализе [5, с. 91]. Единицы счета определяются исходя из целей исследования. Ими могут быть отдельные слова (термины и т.п.), суждения, выраженные в форме предложений, абзацев, фрагментов текстов, аргументы, а также различные виды публикаций (по тематике и др.). Этот вид анализа документов был ориентирован на извлечение медико-социологической информации из больших массивов документальных источников, трудно поддающихся или вовсе не поддающихся традиционному интуитивному анализу. Он основан на выявлении определенной совокупности количественных, статистических характеристик текстов.

Охватить все многообразные вопросы, касающиеся социологических методов исследования и их применения в медицине со всеми сопутствующими аспектами, возможно только в многотомном руководстве (если, вообще, возможно), поэтому в данной статье авторы попытались сконцентрироваться на вопросах методологии социологии медицины, имеющих, на их взгляд, наибольшее практическое значение для организации и проведения конкретных социологических исследований в медицине.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Спасенников Б.А. Социально-правовая характеристика осужденных мужчин, отбывающих наказание в исправительных колониях / Б.А. Спасенников, А.М. Смирнов // Социологические исследования. – 2015. – № 9 (377). – С. 120–124.
2. Спасенников Б.А. О подготовке статьи в научный медицинский журнал / Б.А. Спасенников // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 3. – С. 72–81.
3. Сушко В.А. Ощущаемое качество жизни и ценностная структура российского населения / В.А. Сушко // Социология. – 2021. – № 1. – С. 61–74.
4. Аверин Ю.П. Концепция качества жизни в современных социологических теориях / Ю.П. Аверин, В.А. Сушко // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. – 2019. – Т. 19. – № 1. – С. 4–11.
5. Кравченко А.И. Социология: учебник для бакалавров. – М.: Издательство «Проспект», 2017. – 536 с.
6. Ядов В.А. Социологическое исследование: методология, программа, методы. – М.: Наука, 1972. – 240 с.

REFERENCES

1. Spasennikov B.A., Smirnov A.M. Socio-legal characteristics of convicted men serving sentences in correctional colonies. *Sociologicheskie issledovaniya [Sociological Research]*. 2015, no. 9 (377), pp. 120–124.
2. Spasennikov B.A. On the preparation of an article for a scientific medical journal. *Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko [Semashko Bulletin of the National Research Institute of Public Health]*. 2020, no. 3, pp. 72–81.
3. Sushko V.A. Perceived quality of life and the value structure of the Russian population. *Sociologiya [Sociology]*. 2021, no. 1, pp. 61–74.
4. Averin Yu.P., Sushko V.A. The concept of the quality of life in modern sociological theories. *Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya: Sociologiya. Politologiya [Bulletin of the Saratov University. New series. Series: Sociology. Political science]*. 2019, vol. 19, no. 1, pp. 4–11.
5. Kravchenko A.I. *Sociologiya: uchebnik dlya bakalavrov [Sociology: a textbook]*. Moscow, "Prospect", 2017. 536 p.
6. YAdov V.A. *Sociologicheskoe issledovanie: metodologiya, programma, metody [Sociological research: methodology, program, methods]*. Moscow, Nauka, 1972. 240 p.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Сушко Валентина Афанасьевна – доцент кафедры социологии государственного управления социологического факультета, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, кандидат социологических наук, доцент, Москва, Российская Федерация;
e-mail: valentina.sushko@gmail.com
ORCID ID 0000-0003-4868-2437
Author ID 812650

Спасенников Борис Аристархович – советник директора, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, доктор юридических наук, профессор, Москва, Российская Федерация;
e-mail: borisspasennikov@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-5668-6457
Author ID 441681

AUTHORS

Valentina Sushko – Docent of the Department of Sociology of Public Administration of the Faculty of Sociology, Lomonosov Moscow State University, PhD in Sociology, Docent, Moscow, Russian Federation;
e-mail: valentina.sushko@gmail.com
ORCID ID 0000-0003-4868-2437
Author ID 812650

Boris Spasennikov – Director's advisor, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Doctor habil. in Law, Professor, Moscow, Russian Federation;
e-mail: borisspasennikov@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-5668-6457
Author ID 441681

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.02.012

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ОБРАЗОВАНИЯ КАК СОЦИАЛЬНОЙ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

Черкасов С.Н.^{1,2}, Сопова И.Л.¹, Полозков О.И.¹

¹ Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, Москва, Российская Федерация

² Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация

Ключевые слова:

детерминанты здоровья, женщины репродуктивного возраста, образ жизни, здоровьесберегающие формы поведения.

Аннотация

В статье представлено влияние уровня образования как социальной детерминанты здоровья на распространенность здоровьесберегающих форм поведения у женщин репродуктивного возраста. Данные получены путем анонимного анкетирования по доработанной авторами анкете «Исследование социальных детерминант здоровья». Всего в исследуемую группу было включено 566 небеременных женщин в возрасте 18–49 лет. Нижний предел возраста был сознательно ограничен 18-ю годами, так как подростки женского пола в возрасте 15–17 лет не достигли совершеннолетия, несмотря на то, что данный возрастной интервал включается в понятие «репродуктивный возраст». В первую группу сравнения включили 306 женщин, имеющих высшее или незаконченное высшее образование. Во вторую группу сравнения включили 260 женщин, имеющих среднее или средне-специальное образование. Каждая из описанных выше групп была разделена еще на четыре подгруппы по возрастному признаку. Большинство женщин, независимо от уровня образования, положительно относились к принципам здорового образа жизни. Женщины с высоким уровнем образования достоверно чаще следовали принципам здорового образа жизни на постоянной основе. С увеличением возраста частота следования принципам здорового образа жизни увеличивается в группе женщин с высоким уровнем образования, а в группе женщин с более низким уровнем образования, она снижается. Частота нерегулярного употребления спиртных напитков и курения в группе женщин репродуктивного возраста достаточно высока, более половины опрошенных женщин признавались в этом. Чаще признавались в наличии у них лишнего веса женщины с более низким уровнем образования. Уровень образования не оказывал существенного влияния на уровень физической активности. Высокий уровень физической активности отметили около трети женщин обеих сравниваемых групп. С увеличением возраста удельный вес женщин, имеющих высокую и очень высокую физическую активность, в группе женщин с высоким уровнем образования возрастал, тогда как в группе женщин с низким уровнем образования, наоборот, снижался. Полученные данные позволяют рассматривать образование как социальную детерминанту здоровья, оказывающую влияние на распространенность здоровьесберегающих форм поведения у женщин репродуктивного возраста.

INFLUENCE OF THE LEVEL OF EDUCATION AS A SOCIAL DETERMINANT OF HEALTH ON THE PREVALENCE OF HEALTH-PRESERVING BEHAVIORS

Cherkasov S.N.^{1,2}, Sopova I.L.¹, Polozkov O.I.¹

¹ V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences, Moscow, Russian Federation

² N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

Keywords:

determinants of health, women of reproductive age, lifestyle, health-saving behaviors.

Abstract

The purpose of the study: to study the influence of the level of education as a social determinant of health on the prevalence of health-saving behaviors in women of reproductive age. The data were obtained through an anonymous questionnaire based on the questionnaire "Research of Social Determinants of Health", which was

finalized by the authors. A total of 566 non-pregnant women aged 18–49 years were included in the study group. The lower age limit was deliberately limited to 18 years, since female adolescents aged 15–17 years did not reach adulthood, despite the fact that this age range is included in the concept of "reproductive age". The first comparison group included 306 women with higher or incomplete higher education. The second comparison group included 260 women with secondary or specialized secondary education. Each of the groups described above was divided into four more subgroups based on age. The majority of women, regardless of their level of education, had a positive attitude to the principles of a healthy lifestyle. Women with a high level of education were significantly more likely to follow the principles of a healthy lifestyle on a permanent basis. With increasing age, the frequency of following the principles of a healthy lifestyle increases in the group of women with a high level of education, and in the group of women with a lower level of education, it decreases. The study of certain elements of a healthy lifestyle showed that the frequency of irregular alcohol consumption and smoking in the group of women of reproductive age is quite high, more than half of the women surveyed admitted this. Women with a lower level of education were more likely to admit that they were overweight. The level of education did not significantly affect the level of physical activity. A high level of physical activity was noted by about a third of women in both groups compared. With increasing age, the proportion of women with high and very high physical activity in the group of women with a high level of education increased, while in the group of women with a low level of education, on the contrary, decreased. The data obtained allow us to consider education as a social determinant of health, which affects the prevalence of health-saving behaviors in women of reproductive age.

Достижение наивысшего из возможных уровней здоровья населения невозможно без активного участия в этом процессе самого человека. Около половины влияния всех известных факторов риска связано с образом жизни, что определяет его первостепенное значение в процессах формирования здоровья на всех этапах жизни человека. Приверженность к здоровьесберегающим формам поведения является той характеристикой, которая является обязательной в современном обществе [1, с. 3–5; 2, с. 010301].

Теоретической концепцией формирования здоровья в настоящее время является факторная теория, предусматривающая влияние множества факторов риска на организм человека. Под воздействием этих факторов вероятность развития патологических процессов увеличивается, а мероприятия по снижению степени воздействия факторов риска рассматриваются как профилактические меры. Однако отдельные факторы имеют влияние не только на вероятность развития патологического процесса, но и на другие факторы или, даже, на целые группы факторов риска. Такие факторы стали рассматривать в качестве детерминант здоровья. Детерминанты здоровья осуществляют

воздействие на здоровье не напрямую, а через другие факторы и имеют «определяющее значение в вопросах формирования здоровья больших групп населения» [3, с. 96–99; 4, с. 292–295].

Как правило, детерминанты здоровья имеют либо социальный, либо экономический характер. В качестве одной из базовых социальных детерминант здоровья рассматривается образование человека. Несмотря на опосредованный и непрямой характер воздействия, человек, имеющий более высокий уровень образования, меньше болеет и его самооценка здоровья выше, чем у лица, имеющего более низкий образовательный уровень. Это было показано на примере беременных, детей, воспитывающихся в семьях с различным уровнем образования родителей, старших возрастных групп [5, с. 66–70; 6, с. 198–200; 7, с. 201–204; 8, с. 40–43; 9, с. 116–118; 10, с. 57–60]. Механизмы воздействия уровня образования на здоровье населения до конца не ясны, однако уровень образования во многом определяет стиль и формы поведения человека, который формирует образ жизни. Степень такого влияния может быть достаточной для коррекции выраженности факторов риска, связанных с образом жизни человека.

Однако, вопросы влияния уровня образования на здоровье человека остаются малоизученной проблемой. Женщины репродуктивного возраста являются одной из важнейших групп населения, во многом определяющих эффективность демографической политики государства. Уровень здоровья женщин в этом возрасте формирует и здоровье последующих поколений, поэтому изучение всех аспектов формирования здоровья женщин этой возрастной группы является актуальной задачей общественного здоровья.

Цель исследования: изучить влияние уровня образования как социальной детерминанты здоровья на распространенность здоровьесберегающих форм поведения у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы исследования.

Исследование влияния образования, как социальной детерминанты здоровья женщин репродуктивного возраста, проводилось в рамках более масштабного исследования значимости социальных детерминант для различных возраст-но-половых групп населения. Данные получены путем анонимного анкетирования по доработанной авторами анкете «Исследование социальных детерминант здоровья». В анкету были включены вопросы, касающиеся соблюдения принципов здорового образа жизни, распространенности курения, употребления алкогольных напитков, приверженности к рациональному питанию, отношению к физической культуре и уровня физической активности.

Всего в исследуемую группу было включено 566 небеременных женщин в возрасте 18–49 лет. Нижний предел возраста был сознательно ограничен 18-ю годами, так как подростки женского пола в возрасте 15–17 лет не достигли совершеннолетия, несмотря на то, что данный возрастной интервал включается в понятие «репродуктивный возраст». В первую группу сравнения включили 306 женщин, имеющих высшее или незаконченное высшее образование. Такой уровень образования рассматривался как высокий. Во вторую группу сравнения включили 260 женщин, имеющих среднее или средне-специальное образование. Такой уровень образования рассматривался как более низкий. Каждая из описанных выше групп была разделена еще на четыре подгруппы по возрастному признаку (18–25 лет, 26–34 года, 35–42 года, 43–49 лет).

Результаты исследования.

Первым этапом стало исследование представ-

ления самих женщин о выполнении ими принципов здорового образа жизни. В качестве вариантов ответов были предложены следующие: «всегда соблюдаю принципы здорового образа жизни», «иногда соблюдаю» (предполагало положительное отношение к самим принципам, но нежелание строить свое поведение с их учетом), «соблюдаю, когда считаю нужным» (предполагало, что принципы не выполняются, но в качестве оправдания приводится мнение, что это не нужно в данный момент), «никогда не соблюдаю».

В целом более 80% женщин положительно относились к принципам здорового образа жизни независимо от уровня их образования. Женщины с высоким уровнем образования достоверно чаще следовали принципам здорового образа жизни на постоянной основе (25,7 против 17,4 на 100 опрошенных женщин с высоким и более низким уровнем образования соответственно) ($p < 0,05$) (рис. 1). Отрицательное отношение к принципам здорового образа жизни было более сильно выражено у женщин с низким образовательным уровнем (16,3 против 8,1 на 100 опрошенных женщин с низким и высоким уровнем образования соответственно) ($p < 0,05$).

Анализ возрастных особенностей показал, что если в младшей возрастной группе отличий в значении удельного веса всегда соблюдающих принципы здорового образа жизни у женщин с различным уровнем образования не наблюдалось ($p > 0,05$), то начиная с возрастной группы 26–34 года, частота следования принципам здорового образа жизни была достоверно выше в группе женщин с высоким уровнем образования (табл. 1). В более старших возрастных группах достоверность различий сохранялась. Удельный вес никогда не соблюдающих принципы здорового образа жизни был достоверно выше у женщин с более низким уровнем образования в самой старшей возрастной группе (43–49 лет), тогда как в остальных возрастных группах достоверных различий не наблюдалось.

С увеличением возраста удельный вес положительно настроенных к соблюдению здорового образа жизни в группе женщин с высоким уровнем образования возрастал, а удельный вес отрицательно настроенных, наоборот, снижался. Обратные закономерности наблюдались в группе женщин с более низким уровнем образования. Удельный вес женщин, всегда соблюдающих

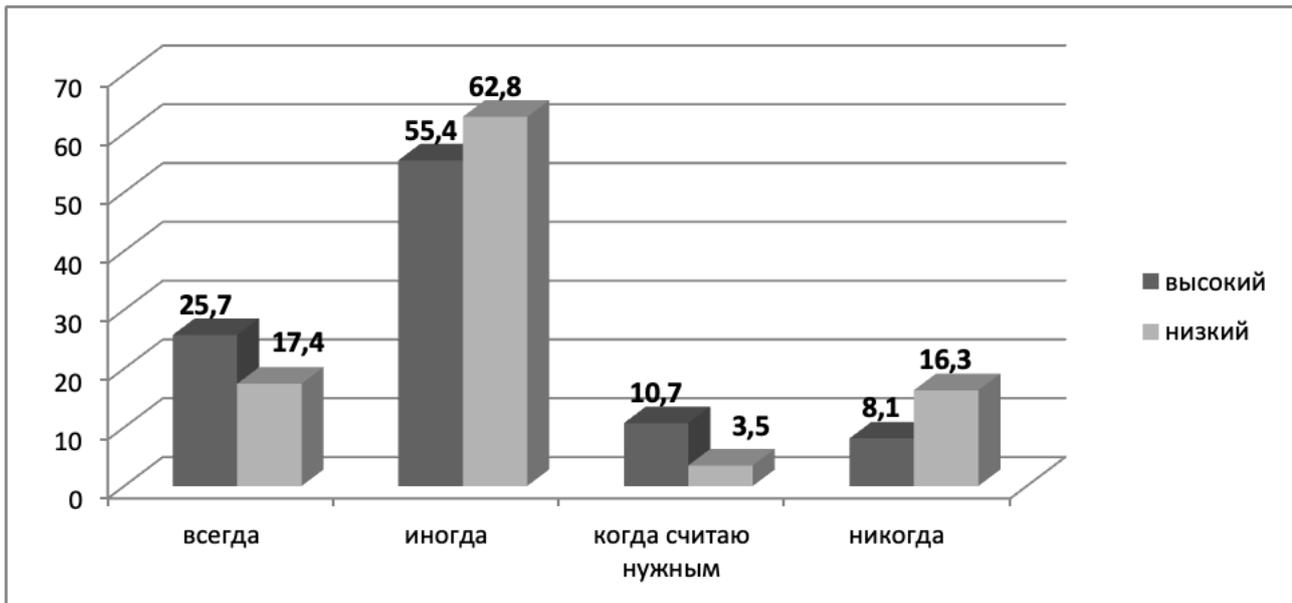


Рис. 1. Частота соблюдения принципов здорового образа жизни по мнению самих женщин репродуктивного возраста (субъективное представление) с разным уровнем образования (на 100 опрошенных женщин).

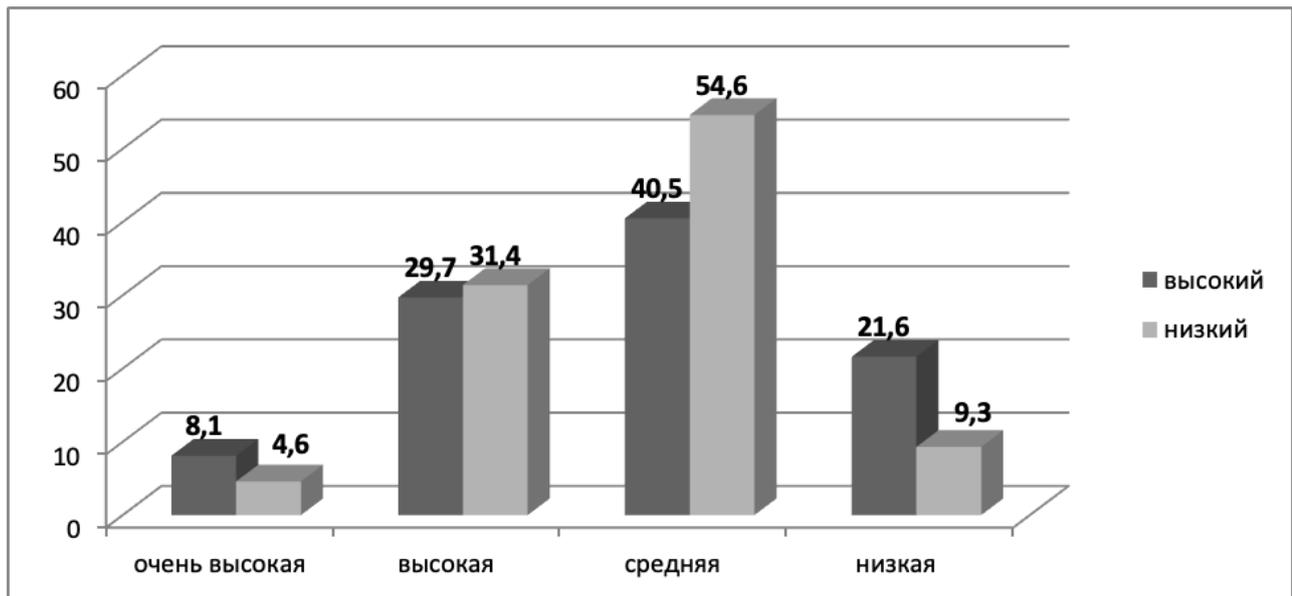


Рис. 2. Показатели уровня физической активности у женщин репродуктивного возраста (субъективное представление) с различным уровнем образования (на 100 опрошенных женщин).

Таблица 1

Частота соблюдения принципов здорового образа жизни по мнению самих женщин репродуктивного возраста (субъективное представление) с разным уровнем образования (удельный вес женщин всегда соблюдающих принципы здорового образа жизни / никогда не соблюдающих принципы здорового образа жизни в % от общего количества женщин в каждой возрастной группе)

	18–25 лет	26–34 года	35–42 года	43–49 лет
Высокий уровень образования	21,4 / 14,3	32,6 / 12,2	33,2 / 10,8	34,5 / 9,7
Низкий уровень образования	28,6 / 14,3	22,5 / 15,4	22,2 / 16,7	14,7 / 17,1
Достоверность различий	>0,05 / >0,05	<0,05 / >0,05	<0,05 / >0,05	<0,05 / <0,05

принципы здорового образа жизни, снижался, а удельный вес никогда не соблюдающих принципы здорового образа жизни даже несколько возрастал, но достоверных различий не было ($p > 0,05$).

Однако декларирование факта отношения и тем более соблюдения принципов здорового образа жизни и реально следование им не одно и то же. Поэтому были исследована частота следования отдельным элементам здорового образа жизни. В качестве отдельных элементов здорового образа жизни рассматривались следующие: курение, употребление алкоголя, рациональное питание и уровень физической активности.

Распространённость курения и употребления алкогольных напитков на постоянной основе в группе женщин с высоким уровнем образования в точности соответствует удельному весу тех, кто не придерживается принципов здорового образа жизни (8,1 на 100 опрошенных женщин с высоким уровнем образования). Частота нерегулярного употребления спиртных напитков и курения в этой группе женщин достаточно высока (59,4 на 100 опрошенных женщин с высоким уровнем образования), также, как и в группе женщин с более низким уровнем образования (54,6 на 100 опрошенных женщин с низким уровнем образования). Треть всех опрошенных женщин независимо от уровня их образования заявили, что никогда не употребляют алкогольных напитков и не курят.

Соблюдение принципов рационального питания оценивали по наличию или отсутствию лишнего веса. Достоверно чаще признавались в наличии у них лишнего веса женщины с более низким уровнем образования. Около трети всех опрошенных женщин с таким уровнем образования указали на наличие у них лишнего веса (27,9 против 14,8 из 100 опрошенных женщин с низким и высоким уровнем образования соответственно) ($p < 0,05$). Отсутствие лишнего веса, напротив, достоверно чаще наблюдалось в группе женщин с высоким уровнем образования (43,2 против 27,9 из 100 опрошенных женщин с высоким и низким уровнем образования соответственно) ($p < 0,05$). Удельный вес сомневающийся был одинаковым в обеих сравниваемых группах женщин (44,2 против 42,0 из 100 опрошенных женщин с низким и высоким уровнем образования соответственно).

Оценку физической активности проводили по пяти уровням на основании субъективного мнения женщины. Выделяли очень высокую активность,

высокую, среднюю, низкую и очень низкую. Ни одна из опрошенных женщин не указала на очень низкую физическую активность.

Очень высокий уровень физической активности, по представлениям самих женщин, чаще наблюдался в группе с высоким уровнем образования (8,1 против 4,6 из 100 опрошенных женщин с высоким и низким уровнем образования соответственно). Однако, несмотря на имеющуюся разницу, сами показатели крайне малы и достоверной разницы между ними не выявляется ($p > 0,05$). Высокий уровень физической активности отметили около трети женщин обеих сравниваемых групп (29,7 и 31,4 из 100 опрошенных женщин с высоким и низким уровнем образования соответственно) ($p > 0,05$). Наиболее часто женщины считали свой уровень физической активности средним (40,5 и 54,6 из 100 опрошенных женщин с высоким и низким уровнем образования соответственно) ($p < 0,05$). Низкий уровень физической активности достоверно чаще наблюдался в группе женщин с высоким уровнем образования (21,6 против 9,3 из 100 опрошенных женщин с высоким и низким уровнем образования соответственно) ($p < 0,05$).

Анализ уровня физической активности в отдельных возрастных группах показал, что в возрастной группе 18–25 лет удельный вес женщин, имеющих высокую и очень высокую физическую активность достоверно больше в группе женщин с низким уровнем образования (табл. 2). В остальных возрастных группах достоверных различий не выявлено. Удельный вес женщин, имеющих низкий уровень физической активности, был достоверно выше в группе женщин с высоким уровнем образования во всех возрастных группах.

С увеличением возраста удельный вес женщин, имеющих высокую и очень высокую физическую активность, в группе женщин с высоким уровнем образования возрастал ($p < 0,05$), тогда как в группе женщин с низким уровнем образования, наоборот, снижался ($p < 0,05$). Удельный вес женщин, имеющих низкий уровень физической активности, в группе женщин с высоким уровнем образования снижался ($p < 0,05$), а в группе женщин с низким уровнем образования, оставался на одном уровне (табл. 2).

Таблица 2

Показатели уровня физической активности у женщин репродуктивного возраста (субъективное представление) с различным уровнем образования (удельный вес женщин, имеющих высокую и очень высокую физическую активность / имеющих низкий уровень физической активности в % от общего количества женщин в каждой возрастной группе)

	18–25 лет	26–34 года	35–42 года	43–49 лет
Высокий уровень образования	28,5 / 35,7	36,7 / 22,4	44,5 / 23,4	39,7 / 24,1
Низкий уровень образования	38,1 / 9,5	37,5 / 12,5	40,7 / 11,1	21,4 / 12,4
Достоверность различий	<0,05 / <0,05	>0,05 / <0,05	>0,05 / <0,05	>0,05 / <0,05

Заключение.

Большинство женщин, независимо от уровня образования, положительно относились к принципам здорового образа жизни. Женщины с высоким уровнем образования достоверно чаще следовали принципам здорового образа жизни на постоянной основе. С увеличением возраста частота следования принципам здорового образа жизни увеличивалась в группе женщин с высоким уровнем образования, а в группе женщин с более низким уровнем образования она снижалась.

Исследование отдельных элементов здорового образа жизни показало, что частота нерегулярного употребления спиртных напитков и курения в группе женщин репродуктивного возраста достаточно высока, более половины опрошенных женщин признавались в этом. Чаще признавались в наличии у них лишнего веса женщины с более низким уровнем образования. Отсутствие лишнего веса, напротив, чаще наблюдалось в группе женщин с высоким уровнем образования. Уровень образования не оказывал существенного влияния на уровень физической активности. Высокий уровень физической активности отметили около трети женщин обеих сравниваемых групп. С увеличением возраста удельный вес женщин, имеющих высокую и очень высокую физическую активность, в группе женщин с высоким уровнем образования возрастал, тогда как в группе женщин с низким уровнем образования, наоборот, снижался.

Полученные данные позволяют рассматривать образование как социальную детерминанту здоровья, оказывающую влияние на распространенность здоровьесберегающих форм поведения у женщин репродуктивного возраста.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Хабриев Р.У. Стратегии охраны здоровья населения как основа социальной политики государства / Р.У. Хабриев, А.Л. Линденбратен, Ю.М. Комаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 3. – С. 3–5.
2. Genovese U. A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability / U. Genovese, S. Del Sordo S., M. Casali et all // Journal of Global Health. – 2017. – Т. 7. – № 1. – С. 010301.
3. Кузнецов А.Н. Влияние социального типа личности на приверженность лечению / А.Н. Кузнецов, Н.Ю. Григорьева, М.А. Емельянова, М.В. Майорова // Терапия. – 2017. – № 3 (13). – С. 96–99.
4. Кром И.Л. Детерминанты общественного здоровья в социальном контексте / И.Л. Кром, М.В. Еругина, М.М. Орлова и др. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 13. – № 2. – С. 292–295.
5. Черкасов С.Н. Влияние медико-социальных факторов и особенностей поведения пациенток на уровень потребности в стационарной помощи при внематочной беременности / С.Н. Черкасов, М.С. Курносики // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2015. – № 3. – С. 66–70.
6. Черкасов С.Н. Анализ заболеваемости детей первого года жизни в Российской Федерации / С.Н. Черкасов, Ю.О. Камаев, С.В. Черкасова // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19. – № 10. – С. 198–200.
7. Черкасова С.В. Факторы риска, определяющие состояние здоровья недоношенных новорожденных в течение первых трех лет жизни / С.В. Черкасова, Ю.О. Камаев, С.Н. Черкасов // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19. – № 10. – С. 201–204.
8. Черкасов С.Н. Влияние жизненных приоритетов на самооценку здоровья у населения старших возрастных групп / С.Н. Черкасов, И.Д. Киртадзе // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2019. – № 1 (61). – С. 40–43.
9. Черкасов С.Н. Влияние семейного окружения как социальной детерминанты здоровья на состояние здоровья в различных возрастно-половых группах / С.Н. Черкасов, И.Д. Киртадзе // Евразийское Научное Объединение. – 2018. – № 3–2 (37). – С. 116–118.
10. Черкасов С.Н. Влияние образования на самооценку здоровья в старших возрастных группах / С.Н. Черкасов, Г.С. Шестаков, И.Д. Киртадзе // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2018. – № 9–10. – С. 57–60.

REFERENCES

1. Habriev R.U., Lindenbraten A.L., Komarov Ju.M. Strategies for public health protection as the basis of the state's social policy. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohranenija i istorii mediciny* [Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine], 2014, no. 3, pp. 3–5 (in Russian).
2. Genovese U., Del Sordo S., Casali M., et all A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability. *Journal of Global Health*, 2017, vol. 7, no. 1, pp. 010301.
3. Kuznecov A.N., Grigor'eva N.Ju., Emel'janova M.A., Majorova M.V. Influence of social personality type on treatment adherence. *Terapija* [Therapy], 2017, no. 3 (13), pp. 96–99 (in Russian).
4. Krom I.L., Erugina M.V., Orlova M.M., et all. Determinants of public health in a social context. *Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal* [Saratov Journal of Medical Scientific Research], 2017, V. 13, no. 2, pp. 292–295 (in Russian).
5. Cherkasov S.N., Kurnosikov M.S. Influence of medical and social factors and behavioral characteristics of patients on the level of need for inpatient care in ectopic pregnancy. *Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik im. akademika I.P. Pavlova* [Russian Medical and Biological Bulletin named after Academician I.P. Pavlov], 2015, no. 3, pp. 66–70 (in Russian).
6. Cherkasov S.N., Kamaev Ju.O., Cherkasova S.V. Analysis of the incidence of children in the first year of life in the Russian Federation. *Zhurnal nauchnyh statej Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke* [Journal of Scientific Articles Health and Education in the 21st Century], 2017, v. 19, no. 10, pp. 198–200 (in Russian).
7. Cherkasova S.V., Kamaev Ju.O., Cherkasov S.N. Risk factors that determine the health status of premature newborns during the first three years of life. *Zhurnal nauchnyh statej Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke* [Journal of Scientific Articles Health and Education in the 21st Century], 2017, v. 19, no. 10, pp. 201–204 (in Russian).
8. Cherkasov S.N., Kirtadze I.D. Influence of life priorities on self-assessment of health in the population of older age groups. *Obshhestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie* [Public health and healthcare], 2019, no. 1 (61), pp. 40–43 (in Russian).

9. Cherkasov S.N., Kirtadze I.D. The influence of the family environment as a social determinant of health on the state of health in different age and gender groups. *Evrazijskoe Nauchnoe Ob#edinenie [Eurasian Scientific Association]*, 2018, no. 3–2 (37), pp. 116–118 (in Russian).

10. Cherkasov S.N., Shestakov G.S., Kirtadze I.D. Влияние образования на самооценку здоровья в старших возрастных группах. *Problemy standartizacii v zdavoohranenii [Problems of Standardization in Healthcare]*, 2018, no. 9–10, pp. 57–60 (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Черкасов Сергей Николаевич – главный научный сотрудник, Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, Москва, Российская Федерация; главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, Москва, Российская Федерация;

e-mail: cherkasovsn@mail.ru

ORCID: 0000-0003-1664-6802

Author ID 647706

Сопова Ирина Леодоровна – соискатель ученой степени, Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, Москва, Российская Федерация;

e-mail: sopovair@yandex.ru

Полозков Олег Игоревич – соискатель ученой степени, Институт проблем управления имени В.А. Трапезникова, Москва, Российская Федерация;

e-mail: polozkovoleg50332@cloud.com

ORCID: 0000-0002-1105-4552

AUTHORS

Sergey Cherkasov – Chief Researcher, V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences, Moscow, Russian Federation; Chief Researcher, National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Moscow, Russian Federation; e-mail: cherkasovsn@mail.ru

ORCID: 0000-0003-1664-6802

Author ID 647706

Irina Sopova – PhD applicant, V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences, Moscow, Russian Federation;

e-mail: sopovair@yandex.ru

Oleg Polozkov – PhD applicant, V.A. Trapeznikov Institute of Control Sciences, Moscow, Russian Federation;

e-mail: polozkovoleg50332@cloud.com

ORCID: 0000-0002-1105-4552

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.02.013

АНАТОМИЧЕСКИЙ МУЗЕЙ СЕВЕРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (1932–2012)

Коновалова С.Г.¹, Басова Л.А.², Спасенникова М.Г.³

¹Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

²Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Российская Федерация

³Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация

Ключевые слова:

история медицины, музейное дело, медицинский музей, анатомический музей, Северный государственный медицинский университет.

Аннотация

Статья подготовлена в рамках научно-исследовательской работы «Государственная политика в области охраны здоровья и медицинской науки в Российской империи и СССР» (подпрограмма «Мониторинг сети медицинских музеев Российской Федерации»). Авторы посвятили свое исследование одному из музеев Северного государственного медицинского университета – анатомическому музею, ведущему свою историю с начала 30-х годов XX века. Исторический период, рассмотренный авторами, – 1932–2012 гг. В статье показана роль заведующих кафедрой анатомии в развитии музея, названы имена сотрудников кафедры, которые вложили многолетний труд в создание и сохранение экспонатов музея. Дано подробное описание экспозиционного фонда музея, который является уникальным. В статье использованы материалы создателя и первого директора Музейного комплекса Северного государственного медицинского университета, Заслуженного работника высшей школы России, доктора исторических наук, профессора Геннадия Степановича Щурова, посвятившему ряд своих трудов истории самого северного медицинского вуза. Показано, что, начиная с 1973 года, музей стал не только учебной базой медицинского университета, других высших и средних специальных учебных заведений, но и центром систематической просветительской и профориентационной работы, пропаганды здорового образа жизни. Ежегодно музей посещают свыше 1000 экскурсантов. Преподаватели кафедры проводят более 50 экскурсий в год.

MORPHOLOGICAL MUSEUM OF NORTHERN STATE MEDICAL UNIVERSITY (1932–2012)

Konvalova S.G.¹, Basova L.A.², Spasennikova M.G.³

¹V.A. Almazov National Medical Research Center, St. Petersburg, Russian Federation

²Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russian Federation

³N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation

Keywords:

history of medicine, museum business, medical museum, anatomical museum, Northern State Medical University.

Abstract

The article was prepared within the framework of the research work "State policy in the field of health protection and medical science in the Russian Empire and the USSR" (subprogram "Monitoring of the network of medical museums of the Russian Federation"). The authors devoted their research to one of the museums of the Northern State Medical University – the morphological (anatomical) museum, which has been leading its history since the early 30s of the twentieth century. The historical period considered by the authors is 1932–2012. The article shows the role of the heads of the department of anatomy in the development of the museum, names of the employees of the department who have invested many years of work in the creation and preservation of the museum exhibits. A detailed description of the museum's exposition fund, which is unique, is given. The article uses materials of the creator and first director of the Museum Complex of the Northern State Medical University,

Honored Worker of the Higher School of Russia, Doctor of Historical Sciences, Professor Gennady Stepanovich Shchurov, who devoted a number of his works to the history of the northernmost medical university. It is shown that since 1973, the museum has become not only a training base for a medical university, other higher and secondary specialized educational institutions, but also a center for systematic educational and vocational guidance, promoting a healthy lifestyle. Over 1000 tourists visit the museum annually. The teachers of the department conduct more than 50 excursions per year.

Ранее в журнале «Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья» [1, с. 96–107] была опубликована статья, посвященная создателю и первому директору Музейного комплекса Северного государственного медицинского университета, историку медицины, Заслуженному работнику высшей школы России, доктору исторических наук, профессору Геннадию Степановичу Щурову, посвятившему ряд своих трудов истории самого северного медицинского вуза¹, ведущего свою историю с начала 30-х годов XX века [2; 3; 4; 5; 6; 7].

2 октября 1931 года Совет Народных Комиссаров РСФСР принял решение об открытии в Архангельске медицинского института, а 16 декабря 1932 года заведующим кафедрой анатомии человека, профессором Михаилом Константиновичем Замятым была прочитана для студентов первая, вводная, лекция по анатомии человека. С этого времени начала свою работу кафедра анатомии человека лечебно-профилактического факультета².

Первым заведующим кафедрой анатомии человека в 1932–1936 гг. был профессор Михаил Константинович Замятин. Позже, в 1936 году он был избран заведующим кафедрой анатомии Винницкого мединститута, с 1949 года заведовал кафедрой анатомии Львовского института физической культуры.

С 1932 года началось оснащение кафедры и ее учебного музея.

¹ В 2010–2012 гг. Геннадий Степанович, совместно с М.Г. Спасенниковой и Б.А. Спасенниковым, работал над книгой «Музеи Северного государственного медицинского университета». Рукопись не была завершена публикацией книги, что было связано со смертью профессора Г.С. Щурова. Спустя несколько лет было принято решение завершить этот труд. На первом этапе будут опубликованы ряд материалов этой книги. Первая глава рукописи посвящена морфологическому музею Северного государственного медицинского университета. Она была изначально подготовлена при участии Л.А. Басовой и С.Г. Коноваловой. Материал публикуется без внесения существенных изменений в сравнении с текстом, подготовленным совместно с профессором Г.С. Щуровым (исторический период 1932–2012 гг.).

² Первоначально в Архангельском медицинском институте был только один лечебно-профилактический факультет, который позже был переименован в лечебный факультет.

В 1936–1940 гг. обязанность заведующего кафедрой исполнял доцент Борис Николаевич Баженов. Он занимался научными исследованиями, посвященными изучению проекции кровеносных сосудов, борозд и извилин головного мозга на наружную поверхность головы, что имело большое значение в неврологии, нейрохирургии и травматологии. Экспонаты по этой научной теме пополнили музей кафедры.

В то время кафедра располагалась на первом этаже главного корпуса мединститута.

В 1940–1972 гг. с приходом на кафедру в качестве заведующего Ивана Никитича Маточкина продолжилось развитие и расширение музея. Были созданы разделы ангионеврологии и рентгеноанатомии. В период Великой Отечественной войны большую часть экспонатов музея удалось сохранить.

В 1945 году И.Н. Маточкин защитил докторскую диссертацию на тему «Экспериментально-морфологическое исследование мышц диафрагмы».

Иван Никитич Маточкин был прекрасным лектором, хорошим организатором и методистом. Многие годы он посвятил административной работе: был деканом, заместителем директора института по научной работе, являлся одним из организаторов общества «Знание». В 1952–1953 году – директор Архангельского медицинского института. За годы своей деятельности Иван Никитович много сделал для становления, оснащения и совершенствования педагогического процесса. Выпускник Казанского мединститута воспитывал своих учеников в традициях Казанской медицинской научной школы. Под его руководством было выполнено 9 кандидатских диссертаций – А.П. Пospelовой, С.И. Аркадьевой, Т.А. Жураховской, С.К. Солодовниковым, Н.М. Голубевой, В.Э. Шуркус, Н.Ф. Байдаловой, Ю.Ф. Малаховым, Р.В. Дубининой. В научном наследии И.Н. Маточкина более 160 научных работ, которые велись в двух направлениях – по нейроморфологии и анатомии кровеносной системы.

В 1970 году кафедра была переведена в морфологический корпус, расположенный на территории Архангельской областной клинической больницы, где располагается по настоящее время.

В 1972–1984 гг. кафедрой возглавлял Иван Васильевич Толкачев, выпускник Ставропольского медицинского института. В 1960 году он защитил кандидатскую диссертацию на тему «Анатомия концевой нити спинного мозга человека и некоторых животных», а в 1968 году – докторскую диссертацию на тему «Нервные связи конского хвоста спинного мозга и паутинной оболочки у человека и собаки». В 1974 году Ивану Васильевичу было присвоено звание профессора. И.В. Толкачев опубликовал 30 работ о сосудисто-нервных взаимоотношениях в различных внутренних органах. Под его руководством было выполнено и защищено 3 кандидатских диссертации – А.Ф. Караниным, В.А. Красновой, М.В. Поповым.

Иван Васильевич был участником Великой Отечественной войны и имел государственные награды – Орден Красной Звезды и 6 медалей.

В то время на базе музея велась активная санитарно-просветительская работа, проводились лекции-экскурсии по анатомо-физиологическим особенностям организма человека, пропаганде здорового образа жизни, профориентации школьников; проводились практические занятия для студентов биологического факультета Архангельского государственного педагогического института.

Музей активно расширялся и пополнялся новыми препаратами.

В 1984–1993 гг. заведующим кафедрой был кандидат медицинских наук, доцент Станислав Константинович Солодовников, выпускник Архангельского государственного медицинского института (далее – АГМИ). Одновременно он был деканом лечебного факультета. Им было опубликовано около 20 научных работ.

При непосредственном участии сотрудников кафедры (лаборанта Н.А. Барашковой (1941–1961), ассистентов Ф.П. Маркизова (1936–1937), К.Д. Филатовой (1940–1944), А.Н. Попова (1937–1969), Т.А. Жураховской (1952–1970), Е.М. Громовой (1949–1952), А.П. Поспеловой (1944–1949), Э.А. Лусь (1947–1956), В.Э. Шуркус (1965–1968), Н.Ф. Байдаловой (1959–1976), Н.К. Волокитиной (1961–1968), Н.Н. Черноусовой (1970–1975), Л.Н. Обуховой (1970–1975),

С.А. Просветовой (1977–1989), А.А. Кузьмина (1976–1982), М.Н. Смирновой (1992–1994), старших преподавателей Н.М. Голубевой (1967–1997), Т.В. Гуреевой (1968–1996), Л.А. Гаджук (1992–2002), М.Г. Необердиной (1983–2005), М.Р. Хабаровой (1991–2014), доцентов Г.И. Кондратьева (1955–1963), Р.В. Дубининой (1956–2006), Ю.Ф. Малахова (1965–1999), Н.С. Шадринной (1963–1968), В.А. Красновой (1971–2021), В.А. Балдуева (1989–2016)), анатомический музей развивался и пополнялся новыми препаратами. За сухим перечислением фамилий стоят судьбы людей, посвятивших себя изучению и преподаванию анатомии человека, вложивших много труда в расширение экспозиционного фонда кафедры.

Нужно отметить Нину Михайловну Голубеву, которая 20 лет заведовала анатомическим музеем, была ответственной за санитарно-просветительскую работу, за работу школы молодого лектора, шефскую помощь медицинским училищам в организации «музейного дела»; Валентину Александровну Краснову, творческого и целеустремленного человека, которого можно назвать «фанатом анатомии». Она на протяжении всей своей деятельности активно занималась препарированием, вела электив по анатомии. Студенты под её руководством изготавливали музейные препараты.

В тот период времени в анатомическом музее находилось более 500 экспонатов. Студенты привлекались к реставрации музейных препаратов, что давало им возможность углубить и закрепить свои знания по анатомии. Начиная с 1973 года, музей стал не только учебной базой, но и центром систематической просветительской и профориентационной работы, пропаганды здорового образа жизни.

Музей располагался на втором этаже морфологического корпуса и занимал две аудитории. Одна была отведена под раздел «Остеосиндесмология», другая – под раздел «Спланхнология».

В 1993–2009 гг. кафедрой заведовал Сергей Генрихович Суханов³, выпускник АГМИ. В 1983 г. он защитил кандидатскую диссертацию на тему «Изменения сосудистых нервных элементов спинного мозга при общем охлаждении». В 1993 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Морфофизиологические особенности эндокринной системы у жителей Европейского Севера». Он опубликовал более 125 работ, 3 монографии,

³ В июне 2019 года С.Г. Суханов вернулся к заведованию кафедрой.

сделал 12 рацпредложений и внедрений. Совместно с сотрудниками НИИ Морфологии человека РАМН им разработаны органо- и гистометрические нормативы фетоплацентарного комплекса. Под его руководством были подготовлены и защищены кандидатские диссертации К.Н. Ковровым, С.Г. Коноваловой, Л.А. Басовой, Н.А. Конкиевой, М.Н. Аликберовой, С.А. Дыниной. Основным направлением его исследовательских работ стала экологическая морфология человека.

В то время музей пережил немало трудностей. В 2004 году было решено сократить площадь музея до одной аудитории, и экспозицию по «Остеосиндесмологии» переместить в аудиторию раздела «Спланхнологии». При этом для раздела «Спланхнологии», ввиду рационального использования кафедральных площадей, было выделено место для проведения практических занятий и чтения лекций. В то время были безвозвратно утрачены многие музейные экспонаты.

С 2009 года кафедрой руководила доцент Людмила Анатольевна Басова. С ее приходом на кафедру был создан компьютерный класс, возобновили проведение олимпиад по анатомии. Продолжилось пополнение музея новыми экспонатами.

Большая часть музейных экспонатов выполнена сотрудниками кафедры и студентами под руководством преподавателей из трупного материала, который обрабатывался непосредственно на кафедре. Кроме того, сохранились костно-восковые модели суставов, проволочные модели нервов туловища, препараты мозга, приобретенные ранее. На стенах музея размещены портреты выдающихся ученых-анатомов.

В музее имеется экспозиция, посвященная профессору И.Н. Маточкину, в которой представлены завещанное им его сердце, портрет и материал, отражающие деятельность ученого на кафедре анатомии.

Также представлены препараты, отражающие исследовательскую деятельность студентов. Здесь размещены экспонаты по различным вариантам Виллизиева круга на основании головного мозга, вариантной анатомии поджелудочной железы, онтогенезу поджелудочной железы, особенностям строения оболочек спинного мозга плодов, особенностям строения коленного сустава и др.

С сентября 2018 года по май 2019 год и.о. заведующей кафедры анатомии и оперативной хи-

рургии была доцент Светлана Германовна Коновалова, которая работала на кафедре (в различных должностях) с 1993 года. При ее непосредственном участии расширена экспозиция по врожденным уродствам (тератологии), что значительно углубляет представления об экопатологии и делает более наглядными последствия влияния неправильного образа жизни. Под ее руководством изготовлено и реставрировано более одной трети всех препаратов, имеющихся в музее.

В музее насчитывается около 600 препаратов по всем разделам анатомии, и он ежегодно пополняется несколькими препаратами. Среди них препараты, изготовленные студентами при выполнении курсовых работ и др.

В музее есть следующие разделы:

- по остеосиндесмологии и миологии;
- по пищеварительной системе;
- по дыхательной системе;
- по мочеполовой системе;
- по эндокринной и иммунной системам;
- по эмбриологии;
- по тератологии;
- по периферической нервной системе и органам чувств;
- по центральной нервной системе;
- по сердечно-сосудистой системе;
- по приобретенным патологиям.

Раздел по остеосиндесмологии и миологии

Экспонаты по этому разделу, размещенные на четырех стеллажах, показывают форму и строение отдельных костей, их возрастные особенности. На первом стеллаже представлены скелеты плодов на различных сроках эмбриогенеза; на его полках – экспонаты по синдесмологии с распилами суставов (коленного, локтевого, лучезапястного, голеностопного), а также распрепарированные суставы для демонстрации капсул и связочного аппарата.

На втором стеллаже располагаются гипсовые модели черепов человекообразных обезьян и предков человека: питекантропа, неандертальца, австралопитека; экспонаты по сравнительной анатомии черепов современного человека, анатомии височно-нижнечелюстного сустава и возрастной анатомии зубов.

На третьем стеллаже представлена экспозиция по сравнительной анатомии черепов и скелетов некоторых животных: коров, телят, лошадей, свиней, морских свинок, собак, крыс и др.



Рис. 1. Экспонаты музея.

На четвертом стеллаже расположены костно-восковые и костно-проволочные модели суставов, которые демонстрируют форму и количество осей вращения в том или ином суставе, а также распил женского таза с основными размерами, используемыми в акушерстве.

Раздел по пищеварительной системе

Материалы по этому разделу занимают два стеллажа. В них представлены различные органы пищеварительной системы. На первом стеллаже расположены препараты с зачатками молочных зубов; ход брюшины на сагиттальном распиле плода; толстая кишка – целая и вскрытая; двенадцатиперстная кишка – целая и вскрытая, с демонстрацией большого и малого сосочков; дивертикул Меккеля; сравнительная анатомия желудка и др.

На втором стеллаже представлены препараты цирроза печени новорожденного ребенка; система воротной вены печени в препаровке; вскрытый желчный пузырь с желчными камнями; эмбрио-

генез печени; лимфатические узлы и сосуды брюшки плода (инъектированный препарат).

Раздел по дыхательной системе

Материалы раздела размещены на одном стеллаже. Здесь представлена полная экспозиция по дыхательной системе, включающая эмбриогенез полости носа, гортани, анатомию гортани (включая ее внутреннее и внешнее строение, мышцы), строение трахеи и бронхиального дерева, коррозионный препарат бронхиального дерева, эмбриогенез легких, внешнее строение легких, буллезное легкое.

Раздел по мочеполовой системе

Материалы по этому разделу занимают один стеллаж. На нем расположены препараты, отражающие особенности строения мужской и женской половой системы, онто- и филогенетические аспекты развития, препарат – сагиттальный распил женского таза, препарат – изменение строения внутренних половых органов крысы после кастрации (студенческий эксперимент), половой



Рис. 2. Экспонаты музея.



Рис. 3. Новорожденный с множественными пороками развития (аплазия правой ушной раковины, синдактилия, двусторонняя «заячья губа»).

член с парафимозом и многое другое.

Раздел по эндокринной и иммунной системам

Материал по этому разделу размещен на одном стеллаже. На нем представлены различные эндокринные железы и органы иммуногенеза.

Раздел по эмбриологии

Материал по этому разделу занимает один стеллаж, на котором представлены препараты, демонстрирующие строение матки, anomalies ее развития (двуругая матка); патологии и процессы, развивающиеся в течение жизни (фибромиома матки, трубная внематочная беременность, матка с внутриматочной спиралью, беременная матка (плод 12 недель)); эмбрионы (3-нед., 8-нед.) и плоды в различном сроке; плацента тройни и плацента с оболочечным прикреплением пуповины.

Раздел по тератологии

Материалы по этому разделу размещены на трех стеллажах – уникальные препараты по различным anomalies развития. Препараты на пер-

вом стеллаже раскрывают anomalies развития лицевого скелета: «заячья губа», «волчья пасть» – тотальная расщелина верхней губы и твердого неба; двусторонняя расщелина верхней губы, односторонняя расщелина верхней губы; двусторонняя косая расщелина лица с черепно-мозговой грыжей; тугое обвитие пуповиной с тяжами Симонарта (плод 12-нед. эмбриогенеза); гигрома шеи у плода; лимфангиома у плода; anomalies развития центральной нервной системы – анэнцефалия, spina bifida; различные anomalies развития позвоночного столба – укорочение позвоночного столба, грудной горб, синдром Клиппеля-Фейля – укорочение шейного отдела с синостозированием шейных позвонков, отсутствие поясничного отдела позвоночного столба и др.

На втором стеллаже находятся препараты плодов и новорожденных с различными видами пагий (сиамские близнецы): торакопаги с омфалоцеле (сращение в верхнем отделе грудной клетки с омфалоцеле – плоды 27-нед. гестации), торако-

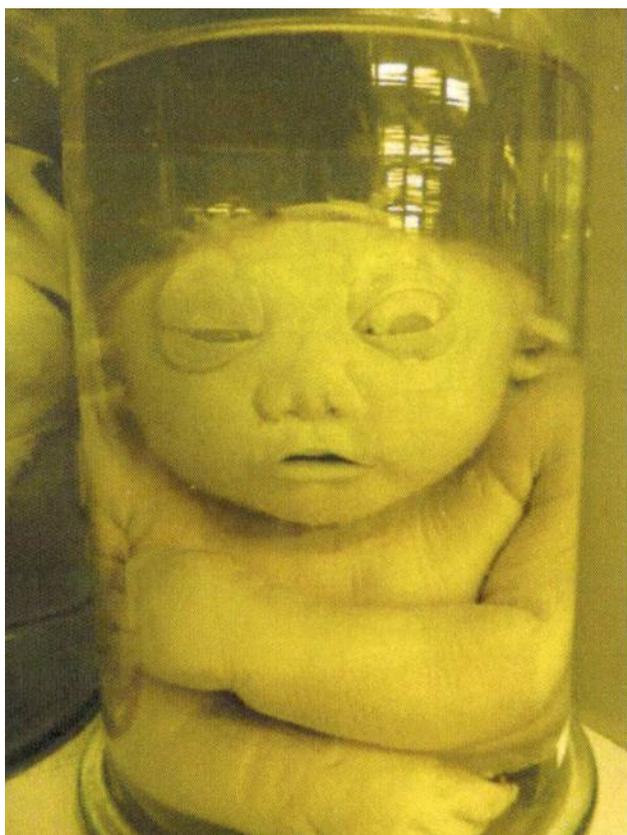


Рис. 4. Новорожденный. Анэнцефалия.

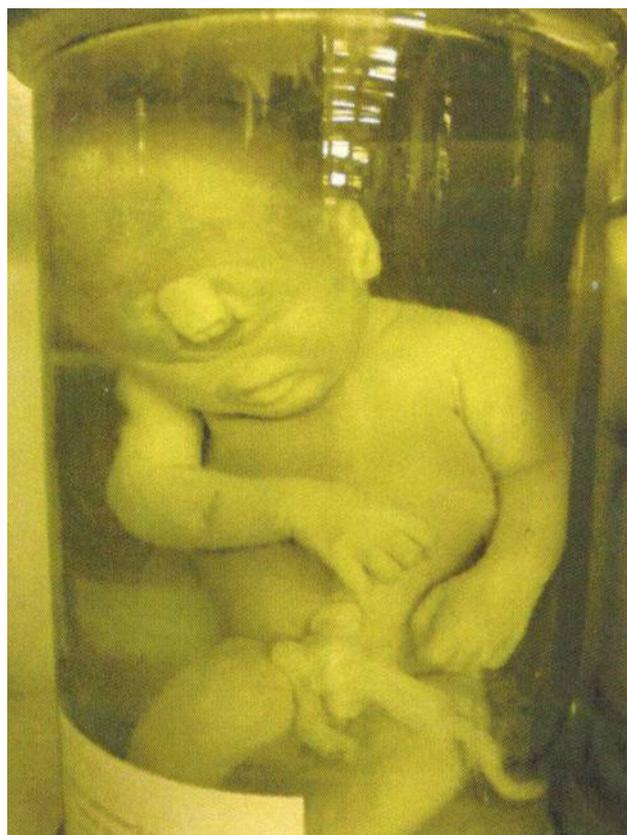


Рис. 5. Циклоп. Плод 27-нед. гестации. В глазнице сросшиеся глазные яблоки. Сверху мускульный хоботок (пробосцис)..

паги (16-нед. гестации), дицефалы (две головы, одно туловище и две руки (добрахус)), дипрозоп (два лица, сросшиеся бок в бок, два туловища и восемь конечностей (мумифицированный препарат)); краниопаги и дипрозоп (влажные препараты котят). В этом разделе представлены препараты с различными амниотическими сращениями, когда тело плода сращено с амниотическим пузырем; аномалии развития центральной нервной системы, ведущие к нарушению развития органов чувств, в частности, циклопии: циклоп с одним глазом, расположенном в глазнице по срединной линии, с отсутствием носа (новорожденный); плоды и циклопией и мускульным хоботком (пробосцис) 12- и 27-нед. беременности. Здесь же представлен уникальный препарат плода с истинным гермафродитизмом и полидактилией.

На третьем стеллаже расположены препараты «кардиальных монстров», «сирен» и плодов с птеригиями (кожные складки на шее), в области локтевых и коленных суставов, на спине (12-нед. гестации). Также представлены плоды с различными тератомами и др.

Раздел по периферической нервной системе и органам чувств

В этом разделе имеются препараты по органам чувств: глаз человека, глаз быка; филогенез органа зрения; ухо человека со вскрытым средним и внутренним ухом. Также представлены препараты по черепно-мозговому нервам: тройничный и лицевой.

Материалы по периферическому отделу вегетативной нервной системы расположены на втором стеллаже: чревное сплетение, поясничный отдел симпатического ствола и др. Многие препараты изготовлены Валентиной Александровной Красновой и студентами под ее руководством.

Раздел по центральной нервной системе

В этом разделе представлены препараты по центральной нервной системе: фило- и онтогенез головного мозга; различные отделы и распилы головного мозга, ствол мозга, свод мозга, мозолистое тело, базальные ядра, мозжечок и др.

Раздел по сердечно-сосудистой системе

В этом разделе представлены препараты, которые в полном объеме раскрывают внешнее и

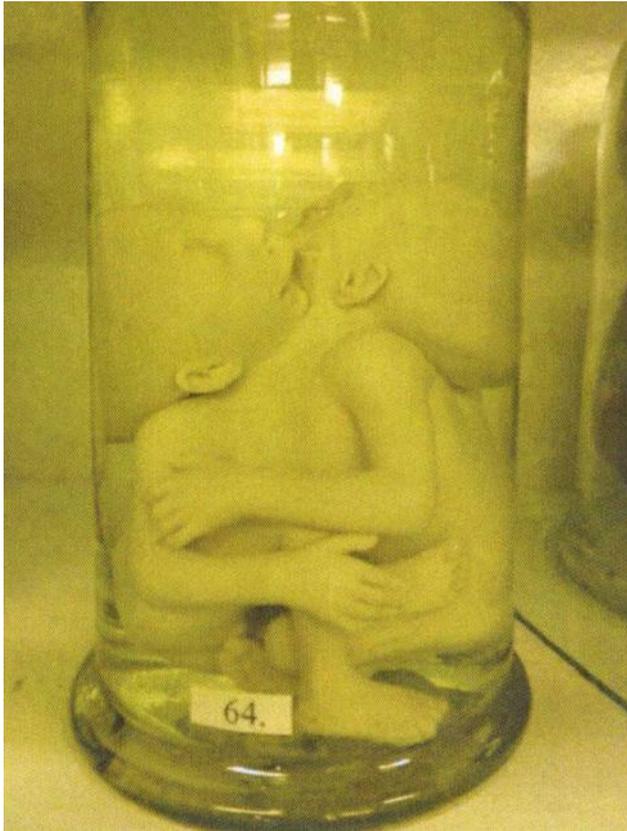


Рис. 6. Торако-омфалопаги. Плод 16-нед. гестации.

жие гости – врачи из других городов России, студенты и социальные работники из других стран (США, Германия, Норвегия и др.). На базе музея постоянно проводятся экскурсии для школьников по профориентации и здоровому образу жизни. Для студентов различных учебных заведений (колледжи, училища, институты, университеты) предоставлена возможность знакомиться с анатомо-физиологическими особенностями организма человека в норме и патологии, а также влиянием на развитие плода вредных привычек родителей. Ежегодно музей посещают свыше 1000 экскурсантов. Преподаватели кафедры проводят более 50 экскурсий в год.

Сотрудники кафедры анатомии СГМУ уделяют большое внимание дальнейшему развитию музея, пополнению и сохранению его уникальных экспонатов.

внутреннее строение сердца, венечных сосудов, проводящей системы, обеспечивающей его автономность. Большое количество препаратов изготовлено студентами под руководством доцента Р.В. Дубининой.

Раздел по приобретенным патологиям

Материалы по этому разделу занимают один стеллаж. Здесь располагаются препараты, показывающие легкие курильщика, цирроз печени, рак легкого, рак гортани, меланому, инфаркт мозга, инфаркт сердца, искусственные клапаны сердца (шариковый и створчатый) и др.

Уникальные экспозиции музея создаются при помощи врачей-патологоанатомов патолого-анатомического отделения Архангельской областной клинической больницы Т.Г. Тюхтиной, М.Н. Красноперовой, Т.Н. Пославской.

Постоянными посетителями музея, как основной учебной базы, являются студенты I и II курсов, которые получают необходимые сведения о строении человеческого тела и его функциях.

Музей посещают также и студенты старших курсов, врачи различных специальностей, приез-

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева А.В. К 85-летию со дня рождения историка медицины, профессора Геннадия Степановича Щурова / А.В. Андреева, Г.О. Самбуров, М.Г. Спасенникова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 3. – С. 96–107.
2. Щуров Г.С. Николай Прокопьевич Бычихин. Отечества достойный сын / Г.С. Щуров. – Архангельск: Издательство «Правда Севера», 1998. – 385 с.
3. Щуров Г.С. Профессора Северного государственного медицинского университета в 2000 году / Г.С. Щуров. – Архангельск: Издательский центр СГМУ, 2001. – 600 с.
4. Щуров Г.С. Медицинский образовательный и научный центр Европейского Севера России (1932–1987). Том 1 / Г.С. Щуров, П.И. Сидоров. – Архангельск: Издательский центр СГМУ, 2002. – 520 с.
5. Сидоров П.И. Медицинский образовательный и научный центр Европейского Севера России (1988–2002). Том 2 / П.И. Сидоров, Г.С. Щуров. – Архангельск: Издательский центр СГМУ, 2002. – 496 с.
6. Щуров Г.С. Очерки истории культуры Русского Севера / Г.С. Щуров. – Архангельск: Издательство «Правда Севера», 2007. – 2-ое издание. – 480 с.
7. Щуров Г.С. Путь к успеху. Первой городской клинической больницы г. Архангельска 225 лет. – 2-ое издание / Г.С. Щуров. – Архангельск: Издательство «Правда Севера», 2011. – 328 с.

REFERENCES

1. Andreeva A.V., Samburov G.O., Spasennikova M.G. To the 85th Anniversary of the Birth of a Historian of Medicine, Professor Gennady S. Shchurov. *Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko* [Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health], 2020, no. 3, pp. 96–107 (in Russian).
2. Shchurov G.S. *Nikolaj Prokop'evich Bychihin. Otechestva dostojnyj syn* [Nikolai P. Bychikhin. Worthy Son of the Fatherland]. Arkhangelsk, Pravda Severa Publishing House, 1998. 385 p. (in Russian).
3. Shchurov G.S. *Professora Severnogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta v 2000 godu* [Professors of the Northern State Medical University in 2000]. Arkhangelsk, Northern State Medical University, 2001. 600 p. (in Russian).
4. Shchurov G.S., Sidorov P.I. *Medicinskij obrazovatel'nyj i nauchnyj centr Evropejskogo Severa Rossii (1932–1987). Tom 1* [Medical Educational and Scientific Center of the European North of Russia (1932–1987). Volume 1]. Arkhangelsk, Northern State Medical University, 2002. 520 p. (in Russian).
5. Sidorov P.I., Shchurov G.S. *Medicinskij obrazovatel'nyj i nauchnyj centr Evropejskogo Severa Rossii (1932–1987). Tom 2* [Medical educational and scientific center of the European North of Russia (1988–2002). Volume 2]. Arkhangelsk, Northern State Medical University, 2002. 496 p. (in Russian).
6. Shchurov G.S. *Ocherki istorii kul'tury Russkogo Severa* [Essays on the History of Culture of the Russian North. 2nd edition]. Arkhangelsk, Pravda Severa Publishing House, 2007. 480 p. (in Russian).
7. Shchurov G.S. *Put' k uspekhu. Pervoj gorodskoj klinicheskoi bol'nice g. Arhangel'ska 225 let. 2-oe izdanie* [Way to Success. The Arkhangelsk First City Clinical Hospital is 225 years old. 2nd edition]. Arkhangelsk, Pravda Severa Publishing House, 2011. 328 p. (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Коновалова Светлана Германовна – доцент кафедры морфологии человека, Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова, кандидат биологических наук, доцент, Санкт-Петербург, Российская Федерация; e-mail: konovalova_sg@bk.ru
ORCID: 0000-0003-3964-2732
Author ID 349734

Басова Людмила Анатольевна – доцент кафедры анатомии человека и оперативной хирургии, Северный государственный медицинский университет, кандидат медицинских наук, доцент, г. Архангельск, Российская Федерация; e-mail: lyudmila.basowa@yandex.ru
ORCID: 0000-0001-6593-0231
Author ID 732181

Спасенникова Марина Геннадьевна – ведущий научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, кандидат медицинских наук, доцент, Москва, Российская Федерация;
e-mail: mspasennikova@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4713-0238
Author ID 883202

AUTHORS

Svetlana Konovalova – Docent of the Department of Human Morphology, V.A. Almazov National Medical Research Center, Ph.D. in Biology, Docent, St. Petersburg, Russian Federation; e-mail: konovalova_sg@bk.ru
ORCID: 0000-0003-3964-2732
Author ID 349734

Lyudmila Basova – Docent of the Department of Human Anatomy and Operative Surgery, Northern State Medical University, Ph.D. in Medicine, Docent, Moscow, Russian Federation; e-mail: lyudmila.basowa@yandex.ru
ORCID: 0000-0001-6593-0231
Author ID 732181

Marina Spasennikova – Leading Researcher, N.A. Semashko National Research Institute for Public Health, Ph.D. in Medicine, Docent, Moscow, Russian Federation; e-mail: mspasennikova@gmail.com
ORCID: 0000-0002-4713-0238
Author ID 883202

РЕЦЕНЗИИ

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2021.02.014

РЕЦЕНЗИЯ НА ДИССЕРТАЦИЮ ПОСТОЕВА ВИТАЛИЯ АЛЕКСАНДРОВИЧА «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОПУЛЯЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕГИСТРА РОДОВ», ПРЕДСТАВЛЕННОЙ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА МЕДИЦИНСКИХ НАУК ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 14.02.03 — «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Мингазова Э.Н.¹

¹ *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Ключевые слова:

рецензия, диссертация, общественное здоровье.

Аннотация

Автор представил рецензию на диссертацию Постоева Виталия Александровича «Совершенствование популяционной профилактики врожденных пороков развития у новорожденных с использованием регионального регистра родов», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.02.03 – «Общественное здоровье и здравоохранение»

REVIEW FOR THE DISSERTATION VITALY POSTOEV "IMPROVEMENT OF POPULATION PREVENTION OF CONGENITAL MALFORMATIONS IN NEWBORNS USING THE REGIONAL BIRTH REGISTER" FOR THE ACADEMIC DEGREE PhD IN MEDICINE BY SPECIALTY 14.02.03 - "PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE"

Mingazova E.N.¹

¹ *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

Keywords:

review, dissertation, public health.

Abstract

The author presented a review for the dissertation Vitaly Postoev "Improvement of population prevention of congenital malformations in newborns using the regional birth register" for the academic PhD in Medicine by specialty 14.02.03 - "Public Health and Healthcare".

Диссертационное исследование, выполненное Постоевым В.А., посвящено научному обоснованию использования регионального регистра родов для совершенствования мер популяционной профилактики врожденных пороков развития (далее – ВПР). Учитывая, что врожденные аномалии являются важной причиной младенческой и детской смертности и детской инвалидности, работа несомненно является актуальной. Несмотря на наличие доказанных мер профилактики указанной патологии и совершенствование мероприятий пренатального скрининга, распространенность врожденных дефектов в Архангельской области остается высокой. При этом существующая система мониторинга врожденных дефектов, введенная в действие приказом Министерства здравоохранения России № 268 от 1998 г. «О мониторинге врожденных пороков развития у детей» имеет ряд существенных ограничений, в связи с чем не позволяет проводить оценку медицинской и экономической эффективности профилактических программ, равно как и оценку факторов риска врожденных дефектов. Учитывая, что качественный мониторинг врожденной патологии является важным аспектом профилактики, разработка и внедрение новой модели мониторинга врожденных пороков, несомненно, может являться одним из путей совершенствования их профилактики. Таким образом, можно заключить, что работа Постоева В.А. является весьма актуальной и перспективной.

В работе Постоева В.А. впервые получены новые детальные данные о распространенности и структуре ВПР при рождении на территории Архангельской области, ее географической и временной вариабельности. Показано, что имеющаяся система мониторинга имеет тенденцию к недооценке распространенности врожденных пороков развития при рождении.

Автором получены новые представления о факторах, связанных с повышенным риском развития ВПР, путем расчета популяционной атрибутивной фракции смоделирован уровень снижения распространенности врожденных пороков при устранении ряда модифицируемых факторов риска.

Автором проведена комплексная оценка эффективности пренатального скрининга, его влияния на показатели распространенности ВПР, мертворождаемости и перинатальной смертности.

Проведено изучение приверженности женщин мерам первичной профилактики ВПР на уровне региона, представлена математическая модель, определяющая факторы, снижающие приверженность женщин приему препаратов фолиевой кислоты.

Предложенные в работе мероприятия по комбинации данных регистра родов и существующей системы мониторинга ВПР, а также интеграции регистра родов в систему мониторинга родовспоможения в рамках цифрового контура здравоохранения, позволяют усовершенствовать систему эпидемиологического мониторинга и контроля управляемых факторов риска ВПР путем непрерывного наблюдения не только за исходами, но и за факторами, влияющими на их развитие. По результатам внедрения усовершенствованного мониторинга ВПР, основанного на региональном регистре родов, составлен комплекс организационных мероприятий по снижению частоты ВПР в регионе, предложены практические рекомендации по повышению качества мониторинга и профилактических мероприятий.

Диссертация изложена на 160 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы, посвященной использованным в работе материалам и методам исследования, четырех глав собственных исследований, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 178 источников, в том числе 37 отечественных и 141 зарубежных.

Достоверность и обоснованность результатов исследований и выводов подтверждается научной формулировкой цели и задач исследования, обоснованным выбором информационной базы исследования и методологического аппарата. Исследование является сплошным, содержит достаточное количество единиц наблюдения, для обработки результатов использованы современные методики многомерного статистического анализа. Диссертационная работа выполнена на высоком профессиональном уровне, имеет существенное значение для теории и практики здравоохранения.

Выводы четко сформулированы и логично вытекают из содержания работы и полностью соответствуют задачам исследования. Предложенные практические рекомендации основаны на результатах проведенного исследования, четко сформулированы, носят адресный характер и является реализуемыми.

Значимость полученных соискателем результатов для развития соответствующей отрасли науки. Полученные автором результаты имеют существенное значение для организации здравоохранения. Новые данные о распространенности, структуре ВПР, выявлению географических кластеров и временных трендов ВПР, факторах риска и результативности проводимых профилактических мероприятий, а также результаты изучения качества мониторинга, основанного на комбинации регистра родов и существующей системы мониторинга ВПР, способствуют повышению качества перинатального мониторинга и профилактики врожденных аномалий, что в свою очередь положительно влияет на такие показатели общественного здоровья, как перинатальная и младенческая смертность, детская инвалидность.

Рекомендации по использованию результатов и выводов диссертационной работы, разработанные автором, представлены мероприятиями на федеральном, региональном уровне и уровне медицинских организаций.

Мероприятия на федеральном уровне предполагают внесение изменений в приказ Министерства здравоохранения России от 23.05.97 № 162 «О создании федеральной системы эпидемиологического мониторинга врожденных и наследственных заболеваний и пороков у детей» в части включения региональных регистров родов в систему перинатального мониторинга в качестве источника данных о случаях ВПР и факторах риска.

Мероприятия на региональном уровне заключаются во внедрении системы доказательной профилактики ВПР, основанной на интеграции регистра родов в создаваемую автоматизированную информационную систему мониторинга родовспоможения на уровне субъекта России, и разработка на ее основе мероприятий пренатального скрининга в оценке эффективности акушерско-гинекологической службы, разработки методических рекомендаций по прегравидарной подготовке и профилактике ВПР. Автором также предложено на региональном уровне рассмотреть вопрос об обязательном обогащении ряда продуктов (мука, хлебобулочные изделия) фолиевой кислотой.

Основными мероприятиями на уровне медицинских организаций, отвечающих за ведение регистра родов, предложенными автором, являются

мероприятия по контролю качества данных, собираемых регистром родов. Медицинским организациям, участвующим в оказании медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» предлагается проводить оценку риска рождения ребенка с ВПР с использованием математических моделей, представленных в работе и применять принципы формирования групп риска женщин, имеющих низкую приверженность мерам первичной профилактики ВПР.

По теме диссертации автором опубликовано 10 работ, 2 из которых в журналах, рекомендуемых Высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки Российской Федерации, 6 – в журналах, индексированных в наукометрических базах Web of Science и Scopus. Материалы работы были представлены и обсуждены на международных и всероссийских научных конференциях и семинарах.

Принципиальных замечаний по диссертации нет. Следует отметить незначительные стилистические и синтаксические неточности, которые носят технический характер и не влияют на общую положительную оценку представленного научно-квалификационного труда.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постоев В.А. Совершенствование популяционной профилактики врожденных пороков развития у новорожденных с использованием регионального регистра родов / В.А. Постоев. – Москва: Центральный Научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, 2020. – 160 с.

REFERENCES

1. Postoev V.A. *Sovershenstvovanie populyacionnoj profilaktiki vrozhdennyh porokov razvitiya u novorozhdennyh s ispol'zovaniem regional'nogo registra rodov* [Improvement of population prevention of congenital malformations in newborns using the regional register of births: dis. ... PhD in Med]. Moscow: Central Research Institute of Organization and Informatization of Health Care, 2020. 160 p.

ИНФОРМАЦИЯ О РЕЦЕНЗЕНТЕ

Мингазова Эльмира Нурисламовна – главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: elmira_mingazova@mail.ru
ORCID: 0000-0002-8558-8928

REVIEWER

Mingazova Elmira – Chief Researcher, Research Institute of the Federal Penitentiary Service, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: elmira_mingazova@mail.ru
ORCID: 0000-0002-8558-8928

ДЛЯ ЗАМЕТОК

БЮЛЛЕТЕНЬ
НАЦИОНАЛЬНОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ имени Н.А. СЕМАШКО

Номер № 2. 2021 год.

Редактор и переводчик М.Г. Спасенникова.
Верстка С.Б. Спасенников.

Подписано в печать 10.06.2021 Тираж 500 экземпляров.